

2. Medisinsk fakultet i den norske hovedstaden – hvorfor?

Et utgangspunkt

Når man skal forelese medisinsk historie for legestudenter, kan det være et pedagogisk knep å starte med et glimt i øyet og minne tilhørerne på at de har underskrevet erklæring om taushetsplikt.

Da ser de ut som store spørsmålstejn. Hvorfor det?

Det er nemlig en god innledning til å fortelle dem om helsetilstanden i 1700-tallets Norge. Man kan fortelle studentene om en sykkelighet og en dødelighet som nådde slike høyder at man på 2000-tallet ville hatt krigsoverskrifter i tabloidpressen og fått deltakerne i fjernsynskanalenens debattprogrammer til å hyle i fistel for å finne syndebukker.

Men man verken skrev eller hylte noe særlig om dette i 1700-tallets Norge – enda landet knapt hadde noe helsevesen til å ta seg av situasjonen på en effektiv måte. Det var heller ikke noe offentlig helsebudsjett av betydning, i det minste ikke i forhold til datidens helseproblemer, slik vi ser på dem. Hvorfor var det slik? Og her kommer den spøkefulle hentydningen til taushetsplikten inn: Hva om nåtidens politikere som jamrer over helsebudsjettene tok inn over seg at vi altså engang hadde et relativt velfungerende samfunn, men som hadde enorme helseproblemer – som simpelthen ble taklet ved *at befolkningen fant seg i dem!*

Blant de mange offentlige tiltak som man kunne tenkt seg, var foruten storstilt sykehusbygging opprettelse av skoler for helsepersonell, f. eks. for å utdanne leger som kunne ta seg av situasjonen. Men dette lot vente på seg. Hvorfor? Hvordan var egentlig den situasjonen man altså åpenbart mer eller mindre fant seg i?

En forklaring er kulturell. Høy sykkelighet var noe som bare *var* der. Synet på sykdom var i vid forstand tilpasset dette. Det spektakulære var krigsskader, epidemier og når ernæringen sviktet. På 1700-tallet var det en økende forståelse for at dette var problemer samfunnet måtte ta tak i, i tillegg til å legge forholdene til rette for fødende kvinner og deres barn, slik at befolkningen kunne opprettholdes.

*Samspilllet sykdom – ernæring – befolkningsutvikling*¹⁷

På 1700-tallet var det generelle bildet at den alminnelige dødeligheten var høy. Den bølget omkring 30 promille, dvs. 30 pr. 1000 av totalbefolkningen. Det er om lag tre ganger nivået på 2000-tallet. Det som gjorde den alminnelige dødeligheten særlig høy, var at spedbarndødeligheten var inkludert. Den lå på 250-300 promille. Det betyr at i datidens norske hverdag døde mellom hvert tredje og hvert fjerde barn i sitt første leveår. I 2011 var tallet 2,4 promille. Hadde man imidlertid overlevd de første barneårene på 1700-tallet, var ikke leveutsiktene så dystre.

Det som imidlertid kunne skje, og som det ofte gjorde på 1700-tallet, var at smittsomme sykdommer slo til. Det kunne være *epidemier* som kom utenfra, der smitten fulgte handelsveier og annen trafikk, slik at sykdommene spredte seg utover samfunnet. De herjet noen tid, men avtok så, etter at de hadde etterlatt dødsofre og folk med kroniske svekkelser eller plager. Men de epidemiske sykdommene etterlot gjerne også immunitet hos dem som overlevde, slik at befolkningen var beskyttet i kortere eller lengre tid.

Infeksjonene dominerte sykdomsspekteret i befolkningen nesten fullstendig. Infeksjonene var allestedsnærværende, også i form av *endemiske sykdommer* som kunne blusse opp dersom ytre forhold gjorde det mulig. At mennesket lever i samspill med andre organismer, kommer tydelig fram ved studiet av infeksjonssykdommenes historie. Av og til er det simpelthen de tilstedeværende mikroorganismene som får overtaket.

Det kunne være at ernæringen periodevis var så mangelfull at kroppen ble svekket, slik at man lettere ble syk og hadde mindre motstandskraft. Dette hendte, fordi man i stor grad var avhengig av innenlandsk matproduksjon. Da kunne tilbakevendende uår gi svekket ernæringstilstand.

Situasjonen var nokså lik i alle de nordiske landene. Derfor kan vi lære om Norge ved å se på Sverige, der kartleggingen av helsetilstanden på 1700-tallet var bedre enn hos oss. Allerede i 1749 hadde det nyopprettede *Tabellväverket*, det nåværende statistiske sentralbyrået (SCB), innført registrering av diagnoser ved dødsfall. Prestene sto for dette. De hadde ferdige skjemaer og også en veiledning til å hjelpe seg med for å få registreringen riktig. Det var angitt 33 dødsårsaker som dødsfallene skulle kategoriseres inn i. Etter 25 år, dvs. i 1774, ble listen revidert for at man skulle følge med utviklingen, men uten å miste systematikken.

17 Til dette avsnittet, se generelle historieverk, f. eks. Dyrvik S, Feldbæk O. *Mellom brødre 1780–1830*. Aschehougs Norgeshistorie, bind 7. Oslo: Aschehoug, 1996. Mer spesifikk for temaet er Moseng O. *Ansvar for undersåttens helse 1603–1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003. Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin*. Oslo/Stuttgart: Universitetsforlaget/Enke, 1975, summerer opp litteraturen om denne type sykdomsøkologi inntil 1970-årene og drøfter metodeproblemer ved studier av sykkelighet og dødelighet i gamle samfunn.

Sverige har også annen, forholdsvis greit tilgjengelig statistikk fra 1700-tallet for befolkningsutviklingen på lokalnivå. Man har derfor kunnet foreta omfattende studier av samspillet mellom sykdommene og samfunnet omkring. Den sveitsisk-tyske historikeren Arthur E. Imhof (f. 1939) var en av de første som tok for seg dette materialet i større omfang, og det henvises til hans undersøkelser.¹⁸ Han kunne blant annet vise hvordan de smittsomme sykdommene spredte seg ut over landområdene, men med litt forskjellig mønster, alt etter årsaken.

Verst kunne det være dersom stor migrasjon lettet smittespredningen. Det var nettopp det som hendte i stor stil dersom det var mobilisering til krig. Soldater ble samlet i leire og tok fatt på felttog der hygienen var dårlig og smittefaren stor. Det var allmenn kunnskap at faren for å bli såret eller drept i krigshandlinger kunne være mindre enn faren for å dø av smittsom sykdom. Når krigene var over, ble soldatene dimittert og reiste hjem, medbringende ny smitte, ofte med ny sykdomsbølge som følge på hjemstedet.

Mobilisering medførte også at høyst nødvendige hender ble tatt ut av de arbeidskrevende primærnæringene. Hvis hesten også var innkalt, kunne det bli særlig ille. Sammen med innhøstingsproblemer og åkre som kanskje var blitt nedtråkket og ødelagt av krigshandlinger, kunne mobilisering og krig medføre ernæringssvikt som varte i flere år. En ond sirkel var i gang.

Den engelske samfunnsforskeren og befolkningseksperten Thomas Robert Malthus (1766–1834) hadde rett i mange av de konklusjoner han trakk ved å studere befolkningsutviklingen, blant annet ved en reise til Sverige og Norge i 1799. Han mente at det var tre faktorer som bremsset befolkningsutviklingen fra ukontrollert vekst, nemlig *sykdom*, *sult* og *krig*. Vår tids forskning, f. eks. Arthur E. Imhofs og andre befolkningshistorikers arbeider, har kunnet bekrefte sammenhengen mellom disse faktorene.

Samme typer studier har også avdekket sammenhengen med andre samfunnsfaktorer, som noe så prosaisk som utviklingen av mulighetene for å bevege seg omkring. Utbygging av kommunikasjoner, såsom skipstrafikk, veier og etter hvert jernbaner ga nye muligheter for næringsliv og handel, men også for spredning av smittsomme sykdommer. At kapitalkrefter også har lange tradisjoner for å bety noe, ser vi blant annet gjennom hvordan kornprisene gjerne økte ved uår og stor etterspørsel.¹⁹

Folkemengden på 1700-tallet viste en moderat vekst, tross den høye dødeligheten. Første folketelling i Norge var i 1769, men det er beregnet

18 En lang rekke arbeider, se f. eks. litteraturliste i Imhof/Larsen *op. cit.* 1975.

19 Se Imhofs arbeider vedrørende dette, foruten f. eks. Dybdahl A. Sult eller sykdom? *Michael* 2014; 11: 9-27.

at befolkningen i Norge var 504 000 i 1701.²⁰ I 1801 var det 883 603. Denne økningen er liten i forhold til den høye fødselsraten. Den lå nemlig i størrelsesordenen 30 promille, dvs. 30 fødte pr. år pr. 1000 av totalbefolkningen. I 2011 var dette tallet ca. tredjeparten, nemlig ca. 12 pr. 1000. På 2000-tallet er norske kvinner blant dem i Europa som får flest barn, men likevel forstår vi at barnetallet er lavt i forhold til hva medsøstrene på 1700-tallet hadde å stri med. For dem som var gift, og det var ingen selvfølge at man kom i den økonomiske situasjon at man kunne bli det, var det skikk og bruk å få mange barn. Den høye spedbarns- og barnedødeligheten gjorde høye barnetall simpelthen nødvendig, ikke egentlig fordi de enkelte tenkte stort og på landets befolkning, men de tenkte på å opprettholde familien, å få noen etter seg i slekten og sikre omsorg i alderdommen. Ser vi på 1700-talls-befolkningen i makroperspektiv, var det altså en tre ganger så stor «omsetning» av individer som i vår tid.

Det kunne være farlig å få barn. Mange kvinner døde i barselseng. Ernæringssvikt i kvinnenens oppvekst kunne også ha gitt engelsk syke, dvs. rakitt med påfølgende skjelettdeformiteter som ga vanskelige fødsler. Det var med andre ord en økologi også her som knyttet faktorene sammen.

Et annet karakteristikum ved dødelighet og fødselstall på 1700-tallet var de store svingningene fra år til år. Dette kom simpelthen av at epidemiene og uårene og de andre faktorene som regel kom uanmeldt og slo hardt til. Og når det gjaldt sykdommene, hadde datidens vitenskapelige medisin lite å stille opp med for dem som allerede var blitt syke. Det var oftest bare å pleie den syke best mulig, vente og håpe. Og det var gjerne andre enn en *lege* som sto for dette.

Skader forekom ofte i datidens hverdag og arbeidsliv. Skader kunne gi langtrukne eller varige plager. Sår hadde vanskelig for å tilhele, fordi sårinfeksjon mer var regelen enn unntaket. Før gipsens tid kunne et brudd ha vanskelig for å gro. Kanskje ble det både såkalte falske ledd som resultat av et beinbrudd, eller det kunne bli invalidiserende feilstillinger. Var det et åpent brudd, der beinpipene stakk ut, var dødelig utgang temmelig sikker på grunn av den sårinfeksjonen som garantert ville melde seg. Amputasjon var da ofte siste håp, men ofte med ny og dødelig infeksjon.

Krigsskader medførte således ofte død og invaliditet. Norge var på 1700-tallet langt på vei forskånet for krigens redsler. Etter den store nordiske krig (1700–1721) var det lenge rolig i Norden. Svensk aggresjon var blitt tøylet, ikke minst gjennom det famøse skuddet som drepte kong Karl XII den 11. desember 1718. Vi hadde riktignok den såkalte «Tyttbærkrigen»

²⁰ Se: www.ssb.no – Historisk statistikk.

i 1788–1789, da nordmennene som ledd i et storpolitisk spill jaget svenskene helt ned mot Göteborg.²¹ Etter 1800 var det svenskene som slo tilbake.

Norske marinegaster om bord på dansk-norske orlogsfartøyer var nå og da innblandet i krigshandlinger ute på tokt, f. eks. ved vaktoppdrag i Dansk Vest-India og andre steder, men i den store sammenhengen var dette forsvinnende.²²

Bosettingen i Norge som arena for medisinsk virksomhet

Hvordan var den norske befolkningen spredt utover landet? Både ved inngangen til 1700-tallet og ved utgangen av århundret bodde vi spredt. I 1701 utgjorde befolkningen i byer og tettsteder 7,9 prosent, hundre år seinere 8,8 prosent. Økningen på hundre år var altså forsvinnende liten. Disse tallene viser indirekte hvordan næringsstrukturen var – nesten hele befolkningen hørte hjemme i primærnæringene. Jordbruk, skogbruk og fiske foregikk over hele landet. Også geografien tilsa at vi i Norge hadde mindre enheter, i motsetning til danskenes og svenskenes mange gods, herregårder og store driftsenheter. Skulle vi ha en allmenn helsetjeneste, måtte den smøres tynt utover landet. Det var det vanskelig å få til på en effektiv måte.

Men i tråd med det vi nå har hørt om befolkningsstrukturen, skjønner vi at det stemmer, det som statistikken kan bekrefte: 1700-tallets Norge var forholdsvis egalitært, forstått derhen at de aller fleste levde under ganske nøkterne kår, av og til ned mot eksistensminimum. Det var egen matproduksjon som var viktigst for livets opphold. Det var noe import i tillegg, og det ble særlig vanskelig når denne sviktet.

Det var et tynt sjikt av velstående familier både i tettstedene og på landet. Men den norske samfunnseliten var mest den fåtallige intellektuelle og administrative elite av prester og jurister og andre i forvaltningen. Det var mer sjelden at disse var særlig vel økonomisk beslåtte. Dette har medisinsk interesse, blant annet fordi studier av europeiske jordbrukssamfunn, som f. eks. i Sverige²³ viser tydelige klasseforskjeller for hvordan de smittsomme sykdommene rammet. Verst stilt var nederste sjikt. Dette var de som var på legd og lønnsarbeidere som ofte skiftet jobb og hadde stor mobilitet. Noe bedre var det for småbøndene, men ble det dårlige tider, kunne det hende at de måtte gi opp selvstendigheten, måtte selge, flytte og fikk økt mobilitet som igjen ga større eksposisjon for smittesykdommer. Best stilt var overklassen, gjerne godseiere og velstående kjøpmenn og andre som hadde ressursreserver å stå imot med.

21 Se: Apenes G, Dyrhaug T. *Tyttebærkrigen: det norske felttog i Sverige 1788*. Oslo: Aschehoug, 1988.

22 Se Larsen Ø. *Schiff und Seuche*. Oslo: Universitetsforlaget, 1967.

23 Se f. eks. hos Imhof AE, flere publikasjoner.

Men så later det til at immuniteten mot smittesykdommer var omvendt fordelt. De i de nederste befolkningslagene som hadde overlevd smittesykdommene, hadde en god immunitet som de bofaste i overklassen ikke hadde. Derfor var de mer utsatt for sykdom og død når sykdommene kom tilbake.

Fordi denne samfunnsstrukturen fra nabolandene ikke var så typisk i Norge, ser vi for oss en norsk befolkning der risikoen for å bli rammet av smittsomme sykdommer også hadde egalitære trekk. Risikoen var sannsynligvis mer jevnt fordelt enn i våre naboland.

Er den enkeltes helse et offentlig ansvar?

Noe vi derimot delte med nabolandene og også med mange andre land, var at det var svake tradisjoner for offentlig innsats²⁴ og for å ha et offentlig budsjett av noen størrelse myntet på helse. Sosiale nettverk av offentlig karakter var lite utviklet. Familien og nærmiljøet fungerte tradisjonelt som støtteapparat når det trengtes.

Store deler av befolkningen hadde lite penger mellom hendene. For dem fungerte samfunnet i større grad som en «barter economy». Det betydde at tjenester som skulle *betales*, både var vanskelige å innføre og vanskelige å gi i noe omfang.

Et annet viktig moment som historisk sett er vanskelig å få fatt på, er variasjonene over tid i *hvilken betydning skader, helse og sykdom ble tillagt* i forhold til andre verdier. Her er det åpenbare variasjoner både på samfunnsnivå og på individnivå. Et storsamfunn både kunne – og kan – være kynisk og konstatere at det stadig fødes nye borgere. Om liv og helse går tapt for noen av disse av politiske hensyn, hvilken vekt tillegges dette der og da? Og for individet kan avveiningen mellom å være frisk eller å være rik se forskjellig ut alt etter hvilken tid man befinner seg i.

Hva var det dessuten man til enhver tid oppfattet som viktigst ved helse, skader og sykdom? Døden? Smertene? Funksjonssvikten? Kort sagt: Hva ved dette er man reddest for, og hva satser man for å unngå? Hva oppfattes som normale gjenvordigheter i livet på jorden? Dette spørsmålet var særlig relevant i en tid da den kristne religionen sto sterkt og livet her nede for mange var en forberedelse til det evige liv i det hinsidige. Mye kunne da tales. Sykdom og motgang kunne kulturelt sett tolkes inn som pålagte byrder man måtte bære.

24 Kfr. Moseng, op. cit. (2003)

Vi har få studier som kan fortelle noe om 1700-tallets *sykdomsoppfatning*²⁵. Vi må ty til indirekte informasjon. Det er også et kvantitativt element i dette, ikke bare hva som oppfattes som sykdom, men også *hvor mye*. Det tyder på at man nok aksepterte vesentlig mer på 1700-tallet enn hundre år seinere, enn si hva man gjør to hundre år seinere.

Tegner det seg nå et bilde av hvordan behovet for helsetjenester og medisinsk kompetanse artet seg i Norge da 1700-tallet var på hell? En bakgrunn for hvorfor vi kunne trenge å utdanne våre egne leger? Og tegner det seg et bilde av hvordan man tenkte seg disse leger skulle være?

Objektive behov – finnes de?

Ut fra det vi foreløpig har lært om 1700-tallets helsebehov, ser det fra vår synsvinkel ut til at barns helse, spesielt spedbarns helse og store dødsrisiko, var et felt som burde rope etter innsats, altså i tillegg til skader, farsotter og ernæringssvikt.

Ettersom forståelsen av mekanismene ved spredning av smittsomme sykdommer ennå ikke var klarlagt, var man famlende i det forebyggende arbeidet. Riktignok hadde datidens medisinske fagfolk den antikke *mias-meteorien* å støtte seg til. Den tilsa at skadelige dunster fra jordsmonnet eller fra syke personer brakte sykdom med seg. Vask, lufting og det vi vil kalle vanlig hygiene hjalp mot dette, selv om teorien om årsaken seinere viste seg ikke å stemme.

Men når det gjaldt behandling, var det ikke så mye annet å stille opp med enn rent symptomatiske tiltak. Innen medisinen var dessuten den gamle *humoralpatologien* rådende. Den tilsa at mange sykdommer skyldtes overskudd av en av de fire kroppsvæskene, blod, svart galle, gul galle og slim.²⁶ Å behandle slimete hosting med slimløsende hostemidler er fortsatt logisk, men ut fra vår kunnskap var det verre når rødmussede feberpasienter ble behandlet med koppsetting eller årelating for å fjerne det blodet de så ut til å ha for mye av. Pasienter som kastet opp fikk brekkmidler. Pasienter med diaré ble behandlet med avføringsmidler. Da kunne tidens beste medisinske kunnskap føre til at f. eks. diarépasientene i en epidemi av mage-tarm-sykdom simpelthen døde av dehydrering. Det man imidlertid

25 Kfr. Drøfting av dette i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986, s. 72. Fra 1815 begynte et markert dødelighetsfall i Norge, uten at det var påviselig medisinsk-faglige årsaker til dette. Unntaket er koppevaksineringsen som ble foretatt første gang i 1801 og påbudt fra 1810. (Se: Tryland M. Kopper og koppevirus – 200 år siden første vaksinasjon i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3546-50.) Bedringen viste den nære sammenhengen mellom levekår og helse, siden selv en liten økning i levestandard ga dødelighetsfall. Det forandrer også synet på sykdom.

26 Se f. eks. en oversikt i Carstens S. Humoralpatologisk medisin. *Michael* 2014; 11; 101–12.

skjønne, var at utbredelse av smittsomme sykdommer kunne begrenses med samfunnsmessige tiltak.

Skader og krigsfare gjorde imidlertid at *kirurgiske tjenester* var etterspurt. Tidens kirurgi sto fortsatt ikke så høyt på 1700-tallet, men mange kirurger var dyktige håndverkere og kunne ta seg av ytre skader, byller og andre hudsykdommer på en effektiv måte. Innvortes sykdommer holdt de seg stort sett unna. Mangelfull smertelindring førte også til mangelfull muskelavslapning og det begrenset kirurgens muligheter. Dessuten satte sårbetenelser og blødninger grenser.

Enkelte hyppig forekommende plager var det for øvrig andre yrkesgrupper som tok seg av, især grå stær, som omreisende stærstikkere kunne behandle med et enkelt instrument, en liten, spiss kniv som ble ført inn i øyeeplet fra siden, slik at trådene som holdt den fordunklede linsen ble skåret over og linsen falt ned i bunnen av øyeeplet. Da så pasienten igjen. Ikke klart riktignok, siden linsens brytningsevne manglet i strålegangen, men pasienten så i ethvert fall *noe!*

Alt i alt burde 1700-talls-samfunnet objektivt sett – hvis det da finnes noe objektivt syn på dette – ha ønsket seg fagfolk til å ta seg av svangerskap, fødsel og barnesykdommer, fagfolk til å tilrettelegge samfunnet for å motvirke smittesykdommene og kirurger som kunne ta seg av skader og være beredt, dersom krigstrusselen skulle komme tilbake.

Disse ønskene var til stede. Vi kunne trenge slike fagfolk, vi burde utdanne slike fagfolk, mente man. Men ønskene var påfallende svake, hvis vi anlegger nåtidens målestokk. Hørte vi høylydte rop? Egentlig ikke. Hvorfor?

Vi skal imidlertid ikke anlegge vår tids målestokk. Avveininger og beslutninger skal vurderes opp mot den tid de hører hjemme.

3. Et universitet og en legeutdanning blir til

Universiteter oppstår

For å forstå hvordan ideen om et universitet i det hele tatt er blitt utformet og har dannet grunnlaget for både det nye universitetet i Christiania i 1811 og dets medisinske fakultet, er det nødvendig å gå relativt grundig inn på bakgrunnen.

Allerede i den foreløpige kortversjonen av universitetshistorien som John Peter Collett ga ut i 1999,²⁷ minnte han leserne om at betegnelsen *universitet* var tatt i bruk i Paris på tidlig 1200-tall og da betydde et interessefelles-

27 Collett JP. *Historien om Universitetet i Oslo*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.