

Land og by – dødelighet og befolkningsøkning

Befolkningsstatistikken som viser den demografiske transisjon, har to iøynefallende karakteristika. For det første: Ved inngangen til transisjonen først på 1800-tallet er kurvene for død og fødsel svingende og uryddige, før de relativt plutselig roer seg. For det andre: Fallet i fødselsrate begynte i Norge først rundt 1890, altså mange årtier senere. Samtidig, og som en følge av blant annet fallet i dødelighet, skjedde en endring av befolknings sammensetningen gjennom flytting og urbanisering. Den sosiale konteksten ble endret, og dette forandret også betingelsene for helse. Forholdene i urbane områder ble etter hvert toneangivende gjennom den demografiske transisjons århundre. Det ser ut til å være en lovmessighet i at dødelighetsfall over tid fører til fruktbarhetsfall. Nøkkelen til forståelse av befolkningsutviklingen, især folkeveksten, ser derfor ut til å være dødeligheten, ikke så mye fødselstallet.

Den demografiske transisjon er en spektakulær langsom forandring, både ved sitt omfang og ved sin langsomhet (figur 1.1.). Det er to forhold som spesielt slår i øynene: De sterke svingningene i kurvene i årene før transisjonen slo inn i statistikken i 1815, dernest den mangeårige forsinkelsen før fallet i fødselsratene begynte ved slutten av århundret.

Høye tall og store svingninger

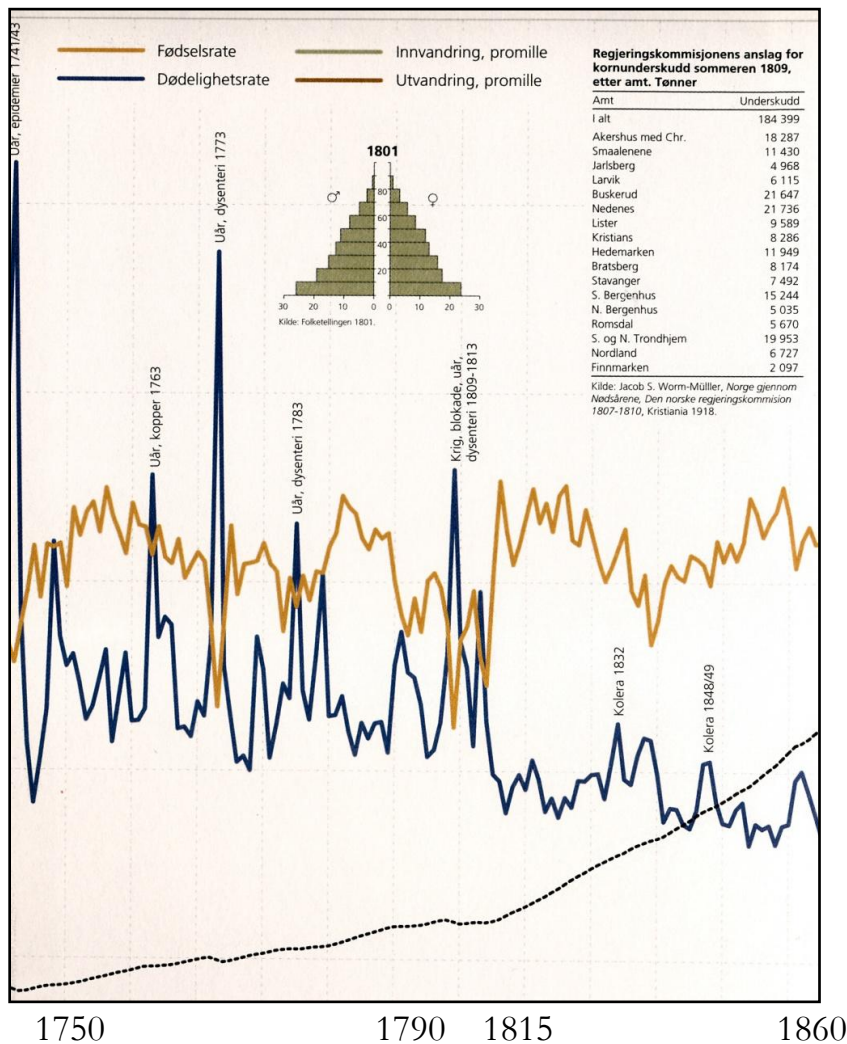
For å se nærmere på dynamikken i det figuren forteller, kan vi ta for oss et utsnitt av prosessen, nemlig det som skjedde rundt 1800, se figur 4.1.

Det første som fanger oppmerksomheten, er den uryddige kurven for dødelighet, og hvor høye tallene er. Men så ble svingningene i dødstall og fødsler ganske plutselig dempet. Alt ble roligere. For de første årene lå både dødstall og fødsler omkring et nivå på 30 promille – en arv fra lang tid bakover.

For dødeligheten vil dette si at datidens gjennomsnittlige, årlige avgang ved død var tretti av tusen innbyggere. Men tallene viste voldsomme svingninger fra år til år. Noen år var dødsratene langt høyere. Hva var det som da hadde skjedd? Epidemier og ernæringssvikt var viktige faktorer, men det var også andre forhold som vi skal se nærmere på etter hvert.

Befolkningen ved inngangen til den demografiske transisjon rundt 1800 var nesten utelukkende bosatt i spredtbygde strøk. De fleste var beskjeftiget i primærnæringene. Byer og tettsteder var små. Det er altså en forholdsvis homogen *landsbefolkning* de uregjerlige kurvene forteller om. Hvordan endret denne konteksten seg?

Fødselstallene, den andre gjennomgående kurven, hadde bakover på 1700-tallet samme størrelsesorden som dødeligheten, bare med et litt høyere gjennomsnitt. Over tid var det den gang en slags balanse. Befolkningen økte bare langsomt. Innvandring fra utlandet var det svært lite av. Fødselskurven svinger også, der den kommer inn fra venstre, akkurat som dødeligheten. Men de to kurvene er oftest asynkrone, og med store utslag kunne konsekvensene for det gamle samfunn være dramatiske. I noen år ble det såkalt *demografisk krise* – det døde flere enn det ble født. Hvorfor var mønsteret slik?



Figur 5.1. Befolkningsendringer i Norge rundt 1800 (Statistisk Årbok 2000). (Utsnitt av figur 3.1.)

I 1815 ser det altså ut til at det kom et markant omslag. Vi ser da et bratt fall i dødeligheten gjennom hele århundret, fram til den demografiske transisjonen har nådd sin avslutning. Men dødeligheten fortsatte å synke ganske jevnt gjennom lang tid fram mot 1930-tallet og flatet først ut rundt 1960, halvannet århundre senere. Da hadde nivået lagt seg på omkring ti promille, altså bare en tredel av det det hadde vært ved da den demografiske transisjon begynte.

Hva skjedde med folkehelsen rundt 1815? Hvilke dødsårsaker var blitt redusert, og hvorfor? Hadde levekårene endret seg radikalt? Hadde helsevesenet fått plutselige forbedringer? Hadde det skjedd noen skjellsettende medisinske framskritt? Var det konteksten eller medisinen som var nøkkelen?

Tidlig på 1800-tallet var det ennå ingen vesentlig forbedring i helsestellet. Et viktig medisinsk framskritt fra 1790-årene var riktignok koppevaksinasjonen. Den fikk en viss innflytelse på de store linjene i dødelighetsutviklingen, men ikke plutselig. Den avtegnes i de langsomme forandringene. Man hva var det med levekårene? Den sosiale sammensetningen av befolkningen? Synet på helse? Menneskets egenverdi? Hele *konteksten*?

Å få mange barn – eller ikke?

Bla tilbake til den store figur 3.1. igjen (s.24-25). Se på kurven for fødselstallene, den som etter stiger kommer fram fra 1700-tallskaoset, og går videre mot høyre øverst på figuren. Vi ser at fødselstallene ikke lenger fulgte dødeligheten. Tallene forble høye inntil ca. 1890. Deretter sank de og stabiliserte seg til sist på samme nivå som dødeligheten. Det er en faseforskyvning.

Den demografiske transisjon later til å være en universell prosess som foregår i forskjellige samfunn til forskjellig tid. Men også mønsteret kan være forskjellig. F. eks. i Frankrike var faseforskyvingen langt mindre enn i Norge. Franske kvinner begynte å få færre barn på et tidligere tidspunkt enn sine norske medsøstre.¹

Fortidens store svingninger er også blitt borte. Begge kurvene er jevnere. En forklaring: Dødeligheten avhang i den første tiden mye av fødselstallene, fordi så mange spedbarn og barn døde. Først med et lavere nivå for spedbarnsdødeligheten kom situasjonen for majoriteten av befolkningen til syne gjennom dødelighetstallene.

Et av resultatene av forskjellene mellom dødstill og fødselstall sees av den skrå kurven for folkemengde som fører målbevisst oppover – mange fødes, færre dør og folketallet øker. Er dødsrate eller fødselsrate viktigst for folketallsøkningen?

De tre befolkningspyramidene som er tegnet inn på figur 3.1, viser at befolkningens sammensetning – dvs. *befolkningen sett som arena for sykdomsskapende faktorer og medisinsk arbeid* – ble endret fundamentalt. Rundt 1800 var det en

overvekt av spedbarn, barn og unge fordi den alminnelige dødeligheten var så høy. Midt på 1800-tallet var befolkningen ung fordi flere av dem som ble født vokste opp. Hundre år senere enn dette, midt på 1900-tallet, hadde vi et samfunn med mange eldre i forhold til unge fordi levealderen hadde økt. Sykdomsspekteret i befolkningen var blitt annerledes, likeledes helsetjenestebehovene.ⁱⁱ Fram til inn på 2000-tallet har denne trenden gått videre.

Statistisk sentralbyrås analyseⁱⁱⁱ viser at over lang tid er det *nedgangen i dødelighet* som er den viktigste faktoren for utviklingen av et lands befolkningsvekst, ikke fødselstallet. Det er en kjedereaksjon som settes i gang når dødeligheten faller. Det ser ut til å være en nasjonal og internasjonal lovmessighet i at lav dødelighet fører til lave fødselstall, med påfølgende stagnasjon, eventuelt fall i befolkningsveksten. Folkevekst ser etter gjennomgått demografisk transisjon først og fremst ut til å måtte skje gjennom innvandring.

Kjedereaksjonen som var innebygd i den demografiske transisjonen i den perioden vi dekker her, med påfølgende samfunnsendring, både medførte og skyldtes *flytting*. Migrasjonen innenfor landet, dvs. folkestrømmen fra land til by er også en del av utviklingen mot et urbanisert samfunn med urbane verdier og livsbetingelser.

Flytteprosessene

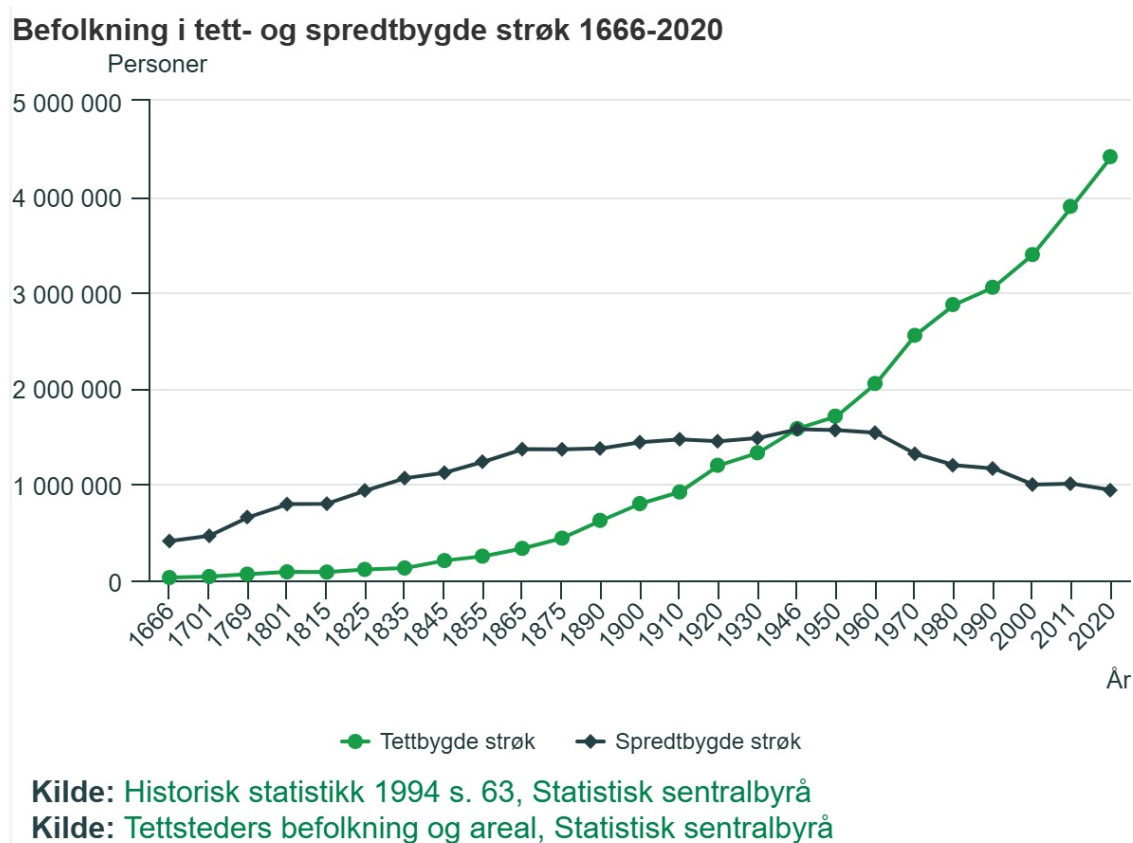
Nederst i figur 3.1. ser vi de demografiske sikkerhetsventilene – den store *utvandringen* på 1800-tallet fram til 1930, især til USA, og – i neste århundre - *innvandringen* fra 1970-årene og framover. Det er imidlertid en viktig, omfattende prosess som *ikke* går fram av denne figuren. Det er den interne omflyttingen i Norge, *urbaniseringen*.

Det var såkalte *push-faktorer* som stimulerte migrasjonen. Næringsgrunnlaget i mange landdistrikter ble knapt som følge av økningen i folketallet. Det var forholdene i primærnæringene som satte de viktigste begrensningene. Systemet med husmannsplasser absorberte noe av folkeveksten, især fra begynnelsen av 1800-årene. Det var en topp omkring 1855, da det var om lag like mange husmenn som selveiende gårdbrukere i Norge. Selv om forholdene ikke var like over alt, nørte systemet opp under vanskelige levekår for enkelte grupper og stimulerte klasseskiller. På landsbygda var det heller ikke husmannsfamilier i trange kår som kom verst ut. Især eiendomsløse kom i klemme på grunn av befolkningsøkningen.

Men det var også *pull-faktorer*. Den industrielle revolusjon hadde kommet til Norge, litt senere enn f. eks. i England og Tyskland. Tettsteder lokket med arbeidsplasser og utdanningsmuligheter. Urbaniseringen fikk stort omfang, spesielt på slutten av 1800-tallet. Tallene var størst for flytting til hovedstadsregionen.

Christiania hadde ca 17 000 innbyggere i 1801. I 1850 var det ca. 50 000. Så skjøt folketallet for alvor fart. I 1875 var det 125 000, et tall som hadde fordoblet seg i 1900, da det bodde ca. 250 000 i byen.

Det var da Norge for alvor begynte å bli endret.



Figur 5.2. Befolkningsfordeling mellom tettsteder og landdistrikter

Se på figur 5.2. Langsomme forandringer gjorde at befolkningen i spredtbygde strøk økte jevnt og trutt fram til kurven flatet ut i årene etter den annen verdenskrig, for så å falle. Tallene ble fotfulgt hakk i hæl av folketallet i tettbygde områder, og veksten videre ser ut til å eksplodere fram mot vår tid. Vi konsentrerer oss her om de langsomme forandringene i den første fasen, før kurvene krysser hverandre.

Flyttingen skjer på grunn av en avveining mellom push- og pull-faktorer. Hvilke som er viktigst, har blant annet betydning i det lange perspektiv videre. Det er stor forskjell på om man emigrerer på grunn av matmangel og bitter nød eller på grunn av drømmen om et bedre liv. Mer om dette senere.

Nye vilkår for helse i det nye Norge?

Kombinasjonen av trangboddhet, tette miljøer med stor fare for spredning av smittsomme sykdommer, og arbeidsplasser med mange risikofaktorer var blant de stadig mer framtrædende årsakene til at sykelighet og dødelighet i løpet av 1800-tallet. Det var markant verre i tettstedene enn i landdistriktene. Å flytte til byen var en helserisiko. Dette var velkjent viten i samtiden. Likevel valgte mange å flytte, eventuelt følte seg tvunget til det.^{iv} Helse utgjorde da bare én verdi blant flere, når man tok sin viktige avgjørelse om å flytte.

Historien om helse og sosiale forhold er ofte dominert av hva som skjedde i byer og industrimiljøer. Men dette er altså bare en del av helhetsbildet, ettersom det først er etter den annen verdenskrig at flere nordmenn bor i byer enn på landet, se figur 5.2.^v

Vi skjønner umiddelbart at de helsemessige forholdene må ha forandret seg totalt i løpet av de årene den demografiske transisjon foregikk. En lege fra f. eks. 1820-årene ville trolig ha hatt lite å snakke faglig om med en kollega fra 2020-årene. Eller kanskje kollegaen fra to hundre år tidligere ville ha hatt nyttige ting å si? La oss se!

”The take home message”

De langsomme forandringene ved den demografiske transisjon gjorde at befolkning, helse og helsebetingelser forandret seg hele tiden. Alt var annerledes da transisjonsprosessen var over. Dette gjør at studier av forhold underveis er jakt på *moving targets*. Det må man ha i bakhodet både når man konsulterer litteraturen og når man arbeider med stoffet selv.

Forslag til lesning

Kanskje leserens nysgjerrighet allerede nå er blitt pirret. Hvordan var *egentlig* konteksten for folkehelse? Da kan det lønne seg å se i noe av den rikholdige, generelle medisinhistoriske litteraturen.^{vi}

Noter

ⁱ Historien bak aldrende befolkning. Oslo: Statistisk sentralbyrå. *Samfunnsspeilet* 2012/2.

ⁱⁱ Spesielt for 1900-tallet er dette utdypet i antologien Nylenna M. red. Mellom politikk og klinikk i hundre år. *Michael* 2013; 10: Supplement 13. I kapitlet Larsen Ø. Helsen bakom helsepolitikk og helseforvaltning, s. 31-70 er det redegjort nærmere for hvordan både folk og folkehelse har forandret seg.

ⁱⁱⁱ SSB-artikkelen nevnt ovenfor: *Historien bak aldrende befolkning*.

^{iv} Larsen Ø. Vekst i byen og helse på landet – noen trekk ved folkehelse og befolkningsutvikling på slutten av 1800-tallet. *Jord og gjerning* 1991; 5: 66-78.

^v Det er nyttig å ha allmenne historieverk for hånden som bakgrunn for det demografiske og helsehistoriske stoffet fra denne tiden. Forslag: Dyrvik S, Feldbæk O. *Mellom brødre 1780-1830*. Aschehous Norgeshistorie, bind 7, Oslo: Aschehoug, 1996; Seip A-L. *Nasjonen bygges 1830-70*. Aschehous Norgeshistorie, bind 8, Oslo: Aschehoug, 1997; Hagemann G. *Det moderne gjennombrudd 1870-1905*. Aschehous Norgeshistorie, bind 9, Oslo: Aschehoug, 1997; Kjeldstadli K. *Et splittet samfunn*. Aschehous Norgeshistorie, bind 10, Oslo: Aschehoug, 1994); Lange E. *Samling om feles mål 1935-70*. Aschehous Norgeshistorie, bind 11, Oslo: Aschehoug, 1998; Myhre JE. *Norsk historie 1814-1905*. 2. utg. Oslo: Samlaget, 2015; Stugu OS. *Norsk historie etter 1905*. Oslo: Samlaget 2012.

^{vi}Klassikeren Reichborn-Kjennerud I, Grøn F, Kobro I. *Medisinens historie i Norge* Oslo: Grøndahl, 1936, opptrykk 1985, gir en god oversikt over sykdommer og helsetjeneste i Norge i eldre tid. For generell medisinhistorie vises til blant annet Schiøtz A. *Viljen til liv – Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget, 2017. Spesielt angående studier av langsomme forandringer: Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*. Oslo/Stuttgart: Universitätsverlag/Gustav Fischer Verlag, 1975; Imhof AE, Larsen Ø, Social and Medical History: Methodological Problems in Interdisciplinary Quantitative Research. *The Journal of Interdisciplinary History* Vol. 7, No. 3 (Winter, 1977), pp. 493-498 (6 pages) Published by The MIT Press, Cambridge MA.1977; Larsen Ø. *Eighteenth century diseases, diagnostic trends, and mortality*. Oslo: Universitetet i Oslo – Seksjon for medisinsk historie, 1979; Moseng OG. *Pesten kommer: Svartedauden og verdens pestepidemier*. Oslo: Kagge, 2020.