

Ro, renlighed og regelmæssighed

Sundhedsoplysning og amning ved
Københavns børneplejestationer 1908–1930

Anne Løkke

I 1908 – samme år som Dansk Pædiatrisk Selskab blev stiftet – åbnede seks børneplejestationer i København. På børneplejestationerne kunne mødre, som ammede deres børn, komme regelmæssigt og få børnene kontrolleret af en læge og modtage rådgivning om pleje og ernæring. Fattige mødre kunne få en liter sødmælk daglig som kosttilskud til sig selv, og de mest trængende blev henvist til varm middagsmad og fik tøj til børnene.

Målt i reduceret spædbørnsdødelighed er børneplejestationerne en af dansk pædiatris store succeser. De blev oprettet for at forebygge den såkaldte kolerine, akut spædbørnsdiarre, som på det tidspunkt betød døden for over 500 københavnske spædbørn årligt. Diarre er stadig et stort problem blandt fattige børn i den 3. verden, men i København kom den nogenlunde under kontrol før 1930. Det lykkedes ikke alene børneplejestationerne (stort set) at undgå kolerine hos de børn, der var tilknyttet stationerne, de blev også så populære blandt de københavnske mødre, at de faktisk gjorde en forskel. Alt i alt et uhyre vellykket forebyggelsesinitiativ.

I denne artikel vil jeg præsentere børneplejestationernes lægefaglige koncept, organisationen bag dem og deres resultater samt diskutere nogle utilsigtede virkninger af, at stationerne drev deres oplysningsindsats på baggrund af den videnskabelige viden, der var

Kolerine

I 1908 var akut diarre den væsentligste enkeltårsag til dødsfald blandt spædbørn. I femåret 1901–1905 døde 15% af de københavnske levedefødte, inden de nåede at fylde et år. Næsten halvdelen af de døde bukkede under for kolerine og dens følgetilstande [1 s. 473 & 478]. Både danske og internationale pædiatere havde på dette tidspunkt arbejdet i flere årtier for at afdække kolerinens ætiologi. Uden held. Først i 1919 turde fungerende pædiatriprofessor og overlæge ved Rigshospitalets børneafdeling, C.E. Bloch (1872–1952), konkludere, at den akutte børnekolerine var en infektionssygdom med bakterier fra tyfus- og coligrupperne, især koliforme bakterier, som ikke var patogene for voksne og større børn. Det var først i efterkrigstiden, at blandt andre børnelæge Annalise Dupont isolerede de *E. coli*-typer, som oftest forårsagede kolerine [2 s. 82–3].

Derimod var pædiaterne allerede omkring 1890 kommet meget langt med en epidemiologisk forståelse. Der var international enighed om, at amning ydede stor beskyttelse mod kolerine. Ikke alene blev ammebørn sjældnere ramt, de klarere sig også langt bedre, hvis de fik sygdommen, og dødsfald var sjældne. Flaskebørn kunne i nogen grad beskyttes ved, at deres flasker blev tilberedt under strengt hygiejniske forhold, og ved at helt spæde børn kun fik en steriliseret blanding af komælk, vand og sukker, som lå tæt op ad fedt-, kulhydrat- og proteinfordelingen i modermælk. Disse indsigter var internationale, og overalt i den vestlige verden dannede de fra omkring 1890 basis for et storstilet oplysningsarbejde fra børnelægerens side. Det tog form af et lægevidenskabeligt funderet børneplejeprogram, hvis rationale først og fremmest var at forebygge kolerinen og andre mave-tarm-problemer. Det er dette program, som senere blev sammenfattet under sloganet »ro, renlighed og regelmæssighed«. En sammenfatning, der skjulte, at også amning var et hovedpunkt i programmet [1 s. 233–365].

Statistisk kan man se, at programmet havde en næsten overvældende virkning på den sociale ulighed i spædbørnsdødeligheden.

Uligheden steg voldsomt. Spædbørnsdødeligheden for rige børn i København faldt fra 19% i 1870'erne til 4% omkring 1910. Københavnske arbejderbørn havde en spædbørnsdødelighed nogenlunde som de rige i 1870'erne (20%), men omkring 1910 var den kun faldet til 12%. Børneplejeprogrammet satte altså embedsmænd, læger, grossere, direktører etc. i stand til at investere deres økonomiske overskud i deres børns overlevelse, så de nåede ned på et niveau for spædbørnsdødelighed, som ikke tidligere var set. I 1800-tallet var den lavest mulige dødelighed omkring 6%. Den havde været så lav blandt gifte gårdmænd på Fyn og i Europas kongehuse, men ikke mange andre steder [1 s. 207-26, 473, 478].

Det var scenariet, da børneplejestationerne blev etableret: Der fandtes en relativt ny viden om at holde børn sunde, som ikke nåede de fattige børn.

Agitationscentre for diegivningen

De københavnske børneplejestationer var inspireret af de såkaldte *gouttes de lait*, der blev oprettet i Frankrig af læger på filantropisk basis i 1890'erne. Det var særlige poliklinikker med det formål at nedbringe den høje spædbørnsdødelighed ved at forebygge kolerinen. Midlerne var at agitere for amning, give lægefaglig vejledning i børnepleje, uddele materiel hjælp (inklusive færdige sterile mælkeblandinger i sutteflasker) til de børn, som ikke kunne ammes. Deraf navnet »mælke-dråber«.

Gouttes de lait blev hurtigt populære og bredte sig i løbet af få år til Spanien, Tyskland, Østrig, Ungarn, England, Sverige og USA [3 s. 93-123]. Ved en international filantropisk kongres i 1906 blev de Samvirkende Menighedsplejers dynamiske sekretær, dr.theol. Alfred Th. Jørgensen (1874-1953), opmærksom på dette arbejde. Han satte sig i spidsen for at organisere *gouttes de lait* i Danmark. Det endte imidlertid med, at børneplejestationerne i København greb arbejdet med at forebygge kolerinen radikalt anderledes an, end det skete de fleste steder i udlandet.

På *gouttes de lait*-stationer i Frankrig – og på tilsvarende *Säuglingsfürsorgenstellen* i Berlin, som Jørgensen havde besøgt – modtog man både flaskebørn og brystbørn. Til flaskebørnene uddeltes steriliseret

færdigblandet mælk. Sunde og syge børn kom mellem hinanden, men der kom flest syge. På de københavnske stationer modtog man kun brystbørn og desuden kun sunde børn. Blev børnene syge, måtte de ikke komme af hensyn til smittefaren, men forældrene skulle henvende sig til egen læge eller en af Københavns gratis børnepoliklinikker. De københavnske børneplejestationer skulle altså ikke være mælkeuddelingssteder for korrekt blandet og steriliseret flaskeernæring. Der blev hverken solgt eller udleveret mælk til kunstig ernæring af børnene. Den gratis mælk, der blev uddelt var til mødrene (såkaldte ammepræmier) med det formål at give fattige ammende mødre et tilskud af protein og fedt for at supplere den diæt af billige kulhydrater, som var det eneste, de havde råd til. Mødrene fik kun mælken, hvis de bevisligt ammede.

Beslutningen om at gøre børneplejestationerne til »Agitationscentre for Diegivningen« var pædiater Svenn Monrads (1867–1945) (Fig. 1). Svenn Monrad var overlæge ved Dronning Louises Børnehospital og senere forfatter til en af de mest læste danske vejledningsbøger i



Fig. 1. Svenn Monrad var 1906–1940 overlæge ved Dronning Louises Børnehospital og spillede en hovedrolle i etableringen af de københavnske børneplejestationer. Han fungerede 1919–1940 som Sundhedsstyrelsens pædiatriske konsulent, og hans pjece »Vejledning i det spæde Barns Pleje og Ernæring« (1922) blev uddelt til alle mødre. Også »Moderens Bog« fra 1916 havde en plads i mange danske småbørnehjem (udateret tegning af Alfred Schmidt, fra [2]).

børnepleje nogensinde, »Moderens Bog« fra 1916. Monrad blev af menighedsplejerne inviteret til at samarbejde om etableringen af børneplejestationer, således at han skulle stå for den professionelle lægevidenskabelige del af konceptet, mens menighedsplejerne (alias Jørgensen) tog sig af det økonomiske og organisatoriske.

Monrad argumenterede for, at det eneste kendte middel, der virkelig kunne forebygge mistrivsel, tarminfektioner og død blandt spæde børn, var amning. Selvom børn af velhavende forældre kunne opflaskes med nogen succes, var flaskeernæring meget ofte fatal for fattige børn, fordi mødrene hverken havde tid eller råd til den nødvendige omhu med flaskehygiejne. Endvidere fremhævede han, at fattige børn i uhygiejniske, overbefolkede boliger dårligere end velhavende børn kunne undvære at få del i »Moderens Forsvarstroppe« i form af modernælk. Han refererede en statistisk undersøgelse fra Berlin, der havde vist, at for hvert dødt brystbarn døde der syv flaskebørn, skønt flere børn fik bryst end flaske [4 s. 6]. Det var netop sådanne undersøgelser, der havde fået *gouttes de lait*-stationen til at uddele steril, veltilberedt flaskeernæring. Men den løsning afviste Monrad, fordi:

»[...] her skræmmede ogsaa Sporene fra Udlandet, hvor man saavel ved de tyske *Säuglingsfürsorgenstellen* som ved de belgiske og franske *gouttes de lait* modtog baade Brystbørn og Flaskebørn. Det havde nemlig vist sig, at mange Mødre altfor hurtigt opgav Diegivningen, fordi de vidste, at de, naar de ikke gav Bryst, kunde fra Stationerne faa udleveret Flasker« [5 s. 22].

Monrad beskriver her den problematik, der også i vores egen tid har ramt bestræbelser på at mindske spædbørnsdødeligheden i fattige lande: At uddeling af modernælkserstatning øgede flaskeernæringens prestige på bekostning af brysternæringens og dermed paradoksalt forårsagede, at flere spædbørn døde. I stedet prioriterede Monrad propagandaværdien ved at belønne fattige mødre materielt for at amme og dermed bidrage til, at diegivning bevarede eller øgede sin prestige. Det kosttilskud, mødrene fik i form af én liter mælk daglig, skulle dels give dem kræfter til at amme og dels trække tidspunktet ud, hvor de var nødt til at genoptage arbejdet uden for hjemmet.

Stationerne blev populære blandt Københavns fattigste mødre. Det første år kom ca. 3 % af samtlige nyfødte i København og på Fre-

deriksberg på stationerne, i 1917 var tallet steget til ca. hver tiende, og i 1931 kom ca. hver femte [5 s. 20.]. Indtil ca. 1930 var stationernes klientel primært meget fattige mødre. Derefter gjorde én af dansk pædiatris store skikkelser, Aage Bojesen (1881–1951) (Fig. 2), børneplejestationerne til et tilbud, der var søgt og elsket af mødre fra alle sociale lag. Fra 1937 betalte staten halvdelen af udgifterne til drift. I 1940'erne, hvor antallet kulminerede, drev De Samvirkende Menighedsplejer 37 børneplejestationer, heraf 32 i København. I alt fandtes der på dette tidspunkt 47 børneplejestationer (heraf 34 i København), drevet af enten De Samvirkende Menighedsplejer, andre private organisationer eller på kommunal basis. I 1970'erne mistede stationerne



Fig. 2. Aage Bojesen hører til dansk pædiatris mest karismatiske skikkelser. I 1925 blev han leder af børneplejestationerne, og i 1942 bestyrede han næsten 40 stationer spredt over hele København. På tegningen ses han i spidsen for et barnevognsoptog i anledning af Børnehjælpsdagen, som var stiftet som en selvejende institution i 1904. Tegning af Herluf Jensenius (Berlingske Tidende 10/5 1936).

deres popularitet og blev gradvist nedlagt. Den sidste børneplejestation lukkede i 1986 [1 s. 420, note 129].

De Samvirkende Menighedsplejer

Flere andre filantropiske foreninger havde uden held forsøgt at introducere *gouttes de lait*-konceptet i Danmark [1 s. 415–8]. Men det lykkedes over al forventning for De Samvirkende Menighedsplejer under Alfred Th. Jørgensens ledelse.

Menighedsplejer blev oprettet ved mange danske folkekirker som en del af sognearbejdet i slutningen af 1800-tallet. De første så dagens lys i København i 1866, og omkring år 1900 var der menighedsplejer i de fleste større byer, alene i København mellem 40 og 50. De lokale menighedsplejer havde både frivillige og ansatte menighedsarbejdere, hvoraf en del var diakonisser. De københavnske menighedsplejer stiftede i 1902 paraplyorganisationen De Samvirkende Menighedsplejer, blandt andet med det formål at iværksætte målrettede filantropiske hjælpearbejder på tværs af sognegrænserne. Børneplejestationerne var ét af disse fælles projekter [6].

Alfred Th. Jørgensen var sekretær for De Samvirkende Menighedsplejer fra organisationens start i 1902. I hans hænder voksede foreningen sig til en stor og mangesidet virksomhed, der på flere felter har formgivet det sociale arbejde, som vi kender det i dag. Ikke bare på børneområdet, men også i hjemmesygeplejen og ældreforsorgen. Ti år efter De Samvirkende Menighedsplejers stiftelse var organisationen vokset til hovedstadens største private, filantropiske virksomhed med en årlig indkomst på 337.000 kroner, 834 frivillige hjælpere og 63 faguddannede lønnede ansatte. Omkring 1930 var den årlige indtægt godt en million kroner, og der var nu 1.031 frivillige hjælpere og 163 uddannede ansatte [1 s. 421–3].

Børneplejestationerne som kristen filantropi

For Jørgensen var arbejdet med de spæde børn et resultat af hans forsøg på at gribe det kristne filantropiske hjælpearbejde moderne, målbevidst og rationelt-videnskabeligt an. I den første artikel, der skulle skabe opbakning om børneplejestationerne i de københavnske menig-

hedsplejer, argumenterede han statistisk: »Naar man arbejder for at hjælpe dem, der ere i Nød, maa man jo uophørlig spejde efter, hvor den største Nød er at søge, og det er klart at Dødsfaldene her kunne give et Fingerpeg« [7 s. 169]. På baggrund af stadslægens årsberetning gennemgik han den aldersspecifikke dødelighed i København og viste, at der i årene 1902–1906 døde flere spæde børn end gamle over 65.

De faktorer, som Jørgensen mente kunne mindske spædbørnsdødeligheden, var bedre offentlig og privat hygiejne, bedre pasning og ernæring af børnene samt bedre boligforhold: »Men dette at forbedre Samfundshygiejnen er saa stor og vanskelig en Opgave, at alle gode Kræfter her maa samvirke« [7 s. 170]. Det var ikke en opgave, menighedsplejerne kunne løfte. Hvad menighedsplejerne kunne gøre, var at oprette børneplejerstationer som i Berlin. Dette arbejde fandt han forbilledligt, fordi det kombinerede materiel støtte til mødrene med lægelig rådgivning og kontrol, så mødrene lærte sig at passe børnene korrekt. Understøttelsen fik på den måde den dobbelte virkning at afhjælpe øjeblikkelig nød (hvilket gav mødrene økonomisk mulighed for at passe børnene bedre) og at påvirke dem til en moderne børnepleje. For Jørgensen var det mest fascinerende ved de berlinske stationer, at mødre kom med deres sunde børn. Tanken om at forebygge i stedet for at lappe på allerede opstået dårligdom forekom ham »meget interessant« [7 s. 171].

Monrads indædte modstand mod alt, hvad der kunne fremme kunstig ernæring, vandt genklang hos Jørgensen, der var bekymret for, om menighedsplejerne magtede at drive de dyre og komplicerede mælkekøkkener, han havde set ved de berlinske stationer. Det tiltalte ham at undgå en fordyrende faktor, når det endda skete på lægelig anbefaling.

Mødrene

Stationerne blev som sagt en succes hos mødrene. De optagne mødre mødte trofast uge efter uge. De fik børnene inspiceret og vejlet, og de blev rådgivet af den socialt og politisk engagerede August Vilhelm Asmund (1866–1927), der fra 1914 var kommunelæge på Nørrebro og frem til 1925 fungerede som lægelig leder af stationerne (Fig. 3). Stationernes egne undersøgelser af mødregruppens sammensætning



Fig. 3. August Vilhelm Asmund fungerede frem til 1925 som leder af Københavns børneplejestationer. Han var et social og politisk engageret menneske, der deltog aktivt i forfatningskampen og lagde et stort socialt arbejde for dagen som kommunelæge på Nørrebro. Asmund var i 1908 medstifter af Dansk Pædiatrisk Selskab, og han ledede frem til 1917 Martahjemmets poliklinik i Brobusgade (Medicinsk Museion).

viste, at de indtil 1930 var mest populære blandt flergangsfødende, fattige mødre. Der kom stort set kun mødre, som havde brug for den materielle hjælp. Kun 3–5 % kom udelukkende for rådgivningens skyld [1 s. 429]. Asmund nævnede ved flere lejligheder, at de mødre, der kom, ikke alene var fattige, men direkte underernærede:

»[...] en ikke ringe Del af vore Mødre ere i Virkeligheden underernærede, og det er i og for sig mærkeligt, at de kunne holde Diegivningen saa godt igang, som de kunne. Ret hyppigt maa vi dog allerede tidligt i 3die og 4de Maaned give lidt ved Siden af, paa denne Maade kan man trække Diegivningen længe ud« [8 s. 182].

Børneplejestationerne opnåede en aftale med Københavns Kommune (magistratens 3. afdeling) om, at de mødre, der modtog fattighjælp, kunne få ekstra mad på fattigvæsenets regning. En indrømmelse fra kommunens side af, at den normale fattighjælp ikke var tilstrækkelig til at opfostre sunde børn.

I de første år var kun 10–15 % af mødrene førstegangsfødende. Blandt de flergangsfødende havde de fleste også givet deres tidligere børn bryst, men en del havde været tvunget af økonomisk nød til at gå på arbejde og give det barn, der tilfældigvis var spædt på det tidspunkt, flaske. Andelen af førstegangsfødende steg i tiden omkring 1. verdenskrig til cirka en tredjedel og var i begyndelsen af 1930'erne oppe på knap halvdelen.

I 1912 var en stor del af klienterne mødre, der tidligere havde givet bryst med succes: »Disse Mødre møder i Reglen kun for Understøttelsens Skyld, og de møder derfor trofast med det ene Barn efter det andet«, konstaterede Asmund [9 s. 87]. Selv om han i begyndelsen lagde størst vægt på undervisningen, fik erfaringen ham til i stigende grad at understrege understøttelsen, fordi evnen til at give bryst ellers svandt fra barn til barn: Hvert nyt barn øgede fattigdommen i hjemmet og dermed uroen og besværet for moderen døgnet igennem: »Roen kan man ikke skaffe hende, men et Tilskud af 1 Liter Mælk og helst Middagsmad har for den slags Mødre ikke ringe Betydning« [10 s. 61]. Der tegner sig således et billede af mødre, der valgte at komme på stationerne ud fra et erfaret og bevist ønske om at amme, og som var så fattige, at den beskedne materielle hjælp vitterligt gjorde en forskel.

Stationerne opgjorde, hvor mange mødre, der kun mødte én gang, og derefter blev væk. Det giver et mål for, hvor mange, der fandt stationernes betingelser så frastødende, at de hellere ville klare sig selv. I årene indtil 1. verdenskrigs slutning var det 3–6%, der kun kom en enkelt gang. I året 1919–1920, hvor der var problemer med mælkeudleveringen i forbindelse med de økonomiske efterkrigsvirkninger, var det 16% af mødrene, der kun kom på stationerne én gang. Dette bekræfter, at den materielle hjælp var vigtig for mødrenes interesse. At ikke alle mødre har været ligeglade med rådgivningen fremgår dog af, at børneplejestationerne havde vanskeligt ved at få mødrene til at aflevere »Moderens Bog« igen, efter at man i 1920 var begyndt at udlåne den til de førstegangsfødende [1 s. 432].

Dødeligheden

Dødeligheden blandt børnene var fra starten usædvanlig lav. Før 1. verdenskrig svingede den mellem 2 og 4%, derefter mellem 1 og 2%. Det eneste år dødeligheden var mere end 2% efter 1916 var i 1925, hvor Asmund holdt op, og Bojesen tog over som stationernes læge. Dødeligheden er beregnet ud fra de børn, der startede på børneplejestationerne, hvilket de som regel gjorde, når de var en måned gamle. Dødeligheden blandt den tilsvarende aldersgruppe i Danmark som helhed var de fleste år mellem to og tre gange så høj (Fig. 4).

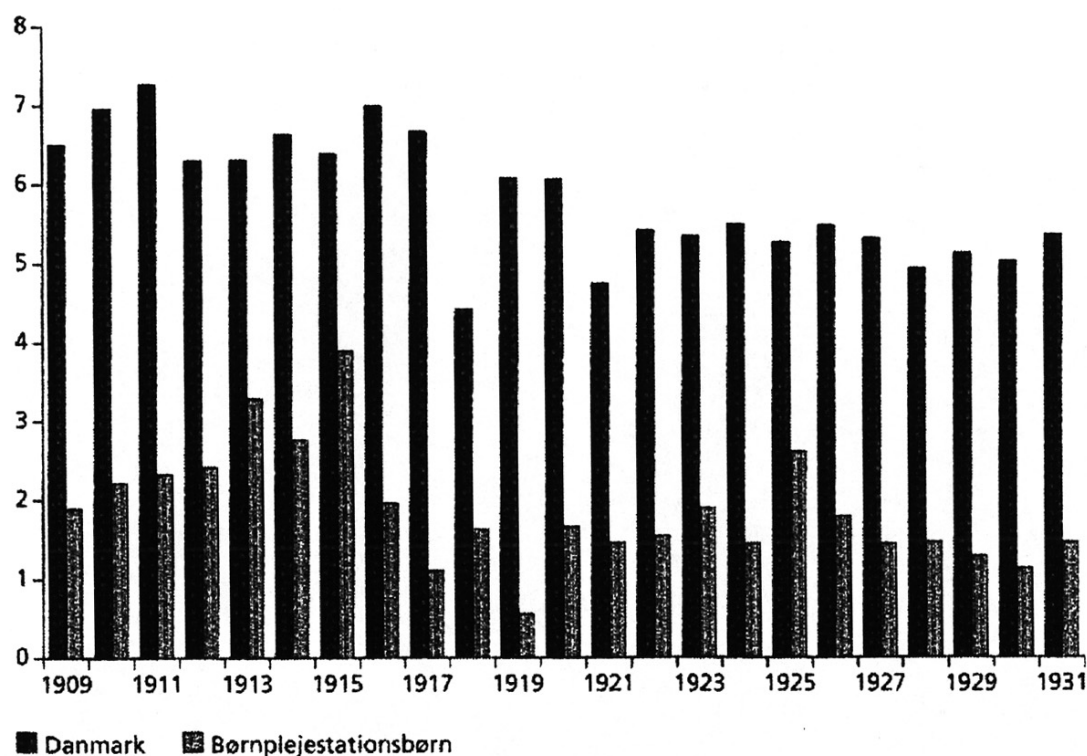


Fig. 4. Døde i alderen mellem 1 måned og 1 år per 100 levende i alderen 1 måned (levendefødte minus døde i første levemåned) i Danmark og blandt børneplejestationernes børn 1908-1931.

Asmund spurgte i 1910 mødrene om dødsfald i første leveår blandt deres tidligere børn. Spædbørnsdødeligheden blandt disse viste sig at have ligget omkring 9% [1 s. 434]. Eftersom netop disse børn kom fra de allerdårligst stillede lag af befolkningen, er det faktisk lavere end forventeligt. Tallene tyder på, at børneplejestationernes mødre i forvejen var mødre, hvis viden, ressourcer og engagement i børnene var over gennemsnittet i forhold til deres sociale situation. Asmund fortalte i 1909 om en familie med otte børn, hvor børneplejestationen hjalp moderen med mælk, fordi en femtedel af mandens indtægt gik alene til brød til familien, selv om han havde godt, fast arbejde [8 s. 181].

Ugifte mødre kom der kun få af i starten. Asmund nævner, at enlige mødre var svære at få kontakt med, fordi de forventede kritik af deres livsførelse fra en kristen institution. Det var imidlertid stationernes politik at hjælpe ugifte uden at blande sig i deres civilstand. Fra 1916 henviste Rigshospitalet rutinemæssigt de ugifte mødre til børneplejestationerne. Det fik antallet af ugifte ved stationerne til at stige, men de nåede ikke op på 25%, som var andelen af ugifte fødende i

København. Et faktum Asmund beklagede, da de ugifte mødres børn havde en betydelig overdødelighed i forhold til de giftes.

Indtil 1930 tiltrak børneplejestationerne altså først og fremmest meget fattige flergangsfødende med et stort engagement i børnenes helbred og overlevelse. Der var tale om kvinder, som også før deres tidligere børn havde en dødelighed under gennemsnittet, og som ved børneplejestationernes mellemkomst nåede en spædbørnsdødelighed, der var på niveau med de mest velstillede befolkningsgrupper.

Diskussioner og konklusioner

Målt i spædbørnsdødelighed var stationerne en ubetinget succes. Der er ikke tvivl om, at det gode resultat skyldtes Svenn Monrads beslutning om udelukkende at satse på ammende mødre. For de meget fattige børn, der kom på børneplejestationer de første år, kunne en høj overlevelsesprocent kun opnås gennem amning. Selv hvis mødrene havde fået udleveret gratis kunstig ernæring tilberedt efter tidens bedste metoder, ville børnene have manglet modernælkens antistoffer og vitaminer og derfor have haft et immunforsvar, der var dårligere rustet til at modstå de talrige belastninger, fattige børn var udsat for.

Mødrene kom frivilligt, fordi de ønskede børnenes overlevelse. Ethvert udsagn, der kunne forstås som et budskab om, at kunstig ernæring var lige så godt eller bedre end modernælk, ville have forringet børnenes overlevelschancer og dermed forrådt de mødre, der netop kom for at sikre, at deres børn blev sunde og stærke. Børneplejestationernes insisteren på, at bryst er bedst, var med til at bevare amningens relativt høje status i Danmark, hvilket på den tid var under kraftige angreb fra aggressivt markedsførte industrifremstillede mælkeerstatninger (fx fra den svejtsiske fødevarekoncern Nestlé, grundlagt i 1867). I store dele af Sydeuropa og USA blev amningen netop på dette tidspunkt udkonkurreret af industriprodukter [11].

Også for dansk pædiatri interne videnskabelige udvikling var børneplejestationer af stor betydning. De var det eneste sted, hvor børnelæger systematisk kunne opsamle erfaring og viden om børns normale udvikling [2 s. 64]. Det kan synes banalt, men var det ikke på det tidspunkt. Skellet mellem sunde og syge børn var virkelig svært at få empirisk belyst i et samfund, hvor syge eller halvsyge småbørn

var almindelige, og hvor læger i sagens natur oftest så de syge[12 s. 267].

Hvad var så succeshistoriens bagside? For en nutidig iagttagere kan det virke provokerende at se datidens mandlige læger for fuld patriarkalsk udblæsning pålægge alle mødre, at det var deres pligt at amme børnene. Tonen i ammepropagandaen var temmelig grov – kvinderne beordredes til at underkaste sig lægens professionelle autoritet og overgive deres krop i den opvoksende slægts tjeneste. En del nyere forskning har på denne baggrund stillet sig kritisk over for de mandlige lægers indtrængen på et felt, hvor kvinders tradition og viden tidligere havde hersket. Det beskrives som en slags »mandlig imperialism« over for det kvindelige, ikke mindst når kvinders bryster blev gjort til et så direkte middel i sundhedspolitikken [1 s. 438, note 186]. Denne synsvinkel er ikke forkert, men man skal huske, at dette ulige magtforhold mellem kønnene ikke var enestående for forholdet mellem børnelæger og mødre. Det gennemsyrede datidens samfund i en grad, så mødre næppe var i stand til at se, at det var et problem. De var så vant til, at kvindearbejde (herunder børnepleje) var lavt vurderet, at de snarere må have følt det som en opvurdering af deres indsats, at mænd fra en professionel synsvinkel tog deres børns sundhed alvorligt. Man kan kun være glad for, at vi i dag trods alt er kommet videre i kønsligestillingen.

Børneplejestationernes virkeligt svage punkt var langt mere subtilt. Det lå i, at der var mangler i det videnskabelige grundlag for det plejeprogram, som stationernes læger opdragede mødre til at følge. Det blev imidlertid først for alvor et problem efter Monrads død i 1945, fordi denne – som Sundhedsstyrelsens ekspert i børneernæring – havde justeret de internationalt gældende videnskabelige forståelser efter sine egne iagttagelser.

Problemet var, at det i den internationale pædiatri var en ubetvivlelig sandhed, at amningen skulle foregå regelmæssigt efter uret med bestemte intervaller, at der ikke måtte ammes om natten, og at tiden ved brystet skulle begrænses. Først i 1980'erne blev man opmærksom på, at et sådan regimen sætter den mekanisme ud af kraft, der sikrer, at moderen producerer mælk nok: Mælkemængden bliver simpelt hen større, hvis barnet sutter mere. Jo strammere tidsregimen, jo flere mødre vil opleve mangel på mælk til deres baby [13 kap. 10]. Det sker

præcis på den måde, som Asmund tolkede som et udslag af mødrenes underernæring, nemlig at der i tredje eller fjerde måned ikke er mælk nok. Hvis mødrene derimod ammer efter barnets sult og ikke efter uret, vil barnet patte meget tit. Dette stimulerer brystkirtlerne til at producere mere mælk, og efter et par dage kan barnet igen klare sig med færre måltider. Giver man lidt flaske ved siden af, som Asmund ordinerede, blokeres der for denne feedback mellem barn og mor, og moderen producerer derfor ikke mere mælk i takt med, at barnet bliver større, og dets ernæringsbehov stiger.

På børneplejestationerne i Asmunds tid blev mødrene tolket som en succes, selvom amningen måtte suppleres, fordi den manglende mælkemængde blev opfattet som affødt af fattigdommen. De store problemer for mødrene kom først i slutningen af 1940'erne, hvor Sundhedsstyrelsens børneplejeprogram efter Monrads død blev strammet efter udenlandsk forbillede. Monrad gik som alle pædiatere ind for regelmæssige amninger, men han holdt på korte intervaller for helt spæde børn, hver anden eller hver tredje time. Derved fik næsten alle mødre lejlighed til at få amningen etableret og få en vis selvtilid omkring det, inden de skulle gå over til firetimersintervaller. Efter Monrads død anbefalede man fire timers mellemrum fra fødslen. Derved blev mange mødre stillet i en ulykkelig situation, fordi de ønskede at gøre det bedste for deres børn, hvilket var at amme dem mindst seks måneder. Men de konkrete instrukser de fik, forhindrede mange i nogensinde at producere tilstrækkelig mælk [14]. Det var et nederlag, der ramte mange direkte i kvindeligheden, fordi kvindelighed på det tidspunkt var så stærkt associeret med at være en god mor, og en god mor skulle amme sit barn. I løbet af de følgende 20 år styrteddykkede ammefrekvensen: I 1940 fik 62 % af børnene bryst i mindst fire måneder, i 1969 var tallet faldet til 17 % [15]. Ammefrekvensen begyndte at stige igen i 1970'erne parallelt med kvindekampen, hvor mødre fandt mod til overskride dogmet om de obligatoriske fire timer mellem amningerne.

På trods af, at børneplejestationerne var et meget vellykket sundhedsinitiativ, rummer de altså også mindst to budskaber, der er værd at huske i forhold til al sundhedsoplysning: At svagheder i det videnskabelige fundament kan sløres i lang tid, hvis budskabet tilpasses af dygtige og entusiastiske klinikere. Og at sundhedsoplysning, hvis an-

visningerne ikke har den postulerede fysiologiske virkning, ikke alene kan hæmme sundhedsgevinsten, men også skabe ganske voldsomme oplevelser af personligt nederlag hos de mennesker, der følger vejledningen.

Professor, dr. phil. Anne Løkke
Københavns Universitet
Saxo-Instituttet, Historie
Njalsgade 80
2300 København S
E-mail: al@hum.ku.dk

SUMMARY

Anne Løkke:

Tranquility, cleanliness, and regularity. Health education, breastfeeding, and infant welfare clinics in Copenhagen 1908–1930

Bibl Læger 2008;200:474–89.

Infant welfare clinics were organised in Copenhagen in 1908. The paediatrician Sverre Monrad (1867–1945), who developed the medical design of the clinics, decided that they should not be French inspired "gouttes de lait" with free sterilized milk for poor babies, but rather breastfeeding propaganda centres. Only breast feeding mothers were received, and they got milk for themselves, clothes for their babies, and received counselling in infant care. The results were very good. The infant mortality rate for these very poor infants declined from around 15% to a level around 4%, the same as well situated infants in Copenhagen. The counselling did, however, include an understanding of the right conducting of breast feeding that produced a lack of milk for many mothers when the infants were 3 or 4 months of age. A problem escalating in the 1950's and 1960's when the official required intervals between feedings became longer. Many mothers experienced a "failure" as mothers and women because of the faulty health guidance. To be a good mother you had to breast feed six months, but if you followed the regularity scheme, there was a very high risk of not producing enough milk to do so.

LITTERATUR

1. Løkke A. Døden i barndommen. Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800–1920. København: Gyldendal, 1998.
2. Thamdrup E. Pædiatri i Danmark. Træk af den historiske udvikling. Dansk Pædiatrisk Selskab fra 1908 til omkring 1960. København: Lægeforeningens forlag, 1994.
3. Dwork D. War is Good for Babies & Other Young Children. A History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898–1918. *Med Hist* 1988;32:103–4.
4. Monrad S. Om Diegivningens Betydning. Nogle Indledende Bemærkninger ved De Samvirkende Menighedsplejers Møde den 20. Januar 1908. Diegivningen. Et socialt Spørgsmaal. København: De Samvirkende Menighedsplejer, 1908.
5. Jørgensen AT, Monrad S, Bojesen Aa. Vore smaa Børn. Udgivet af De Samvirkende Menighedsplejer i Anledning af Børneplejestationernes 25 Aars Jubilæum. København: De Samvirkende Menighedsplejer, 1933.
6. Martinsen HS. De Samvirkende Menighedsplejers arbejdsformer og teologiske selvforståelse gennem 90 år. Utrykt aflønningsopgave, Teologisk Fakultet, Aarhus Universitet, 1992.

7. Jørgensen AT. De, som trænge mest til Hjælp i det moderne Samfund, og hvad der gøres for at hjælpe dem – i andre Lande. Stefanus, 1907.
8. Asmund V. Børneplejestationernes Midler og Maal. Stefanus, 1909.
9. Asmund V. De Samvirkende Menighedsplejers Aarsberetning 1911–1912, paragraf 5 Børneplejestationer i 1912, incl. regnskab. Stefanus, 1913.
10. Asmund V. Arbejdet paa Børneplejestationer. Stefanus, 1912.
11. Apple RD. Advertised by our Loving Friends: The Infant Formula Industry and the Creation of New Pharmaceutical Markets, 1870–1910. *J Hist Med* 1986;41:3–23.
12. Marks L. Metropolitan Maternity: Maternal and Infant Welfare Services in Early Twentieth Century London. Amsterdam/Atlanta: Clio Medica, 1996.
13. WHO. Infant Feeding The Physiological Basis. Bulletin of the World Health Organization Supplement to Volume 67, 1989.
14. Løkke A. Infant Mortality in Nineteenth Century Denmark. Regionality, Feeding Habits, Illegitimacy and Causes of Death. *Hygiea Internationalis* 2002;3:115–50.
15. Biering-Sørensen FJ, Hilden J, Biering-Sørensen K. Breast-feeding in Copenhagen 1938–1977. Data on more than 365.000 infants. *Danish Medical Bulletin* 1998;27:1.