

## Helse og helseforhold – behov for systematikk

*Midt på 1800-tallet begynte det tallmessige grunnlaget for å beskrive folkehelse og levekår i Norge å bli så vidt rikelig at det ble et viktig verktøy i samfunnsplanleggingen. Medisinalberetningene fra 1853 og framover betydde et langt skritt framover for å skaffe tilveie oversikter på overordnede nivåer. Tilbakeskuende studier av helse og sykdom i den eldre historien har også behov for en systematisk tilnærming. Dette blir enklere for tiden etter 1853. Ulike utviklingslinjer økte da i antall og kompleksitet og var dertil ofte avhengige av hverandre. De prinsippene for studier av sykkelighet som beskrives her, tar utgangspunkt i tre elementer: 1. Hvordan sykkelighet forekommer hos individene i en befolkning, 2. Hvilke former sykkeligheten har i samfunnet og 3. Hvem har den sykdomsoppfatningen som betyr mest som premis for de tiltak som tas. Disse tre elementene avhenger av tid og sted og forandrer seg stadig. Ved sammenlikninger på tvers i samtiden og på langs i historien hjelper systematikken til å studere hvordan helsebegrunnede premisser legges for tiltak og atferd.*

*Hva er sykdom?*

I en artikkel fra 1779 drøfter den innflytelsesrike danske medisinprofessor og redaktør Johann Clemens Tode (1736-1806) hvorvidt *kjærlighet* skal betraktes som en sykdom.<sup>i</sup> Konklusjonen i artikkelen er riktignok uklar. Det er den også når man nå, 250 år senere, konfronteres med de mange unge som sliter med sitt følelsesliv og etterspør faglig hjelp for sin psykiske helse, der kjærlighetssorg inngår som et tyngende element. Eller når man nå i eldrebølgens tid diskuterer i hvilken grad *alder* i seg selv er et helseanliggende. For hva *er* egentlig helse og sykdom? Og hva er *ikke*?

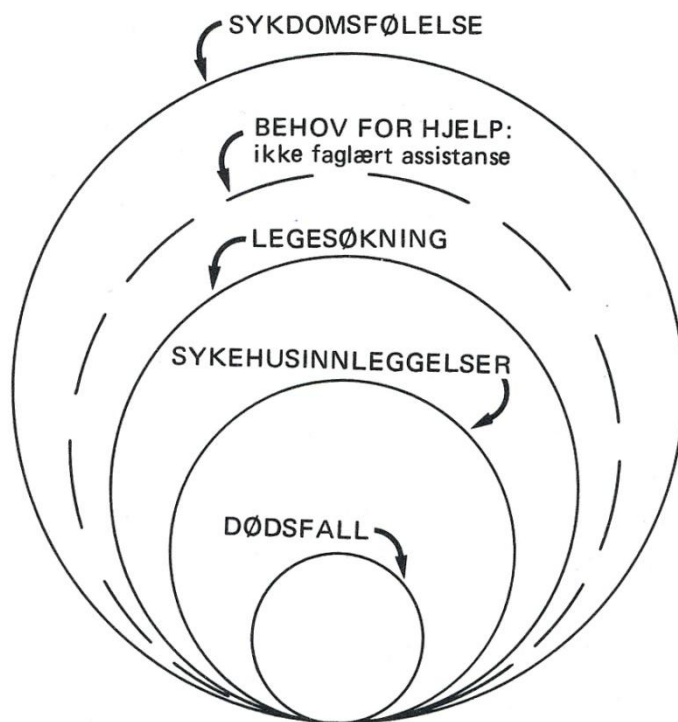
Drøftinger av folkehelsen, f. eks. i Norge på 1800-tallet, viser et konglomerat av faktorer og utviklingslinjer for helse, sykdom, helsepåvirkninger, medisinske fagkunnskaper, folkelige forestillinger og samfunnsmessige betingelser. Sammen danner disse elementene *premissene* for både atferd og tiltak. Det kan med andre ord være den *samlede situasjonsoppfatningen* vedrørende helse som til enhver tid er nøkkelen til forståelse.

En systematisk tilnærming til *hvordan* sykdom opptrer, i hvilke *former* og til hvilke *oppfatninger* av dette som har størst betydning i tiden, kan være et verktøy for å gjøre oversikten bedre.<sup>ii</sup>

#### *Et system for å klarne tanken*

Når det gjelder folkehelse, er det over tid ulikheter vedrørende *hva* som oppleves som viktigst, i hvilken *form* og av *hvem*. Som premissgrunnlag undergår disse tre elementene hver for seg langsomme forandringer, men det er på ethvert tidspunkt kombinasjonen av dem som er nøkkelen til hva som skjer videre.

Uansett hva det gjelder, vil de fleste sykdommer gi seg utslag på flere nivåer. Det er ulikt til forskjellig tid og sted hvilket nivå som er viktigst der og da. Dette kan skjematisk framstilles som en løk, se figur 15.1.



Figur 15.1. "Sykelighetsløken" (Fra Falkum & Larsen 1981)

#### 1. Plagers "løkblader"

Folkehelsehistorie kan være vanskelig å få grep om. Fødsel og død er håndfaste livshendelser som gjerne har vært registrert nokså pålitelig langt bakover i historien. Dette er da også de data mye av den historiske helsestatistikken bygger på. Det kan være greit for demografiske formål, men ikke hvis det er *sykdom* og *helseplager* man er ute etter. Vi har langt flere plager enn de vi dør av. Helse og sykdom er mye mer enn død. Og viktige sykdommer ble i større grad spredt av de levende enn av dem som bukket under.

Til enhver tid: Hva skaper mest bekymring? Og som premiss for å sette i gang tiltak, både individuelt og på gruppenivå – hva veier tyngst, de sykdommene folk *har* og plages med, eller de sykdommene de til slutt *dør av*? Det vil være forskjellig, alt etter hva saken gjelder, men generelt kan sykkeligheten framstilles som en løk, der dødeligheten bare utgjør en liten del, en kjerne inne i løken. Løkens blader, dvs. sirklene på figur 15.1. har ikke samme sentrum, fordi det ikke er alltid, faktisk heldigvis sjelden, at det er de samme plagene vi *har* som vi *dør av*.

I den historiske helsestatistikken er ”løkbladet” for dødelighet gjerne best dokumentert. Dødeligheten, dvs. *mortaliteten*, kan riktignok gi et godt bilde av situasjonen, slik den var for eksempel under koleraepidemiene. Det er fordi sykdommer som kolera har høy *letalitet*, dvs. mange av de angrepne som dør, og da gjenspeiler dødeligheten forekomsten. Slik er det til alt hell ikke så ofte lenger, og slik var det heller ikke for de fleste av 1800-tallets helseplager.

Et eksempel fra den andre enden av skalaen: Slitasjegikt i hofter og knær kan plage folk i årtier, men vi hører omtrent aldri om noen som har tatt sin død av dette. Og i historien har det vært mange som har hatt giktplager uten å ha fått noe særlig virksom behandling for dette. Da inntreer det man ser av og til – et *hyppighetens paradoks* – når noe er så hyppig, er det ikke rart om man ikke oppfatter dette som noe spektakulært, som sykdom, men bare som en del av livet. Slik kan viktige helseplager i historiske befolkningsgrupper gå ”under radaren”. Kilder forteller ikke så mye.

For å få bedre grep om sykkeligheten i en historisk periode, må vi også se på de andre ”løkbladene”. Dem vet vi som regel mindre eksakt om enn om dødeligheten.

*Sykehusinnleggelse* etterlater seg oftest dokumentasjon som kan fortelle om helsetjenesten for befolkningen, slik Frederik Holst var opptatt av å formidle. Men her er tallene avhengige av hvor utbygd sykehusvesenet er, og hvilken rolle bruk av sykehusinnleggelse har hatt i sykdomstilfeller. I det minste fram til 1880-årene er dette ”løkbladet” i figur 15.1. ganske lite. Det var få sykehus og få som ble innlagt – og hvis noen ble lagt inn, ble de der lenge, hvilket gjorde kapasiteten enda mindre.

En praksis med å ligge syk hjemme var ikke så gunstig og ofte heller ikke mulig, spesielt i trangbodde byer, hvilket på slutten av 1800-tallet utløste sykehusutbygging – og mer statistikk for sykkelighet finnes da etter hvert for dette ”løkbladet”, for dette nivået av sykkelighetsbildet. Men bla tilbake til figur 12.4 (s. 118). Tabellen over sykehusinnleggelse i 1832-1833 viser to viktige ting, nemlig at de var *få*, sett i et moderne perspektiv, og de var *selektive*, f. eks. opptok hud- og veneriske sykdommer mye av kapasiteten.

Vi vet enda mindre om ”løkbladet” utenfor, nemlig for hvor mye og for hva folk *tok kontakt med lege*. Tilgangen på legehjelp er en viktig faktor her, men også

tradisjonene for å søke legehjelp, der kanskje den profesjonelle trøsten var vel så viktig som den profesjonelle behandlingen legen kunne gi. Helsehistorisk er legesøkningen en terskel som vi gjerne skulle ha visst mer om. Den representerer en terskel for når fagkunnskap føles nødvendig. Studier av legesøkningen på 1800-tallet kan forklare hvorfor man klarte seg med lite.

Å søke *folkemedisinsk hjelp* og annen lekmannsassistanse er en annen terskel. Det var til langt inn på 1800-tallet ikke tillatt for andre enn dem som hadde legeutdannelse å ta syke i kur i Norge. Det tilsa lovbestemmelser fra 1672 og 1795, men det skjedde likevel. I 1871 ble dette forbudet opphevet, men innstrammet igjen i 1936 og 2004. *Kvakkosalver* har aldri vært noe honnørord i Norge. I våre dager eksisterer slik behandling i form av alternativ medisin og er lovregulert fra 2004.

Alternativ behandling er interessant i et historisk perspektiv også fordi etterspørselen kan være av to typer: For det første akutt hjelp som et alternativ til det profesjonell medisin kan tilby. For det andre er det hjelp når man i og for seg har fått profesjonell hjelp, men synes den ordinære behandlingen ikke virker etter ønske.<sup>iii</sup> Historiske tall for bruk av alternativ hjelp har vi lite av, men ut fra vi f. eks. vet om markedsføring av helseprodukter m.v., er omfanget trolig ganske stort..

Utenfor dette ”løkbladet” er det flere – bruk av legemidler og tiltak *på egen hånd* og utover til *fornemmelsen av å være syk*. Følelsen av at noe er galt.

Man kunne dra dette enda videre – til *angsten for sykdom* og endog til *angsten for angsten*. Det er et viktig skille mellom ”løkbladene” her – de ytterste baserer seg på pasientens *opplevelse* av å være syk, ikke på en profesjonell bedømmelse av at her foreligger det en sykelig tilstand.

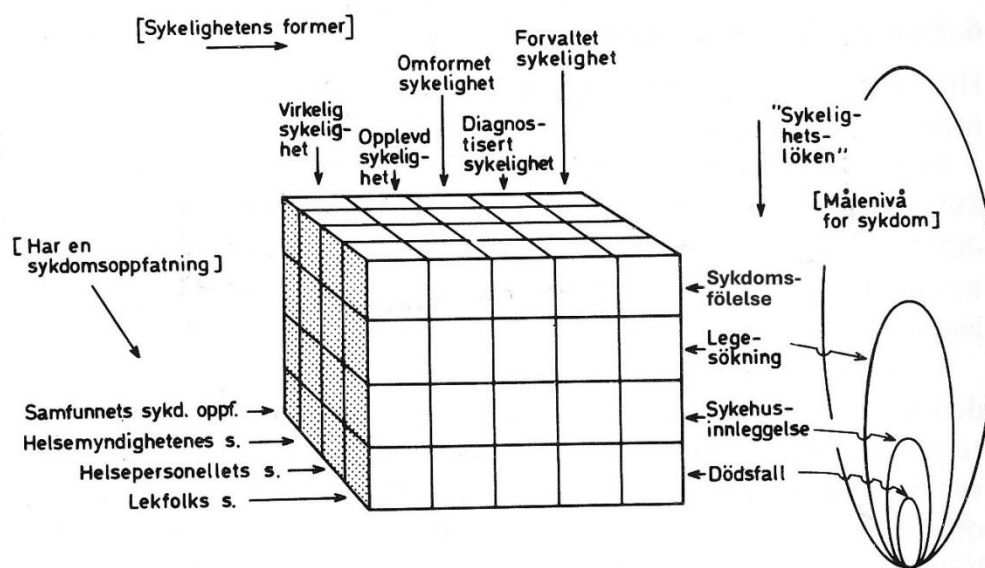
Og hvor viktig er opplevelsen av å være syk? For den person det gjelder? For de pårørende? For samfunnet? For helsestatistikken?

## 2. Sykelighetens former

Er sykeligheten i befolkningen *naturlig*, er den *blitt slik* av årsaker vi prøver å studere og påvirke, eller er den blitt slik vi *har valgt at den skal være?*<sup>iv</sup>

Vi må anta at det finnes en *naturlig* sykelighet, dvs. et sett av helseplager som uvegerlig vil oppstå i løpet av livet – som er en del av livsprosessen, av organismens uforstyrrede vei fra fødselen til den uunngåelige død. Å studere dette har vist seg nærmest umulig, ettersom ytre faktorer alltid vil være tilstede. Selv 1700-talls, forhåndshelsesjekkede skipsmannskap på langfart fylte ikke kravene. Selv ikke disse sjøfolkene var tilstrekkelig isolert over tilstrekkelig lang tid. Det viste sammenlikninger av materiale fra flere langferder.<sup>v</sup>

Vi må tenke på naturlig sykelighet som et teoretisk utgangspunkt. Naturlig sykelighet er imidlertid også av praktisk betydning. Visste man mer om denne delen



Figur 15.2. Sykdomsoppfatningens systematikk - nivå for sykdom, sykkelighetens former og hvem som har den sykdomsoppfatningen som veier mest til enhver tid. (Fra Falkum & Larsen 1981).

av menneskekroppens livsløp, ble det enklere å tilrettelegge medisinske tiltak for dem som åpenbart nærmer seg livets avslutning. Også her er det en dynamikk, slik at kunnskap om naturlig sykkelighet både må være oppdatert og samkjørt med medisinenes kunnskapsnivå ellers.

Sykelighet gir seg ikke utslag før den *oppleves* av noen. *Opplevd sykkelighet* er en form for sykkelighet som i helsehistorien får stadig større betydning. Det er i de fleste tilfelle når man selv eller i nærmiljøet opplever sykkelighet, at man gjør noe med saken. Dette penser inn på kulturelle prosesser – hvor mye er man villig til å tåle? Lokale normer og sedvane spiller inn, likeledes religiøse holdninger til lidelses betydning. Derfor er nesten all opplevd sykkelighet vi hører om i fortid og nåtid *omformet sykkelighet*.

Sykeligheten er allerede blitt gjort noe med. Sykeligheten omformes også fordi vi får behandling, profesjonell eller uprofesjonell. Det har blant annet betydning for hvor engstelige vi er. Eksempel: En hudinfeksjon går vi om nødvendig til fastlegen med og får antibiotika hvis det er aktuelt, så vi er ikke så redde for en hudinfeksjon. Dessuten *finnes* antibiotika. Vi lener oss tilbake i trygg forvissning. Men hvis hudinfeksjonen er erysipelas eller *rosen*, kan man også i dag simpelthen dø av den tross antibiotika – og noen gjør faktisk det. Det er den *omformede sykkeligheten*, f. eks. her i eksemplet hudinfeksjon, den lettbehandlede infeksjonen, som danner vår oppfatning om sykdommen og dens farlighetsgrad, enten dette er korrekt eller feilaktig bilde.

Helt fram til antibiotika ble tilgjengelige etter den annen verdenskrig, ble f. eks. lungebetennelse opplevd som skremmende og farlig. Det var helt korrekt. Nå blir lungebetennelse behandlet, omformet og opplevelsen ikke så skremmende. Vi er ikke så redde for lungebetennelse mer – en sykdom som kunne ha dødelig utfall betydelig oftere enn nå.

*Diagnostisert sykелighet* er en egen kategori i figur 15.2. Ords makt gjelder også i vårt bilde av helsesituasjonen. Som vi har skjont av gamle tiders sykdomsbeskrivelser, gjør selve ordbruken det vanskelig å danne seg en oversikt over den forgangne virkeligheten. Diagnosene er riktignok ord som kategoriserer, men på hvilket grunnlag? Er det symptomer og tegn, sykdomsopplevelsen, sykdomsprosessene, årsakene eller konkrete karakteristika som er grunnlag for *ordet* – for *diagnosen*?

Eksempler: Vi har alt omtalt hvordan den typisk norske *radesyken* forsvant, mest fordi begrepet gikk ut og den sannsynligvis sammensatte sykdomsenheten ble registrert annerledes og fordelt på mer spesifikke diagnoser.<sup>vi</sup> Og *tuberkulose*? Først da bakterien ble påvist, fikk ordet *tuberkulose* en forankring som var basert på årsak.<sup>vii</sup> Da kom tuberkulosen inn som eget sykdomsbegrep, selv om sykdommen hadde eksistert før. Sykeligheten omkring oss, slik lekfolk, fagfolk, helsemyndighetene og storsamfunnet kjenner den, er således en *diagnostisert sykelighet*. Ordene har formet sykdomsbegrepene. Ordene forteller også hvordan man så på sykdommen: I det svenske Tabellværket på 1700-tallet var *Ålderdom och Bräcklighet* en diagnostisk dødsårsakskategori. Man aksepterte at livets gang slo inn.

Hva er *forvaltet sykelighet*? Kan sykelighet være blitt slik vi har bestemt at den skal være? Er det mening i å benytte begrepet *forvaltet sykelighet*? Målet med samfunnsmedisin, forebyggende helsetiltak og sykdomsbehandling er å forvalte sykeligheten. Eksempler: Vaksineprogrammer, helt fra de første koppevaksineringene i Norge i 1810, er folkehelseforvaltning. Behandlingsopplegg for smittsomme sykdommer som likevel oppstår, er også det. Screeningprogrammer for å fange opp folk med tuberkulose eller for å finne og behandle tidlige kreftformer, forvalter folkehelsen. Folketrygden av 1967 gjør at ingen skal lide nød når alt svikter. Det er også helseforvaltning.

Næringsmiddelhygiene, alkoholpolitikk, byplanlegging og mye mer kan tjene som eksempler på hvordan sykelighet forvaltes gjennom tiltak og strukturer vi i første omgang kanskje ikke tenker på er med på å styre folkehelsen, gjør nettopp det - forvalter sykeligheten. Spesielt mot slutten av 1800-tallet og framover ble samfunnet mer og mer regulert på denne måten. Helse kunne være hovedbegrunnelse, som f. eks. ved hygieniske tiltak. Helseeffekten kunne være indirekte, som ved stedsplanlegging. Mer om dette senere.

Trafikkulykker er hos oss aktivt forebygget gjennom mange tiår. Trafikksikkerhet tilstrebes som en ny normal i Norge. Man forstår dette først fullt ut når man med livet som innsats prøver å krysse gaten, eller setter seg selv bak et bilratt i enkelte fjerne land, der holdningene til trafikkens farer ikke har gått gjennom samme utvikling som hos oss. Land er forskjellige.

Det er *langsomme forandingsprosesser* som foregår. De kan både være faseforskjøvet og skje i ulikt tempo. Denne faktoren må man ta hensyn til når man hører tallenes tale og gjør sammenlikninger. Også på områder som har lang vei å gå i en utvikling, kan tiltak ha samme mål som vi. I øyeblikket kan det være andre oppgaver som er mer presserende og må gis første prioritet. Ordet prioritering betyr å *velge først*, ikke å *velge bort*. Dette er viktig helsehistorisk lærdom når man studerer folkehelsehistorie og sammenlikner folkegrupper og land til forskjellig tid. Utviklingen går gjerne mot en ny normal som er en fornuftig avveining av behov, tiltak og forventet effekt. I løpet av tidens gang blir sykeligheten gradvis mer og mer *forvaltet sykelighet*.

### 3. Hvilke oppfatninger styrer helsen?

Folk flest har en sykdomsoppfatning som varierer med alder, tid, sted og mye annet. Sykdomsoppfatningen blant *lekfolk*, altså folk flest, har betydning for deres egne personlige atferd.

Lekfolks oppfatninger får tiltakende betydning for folkehelsen ettersom samfunnet utvikler seg. Folk flest velger politikere - rekruttert blant folk flest. På 1800-tallet så vi dette blant annet i de selvstyrte kommunenes evne og vilje til å gjennomføre offentlige tiltak, især hvis de medførte offentlige utgifter. I 2000-talls-samfunnet møter vi lekmannsoppfatninger igjen på toppnivå i samfunnsstyringen, faglige utredninger og saksforberedelser til tross. Moderne mediadekning bidrar også til dette, ofte kombinert med individualiserte framstillinger, der sykdomsofferets appell har betydelig kraft. Lekfolks sykdomsoppfatning konvergerer med *storsamfunnets sykdomsoppfatning* og denne får stor kraft, enten den er faglig optimal eller ikke.

I 1800-tallets medisinalberetninger møter vi først og fremst *helsepersonellens sykdomsoppfatning*. Det er faglig kvalifiserte beskrivelser som går fra distriktslegenes vurderinger via amtslegene til de sentrale helsemyndighetene.

At det i tillegg finnes en samlet *helsemyndighetenes sykdomsoppfatning*, bekreftes når man leser det oppsummerende sammendraget i hvert års fylkesvise medisinalberetninger som beskriver rikets samlede folkehelse for forvaltning, storting og regjering. Men mottakerne av denne informasjonen hadde – og har - mange hensyn å ta. Det har aldri vært, og er heller ikke nå, slik at helse alltid vinner.

### *Folkehelse i flere dimensjoner*

Se på figur 15.2 med alle ”boksene” en gang til, og tenk på hvordan den tar seg ut på ulike tidspunkter i folkehelsehistorien. Det er altså egentlig et tredimensjonalt system vi har med å gjøre, og der kombinasjonene av elementer kan framstilles som ”bokser”, slik det er gjort i figur 15.2. Opp gjennom folkehelsehistorien veksler det viktigste premissgrunnlaget for helsetiltak mellom hvilke ”bokser” som er viktigst. Eksempler: På det autoritære 1700-tallet var tallgrunnlaget for folkehelsen svakt, og dødelighet var viktigste mål for sykdom. Storsamfunnet, dvs, myndighetene bestemte og det var forvaltet sykkelighet. Kontrasten ses i vår tid, 200-250 år seinere. De ytre lag av sykkelighetsløken (figur 15.1.), dvs. sykdomsnivåene, tillegges vesentlig større vekt. De avgjørende medisinske meningene er ikke alltid de som er viktigst i praksis, der media, interessegrupper m.v. rår. Og sykkelighetens *former* kan ha politisk sprengkraft. *Diagnoser* kan medføre rettigheter som må forsvares. Og i det liberale samfunn – hvem har rett til å forvalte *min* helse? I historiske perioder er derfor f. eks. lekfolks sykdomsoppfatning mest betydningsfull som premiss for tiltak. Ofte er dødelighet en tungtveiende premissgiver, av og til er det mer vekt på kronisk sykdom.

”Boksen” *samfunnets sykdomsoppfatning/forvaltet sykkelighet/sykehusinnleggelse* både har vært og er avgjørende premiss for utbyggingen av sykehus, og har variert betydelig i viktighetsgrad opp gjennom tidene. Særlig viktig var dette på slutten av 1800-tallet-

”Boksene” *helsepersonellets sykdomsoppfatning/diagnostisert sykkelighet/dødelighet* (og tilsvarende for sykehusinnleggelse og legesøkning) er grunnleggende premissgivere for fagspråk og diagnoser til systemene for sykdomsklassifisering. Et eksempel fra nyere tid er KOLS, kronisk obstruktiv lungesykdom, som økte i allmenn oppmerksomhet, med derav følgende innsats mot lidelsen, da klassifiseringen ble revidert og enkelte diagnoser ble slått sammen, så det tilsynelatende ble et enda større helseproblem. Slik har det for øvrig vært så lenge vi har hatt sykdomsklassifisering. Da dødsårsaksstatistikk ble innført i Sverige i 1749, var det 33 dødsårsaker å velge i. Diagnoselisten skulle revideres hvert 25. år. Derfor er tallene etter 1774 også påvirket av endret registrering, ikke bare endring i folkehelse.

Ord har makt, også her.

### *Smittsomme sykdommer i de siste tiårene av 1800-tallet – eksempel på systematikkens logikk*

La oss benytte modellen i figur 15.2. i jakten på langsomme forandringer og lange linjer i norsk folkehelseutvikling mot slutten av 1800-tallet. Da skjedde det store forandringer i sosiale forhold for store deler av den norske befolkningen som en følge av moderniseringen av samfunnet. Det var dessuten en effekt av den

demografiske transisjon, idet nye og voksende årsklasser gjorde seg gjeldende. Parallelt med dette ble synet på helse, medisin og helsetjeneste endret, dels som en tilpasning til og følge av samfunnsforandringene, dels som en forutsetning for dem. Dette skal vi se nærmere på senere, men foreløpig vil vi bare spørre: Gjenspeiles forandringene i medisinalberetningenes tekst og tall? Kommer det fram noen historiske linjer?

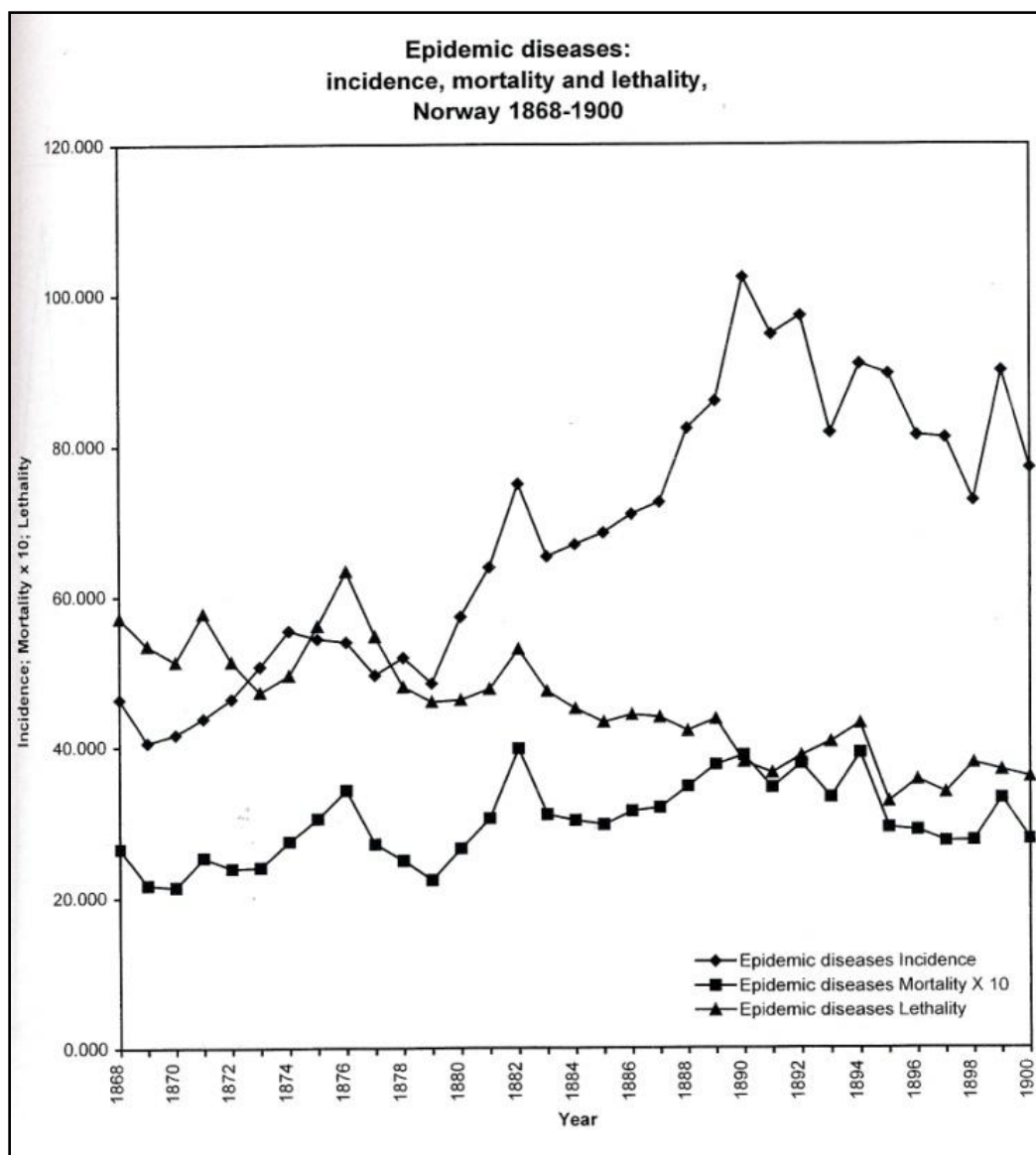
La oss bruke dødelighet, forekomst og holdninger til det medisinalberetningene kaller for epidemiske sykdommer for årene 1868-1900 som eksempel.<sup>viii</sup> Se på kategoriene i modellen på figur 15.2. Den formen folkehelsen framstår i medisinalberetningene på, må regnes som kategorien *diagnostisert sykkelighet*. Informasjonen var beregnet på å danne premisser hos dem som hadde størst innflytelse på hva som ble gjort med situasjonen på overordnet plan, nemlig *helsemyndighetene*.

I siste del av århundret ble flere og flere sykdomsårsaker klarlagt, spesielt for de dominerende infeksjonssykdommene. Den *diagnostiserte sykkeligheten* ble således stadig viktigere som premissgiver. Denne dreiningen tok litt tid, så en økning eller endring i forekomst *kan* derfor ha en feilkilde som skyldes endret registrering på denne tiden.

Det er også en annen helsehistorisk felle man kan gå i: Når en diagnose basert på *årsak* opptrer i historien og følges videre, forteller den *ikke* noe om sykdomsforekomsten i tiden *forut*. Eksempel: Historien om tuberkulose før og etter at tuberkulosebakterien var oppdaget og ble brukt som grunnlag for diagnosen, er egentlig to forskjellige fortellinger.

Fra 1850-årene bringer medisinalberetningene mer og mer detaljer om de ytre bladene i sykkelighetsløken, deriblant sykdommenes forekomst, dvs. *insidens*. Vi ser hvordan forekomsten av de epidemiske sykdommene for Norge som helhet steg jevnt og trutt gjennom årtiene fram mot ca. 1890. Men da må det åpenbart ha skjedd noe, siden det er en tydelig knekk i trenden.

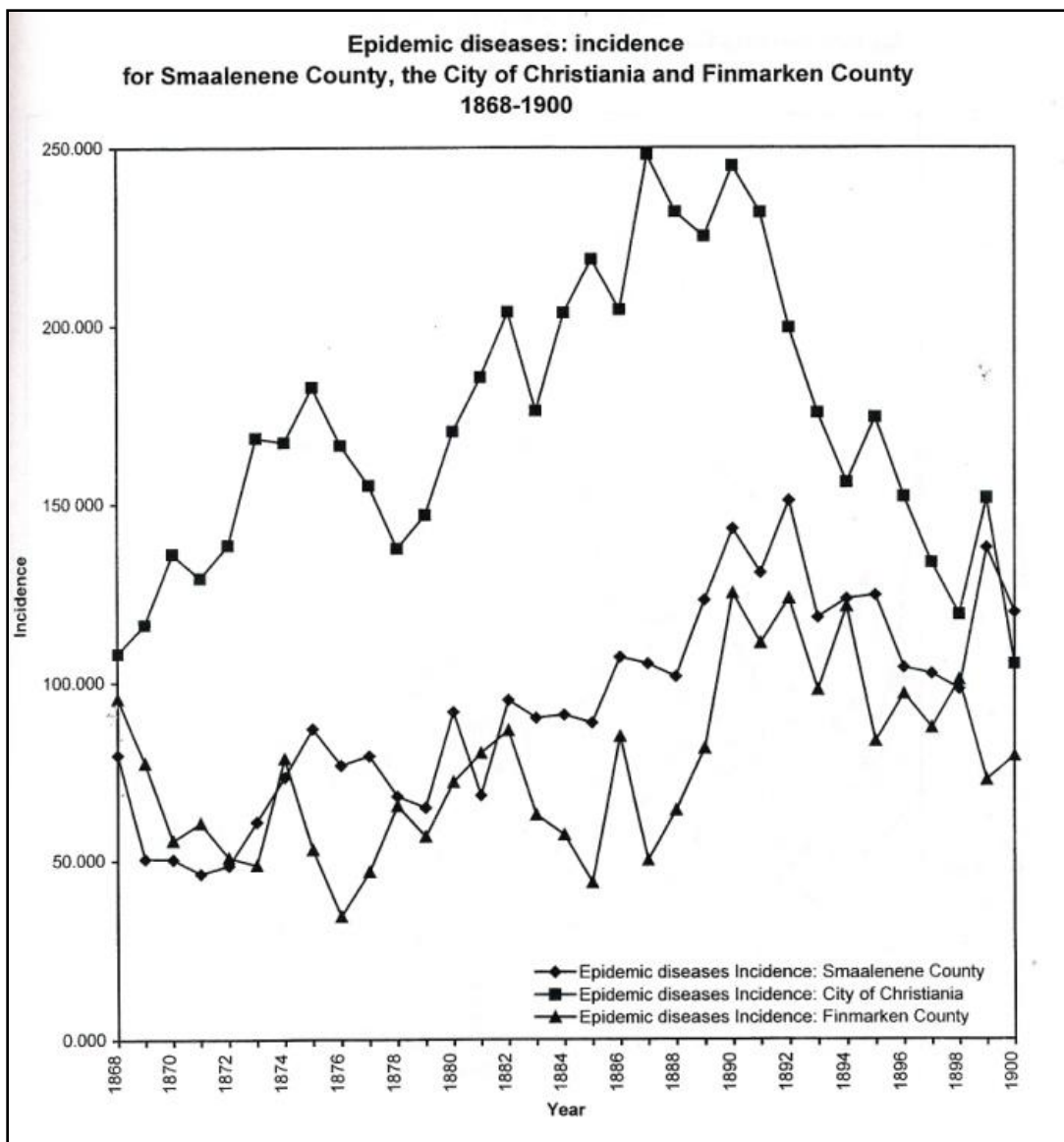
Det er også interessant å se at dødeligheten av denne sykdomsgruppen, altså *mortaliteten*, nok økte litt, men på langt nær så mye som forekomsten, insidensen, antall meldte tilfelle. Et spørsmål som da reiser seg, gjelder den feilkilden vi har nevnt, hvorvidt forandringene i helsestatistikken skyldes bedre registrering av en situasjon som også hadde vært slik i tiden forut. Tallgrunnlaget for figurene 15.3, 15.4., 15.5. og 15.6. er hentet fra medisinalberetningene på amtsnivå og for landet som helhet for perioden 1868-1900.<sup>ix</sup> Materialet virker umiddelbart pålitelig. Hva som ikke ble registrert, spesielt fra landdistriktene, er imidlertid ikke godt å vite. På den annen side finnes samme mønster i storbyen Christiania.



Figur 15.3. Insidens, mortalitet og letalitet av epidemiske sykdommer i Norge. Fra medisinalberetningene 1868-1900. Bemerk utviklingen over tid. (Larsen 2000).

Samlet sett bør vi derfor kunne konkludere at det var en reell og betydelig økning i forekomst av smittsomme sykdommer samtidig med samfunnsforandringene, spesielt *urbaniseringen* i siste halvdel av 1800-tallet, se figur 15.3.

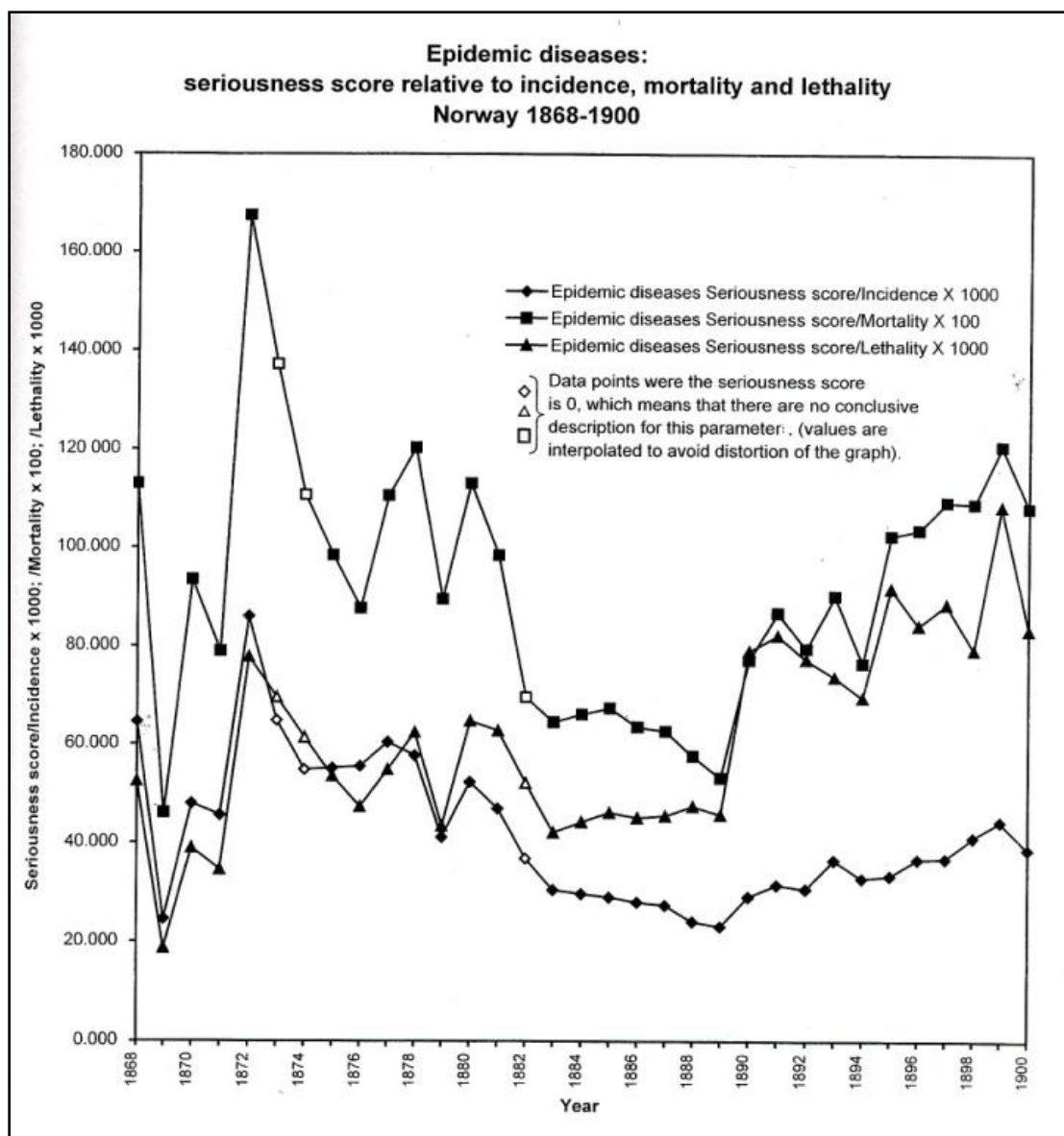
Dette understrekes av tallene for *lokal insidens* av epidemiske sykdommer som vises i figur 15.4. Vi ser at den raskt voksende hovedstaden skiller seg negativt ut, sammenliknet med resten av landet, her representert ved det fjerntliggende Finnmark og det nærliggende Smaalenene (Østfold). Fallet i sykdomsforekomst fra rundt 1890 er tydelig i alle tre områdene.



Figur 15.4. Insidensen for epidemiske sykdommer i Christiania, Smaalenene og Finmarken, geografiske forskjeller. (Larsen 2000)

Hvor alvorlig ble den veldokumenterte økningen i sykkelighet betraktet i samtiden? Det skulle vi fra et historisk synspunkt gjerne visst noe mer om. I medisinalberetningene er statistikken ledsaget av verbale beskrivelser. Hvis tall og tekst sammenholdes, kan det, med behørlige metodiske forbehold, foretas en enkel tekstanalyse med sammenlikning av ord og tall. Det ser da ut som om befolkningen, helsepersonellet, helsemyndighetene og storsamfunnet som sådant lenge *fant seg i økningen*, figur 15.5.

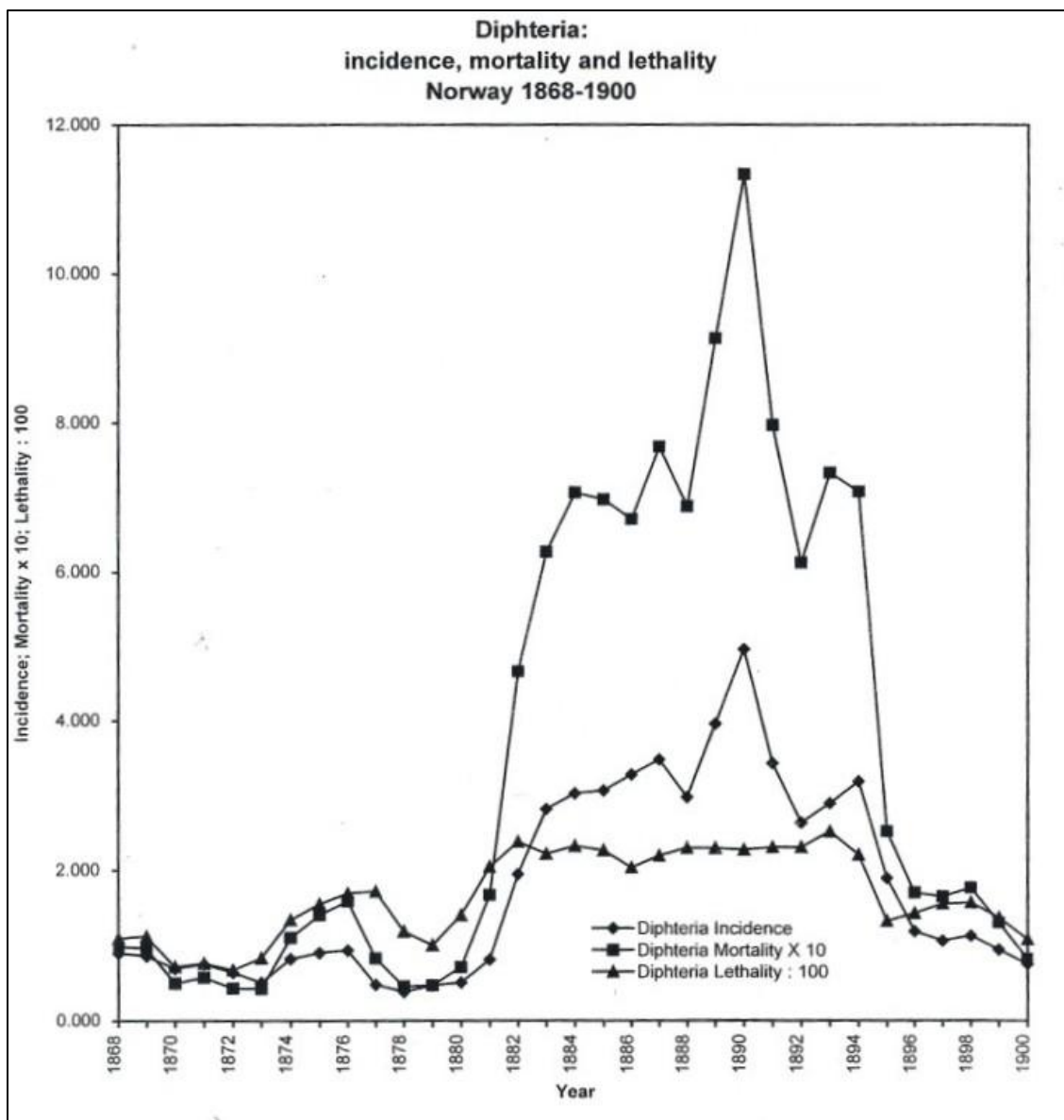
Så var det en tid rundt 1890 da man begynte å bli mer bekymret. Var ikke de positive sidene ved samfunnsomveltningene så positive lenger at de kompenserte for helsebelastningene? Hva skyldtes i så fall det? Det virker åpenbart som om det på denne tiden skjedde noe med de ulike samfunnsforandringene som *til sammen*



Figur 15.5. Helseopfatningens epidemiologi. Epidemiske sykdommer i Norge 1868-1890 – indeks for hvor alvorlig medisinalberetnings-skriventene oppfattet folkehelsesituasjonen, basert på en sammenlikning av tallmessige registreringer og de verbale kommentarene til tallene i samme medisinalberetning. Vi ser en økende bekymringsgrad fra ca 1882. Dødelighet bekymrer mer enn forekomst. (Larsen 2000)

formet store, langsomme endringer i folkehelse. I de siste årtiene av århundret kan vi si at utviklingen ”tok av”.

Så var det altså skiftet i synet på sykdom rundt 1890. Bekymringen steg. Noe av dette kan tenkes å skyldes sykdomsspekteret i tiden, dvs. *hvilke* sykdommer som herjet verst. Akkurat i disse årene var *difteri* en utbredt sykdom. Difteri rammet især barn. Forløpet var ofte dramatisk. Sykdommen kunne føre til pustevansker og en pinefull død for pasienten og være en skremmende opplevelse for omgivelsene. Pasientene som overlevde difteri, kunne blant annet få hjerteproblemer som de



Figur 15.6. Difteriepidemier i 1880- og 1890-årene. (Larsen 2000)

kunne slite med resten av livet. Insidens, mortalitet og letalitet av difteri nådde til da ukjente høyder i disse årene. Se fig. 15.6. Slikt gjorde inntrykk, både i befolkningen og hos helsepersonell og helsemyndigheter.

Et enda større inntrykk gjorde nok tidens virkelig store og allmenne svøpe – *tuberkulosen*. Denne sykdommen var ikke inkludert i medisinalberetningenes kategori epidemiske sykdommer. Dette er historisk interessant i seg selv.

Tuberkulose var imidlertid et så gjennomgripende samfunnsproblem at det her i boken vises til egne kapitler om sykdommens herjinger og kulturelle innflytelse.

### *Faglighet og offentlighet*

Utover fra 1870-årene ble det mer og mer alminnelig oppmerksomhet om koplingen *sykdommer og sykdomsårsaker*, blant annet fordi de faglige diskusjonene om smitte også ga gjenklang i offentligheten. En utløsende faktor var at man hørte om at spesifikke sykdomsframkallende mikroorganismer var blitt oppdaget, slik som leprabasillen i Bergen i 1873.

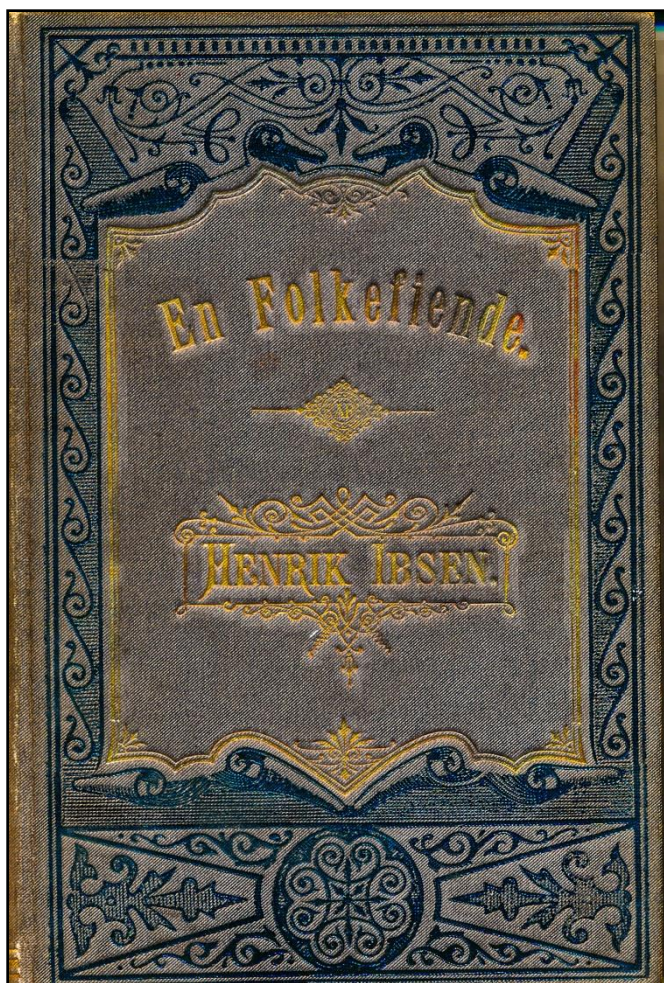
Ernst Ferdinand Lochmann, samfunnsdebattant og professor i hygiene i Christiania fra 1866, hadde helt fra 1850-årene vært en ivrig bidragsyter til det offentlige ordskiftet om smitte. Vi har alt beskrevet hvordan Lochmann fikk rett da han som flammende contagionist gikk inn for teorien om spesifikke smittestoff og publiserte sine radikale motforestillinger mot den etablerte kunnskapen. At han i eldre år like flammende hevdet sterke og kontroversielle synspunkter i det offentlige rom, f. eks. i tidens Darwin-debatt, kan også tolkes som at han først og fremst dyrket å være uenig, å være *mot*.<sup>x</sup>

Uansett ble helse et offentlig tema på en helt annen måte enn før. Helse ble tydeliggjort og gikk inn i politikk, kunst og kultur – og i folks bevissthet. *Opplevd helse* var blitt forsterket som premiss for medisin som fag, helsearbeid og styring av samfunnet.

Det var på denne tiden synet på helse begynte å bli noe annet. Kanskje er dette et fenomen de gjengitte kurvene avspeiler. Sykdom og uhelse var ikke nødvendigvis lenger slik som *været* - noe man bare fant seg i. Helse ble et felt der oppgavene tårnet seg opp, godt hjulpet av sykdommer og helseplager som hadde fått friere spillerom på grunn av den samfunnsutviklingen de var blitt en del av.

Henrik Ibsen ga ut skuespillet *En Folkefiende* i 1882 (Figur 15.7.), samme år som Robert Koch oppdaget tuberkulosebakterien.<sup>xi</sup> Hovedpersonen, doktor Tomas Stockmann, oppdager sykdomsframkallende ”infusjonsdyr” i vanntilførselen til den lille kystbyens stolthet, den nye badeanstalten. I sin tiltro til at helse er viktigst og at alle mener dette, forsøker han å få gjort noe med problemet, men støter på vanskeligheter på flere forskjellige plan og det går helt galt. Helse viser seg å vike for økonomi og politikk og er ikke viktigst av verdier. Om doktor Stockmann framstår som folkehelt, folkefiende eller bare som en naiv klovn, er opp til teaterpublikummet og leserne å bedømme. De konfliktene som beskrives, er gyldige fram til i dag.

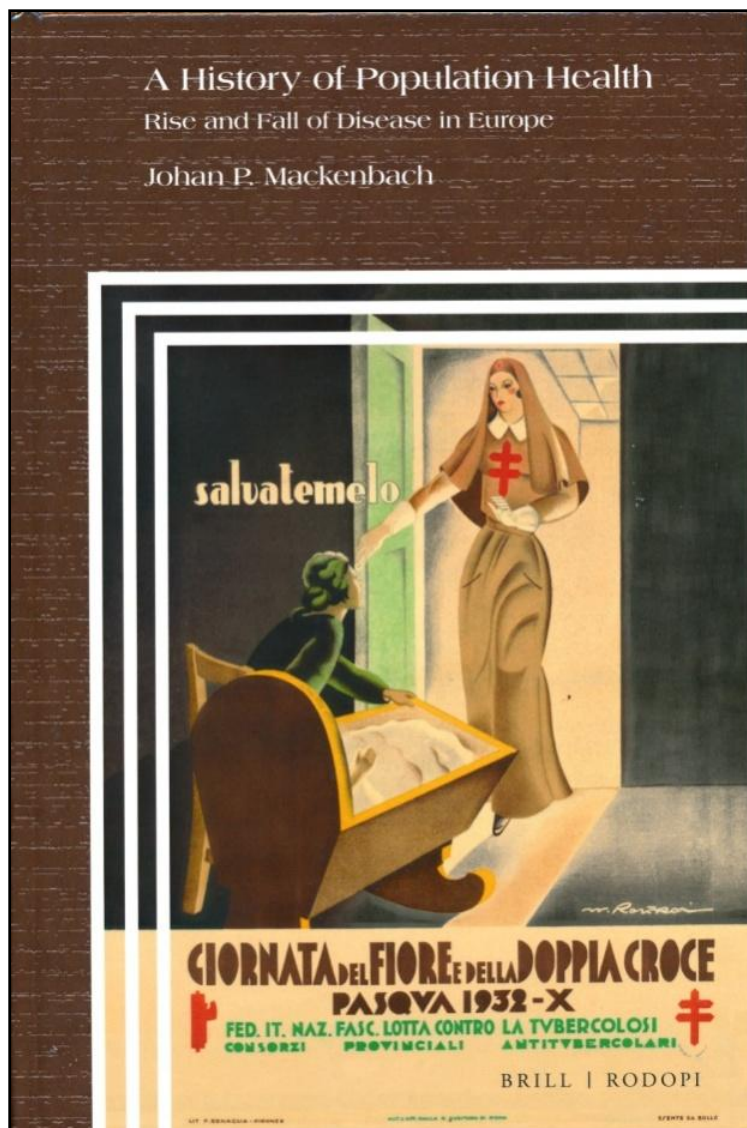
Lochmann er, som tidligere nevnt, antatt å ha vært Ibsens modell for doktor Stockmann. Contagionisten Lochmann markerte seg senere som en *motstander* av mikroorganismenes betydning i tuberkulosedebatten i 1889: ”Epidemierne kommer ligesom fra en ukjent Baggrund og jeg tror, at vi kan ligesaa lidt udrydde Sygdomme, som vi kan fjerne de moralske Onder”.<sup>xiii</sup> Var kanskje den økende



Figur 15.7. Henrik Ibsens *En Folkefiende* kom ut midt i tiden da mikrobiologien vokste fram og konsekvensene av den nye kunnskapen ble til politisk konfliktstoff.

forekomsten av tuberkulose en omkostning ved samfunnsveksten? Slik at det var snakk om en *transisjon* fra en normaltilstand til en annen? En overgang akkurat som den demografiske transisjon som man nå hadde fått erfaring med? En verden med tuberkulose som var kommet for å bli? Som det ikke var noe å gjøre ved? Tuberkulosen var så viktig for folkehelseutviklingen at vi her i boken kommer tilbake med egne kapitler om den.

Professor i folkehelsevitenskap ved Erasmus-universitetet i Rotterdam. Johan P. Mackenbach (f. 1953) valgte undertittelen *Rise and fall of disease in Europe* for sin store historiske oversikt over forandringene i folkehelse de siste to hundre årene.<sup>xiii</sup> (Figur 15.8.) Han kan ha rett i at det var en *økning* i sykkelighet innenfor denne perioden, men *fallet* kan diskuteres. Det avhenger av øynene som ser. Kanskje har forandringen først og fremst bestått i at sykkeligheten er blitt *annerledes*. Sykkelighet utspiller seg i tidsspennet mellom fødsel og død. Den uunngåelige død er fortsatt uunngåelig. Det kan hende "the fall of disease" i virkeligheten beskriver en langsom



Figur 15.8. Mackenbachs bok (2000). Forsideillustrasjonen er en plakat fra italiensk tuberkulosekamp i 1932.

forandring av folkehelsen over mot noe annet, slik at begrepet folkehelse får et annet innhold. De største endringene kom i økende grad utover på 1900- og 2000-tallet, men de begynte i Norge merkbart rundt 1890. Logikken i figur 15.2. er gyldig.

#### *En lærdom?*

Ved å benytte modellen i figur 15.2. aktivt i studier av folkehelsens historie, vil man forstå at de opplysningene man finner om folkehelsens utvikling, sjelden gjelder bare folkehelsen. *Konteksten* må med. Kontekst i vid forstand. Det skal vi gjøre i de følgende kapitlene.

## Noter

---

- <sup>i</sup> Tode JC. Kiærlighed betragtet som en Sygdom. *Sundhedstidende* 1779; 2: 75-77.
- <sup>ii</sup> Denne systematikken ble første gang presentert på en medisinhistorisk konferanse på Vatnahalsen i 1977 og er siden drøftet flere steder. Falkum E, Larsen Ø. *Helseomsorgens vilkår – Linjer i medisinsk sosialhistorie*. Oslo/Bergen/Tromsø: Universitetsforlaget, 1981.
- <sup>iii</sup> Larsen Ø, Alver BG, Munthe E. *Hjelp meg - jeg har gikt*. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1984. Det er en studie av revmatikeres bruk av alternativ medisin.
- <sup>iv</sup> Imhof AE red. *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*. Stuttgart – Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 1978.
- <sup>v</sup> Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795-1799*. Oslo: Universitetsforlaget, 1968. (dr. avh.)
- <sup>vi</sup> Lie AHK. *Radesykenes tilblivelse*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2008. (dr. avh.)
- <sup>vii</sup> Gradmann C. *Laboratory disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.
- <sup>viii</sup> Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change 1868-1900*. Oslo: Unipub forlag, 2000.
- <sup>ix</sup> Larsen Ø. Medical reports from the 1800s and what they tell about health conditions, population and the work of doctors in peripheral Norway. S. 115-127 og endnotes s.258-260 i: Connor JTH, Curtis S ed. *Medicine in the Remote and Rural North, 1800-2000*. 2. ed. Albingdon, Oxfordshire/ New York: Routledge, 2016.
- <sup>x</sup> Nerland EM. I utakt med samtiden, i pakt med fremtiden – Ernst Ferdinand Lochmann 1820-1891. *Michael* 2007;4:529–556. Av samme forfatter.og med samme tittel i bokform: Arendal: Gaveca, 2022.
- <sup>xi</sup> Ibsen H. *En Folkefiende*. København: Gyldendal, 1882.
- <sup>xii</sup> Moseng OG. Tuberkulose: Kampen mot bekjempelsen. *Heimen* 2019; 54: 39-53.
- <sup>xiii</sup> Mackenbach JP. *A history of population health – Rise and fall of disease in Europe*. Leiden/Boston: Brill – Rodopi, 2000. Dette må for tiden regnes som det mest moderne, omfattende standardverket om nyere folkehelsehistorie.