

Urolig tid, framgang, folkehelse og sterkere sosial avhengighet

1840- og 1850-årene var en politisk og sosialt urolig tid i mange land. Freden etter Napoleonskrigene hadde egentlig ikke medført særlige endringer i tidligere tiders autoritære styresett, og misnøyen førte ute i Europa til revolusjonene i 1848. Dette berørte også Norge. En del av årsaken var av demografisk art. Langsomme forandringer fikk nå konsekvenser. Befolkningen hadde begynt å øke raskere enn før. Presset på ressursgrunnlaget ble mer merkbart og trykket økte for å kunne ivareta rimelige levekår. Det ulmet nedenfra, og aktivister som Marcus Thrane (1817-1890) fant grobunn for tanker om en ny samfunnsorden. Den norske befolkningen var ved midten av 1800-tallet kommet omtrent halvveis i den demografiske transisjon. Folketallet var på vei opp. Den yngre generasjonen som nå var toneangivende, hadde en annen bakgrunn og andre referanserammer enn foreldrene. Intern migrasjon førte også til at den sosiale sammensetningen av befolkningen i vekstområdene ble annerledes enn den tilvante. Ettersom tiden gikk, fikk tekniske framskritt som jernbanebygging og industrireising vide sosiale konsekvenser. Sammenhengen mellom levekår og helse ble sybnelig og sterk, og for norsk folkehelse og helsevesen var innføringen av Sundhedsloven i 1860 en milepæl. Samfunn og helse da ble formelt knyttet sammen og myndighetene fikk et potensielt slagkraftig verktøy som distriktsleger og sunnhetskommisjoner kunne bruke i folkehelsearbeidet. Folketallet fortsatte å stige, riktignok noe dempet av emigrasjonen. Samtidig opplevde våre naboland Sverige og Finland når og sosiale vansker, der spesielt hungerårene i Sverige 1867-1869 og i Finland 1867-1868 var dramatiske. Sammenhengen mellom sosial struktur og helse kom der skremmende tydelig til syne. Norge slapp pent fra dette, men hvorfor?

Nasjonsbyggingsårene i første del av 1800-årene hadde riktignok medført bedre levekår for den jevne kvinne og mann i Norge, dokumentert gjennom dødelighetsfallet, men det som hadde skjedd, ser først og fremst ut til å ha vært en heving fra et eksistensminimum for store deler av befolkningen. Levekårene var nok jevnt over blitt bedre, men ikke dramatisk bedre. Sykdommene, spesielt de smittsomme, var der som før. Foreløpig hadde det ikke skjedd noe dyptgripende på den medisinske forskningsfronten som hadde fått praktiske gjennomslag av betydning og endret på dette ute i befolkningen.

Demografi og samfunnsutvikling

Norge var midt på 1800-tallet og fortsatt i lang tid framover et land der de fleste bodde i spredt bebygde strøk. Dette til forskjell fra i de store landene i Europa, der industrialiseringen og urbaniseringen allerede var kommet langt. Slik konsentrasjon av mennesker i store grupper der både avhengigheten av ytre omstendigheter og individenes avhengighet av hverandre var blitt større og annerledes, ga grobunn for avmaktsfølelse, frustrasjon og misnøye. Dette er en av forklaringene på at de voldsomme revolusjonene ute i Europa i 1848 bare ble gjenspeilt i avdempet form her i landet. Vi hadde på dette tidspunkt bare få og små industristeder og bysamfunn som var sammenliknelige med utlandet.

Strukturen i landbruket var også annerledes enn f. eks. i Sverige som vi var tett knyttet til, der det blant annet var store gods med mange ansatte. Strukturen på svensk landsbygd i de store landbruksområdene i midt- og sør-Sverige hadde mange likhetspunkter med situasjonen på 1700-tallet. Krise og nød kunne ramme sosialt skjevt, kfr. figur 6.2 (s. 46-47). Betingelsene for utvikling av kriser var av denne grunn i mindre grad til stede i Norge enn mange andre steder.

Det var riktignok unntak. F. eks. var levekårene meget vanskelige i det indre av Agder, der gårdene var små, landskapet karrig og barneflokkene store. Fra rundt 1830 er de såkalte *barnevandringene* et dystert stykke sosialhistorie – barn ble sendt av sted til fots lange veier for å ta arbeid om sommeren på gårder i bedre stilte bygder, blant annet som gjeterer.¹

Myndighetene i Norge hadde liten sans for intern motstand. Vi har alt nevnt hvordan bondeopprøret mot sølvskatten i 1818 ble kontant slått ned ved arrestasjonene ved Bærums Verk. På 1700-tallet hadde myndighetene vært like resolute overfor Lofthusbevegelsen 1786-1787, en oppstand mot kornmonopolet i Arendal. Lederen, Kristian Lofthus (1750-1797) fra Lillesand, var flere ganger i København med sin sak, men endte på tragisk vis i lenker på Akershus festning, der han døde i 1797.

Vi har allerede drøftet de tre allmenne styringsfaktorene, *staten* med dens lover og regler, *religionen*, og som den tredje *tradisjoner, tidsånd og lokal sedvane*. Lofthus hadde rettet kritikk mot den første, *staten*, mens neste generasjons opprører var mer vendt mot den andre, dvs. mot *kirken*. Det var Hans Nielsen Hauge (1771-1824) fra Rolvsøy i Østfold. Huges vekkelsesbevegelse rystet den norske kirken. Haugianernes religiøse samlinger spredte seg utover og ble oppfattet som en trussel mot samfunnsordenen. Slik forkynnervirksomhet var dessuten egentlig forbudt gjennom den såkalte konventikkelplakaten av 1741, så Hauge tilbrakte lange perioder i fengsel. Men Hauge var også en usedvanlig dyktig forretningsmann som



Figur 14.1. Erik Werenskiöld (1855-1938): Gjetere, Tåtøy (1883) Nasjonalmuseet. (Foto: Rune Høstland)

med sin vektlegging på arbeidsomhet og entreprenørskap både satte ham selv i respekt og påvirket den tredje faktoren – *tidsånd og lokal sedvane*.

Konventikkelplakaten ble opphevet i 1842 og dermed også begrensingene for lokal, religiøs møtevirksomhet, Men først i 1845 var det fritt fram for kristne grupperinger i Norge, hvilket fikk stor betydning for sosial atferd, organisasjonsliv og samkvem rundt om i Norge.

En generasjon seinere kom et *opprør av rent politisk art*. Denne gang var utspringet i øverste samfunnssjikt i Christiania. Marcus Thrane (1817-1890) var sønn av riksbankdirektør David Thrane (1780-1832). Bankdirektøren ble herostratisk berømt for et gedigent underslag og mistet både midler og ære, men Marcus Thrane fikk likevel en standsmessig oppvekst og gikk på Borgerskolen og Christiania Katedralskole. Ved omfattende utenlandsreiser lærte han imidlertid sosialistiske ideer å kjenne.

Fra 1841 arbeidet Thrane som lærer på flere steder. I 1848 ble han redaktør i avisen *Drammens Adresse*, men fikk sparken etter kort tid for politisk radikalisme. Thranes agenda var å bekjempe den nye klasseforskjellen med dens tilhørende nød som fulgte industrialisering og urbanisering. Han opprettet et stort antall arbeiderforeninger og ga fra 1849 ut *Arbeider-Foreningenes Blad* som skal ha blitt trykt i 21 000 eksemplarer. Thranes bevegelse vokste i omfang, styrke og intensitet. Dens idéer nådde mange. Dette var en klar trussel. I 1851 slo myndighetene til. Marcus Thrane havnet i fengsel og hans familie på fattigkassen. Bevegelsen var knust. I 1858 ble Thrane sluppet fri. Han arbeidet en stund som fotograf, men som enkemann reiste han i 1863 sammen med barna til USA. Han arbeidet politisk der og døde i Eau Claire i Wisconsin i 1890. Thranes politiske mantra hadde hele tiden vært å bekjempe sosial ulikhet. Dette hadde han hele tiden sett som et problem for levekår og helse, både i Norge og i USA.

Nasjonsbygging og kontakter utad

1800-tallet er tiden både for nasjonsbygging og for å etablere internasjonale relasjoner. Dette kunne innebære motstridende interesser.

Skandinavismen er derfor en retning vi må ta med i betraktning når vi ser på utviklingen av tidsånden på denne tiden. Kulturelle kretser ivret for tett samarbeid med de øvrige skandinaviske land. Dette ga seg utslag på mange felter. F. eks. innenfor medisinen var framtrede nordmenn som legene Christian August Egeberg (1809-1874) og Frederik Holst drivkrefter bak oppstarten av de skandinaviske naturforsker møtene som ble holdt hvert annet år, første gang i Göteborg i 1839. Møtet ble arrangert i Norge for første gang i Christiania i 1844. Dermed var et viktig skritt tatt for vitenskapelig internasjonalisering, også for norsk medisin. Det var også begynnelsen på tradisjonen med faglige kurs- og kongressreiser.

Men det skandinaviske samarbeidet var ikke ukomplisert. Danmark fikk i 1840-årene økende politiske problemer på grunn av striden om tilhørigheten for den danskspråklige landsdelen Slesvig og det tyskspråklige Holstein. I hertugdømmene kom det til krig mellom danskene og en opprørshær støttet av Preussen. I årene 1848 til 1850 herjet denne første slesvigske krig. Den var blodig og medførte store tap av menneskeliv. I 1864 ble det krig på ny, den andre slesvigske krig, nå mot Preussen og Østerrike. Ved slaget ved Dybbøl skanse tapte Danmark både Slesvig og Holstein. I skandinavismens ånd mente mange at Sverige og Norge burde ha kommet danskene til unnsetning, men noen hjelp kom ikke, bortsett fra noen frivillige. Norsk utenrikspolitikk ble styrt fra Stockholm, og slik var det bestemt der. Diskusjonene gikk høyt. Skandinavismens fellesskapsfølelse fikk et grunnkudd.

Den norske nasjonsbyggingen la vekt på å utvikle en norsk identitet og selvbevissthet. Dette kunne minske interessen for fellesskap ut over det lokale. Det kunne både i det store og i det små virke inn på evnen til å finne fellesskapsløsninger, etter hvert som samfunnet vokste og moderniseringer tvang seg fram.

Den senere Nobelprisvinneren i 1903, Bjørnstjerne Bjørnson (1832-1910) gjorde seg allerede som 22-åring bemerket i litterære kretser. Han var i perioder sterkt nasjonalistisk, dokumentert blant annet gjennom vår nasjonalsang ”Ja vi elsker” fra 1859. En første utgave av ”Jeg vil verge mitt land” (1868) skal også være fra 1859. Strofen herfra ”Hvad du evner kast af / i de nærmeste krav” kan tolkes i mange retninger, men også som et forsvar for nasjonal innadvendthet. Den uryddige tidsånden hadde politisk kraft.

Hadde de politisk urolige tidene ved midten av århundret praktisk innflytelse på liv og helse i Norge? For medisinen hadde de en viktig konsekvens. *Militærmedisinen* var fortsatt et viktig område som måtte ivaretas. Man kunne aldri vite. Vi har alt vært innom hvordan de militærmedisinske behovene satte sitt preg på undervisningen av legestudenter. Disse behovene var også en av grunnene til at militærlegestillinger rundt om i landet lenge var blant de få tilgjengelige offentlige stillingskategorier ved siden av distriktslegeembetene.

Modum Blaafarveværk – en sosialantropologiske studie

Men hvordan hadde nordmennene det *egentlig*, og spesielt i de befolkningsgruppene som var mest sammenliknelige med miljøer i Europa der oppstand oppsto, hvilket ville si industrisamfunn?

Som i så mange andre land var bergverk den første storindustri også i Norge. Det var også her det dannet seg bysamfunn for en arbeiderklasse, i større og mindre grad tilrettelagt og styrt av bedriften. Vi har allerede referert fra et samtidsvitne hvordan levekår og folkehelse var i et slikt samfunn, nemlig på Kongsberg i 1795. Hvordan var ”normalen” for en tilsvarende arbeiderbefolkning femti år seinere? Hadde det skjedd noe med den? Kongsberg er ikke så egnet for oppfølgende sammenlikning, ettersom sølvverket var blitt lagt ned og deretter omstrukturert, Men få mil unna lå et tilsvarende bergverkssamfunn – *Modum Blaafarveværk*.ⁱⁱ

I 1773 var det oppdaget mineralet kobolt i berggrunnen i Modum, og i 1776 ble det satt i gang prøvedrift. Kobolt var ettertraktet som blått fargestoff av porselensindustrien over hele verden og gruvedrift ble satt i gang. På det meste kom 80% av verdens forbruk av denne blåfargen fra Modum. Verkets historie forteller om opp- og nedturer. I 1841 var det 1225 ansatte. 867 av dem arbeidet i

gruvene oppe i åsen og de øvrige i foredlingsvirksomheten nede ved Haugfossen. I likhet med på Kongsberg var det også her ringvirkninger med arbeid til folk i distriktene omkring. Fra 1825 til 1849 hadde det opprinnelig statlige verket tyske eiere som fikk ry for å drive godt økonomisk og for å ha en paternalistisk omsorg for arbeidsstokken. Disse årene var da også verkets glanstid. Mot slutten ble grunnlaget for suksessen borte, fordi annen og vesentlig billigere syntetisk blåfarge var kommet på markedet.

Spesielt de som bodde i arbeiderboligene ved Blaafarveverket dannet et samfunn som gjerne besto av kjernefamilier. De ble gjenstand for en sosialantropologisk undersøkelse som dokumenterte levekårene. Den franske sosiologen Pierre Guillaume Frédéric Le Play (1806-1882) ledet et stort prosjekt der han undersøkte arbeidsvilkårene for ansatte i gruveindustri over hele Europa, Resultatene ble publisert i 1870-årene i et større verk, der bind 3 også omtaler Modum og hans studier der.ⁱⁱⁱ Le Play besøkte Modum, og i 1845 sendte han sin medarbeider A. de Saint Leger på feltarbeid for å følge en utvalgt familie gjennom et helt år.



Figur 14.2. Legeboligen og arbeiderbyen Nymoen, Modum. Fotografert av verkslegen Heinrich Arnold Thaulow (1808-1894) 1868-1870. (Buskerud fylkesfotoarkiv)

Familien bodde i en arbeiderbolig og besto av far i huset (smelteriarbeider 39), mor (35) og barna: gutt (12), jente (10), jente (7) og gutt (3). Blant annet ble kostholdet registrert meget nøyaktig. I ettertid er dette kostholdet blitt analysert og sammenliknet med moderne krav.^{iv} Bortsett fra et underskudd på vitamin D og litt lite kalorier, ser det ut til at kostholdet tilsvarte det man mente var optimalt på det tidspunktet da man foretok tilbakeblikket i 1980-årene.

Den alminnelige hygiene hadde naturlig nok andre standarder enn senere, også der. Arbeidersamfunnet på Modum beskrives som strengt, men sosialt. Det var både en verkslegeordning og andre velferdstiltak. Alt i alt ser det ut som om levkårene på Modum var ganske bra. Dette var i en tid da offentlig velferd var lite utbygd. Her så man viktigheten av en sosialt ansvarlig, lokal bedriftsledelse.

Helsetjenester tilknyttet bedrifter var et prinsipp som ble utviklet i mange land, også i Norge. Sannsynligvis var det samfunnsstrukturen hos oss, blant annet med få storbedrifter, mange småbedrifter og næringsdrivende i byene og spredt rundt om i landet, som gjorde at man tidlig heller satset på fellesskapsløsninger som ikke var knyttet til en bestemt arbeidsgiver, slik som lokale sykekasser og andre ordninger. Dette skjedde parallelt med at man hadde fabrikklegeordninger m.v. der det passet at det var slike. I konsesjonsbetingelser for utenlandske selskaper som ville etablere større industri i Norge, kunne det derfor eksempelvis være krav om opprettelse og drift av sykehus. Sauda sjukehus er et av flere slike.^v Men så langt var man foreløpig ikke kommet.

Jernbanen – mer enn et transportmiddel

I 1854 tøffet det første, norske jernbanetoget ut fra stasjonen i Christiania, oppover bakkene forbi Bryn, gjennom Østre Akers bølgende jordbruksland og videre østover ned til Lille Strøm gård vest for Nitelva. Der var det anlagt en foreløpig jernbanestasjon. Det var ikke så mye liv og virksomhet her, bare noen gårder og husmannsplasser. Det var riktignok to sagbruk, men der var det bare drift i sommerhalvåret. Så gikk jernbanesporet over elva, oppover forbi Jessheim og fram til Eidsvoll, der det var forbindelse til båttrafikken på Mjøsa. Denne banen, kalt Hovedbanen, var privateid, privat finansiert og ble først en helintegrert del av Norges Statsbaner (NSB) i 1926. Det var kommersielle interesser som sto bak. For eierne var banen en langsiktig investering for framtidens næringsliv. Den innledet en langsam forandring av samfunnet, også for befolkningens helseforhold – både negativt og positivt, men i det lange løp positivt.

Infrastruktur og endringer i levekår

Historien om Hovedbanen er et av flere eksempler på tiltak i Norge i 1850- og 1860-årene som fikk store ringvirkninger for samfunn og leveforhold. Tømmer, en av Norges viktigste eksportartikler, var blitt fløtet ned de store vassdragene som samlet seg i Glomma. Fra Øyeren til Christiania var det en omfattende hestetransport til Christiania, der mye av både forbruk og utskipning skjedde. Jernbanen forandret dette bildet. Nå var det ikke lenger bruk for så mange hester og kusker. Men jernbanen ga i seg selv arbeidsplasser, og stimulerte næringsvirksomheten der togene rullet fram. Sagbrukene fikk potensial for vekst på grunn av transportmulighetene. Jernbanestasjonen ved Lille Strøm gård ble ganske snart flyttet over elva til ”Måsan” og bygd ut videre. Vassdragsreguleringen fra 1861 reduserte de årlige flomproblemene og det vokste fram en by med rekordfart.

De nye arbeidsplassene var ved jernbanen og sagbrukene. Stedet som fra 1860 ble kalt Lillestrøm, ble en ny arbeiderklasseby med en ung befolkning som hadde flyttet hit fra hele landet for å få jobb. I demografisk språkbruk ville man si at det var ”pull”-faktorer som hadde virket – her var det arbeidsmulighetene som trakk. ”Push”-faktorer, altså at man hjemme var blitt presset ut mot sin vilje på grunn av dårlige levekår og hadde havnet her, var neppe de mest framtreddende. Det var ønsket om lønnsarbeid og et bedre liv.

Denne sosiale rekrutteringen hadde både betydning for samfunnsutviklingen videre og for stedsidentiteten. Få av de nye innflytterne hadde røtter og sosiale bånd her. Lokal identitet måtte det relativt homogene, ferske arbeidssamfunnet utvikle over tid.

Vi kan finne andre og liknende eksempler fra hele landet på hvordan tidens nye kommunikasjoner endret lokalsamfunnene. Ved kysten hadde regelmessige dampskipsanløp gitt nye tettsteder, ofte med både handel og industri.^{vi} Denne nasjonale flyttefasen virket også inn på helseomsorg og folkehelse, blant annet fordi helsetjenesten foreløpig var tilpasset den gamle strukturen. Distriktslegen hadde ikke alltid kontor der folk var. Tilpasningen gjaldt faktisk også folkehelsen, fordi nye levekår og nye arbeidsplasser ga nye helseplager.

Gå tilbake til figur 3.1 (s. 24-25), den som viser den demografiske transisjon. Den lovmessigheten som Eilert Sundt hadde påvist, tilsa et bølgemønster med ca 30 år som frekvens. Et lite foreldrekull ville ca 30 år senere gi et lite fødselskull, mens et stort foreldrekull på tilsvarende måte ville gi store barnekull. År med lave og høye fødselstall alternerte, derav bølgemønsteret. Det var lave fødselstall i 1690, 1720, 1750, 1780, og som vi ser av figur 3.1, i 1810, 1840 og 1870. I 1850-1860-årene var det en fødselsbølge. De Sundtske svingningene påvirket befolknings sammensetningen til enhver tid, og fikk derfor også betydning for

hvordan folkehelsen var og for helsebehovene som måtte dekkes. Var det de eldres kroniske sykdommer og omsorgsbehov, eller var det barn og unge aktive voksnes helseutfordringer som var viktigst?

Intern migrasjon og helse

Det som skjedde med Lillestrøm fra 1854. var i den første fasen av den massive interne migrasjonen som fant sted i siste halvdel av århundret. Det var spesielt tilflyttingen til hovedstaden og distriktene omkring som ble formidabel. Vi har flere ganger nevnt at Christiania og nærmeste omegn (Aker) på 1850-tallet hadde rundt 50 000 innbyggere. I 1875 var det om lag 100 000, og ved århundreskiftet var det over 200 000. Denne interne migrasjonen betydde at folk flyttet for å *oppnå noe* – utdanning og sikrere arbeid. Ofte måtte de da med åpne øyne *forsake noe* på veien mot det bedre livet. Dette kunne også være faktorer som hadde med helse å gjøre.

Det kan f. eks. godt hende at boligforholdene hadde vært enkle på hjemmeplassen. Tilsvarende enkle forhold kunne være uheldige i et tett bymiljø, blant annet fordi hygieniske standarder som fungerte bra på landet, ikke passet i bymiljøet. Eksempel: En utedo på landet kan hygienisk sett være helt grei, men i en tett by kan blant annet faren for spredning av mage-tarm-sykdommer bli overhengende.

Fordi de nye tettstedene var befolket med unge mennesker, mange i farlig arbeid, var det gjerne - i tillegg til de oftest infeksjøs folkesykdommene - *skadetilfellene* som krevde akutt legehjelp. Skadepotensialet var stort i alt som hadde med skogsarbeid, tømmertransport og sagbruksvirksomhet å gjøre. For eksemplet Lillestrøm kunne dette bli vanskelig, fordi primærhelsetjenesten besto i distriktslegen i Skedsmo, og han holdt til et annet sted. Men de nye yrkene og nye arbeidsplassene hadde også et betydelig skadepotensial som man foreløpig ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper om til å kunne forebygge effektivt.

Å drive legepraksis på privat basis for å leve av det, var heller ikke lett når folk hadde lite penger mellom hendene. Som beskrevet tidligere hadde ofte de gamle bergverkene og annen, mest paternalistisk styrt industri løst dette problemet ved å ha verkslegeordninger, egne sykehus m.v. Internasjonalt var det også industrien, især bergverkene, som hadde de første trygdeordningene – *Knappschaftskassen*.

Det tok litt tid før det ble orden på legehjelp og trygd i de nye norske tettstedene, der det ofte var et mylder av uavhengige virksomheter. Dette var en langsom forandring som lå litt etter befolkningsutviklingen. Med tanke på helsetjeneste var det således en prinsipiell forskjell på tettsteder som var tilknyttet storindustri som Kongsberg og Modum og tettsteder som var oppstått rundt nye kommunikasjonsknutepunkt, slik som Lillestrøm.

Boligene på de nye tettstedene var ofte små og trange. Dette gjorde at beboerne hva smittefare angikk, ofte var satt tilbake et par generasjoner i tid. Trangboddheten kunne likne den vi har beskrevet fra Kongsberg på 1790-tallet. Men det faglige grunnlaget for å motvirke smittsomme sykdommer var nå blitt langt bedre. Da *Sundhedsloven* av 1860 var trådt i kraft, kunne Sundhedscommissionen med distriktslegen i spissen iverksette inngripende hygieniske tiltak der det var nødvendig.

Det var de *nye samfunnene som var det nye* og som utfordret tidens medisin og helsevesen.^{vii}

De som dro ut

Fra midten av 1800-tallet antok *emigrasjonen*, i alt vesentlig til USA, en slik størrelse at den fikk demografisk betydning, se figur 3.1. Figuren viser hvordan folketallet i Norge økte jevnt og trutt. Vi kan summere folketalløkningen og emigrasjonen og ser da at uten emigrasjon hadde folketallet økt langt mer. Dertil ville komme barn, født av dem som hadde emigrert, så tallene ville ha blitt store. La oss et øyeblikk tenke kontrafaktisk: Uten emigrasjonen, eller med en emigrasjon av mindre omfang, kanskje hadde vi da hatt mye vanskeligere levekår, slik at det i større grad hadde blitt *push*-faktorer som virket? Slik at folk ble presset ut på grunn av nød, slik som f. eks. i Irland? Eller var det mer *pull*-faktorer som trakk hos oss – nørt opp av ryktene om landet der alt var mulig. Dette er nokså forskjellige flytteprosesser.

For Norge ble emigrasjonen til USA en stabiliserende sikkerhetsventil. Og det var mange som dro. Man regner med et tall på over 800 000 fram til det ble slutt i forbindelse med finanskrisen i USA i 1929. Det sies at Chicago i 1930 var den byen i verden som hadde størst norskøttet befolkning.

Hvem dro? Før den amerikanske borgerkrigen (1861-1865) hadde utvandringen lite omfang og var for det meste rural. Det var prærievognenes tid, flytting fra jordbruk i Norge til jordbruk i USA. Den store bølgen som kom etterpå, besto mer av folk som dro i vesterled for å arbeide i industri og andre virksomheter, ofte med plan om å komme hjem igjen i velbeslått tilstand. Målet var det urbane USA.

Informasjonsstrømmen i forbindelse med emigrasjonen hadde betydning for hva som skjedde – brevene fra og til Amerika. I USA kunne man være sin egen lykkes smed, men det kunne også gå helt galt. Brevene hjem fra de utvandrede og ikke minst agentenes påvirkning gjorde at den nye verden var forlokkende. Kanskje kunne man bli den rike onkelen i Amerika?

For levekår og folkehelse i hjemmemiljøet var det imidlertid av betydning hvem som reiste, om det var hele familier, eller om det var unge med utferdstrang som dro. Det bestemte også hvem som kom hjem igjen, dvs. som fortsatt hadde noe å

komme hjem til. Det var ulikt for ulike lokalsamfunn og til ulik tid. Fra den lille bygda Hjelmeland i Ryfylke flyttet eksempelvis hele 62 personer til USA i årene 1829-1839. Blant dem var det sju ugifte, resten var hele familier.

Nasjonale forskjeller

Heller ikke i Norge var tiden for uår og andre naturgitte belastninger over. Tvert i mot, for eksempel i 1860 var det storflom enkelte steder. I våre naboland var det verre. Sultperioden i Finland 1866-1868 er blitt stående som en nasjonal katastrofe. Overdødeligheten på grunn av hunger var betydelig. Det regnes at ca. 8,5% av befolkningen døde av sult. Jordbruket i det indre av Finland var følsomt for klimatiske endringer som kunne ødelegge avlingene. Der var det også få alternativer for å skaffe fødemidler. En mulig løsning var intern migrasjon sydovert til f. eks. jernbaneanleggene, der det kunne være arbeid å få.^{viii} Men det førte ikke umiddelbart til mer mat.

Noen finner fra f. eks. karrige strøk i Tornedalen utvandret nordover. De slo seg ned ved norskekysten i nord og dannet den kvenske befolkningen der. I de vanskelige årene hendte det også at finske og svenske barn i de utsatte nordområdene ble sendt med flyttsamene til Finnmark, for der å bli satt bort til fosterforeldre.

Situasjonen i nord-Finland i 1860-årene kan sammenliknes med forholdene i norske innlandsstrøk etter Storofsen i 1789, flommen på Østlandet da mange fra de indre områdene valgte å flytte til Troms for å finne nytt og sikrere livsgrunnlag der. I kystområdene hadde man ernæringsmessig sett flere bein å stå på. Fisken bufret de problemene uårene ga i indre, jordbruksavhengige strøk.

1867-1869 var tilsvarende nødsår i Sverige, særlig i nord. Kornhøsten sviktet og det toppet seg med en ødeleggende tørkesommer i 1868. Nøden var dels ekstrem. Barkebrødsårene medførte en stor emigrasjonsbølge til USA. Folk hadde ikke noe valg. ”Push”-faktorene vant. Det svenske samfunnet var annerledes enn det norske, blant annet med en tidligere industrialisering og urbanisering som sto i kontrast til den gammeldagse strukturen i store deler av landbruket. Dette gjorde også levekårene, helserisikoene og mulighetene for helsearbeid annerledes, f. eks. i industristrøkene i nord. Hjelpetiltakene var utilstrekkelige og omstridte. ”Fattigsverige” er blitt et begrep i svensk sosialhistorie fra 1800-tallet.^{ix}

Men Sverige var også annerledes enn Norge fordi det var mange storgods i landbruket, spesielt i syd. Og i årene da sulten herjet i nord, eksporterte storgods i sør korn til utlandet. De svenske nødsårene medførte massiv kritikk av den sosiale urettferdigheten som hadde rammet store deler av befolkningen.

Internasjonale sammenlikninger bekrefter hvor nært helse og samfunn er forbundet. For Norges vedkommende var det åpenbart en *sosial diversitet* som gjorde det positive utslaget i forhold til i nabolandene.

Demografisk sett må vi se på både emigrasjon og intern migrasjon samtidig. Selv om emigrasjonen nådde store høyder, ble etter hvert den interne folkevandringen mot byer og tettsteder, spesielt på Østlandet, vesentlig større. Som ”arena” for folkehelse og helsetjeneste i Norge begynte nå de virkelig store forandringene.

Folkehelsen – hvor langt ved midten av den demografiske transisjonen?

Denne boken beskriver en stor og overgripende transisjon – fra et samfunn med mye sykdom, død og barnefødsler til et samfunn med færre barnefødsler, langt mindre sykdom og langt mer av død som finner sted ved menneskelivets biologiske avlutning. Dette er en transisjon fra én normaltilstand til en annen, men den har forskjellige komponenter og alt hendte ikke på samme tid. De ulike transisjonene som foregikk var imidlertid *ikke synkron*. Det var forandringsprosesser innenfor forandringsprosessene. På helsefeltet gjaldt dette både *medisinen som vitenskap og fag* og *norsk folkehelse*. Hvor langt var *folkehelsen* kommet i sin endringsprosess ved midten av hundreåret?

Befolkningen bodde fortsatt overveiende i spredtbygde strøk. Primærnæringene var viktigste beskjeftigelse. Offentlige sosiale nettverk med ansvar for liv og helse forekom fortsatt bare i liten grad. Det betyr at prinsippene i den modellen for sammenheng mellom primærnæringenes kår og helse som vi kjenner fra 1700-tallet og som er presentert i figur 6.2 (s. 46-47), fortsatt var gjeldende.

Figur 6.2 tar utgangspunkt i den sosiale og helsemessige avhengigheten av svingningene i produksjonen i landbruket. For Norges vedkommende gjaldt dette også svingningene i f. eks. fiske, fra år med eventyrlige fangster til år med svart hav.

De forskjellige sjikt i befolkningen var ulikt eksponert for de vanskelighetene svingningene medførte. I primærnæringene gikk det største skillet mellom dem som *eide* produksjonsmidlene (gården, skogen eller båten) og dem som var *ansatte*. De ansatte var mest utsatt, blant annet fordi de kunne miste jobb og hjem, ikke nødvendigvis fordi arbeidsgiveren ikke ville ha dem der, men fordi økonomien ikke tillot det. Da kunne det bli en glidning mellom gruppene, slik søylene i figuren illustrerer. Dårlige tider rammet sosialt sett urettferdig, dvs. var ofte verst for dem som hadde minst. Det var også slik midt på 1800-tallet, om enn etter hvert avdempet.

Å stå imot vansker

Hva hadde folk midt på 1800-tallet å stå imot med når vansker truet? La oss se på 1700-talls-figuren 6.2. Hvilke ressurser hadde folk når det knep? Det er nærmest det den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) kalte *kapital*. Samme resonnering kan appliseres på en periode i historien, slik vi gjør her. Bourdieus *kapital* kan ha ulike former – *kulturell kapital*, *sosial kapital* og *økonomisk kapital*. På den tiden vi her drøfter, er det kombinasjonen, dvs. *summen av de tre formene for ressurser* som er det som teller, og som betyr noe når krise truer – både det man har og det man har å stå imot med.

Kulturell kapital kunne være i form av utdanning. For mange var grunnskolen og konfirmasjonsforberedelsen det eneste de hadde, bortsett fra noe som kunne være like viktig – "*tacit knowledge*" om hvordan ting skulle fungere og ting skulle gjøres. En oppvekst i mangesysleri var en ressurs i det praktiske liv. Slik kunnskap kom fra samfunnet de levde i og fra større eller mindre innlevelse i kultur, sed, skikk og sedvane på stedet.

Den *sosiale kapitalen* besto i nettverk – desto sterkere bånd i familie og nærmiljø, desto bedre var man rustet hvis man måtte hjelpe hverandre.

Økonomisk kapital var det lite av for de lavere klasser. Det store økonomiske problemet i primærnæringene var at avlinger, fiske og annen aktivitet underlagt naturens luner og menneskeskapte konjunkturer, varierte fra år til år, og denne variasjonen var en del av *normalen* i tiden. Derfor måtte normalen innstille seg på et nivå som var i samsvar med dette.

I industrisamfunnet og for lønnstakergrupper ellers var den økonomiske krisen der når lønnen uteble. Derfor ble det, tross den allmenne framgangen, også en økt sårbarhet for store grupper.

Medisinalberetningene som sannhetsvitner

Medisinalberetningene gir nøkterne innblikk i levekår og helse. Det er lett å konstatere at folkehelsen svært mange steder var kommet kort i utviklingsprosessen i forhold til andre steder. . Det kunne være magesykdommer som var der og ga diaré, kvalme og oppkast omtrent hele tiden. De fleste hostet, mange hadde kløende utslett, folk hadde gikt, vonde knær og hofter. Fødsler var fortsatt farlige for mor og barn. Vi må regne med at i de fleste familier var det til enhver tid noen som var syke. Døden var stadig nærværende i dagliglivet, men også i religionen og kulturen. Men hva av dette *bare var slik*, altså en del av livet og lå på siden av sykdomsbegrepet, ikke noe man tenkte på som et medisinsk anliggende?



Figur 14.3. En norsk oppfinnelse som gikk internasjonalt: Tonometer av Schiøtz' modell ved det medisinhistoriske museet i Kyiv, Ukraina. Til venstre et øyespeil. (Foto: Øivind Larsen 2013).

Tannverk kunne være ille og noe man til og med av og til simpelthen måtte mobilisere magiske krefter mot^x. Tannverk var noe som hørte med fra tid til annen - så lenge man hadde tenner i munnen. Behandlingen kunne være å trekke ut dårlige tenner, Men tenner og tannsykdommer hørte ikke med i legeutdannelsen, på tross av at den franske kirurgen Pierre Fauchard (1679-1761) hadde utviklet tannmedisin som fag og hadde skrevet en banebrytende lærebok *Le Chirurgien Dentiste*^{xi} som var ferdig i 1723 og ble trykt i oppdatert form i 1728. Fauchard gis æren for å ha etablert odontologi som et vitenskapelig, medisinsk fag. Men det ble ikke noe fag i Norge før etter lang tid. På 1800-tallet var det noen leger som hadde lært tannmedisin i utlandet og virket som tannleger. Det var også noen tannleger som ikke var leger, men som hadde gått i lære, akkurat som for de gamle håndverksutdannede kirurgene. Først så sent som i 1893 ble det en formalisert, treårig tannlegeutdanning, forløperen til Statens Tandlægeinstitutt (1909) som ble til Norges Tannlegehøiskole i 1929. Tannlegeutdannelsen var et fakultet ved Universitetet i Oslo i krigsårene 1943-1045, men først så sent som i 1959 var odontologi etablert som akademisk fag ved Universitetet i Oslo.

Øyesykdommer var også i en gråsoner. Før var det ikke naturens gang at folk så dårlig og etter hvert kunne bli blinde når de ble gamle? Omreisende ufaglærte såkalte stærstikkere hadde riktignok med en viss suksess kunnet behandle grå stær (katarakt), altså linsefordunkling i øyet. Det krevde fjerning av linsen og eventuell synskompensasjon i form av tykke plussbriller. I universitetskretsene ble det etter hvert stor interesse for øyesykdommer. Professor Hjalmar Schiøtz (1850-1927) lanserte flere viktige nye instrumenter fra 1882, der især hans *tonometer* (1905) til

måling av øyetrykk ved grønn stær (glaukom) fikk stor utbredelse over hele verden og brukes enkelte steder den dag i dag.^{xii}

Psykisk sykdom kom først for alvor inn i medisinen ved midten av århundret, se nærmere om det.

Til folkehelseutviklingen hører også *hygiene* og hygienisk atferd og praksis i befolkningen. I medisinalberetningene får vi glimt av forholdene rundt omkring i landet. Det er åpenbart at standarden mange steder var ganske lav midt på 1800-tallet og holdt seg slik ganske lenge. Det var her en forsinket langsom forandring.

Vårt innledende spørsmål var: Hvor langt var folkehelseovergangen kommet ved midten av 1800-tallet? Den var ikke kommet så langt. Det var geografiske forskjeller og sosiale forskjeller. Det var også en viktig avstand mellom de medisinske kunnskapene i academia og den viten folk flest hadde og rettet seg etter.

Nøkkelen til forståelsen ligger kanskje i å studere *sykdomsoppfatningens* utvikling og ”epidemiologi”. Et problem er ikke et problem før noen oppfatter det som et problem og tar affære. Det gjelder også for folkehelsen. Og der gjelder transisjonsprinsippet – fra en normaltilstand til en annen, men ikke over alt og ikke alle på en gang.

Yrket som folkehelsefare

Medisinsk sett hadde interessen for sammenhengen mellom yrkesutøvelse og helse vært til stede siden meget gammel tid. Vi har sett hvordan dette hadde vært en tilstedeværende problemstilling ved våre gamle bergverk. Selv om disse bedriftene var store, arbeidet tross alt bare et fåtall av den norske befolkningen der. De fleste hørte hjemme i primærnæringene. Der var det helsefare og ulykkesrisiko av mange slag. I den praktiske håndteringen av faremomentene slo også tidens helseoppfatning inn – når var dette noe som bare *var slik*, en del av livet selv, og når var yrkesrisikoen et problem å ta fatt på i samtiden?

Forholdet mellom arbeid og helse dreier seg i vanlig språkbruk mest om helsepåvirkninger for den som utfører det arbeidet saken gjelder. Forholdet mellom arbeid og folkehelse er et videre begrep. Det omfatter også hvordan andre personer, det fysiske og sosiale miljøet, lokalsamfunnet eller endog storsamfunnet påvirkes av arbeidsprosessen. Et eksempel: Industrivirksomhet som medfører utvikling av mye støv kan være en helsefare for dem som jobber der. Men det kan også være en betydelig støvplage i omgivelsene, kanskje til og med med skader på naturen som følge. Figur 14.4. illustrerer et annet aspekt: Når tradisjonell, småskala yrkesutøvelse, i dette eksempelet landing av fisk – blir hevet opp på befolkningsnivå, kan det utløse helseproblemer, f. eks. helsefarlig forurensning av

matvarer. Derfor må folkehelsens historie, næringsmiddelforsyningens historie, miljømedisinens historie osv. kombineres med yrkenes historie for å gi mening. Det kreves et breddesyn

Ved midten av 1800-tallet var den demografiske transisjon godt i gang. Vi har allerede omtalt hvordan migrasjonsprosesser også var begynt. Men foreløpig var det mest unge folk med tradisjonell arbeidserfaring hjemmefra som flyttet og tok fatt på liknende arbeid dit de kom. Eksempel: Bygningsarbeid på steder som begynte å vokse. En håndsag kan være et farlig redskap, men de fleste unngår å skade seg. Annerledes blir det på *sagbruket*, der kanskje en nymotens oppgangssag er blitt erstattet av en enda nyere oppfinnelse – sirkelsagen. Da er det nye farer å venne seg til.

Den industrielle revolusjon kom tidligere i de store industrilandene. Norge lå litt etter, Folk som gikk inn i industrien i utlandet, gikk derfor ofte inn i et etablert arbeidsmiljø – med etablerte helsefarer for den enkelte og folkehelseproblemer for samfunnet omkring. Så langt var vi foreløpig ikke kommet i Norge.



Figur 14.4. Knud Bergslien (1837-1908): Det indre af en Sildebod i Bergen. (Fargelitografi å papir, utgitt 1858. Nasjonalmuseet, foto Knut Øystein Nerdrum)

Industrireising og arbeidsmiljø

Vi har tidligere omtalt Modum og Blaafarveværket som var en av landets storindustrier, I 1993 ga Modum kommune ut boka *Modum – ei bygd, tre elver. Industrialiseringen av ei østlandsbygd 1870-1940*.^{xiii} Forfatteren, den senere historieprofessor Eli Moen (f. 1054), valgte å begynne historien om industrialiseringen til 1870 og følge den fram til den annen verdenskrig. Det var her en annen, norsk naturressurs som her lå til grunn enn malm i jordens indre som for Blaafarveværket. For Modums vedkommende var dette *treforedlingsindustrien*, og det gjaldt også andre steder. Modum var stedet der de tre store elvene fløt sammen til Drammenselva og der tømmer fra de store nedslagsområdene til Randsfjorden, Sperillen og Krøderen passerte på vei til sagbruk, tresliperier og papirfabrikker.

Moen er ikke alene om denne tidsavgrensningen for en viktig fase i utviklingen av norsk arbeidsliv. Lokalhistorie og bedriftshistorie fra hele landet dekker det som skjedde rundt omkring i landet i disse skjellsettende årene. Det gjaldt nesten alle felter av industri og annet arbeidsliv.

Poenget med å ta opp dette her, er at det var nå – med noen tiårs forsinkelse i forhold til utlandet, at de nye arbeidsplassene som nå ble tilbudt, og som tiltrakk, også var et arbeidsmiljø som også omfattet helserisiko.^{xiv} Fordi virksomheten i vesentlig større grad en gamle tiders bergverksdrift besto i *foredling*, ble yrkeslivet så variert, også når det gjaldt folkehelsepåvirkninger.

Det typiske *arbeidermiljø* tilhører derfor en litt senere periode i norsk historie, inklusive folkehelsehistorie. Da var arbeidslivet betydelig mer kontinentalt preget, arbeidsmiljø var blitt konfliktarena og det ble omveltninger også av politisk art. Men likevel: Av geografiske og sosiale grunner ble det et samfunn med en egen nasjonal vri, også på folkehelsefeltet. La oss komme tilbake til det.

Noter

ⁱ Ougland T. Barnevandringar og andre arbeidsvandringar frå vest til aust på Agder. S. 57-75 i: Johnsen BE, Try H, red, *Arbeidsvandringar på Agder*. Kristiansand: Agder distriktshøgskole, 1990.

ⁱⁱ Sæther P. *Modum Blaafarveverk et verkssamfunn i 1830-40 årene*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for folkelivsgranskning, 1979. Magistergradsavhandling.

ⁱⁱⁱ Le Play F. *Les ouvriers européens*. Bind 3. Paris etc.: Marne et fils, 1879. Se spesielt side 54-98.

^{iv} Natvig H. Kosthold, levevilkår og arbeidsforhold blant arbeidere ved Modum Blaafarveværk i 1845. *Norsk bedriftshelsetjeneste* 1985; 6: 292-302.

^v Tangeraas A. *Sanda sjukehus 1917-1999*. Sauda: Tangeraas forlag, 2024.

^{vi} Som en innføring til stoffet i dette kapitlet anbefales Seip A-L. *Nasjonen bygges 1830-70*. Aschehous Norges historie, bind 8. Oslo: Aschehoug, 1997 og Myhre JE red. *Myten om det fattige Norge*. Oslo: Scandinavian academic press, 2022.

^{vii} Østfold fylke er et godt eksempel på etablering av industrisamfunn på 1800-tallet med mye intern tilflytting. Se Bull E. *Arbeidermiljø under det industrielle gjennombrudd*. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.

^{viii} I tillegg til bøker om allmenn finsk historie og befolkningsstatistikk finnes det skjønnlitteratur som på en autentisk måte forteller om levekårene i hungerperioden. Eksempel: Tavaststjärna KA. *Hårda tider* (1891), norsk utgave *Haarde Tider*. Kristiania: Aschehoug, 1893.

^{ix} To relevante avhandlinger som forteller og dokumenterer dette: Edvinsson G. *Den osunda staden – Sociala skällnader i dödlighet i 1800-talets Sundsvall*. Umeå: Umeås universitet, 1992 (dr. avh.) Nilsson H. *Mot bättre hälsa – Dödlighet och hälsoarbete i Linköping 1860-1894*. Linköpings universitet: Kanaltryckeriet i Motala, 1994. (dr. avh.)

^x Hunstadbråten K. *Tenner og tannverk i norsk folketro*. Oslo: Det norske medicinske Selskab, 1983.

^{xi} Fauchard P. *Le chirurgien dentiste ou, Traite des dents : ou l'on enseigne les moyens de les entretenir propres & saines, de les embellir, d'en réparer la perte & de remédier a leurs maladies, à celles des Gencives & aux accidens qui peuvent survenir aux autres parties voisines des dents : avec des observations & des réflexions sur plusieurs cas singuliers* : 1 (Utgave fra 1961) Mer om boken, inkludert noen bilder fra den, finnes på nettet i artikkelen Christoduolo M, Hunt M. *Pierre Fauchard and the birth of modern dentistry: Le Chirurgien Dentiste, ou Traité des Dents*. Faculty Dental Journal 2025; 16 (3) DOI: 10.1308/rcsfj.2025.23.

^{xii} Johansen O. *Øyelegekunstens historie i Norge*. Oslo: Norsk Oftalmologisk Forening, 1978.

^{xiii} Moen E. *Modum – ei bygd, tre elver. Industrialiseringen av ei østlandsbygd 1870-1940*. Vikersund: Caspersens Trykkeri AS, 1993.

^{xiv} Natvig H, Thiis-Evensen sen. E. *Arbeidsmiljø og helse – Yrkeshygienens og beredthetshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge*. (1983, 2. utgave 1989.) Oslo: Norsk Bedriftshelsetjeneste, 1989.