

Langsomme forandringer i forutsetningene for folkehelse

Spesielt innenfor fransk historieforskning har det vært lagt stor vekt på langtidselementene og deres betydning for historisk forståelse. Med en slik synsvinkel på norske forhold finner vi også interessante mønstre for hva som skjedde med norsk folkehelse, før, under og etter den demografiske transisjon – oftest i det stille. Fra 1700-tallet ble det også utformet et akademisk fag som ble verktøy for å studere og å håndtere folkehelsen i en foranderlig verden, nemlig samfunnsmedisinen.

Som en reaksjon på at framstillinger av historisk utvikling gjerne hadde hovedtyngden lagt på store begivenheter og betydningsfulle personer, oppsto i Frankrike i 1920-årene en retning i historiefaget som viste seg å bli meget levedyktig - studiet av *les éléments de longue durée*, dvs. av langtidstrender. Disse foregikk som oftest stille og rolig, men fikk stor betydning over tid. Dette perspektivet er særlig nyttig for å forstå utviklingen innenfor folkehelse og medisin.ⁱ La oss se på noen bilder som illustrerer poenget:ⁱⁱ



Figur 2.1. Utsikt over Oslo og Christiania fra Ekebergveien i 1800, tegnet av J. W. Edy (Etter Overland 1910.)

Figur 2.1. viser den storslåtte utsikten som møtte Christiania-reisende som kom hovedveien sørfra over Ekebergåsen ved begynnelsen av 1800-tallet. I forhold til senere var dette en bildefattig tid, så bilder som dette, ”prospekter”, var faktisk en etterspurt nødvendighet, blant annet for forvaltningen i København. Hvordan så det egentlig ut i tvillingriket Norge?

Den engelske maleren og tegneren John William Edy (1760-1820) laget dette og ca. 80 andre bilder av norske landskaper på en rundreise i 1800. De ble først publisert i London i 1820. Ting gikk ikke så fort den gang. Dessuten hadde det vært krig i mellomtiden.

Hva ser vi her som har med befolkning og helse å gjøre? Vi ser egentlig to byer – i forgrunnen det gamle Oslo med kirken, Oslo Hospital og dollhuset for de vanskeligste sinnslidende. Til høyre i bildet ser vi Ladegården med noen hus rundt. Omkring er det ellers et åpent jordbrukslandskap. På den andre siden av Bjørvika ligger hovedstaden Christiania med administrasjon og handelsvirksomhet. Den er dominert av Vår Frelses kirke med Paleet nedenfor. Til høyre ligger praktiendommen Mangelsgården som fra 1810 ble Prinds Christian Augusts Minde og som siden den gang har vært en viktig havn for samfunnets vanskeligstilte.

Strandtomtene innerst i Bjørvika domineres på bildet av plankestabler. Ved kaia ligger skip. Til venstre er Akershus festning og vi skimter takene i Kvadraturen. Også rundt dette tette byområdet er det jordbruk. Selv Gamle Aker kirke lå på landet i 1800. Befolkningmessig og sosialt aner vi store forskjeller mellom byens ca. 17 000 innbyggere og dem som bodde omkring. Administrasjon og næring lå som øyer i et jordbrukssamfunn.

Drøye to hundre år fram i tid er alt forandret, se figur 2.2. Store hus og tett skog gjør det nå umulig å finne samme utsikt og samme perspektiv som på Edy's tid. Profesjonell landmålerkompetanse måtte til for å lokalisere hvor kunstneren hadde stått i året 1800. Det er der hvor Ekebergveien 19F ligger nå, en boligblokk. Edy's utsikt er derfor historie, men fotografiet (figur 2.2) prøver å gjenskape den. Vi ser på bildet at hvor en del av der hvor Oslos nå ca. 750 000 innbyggere bor og har sitt virke, er alt annerledes. Her har det skjedd et mylder av små og store langsomme forandringer fra Edy's tid til nå.

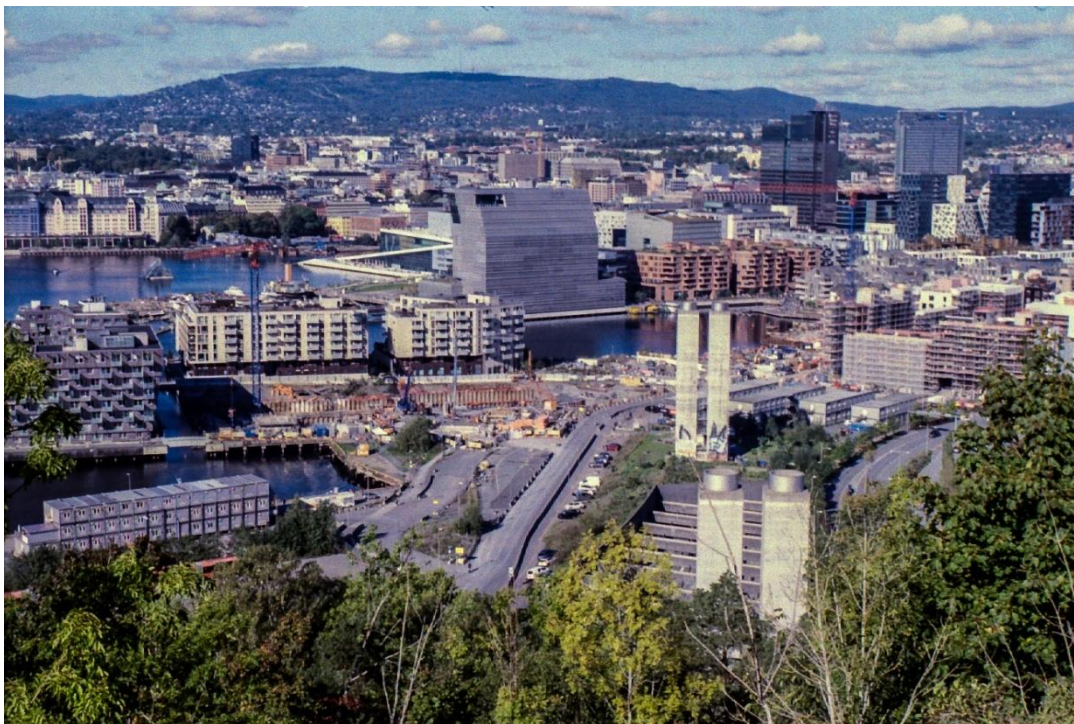
Bygninger, strukturer og mennesker har kommet og blitt borte igjen. Folk har levd og arbeidet og bestemt over utviklingen videre, vel å merke ut fra premissene fra historien og deres egen tid. Det har vært langsomme forandringer, mange som har løpt parallelt, men også mindre og kortere, avsluttede, men premissgivende prosesser underveis. Eksempel: Industrialisering langs Akerselva i Nydalen har

kommet og gått. Den store, men stille langsomme omformingen av byområdet siden 1800 (figur 2.1) er ikke avsluttet og blir det heller aldri..

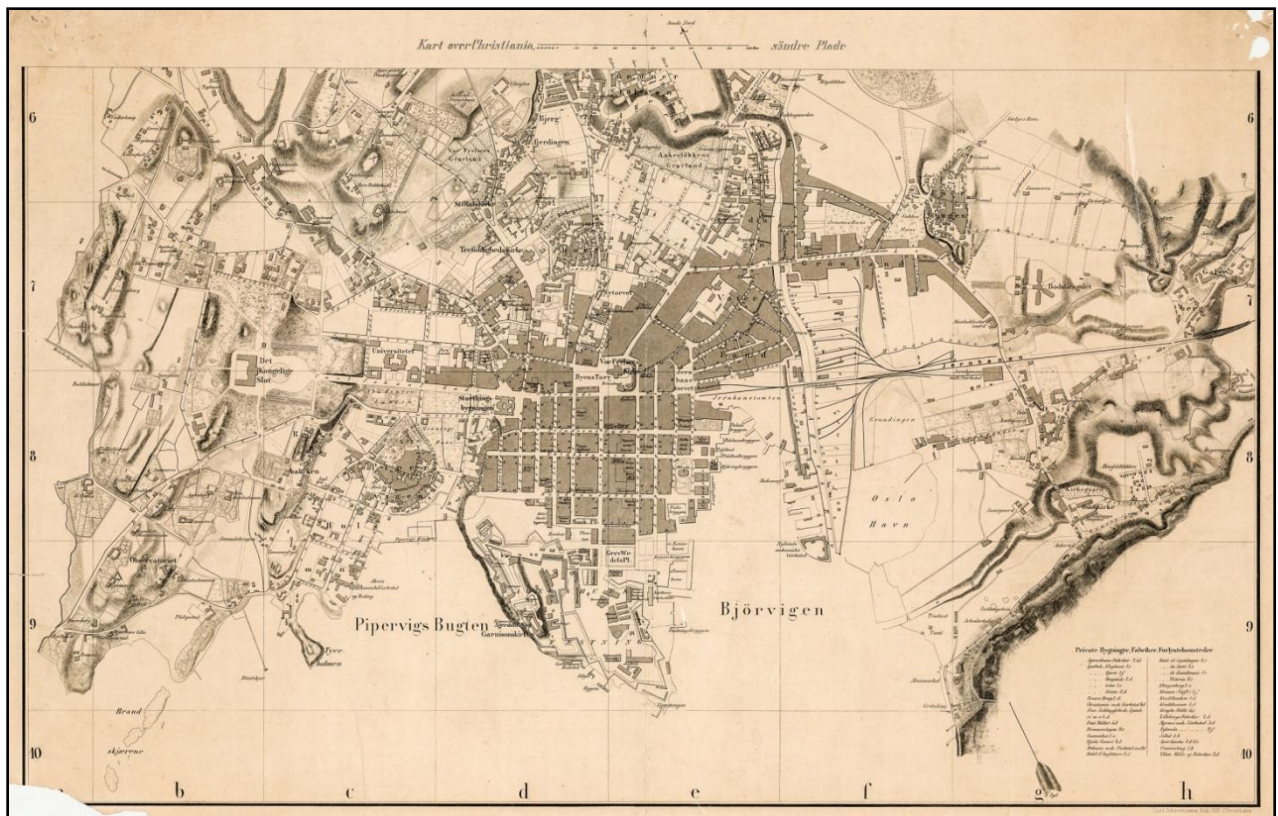
Og fra helsefeltet: Sykdommer kom og gikk, men etterlot seg erfaringer og kunnskap som ble styrende for den ”store” transisjonen innenfor befolkningsstruktur og folkehelse. *Koleraepidemiene* på 1800-tallet inntok her en særstilling. Koleraen kom og gikk, men etterlot viktige kunnskaper og erfaringer.

Vekst og fall for *tuberkulosen* kunne sett ut som en transisjon av type som den demografiske, altså en økning fram mot noe som så ut som en ny normaltilstand. Det ble ikke slik. Det ble en forandring tilbake til et lavt nivå, en langsom forandring som strakte seg over hundre år. Tidsmessig faller tuberkulosen bare delvis sammen med den demografiske transisjon. Det er en tidsforskyvning på et halvt århundre, idet tuberkulose var det store samfunnsproblemet i perioden 1850-1950.ⁱⁱⁱ

Blikket for langtidselementene og de langsomme forandringene kan være fruktbart for nesten alt man ser på med historiske øyne. Oppmerksomheten flyttes fra det spektakulære til det mer usynlige, der kanskje mange viktige forklaringer ligger.



Figur 2.2. Utsikt fra Ekeberg 2025 (Foto: Øivind Larsen) Se nøye på Edy's bilde (figur 2.1.) og kartet fra 1859 (figur 2.3.). Her har det foregått mye. Det er også mye som har kommet og gått, men som til sammen har dannet grunnlaget for de overordnede forandringer og transisjoner som alltid foregår. Bilder og kart dokumenterer hvordan et samfunn er en dynamisk organisme.



Figur 2.3. Kart over Christiania 1859. Sammenlikn med Edy's bilde (figur 2.1). Edy har stått under skrenten til høyre i bildet. Bortsett fra at jernbanen fra 1854 har erstattet bordtomtene ved Akerselva, er det påfallende få endringer på nærmere seksti år, på tross av utviklingen. (Fra Oslo kommunes samling av historiske kart.)

Samfunnsmedisin og gruppeperspektiv

Norge var før 1814 i prinsippet styrt fra København, også når det gjaldt helsetiltak. Krigsårene først på 1800-tallet gjorde det imidlertid nødvendig å etablere en lokal helseforvaltning i Norge, et såkalt Sundhedscollegium som fungerte i Christiania i årene 1809-1815. Spesielt fra siste del av 1700-årene var det en voksende offentlig bevissthet om at befolkningens helse var en verdi myndighetene måtte ta vare på^{iv}. En samfunnsmedisin vokste fram.

I dette var det langt på vei en mental, langsom forandring som foregikk. Mennesker og deres arbeidskraft var ikke lenger bare en ressurs som samfunnet kunne utnytte og som derfor måtte vedlikeholdes bare av den grunn. Mennesker liv og helse hadde også fått en voksende *egenverdi*.

Der var utviklingen forskjellig fra land til land. Et eksempel er den britiske marinen som på 1700-tallet rekrutterte mannskaper fra kneiper og fra gata og sendte dem til sjøs uten videre, med stort mannefall av sykdom som følge. Men der var det nok folk å ta av. I den dansk-norske flåten var



Figur 2.4. I Europa var samfunnsmedisin vokst fram som et eget medisinsk fagområde. Her sees tidens "bibel" i årtiene rundt 1800, verket System einer vollständigen medicinischen Polizey (1779-1827), skrevet av Johann Peter Frank (1745-1821). Eksemplaret på bildet var brukt i Norge i samtiden. (Foto: Øivind Larsen 2024)

man langt mer omhyggelig med utvalg og legeundersøkelser for å sikre helsen om bord best mulig.^v Da gikk alt bedre.

Det var spesielt i Østerrike samfunnsmedisinen fikk en tidlig oppblomstring. Den tyske professor og samfunnsmedisinske pioner Johann Peter Frank arbeidet også i Wien (figur 2.4).

Samfunnsmedisin og forebyggende tiltak ble i Danmark-Norge på slutten av 1700-tallet ofte formidlet til samtid og ettertid gjennom populærmedisinske skrifter, blant annet av den fargerike professor og redaktør Johann Clemens Tode (1736-1806)^{vi} Mindre kjent er det at landsfysikus i Arendal Rasmus Frankenau (1767-1814), som var en tilsvarende skribent, forsøkte seg med en bok om samfunnsmedisin, spesielt beregnet på forholdene i Danmark/Norge.^{vii}

For Norges vedkommende, etter atskillelsen fra Danmark, ble samfunnsmedisinen, eller med datidens betegnelse "hygiene" eller "statsmedisin",

bygd opp som eget fagområde ved det nye norske universitetet av professor Frederik Holst (1791-1871). Som vi skal se senere, bidro han som ny professor i faget hygiene til å befestige befolkningens helseforhold som et samfunnsanliggende, i tillegg til at man skulle ta seg av de tradisjonelle utfordringene med individuell helse, sykdommer og skader.

Nok viten om folkehelsen?

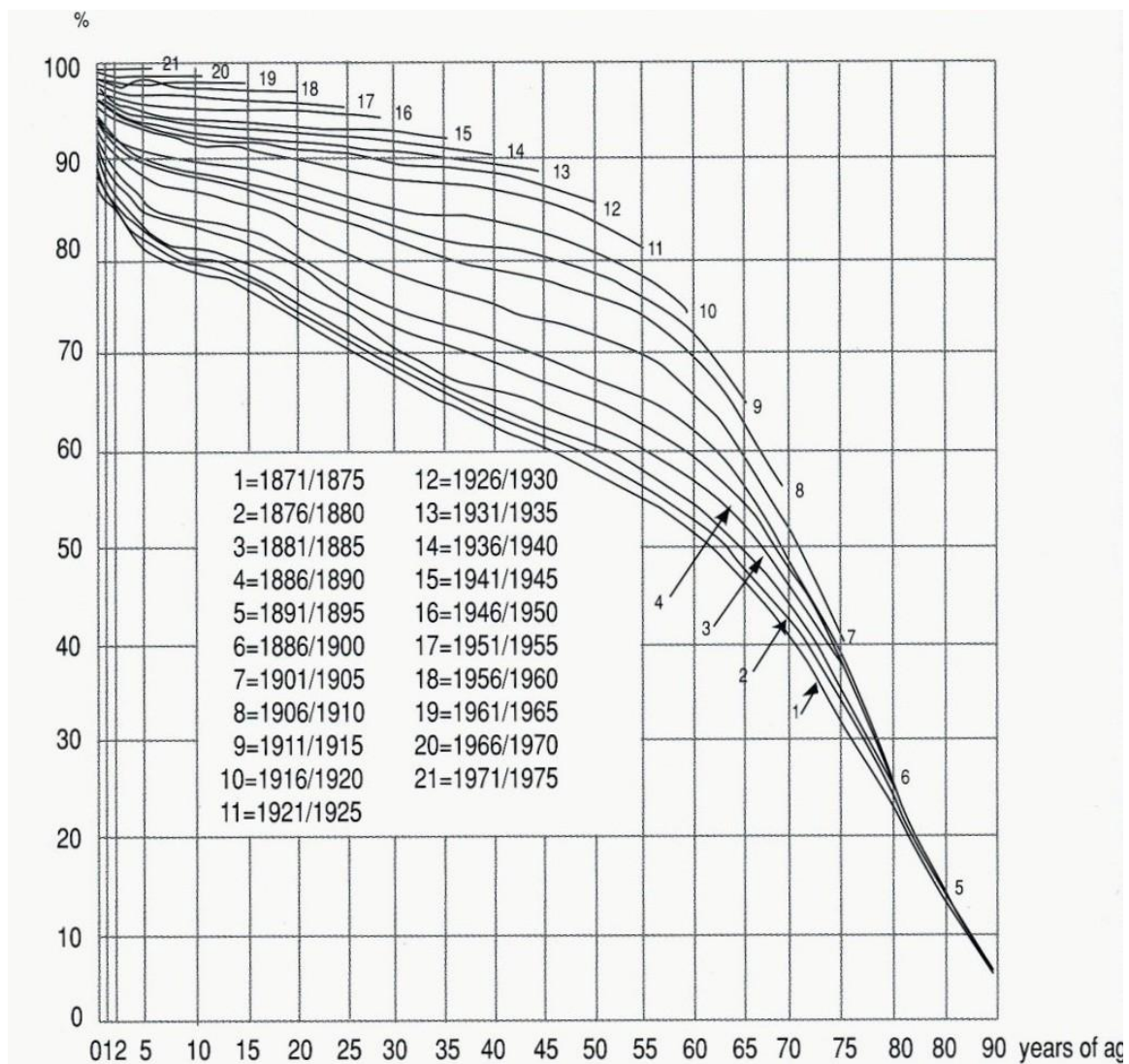
Det er et problem at det historisk sett ikke har vært lett, verken for samtidens myndigheter eller for ettertidens historikere, å beskrive helsetilstanden i den norske befolkningen i ”det gamle samfunn” nøyaktig nok til å ha kunnskapsgrunnlag for tiltak på gruppenivå. Oversikten over befolkningen var lenge for mangelfull til dette bruk.^{viii} Det var en teologisk reformator som hadde fått fart på registreringen, nemlig trønderen Peder Hersleb (1689-1757). Han var biskop i Akershus Stift 1730-1737. I disse årene instruerte han prestene om hvordan kirkebøkene skulle føres. Fra 30. desember 1735 ble det innført et standardisert system for føring av fødte og døde i kirkebøkene.^{ix} Riksarkivet i Oslo har for øvrig en såkalt *General Tabelle* over fødte og døde i Danmark/Norge, også geografisk fordelt, og den begynner med året 1735.^x

Distriktslegene ble etter hvert pålagt å levere inn årlige medisinalberetninger.^{xi} Noen offentlige leger hadde vi hatt lenge, men distriktslegeordningen stammer egentlig fra 1836. Det er imidlertid først fra 1853 og især fra 1868 at distriktslegenes medisinalberetninger ble lagd, redigert og utgitt i en form som egner seg for dybdestudier, både øyeblikksbilder og langsgående studier. Det vi ser – og som de interesserte i samtiden også så – er at det skjedde langsomme forandringer, men ikke alle på en gang. Noen steder i landet eller innenfor amtene kunne en utvikling skje raskt i et tettsted eller bygdelag, mens det andre steder hang igjen.

Døden er lett å telle

Dødeligheten er bare ett aspekt ved folkehelsen. På den annen side er død en konkret og lett tellbar hendelse. Derfor er dødelighet gjerne det mål for helse som dominerer i litteratur om fortidens helse. De langsomme forandringene i dødelighet gir seg utslag hvis vi ser på levealder ordnet etter fødselstidspunkt.

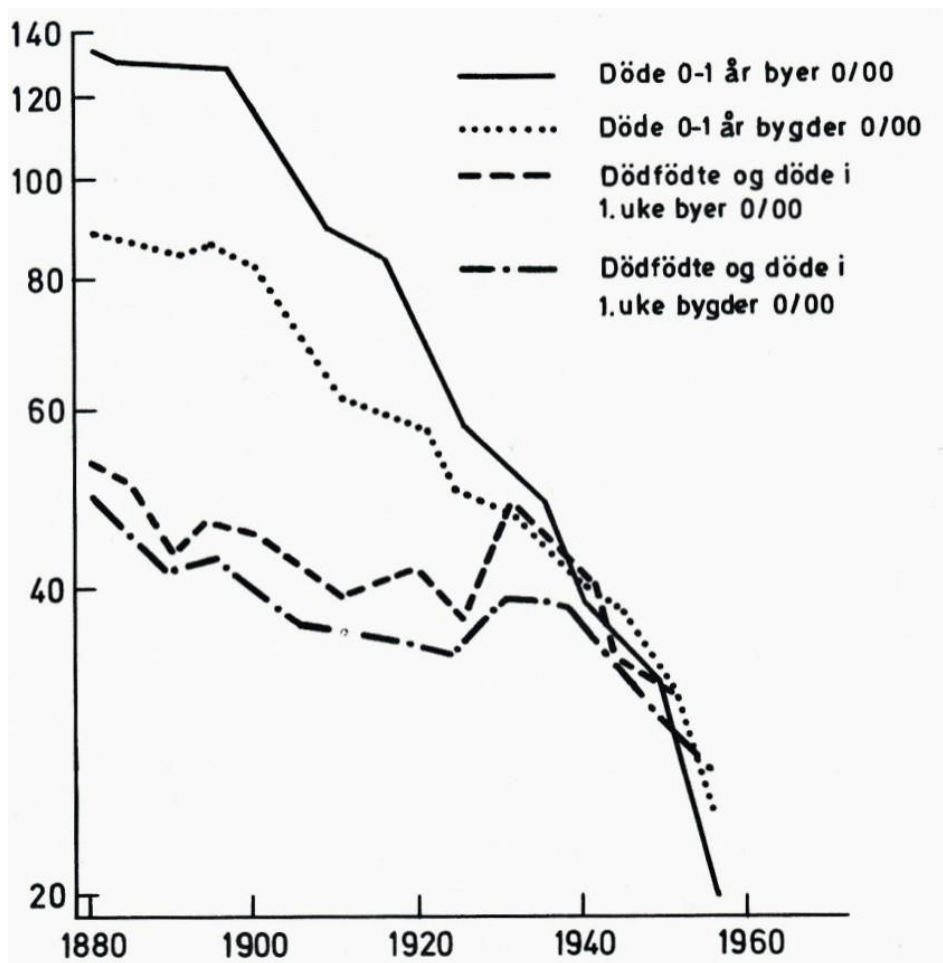
Se på overlevelseskurvene i figur 2.5. På denne figuren starter de riktignok så seint som med fødslene i 1871. Legg merke til hvor stor forskjell det er, selv i relativt moderne tid, i sjansene for å leve lenge og å bli gammel. Dette avhenger blant annet av når man er født. Eksempel: Av dem født i 1871, var bare 60% igjen ved 60 års alder. Blant dem som ble født i 1931-1935, opplevde nesten 90% 60-årsdagen.



Figur 2.5. Overlevelsesjansene for ulike fødselskohorter for norske menn. Bemerk det store frafallet i unge år for dem som var født mellom 1871 og 1930. Etter Borgan 1982 i Larsen og Heiberg 1983.

Forutsigbarheten for egen helse er et viktig element for samfunnsutviklingen. Langsiktighet fordrer trygghet for at helsen ikke slår seg vrang i utide og at døden ikke inntreffer på et feil tidspunkt i det livsløpet man hadde sett for seg. Tenk bare på usikkerhet og ulikheter i forutsigbarhet når man vil ta langvarig utdanning, stifte familie, sikte på en karriere, og gjøre økonomiske investeringer. Men, igjen, ikke all bedring i dødelighet skjedde på likt, heller ikke for aldersgruppene. Lenge var noen grupper og noen steder bedre stilt enn andre – og andre var og er dårligere stilt. Transisjonsmodellen gjelder.

Spedbarn- og barnedødeligheten var lenge meget høy. På 1700-tallet var det ganske vanlig at hvert fjerde nyfødte barn døde i første leveår. Spedbarnedødeligheten, målt som antall døde i første leveår, er mye brukt som en



Figur 2.6. Spedbarndødeligheten har vært raskt fallende helt siden 1820-årene, men det er først fra midten av 1800-tallet at opplysningene er best. Legg mer til at by/land-kurvene faller sammen og dels skjærer hverandre i slutten av 1930-årene. Det forteller mest om helseforhold og levekår i byene. Spedbarndødeligheten var så høy på den tiden at selv dette utsnittet som begynner med 1880, måtte framstilles med logaritmisk skala for ordinaten, ellers hadde ikke kurven gått inn på noen bokside!

indikator for et samfunns utviklingsnivå. Da datateknikken gjorde sitt inntog for alvor i historieforskningen i 1970-årene, kunne man ved å sammenstille studier av dødelighet på mikronivå, finne et mønster som viste hvordan samfunnsutviklingen skjedde i forskjellig tempo på ulike steder, før linjene samlet seg på et nytt nivå.^{xii}

Spedbarndødeligheten og dødeligheten for de litt større barna viser også ofte interessante geografiske forskjeller, se figur 2.6. De levekårsfaktorene og hygieniske forholdene som bidro til spedbarns- og barnedødeligheten, var lenge dårligere i byene enn på landet, men ble etter hvert bedre i byene. Det forebyggende, samfunnsmedisinske helsearbeidet bar frukter, levestandarden for utsatte grupper økte, og framme i 1930-årene krysset kurvene hverandre. Byene hadde fått bedre forhold enn på landet.

Figur 2.6. viser også spedbarndødeligheten i første leveuke. Der er ikke by-land-forskjellene spesielt store. Det kan komme av at det for så tidlige dødsfall ofte dreier seg om årsaker som har med svangerskap og fødsel å gjøre. De er mer uavhengig av geografien. Først senere i første leveår slår hygiene og levekår ut. Det er noe av det viktigste kurven dokumenterer.

Men kunnskaper om dødeligheten er bare en del av det man trenger for å få et utfyllende bilde av befolkningens helse. Det er langt flere sykdommer man *har*, enn som man *dør av*. Sykeligheten må også studeres. Som vi skal se, kan det være vanskelig.

For utviklingen av befolkning, helse og dermed tilhørende helsetjeneste og medisinsk kunnskap, er ofte de langsomme forandringene så langsomme at menneskene skifter underveis. Nye generasjoner kommer til før transisjonsprosessen nærmer seg avslutning og vi har fått en ny normalsituasjon.

Nettopp fordi det går langsomt, er det viktig å ikke miste av syne at premisene som ligger til grunn for handlinger og bestemmende avgjørelser underveis, er avhengige av situasjonen på tidspunktet der man befinner seg. Det er da ikke bare teoretisk, men praktisk viktig å ha kunnskapsgrunnlag for å forstå *at man befinner seg i en transisjonsituasjon*, og ha oversikt over de faktorene som driver den.

Nok viten om befolkningen?

Nei, dødelighetstallene er ikke nok. Vi må blant annet se nøyere på de tre andre kurvene på figur 3.1 (s. 24-25), nemlig fødselstallet, migrasjonen og befolkningsøkningen.

La oss gå til Henrik Rosteds tekst fra 1814 om forholdene på Kongsberg i 1795) og se hva han skriver om levekår og fødsler blant bergarbeiderne, Bergarbeidernes stilling og levemåte er ofte kummerlig, i følge Rosted: Vi leser at

”En annen Grund til Bergarbeidernes slette Kaar, anseer jeg at være deres alt for tidlige Giftermaale. Naar en Dreng er 12 Aar gammel antages han i Sølvværkets Tjeneste, enten ved Pukværkerne eller ved Gruberne til at scheide Ertzen. – Har han i den Tjeneste opført sig troe og vel, saa bliver han, naar han har fyldt 18 Aar, ansat til Sprenger, som er den første Grad fra Drengeklasse af. Saasart han har naaet denne Post, søger han strax Tilladelse til at gifte sig, uden forud at beregne, om han er i Stand til at underhlde Hustrøe og Børn. Med Pigen, som i Almindelighed intet har lært, og i det højeste kun har tjent paa et Par Steder, følger naturligiis ingen Medgift. Der er altså lidet eller intet at begynne med. Lægges man hertil, at Pigen ofte er fruktsommelig førend Bryllupet, saa hender det let, at disse unge folk kan see sig velsignede med et Par Børn, førend Bryllups-Aaret er til Ende. – Frugtbarhed i denne Henseende er overalt Bergmandens, som i Almindelighed den Fattiges Lod.”

Vi ser for oss et industrisamfunn som det etter hvert ble flere av, ettersom den industrielle revolusjon også nådde Norge. Stemningen på Kongsberg må ha vært spesiell: *”Det gives faa Dage, paa hvilke der ikke forefalde Børnedaab, Vielser eller Liigferd, ...”*

Rosted la en god del skyld for de dårlige levekårene på kvinnene i bergbefolkningen. De bidro lite i hverdagslivet mente han. I ettertid kan vi spørre: Hva skulle de egentlig gjøre, i sine kummerlige boliger, gjerne gravide og med mange småbarn rundt seg, syke og friske?

På dette området skilte industribefolkningen seg fra flertallet i Norge, som tilhørte primærnæringene. De fikk også mange barn. Der var arbeidsoppgavene for den kvinnelige delen av befolkningen tallrike. Små og mellomstore gårdsbruk av norsk type var familiebedrifter, der alle måtte delta, sjølfolket, barna, kårfolket og de ansatte, alt etter hva slags gård det dreide seg om, hvor i landet man var og hvor bruket befant seg på den sosiale skalaen.

Vi ser at fødselstallene svingte rundt et nivå på 30 promille – svingninger som hang sammen med den alminnelige sykkeligheten og dødeligheten. Men etter det store skiftet i dødelighet fra 1815 og framover, *fortsatte de høye fødselstallene – lenge*. Det ga naturlig nok befolkningsøkning og press på samfunnet – se kurven for folketallet.

Vi skal derfor drøfte nærmere hva som betydde mest for befolkningsøkningen – det fortsatt høye fødselstallet eller den synkende dødeligheten. Når færre døde, ble det flere mennesker, og denne tallmessige effekten kom i tillegg til alle de nyfødte som kom til. Dette sees av figur 3.1 (s. 24-25) for den perioden denne boken konsentrerer seg om, men også for tiden etterpå.

Et annet poeng som vi også skal drøfte, er at fallet i fødselstall skjedde sosialt skjevt med en tydelig by/land-forskjell. Barnetallet sank fort i urbane strøk.

Slik kunne selve demografien gi opphav til sosiale spenninger.



Figur 2.7. Christiania havn i år 1800, litografi etter tegning av J.W. Edy (1762-1820) (Nasjonalmuseet). Som knutepunkter i Norges kontakter ned utlandet hadde havnene, store og små, spesielt i eldre tid, stor betydning også i folkehelsesammenheng. Sjø bandt samfunn sammen, skog og fjell skilte. Ikke bare varer og folk, men også sykdommer kom sjøveien. Seilskipstrafikken var imidlertid størst i sommerhalvåret. På grunn av datidens kjøligere klima frøs Christianiafjorden til om vinteren. Da var det stille. (Kapittel 6).

Noter

ⁱ Noen helse- og medisinhistoriske framstillinger som har denne vinklingen: Falkum E, Larsen Ø. *Helseomsorgens vilkår – Linjer i medisinsk sosialhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 1981; Larsen Ø. Norge da, Norge nå, Norge.. Norge som operasjonsfelt for de medisinske fag. Side 9-39 i: Larsen Ø, Heiberg A. red. *Medisinske fag i velferds-Norge*. Oslo; Universitetet i Oslo – Seksjon for medisinsk historie, 1983; Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske legeforening, 1986; Larsen Ø. ed. *The shaping of a profession – Physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science history publications, 1996.

ⁱⁱ Den engelske tegneren og maleren John William Edy (1760 eller 1762-1820) var på reise i Norge i 1800. Hans utsikt over Oslo og Christiania er gjengitt i Øverland AO. *Det gamle Norge i bilder og tekst*. Oslo: Cappelen, (1910).

ⁱⁱⁱ Smith FB. *The retreat of tuberculosis 1850-1950*. London/New York/Sydney: Croom Helm, 1988.

-
- ^{iv} Schjønsby HP. *Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons. Og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge*. Oslo: Helsetilsynet, rapport 1/2009. Se også: Moseng OG. *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003 og Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003 og Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD. red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
- ^v Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795-1799*. Oslo: Universitetsforlaget 1968.
- ^{vi} Larsen Ø, Lindskog BI. red. Tode JC *Sundhedstidende 1778-1781*. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1991.
- ^{vii} Frankenau R. *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regiering, især med Hensyn på de danske stater og deres Hovedstad. En Haandbog for Øvrigheder og Borgere*. Kiøbenhavn: S. Poulsen, 1801.
- ^{viii} Lie E, Roll-Hansen H. *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001; Bore RR. red. *På liv og død – Helsestatistikk i Norge i 150 år*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007.
- ^{ix} Hersleb sto for øvrig også bak innføringen av konfirmasjon i 1736 og Allmueskoleloven av 1739.
- ^x En del av denne tabellen er gjengitt på innsiden av bakre perm på *Statistisk Årbok 2000*. Tall for Island er tatt med i summene for Norge, så de må trekkes fra. Nærmere om dette i Søbye E. *Folkemengdens bevegelse 1735-2014*. Oslo: Forlaget Oktober AS, 2014
- ^{xi} Schiøtz A. *Doktoren*, Oslo: Pax, 2003; Schiøtz A. Medisinalberetningene som historie og kilde. *Arkivmagasinet* 2003; 17. Moseng OG. *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.(2003). Bind 1 av Schiøtz A. red. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*.
- ^{xii} Eksempler på slik historisk tilnærming finnes fra mange land. I København har historikeren Anne Løkke (f. 1957) gitt ut mange publikasjoner om dette, blant annet doktoravhandlingen *Døden i barndommen: spedbørnsdødelighet og moderniseringsprosesser i Danmark 1800 til 1920* (1998).