

Sanatorier og tuberkulosehjem – en epoke

Behandlingen av de enkelte tuberkulosepasientene kunne være krevende og måtte ofte rette seg mot å bremse videre sykdomsutvikling, mer enn å helbrede. I Norge tok det offentlige, private og frivillige organisasjoner ansvar. På kontinentet var det en sammenblanding av opprettelse av tuberkuloseanstalter og kursteder for rekreasjon og velvære. I Norge var skillet klarere. Det ble bygd sanatorier for lungesyke, spesialsykehus for bein- og leddtuberkulose, foruten mange tuberkulosehjem til forpleining av kronikere. Som folkesykdom var tuberkulose på det nærmeste trengt tilbake i Norge da det første spesifikke medikamentet mot tuberkulosebakterien, antibiotikumet Streptomycin, ble framstilt i USA i 1943. Hundre år etter at tuberkulosebølgen kom inn over landet omkring 1850, ved midten av neste århundre, var bølgen over. Sanatorier og tuberkulosehjem fikk andre funksjoner.

Sanatorier av flere slag – bad, velvære og tuberkulose

Fra midten av 1800-tallet skjedde det internasjonalt sett en litt spesiell utvidelse av medisinsens arbeidsfelt. Det utviklet seg en virksomhet hadde mål som gikk ut over tradisjonell forebygging og behandling av sykdommer og skader, Den rettet seg mot velvære, hvile og restitusjon. Det var en ny type institusjoner, egentlig hoteller og badesteder, anlagt rundt omkring i naturskjønne omgivelser. Med medisinsk språkbruk i markedsføringen falbød man helsebringende tjenester til et betalingsvillig marked. Bademedisin – *balneologi* - ble et medisinsk fag som fulgte opp dette. Faget påberopte seg aner tilbake til antikken og forordnet badeterapi, massasje og andre antatt styrkende tiltak. Det var en målrettet satsing mot *opplevd sykkelighet* i et medisinsk sett uklart avgrenset, men påvirkbart *marked*.

Spesielt på det europeiske kontinentet ble slike badeanstalter ofte benevnt *sanatorier*. Her kunne samfunnets velstående lag pleie sjel og kropp gjennom avslappende, eventuelt stimulerende sommeruker. Kuropphold med bad, spaserturer, kunst og kultur ble et populært tilbud for de bemidlede i det klassesdelte samfunnet. Et kurbad med dets kurgjester kunne være en attraksjon i seg selv.

Dette var ikke sanatorier i den form som vi vanligvis forbinder med ordet på norsk. Det var mer det vi i dag ville kalle ”spa” med en medisinsk vri – de fleste har vel vondt et eller annet sted når de tenker nærmere etter, og kan dermed ha en

medisinsk begrunnelse for et kuropphold. Det var noen slike luksusbadeanstalter med legetjeneste også i Norge, men konseptet slo aldri særlig an hos oss. For eksempel ble Eidsvolds Bad opprettet i forbindelse med en jernholdig kilde som angivelig skulle ha vært påvist av Henrik Wergeland (1808-1845). Flere leger hadde arbeid der i sesongen – det var generelt ikke flust med avlønnede stillinger for leger, så en slik sommerjobb kunne komme godt med.

Et sentralt navn i denne utviklingen var legen Heinrich Arnold Thaulow (1808-1894). Han var kjent med forholdene i Tyskland og Sverige. I tillegg til sitt virke som lege på Modum, opprettet han badeanstalter både der og i Sandefjord. Det var også flere liknende initiativ. Karakteristisk var at ofte kom badet først, deretter oppdaget man en helsebringende kilde, egnede gytjeforekomster etc. Glidningen over mot medisinen kunne være flytende.

Noen badeanstalter rettet seg imidlertid spesielt mot revmatiske sykdommer. Det var noe annet. Her kunne et kuropphold ha vesentlig større medisinsk nytte og relevans.ⁱ Gytjebad kunne simpelthen hjelpe mot pasientens plager.

Den som kanskje dro kombinasjonen av turisme og medisin lengst i Norge, var legen og forretningsmannen Ingebright Lund Holm (1844-1918) som også drev det vi kan kalle medisinsk eiendomsutvikling. Dr. Holms hotell på Geilo er fortsatt et minne om dette.ⁱⁱ

Det er viktig å holde de forskjellige typene institusjoner som ble kalt sanatorier fra hverandre, når vi ser på *tuberkulosebehandlingen*. Den store gruppen pasienter som hadde tuberkulose og som på medisinsk grunnlag simpelthen *trengte* sanatorieopphold, var ikke alltid velkomne på de stedene som satset mest på rekreasjon.

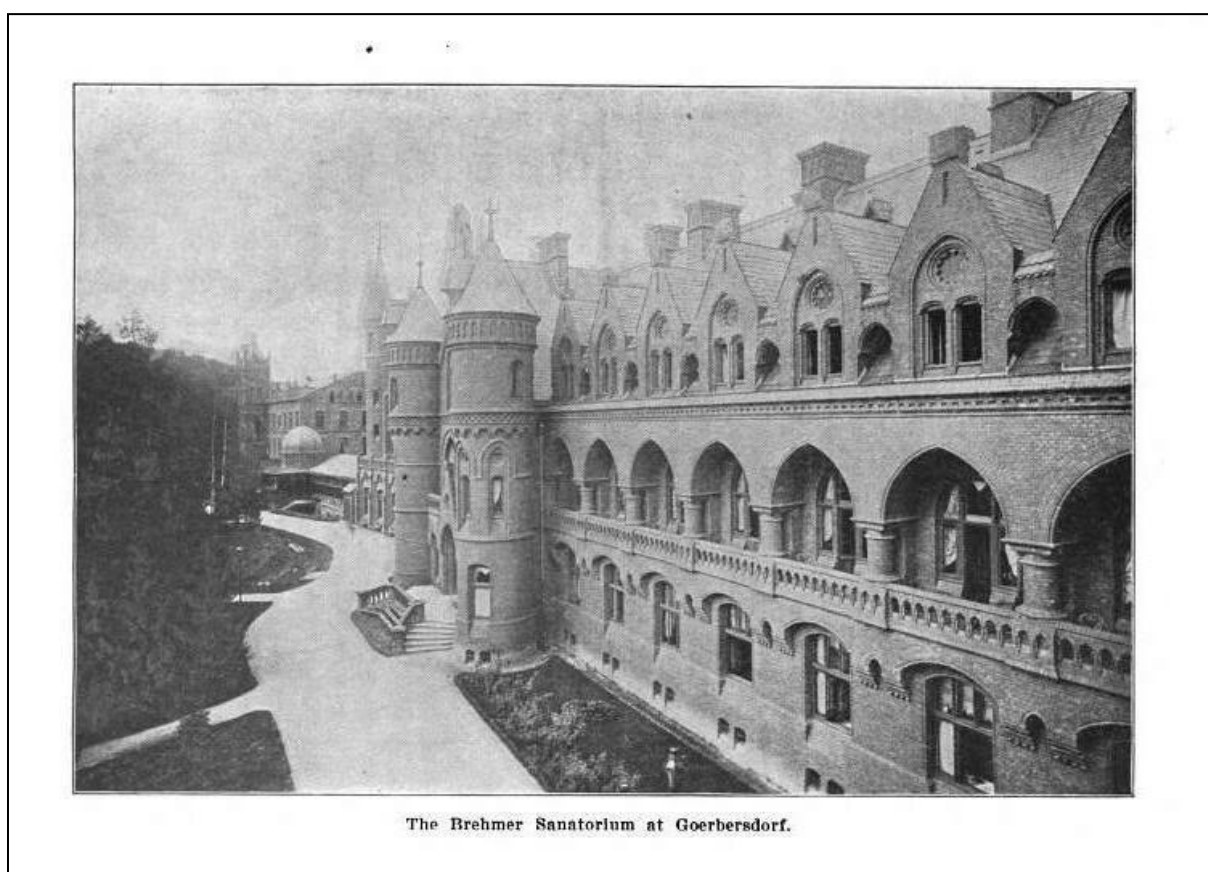
Tuberkulosesanatoriene – en kultur for seg selv

Det som regnes som det første *tuberkulosesanatoriet* i Europa, lå i Görbersdorf i Schlesien (nå: Sokolowsko i Polen). Det er vakkert i Schlesien – skog, fjell og behagelig klima. Under ledelse av legen Hermann Brehmer (1826-1889) ble det her bygd opp et sanatorium for tuberkuløse, åpnet i 1863. Her kunne de syke forsøke å komme til hektene gjennom å få god pleie og å følge et strengt dagsprogram med lite adgang til utskielser. Et psykisk press var det riktignok: Gjorde man noe feil i å følge opplegget, hadde man selv skylden hvis kuren ikke forløp som ønsket. Men behandlingsresultatene var ofte gode – tiden tatt i betraktning.

Etter hvert kom det flere og flere slike sanatorier for tuberkuløse i europeiske fjell- og skogstrakter. Det ble en egen sanatoriekultur, der man i og for seg kunne leve godt og med stil, men med sykdommens damoklessverd over seg hele tiden. Alvoret kunne ikke romantiseres bort, verken av dem som levde intenst og hektisk

på sanatoriet, eller i historien om dette etterpå. Det kan lønne seg å vende seg til skjønnlitteraturen for å lære denne kulturen å kjenne. Thomas Manns (1875-1955) roman *Der Zauberberg* (*Trolldomsfjellet*, *The magic mountain*) fra 1924ⁱⁱⁱ er blitt standardverket – for Norges vedkommende godt supplert med forfatteren Dag Skogheims selvopplevde *Sanatorieliv*^{iv} og andre av hans bøker.

Sanatoriebehandling, gjerne over lang tid kostet penger- Tilgangen til dette ble derfor avhengig av klassestruktur, sykeforsikringsordninger m.v., forhold som kunne være nokså ulike i forskjellige land. Likevel er kulturen på Thomas Manns fiktive sanatorium ”Berghof” ved Davos i Sveits blitt et slags sinnbilde på mellomeuropeisk tuberkuloseomsorg fra midten av 1800-tallet og hundre år framover. Men slik var det ikke alltid, og slik har det slett ikke alltid vært ute i verden ellers. Store deler av det vi har kalt ”den tredje verden” eller ”utviklingsland” har en fortid som kolonier. Der er det ofte slik at verken kolontidens medisin eller perioden etterpå har holdt samme standard som i kolonimaktens hjemland. Dette gjelder også tuberkulose^v.



Figur 20.1. Tuberkulosesanatoriet i Görbersdorf, Schlesien. (Foto fra nettet, datert til før 1904.).



Holmenkollen Sanatorium. Hallen.

Figur 21.2. Interiør fra det som først het Holmenkollen hotell, senere omdøpt til Holmenkollen sanatorium. Dragestilsbygningen er fra 1894 og er tegnet av Balthazar Conrad Lange (1854-1937), arkitekten bak blant annet Uranienborg kirke (1880-1885) og Ila skole (1916). På 2000-tallet er det Holmenkollen Park Hotel som holder til her.

Det var i storbyer, dvs. i Norge først og fremst i den raskt voksende hovedstaden, at tuberkulosen ble et allmennt samfunnsproblem. Spredningsforholdene for sykdommen var en bare en del av dette bildet. For en stor del av tidens klassesdelte befolkning var det vanskelig å ligge syk hjemme i en trang bolig. Man trengte både bistand for å kunne friskne til og et sted å *være* mens man var syk. De kontinentalt pregede sanatoriene som var blitt reist i Holmenkollåsen, kunne ikke møte dette behovet og var heller ikke ment for det. Slike etablissementer var oftest private og kravet til inntjening var styrende for driften. Som eksempel har vi alt nevnt entreprenørlegen, dr. Ingebright Christian Holm som både sto bak og var direktør (1900-1910) for Voksenkollen sanatorium, åpnet i 1897. Det brant ned i 1919 og ble aldri gjenreist. Legeforeningens kurshotell Soria Moria fra 1983 er der nå.

Grefsen Bad var opprettet i den vestvendte og solfylte skråningen under Grefsenkollen allerede i 1858 for å tiltrekke seg rekreasjonshungrige badegjester. Attraksjonen var kalde bad. Det appellerte lite og driften gikk tidvis tungt. Behovet for å konsentrere seg om *tuberkulose* endret dette. I 1898 ble badet overtatt av legen

John Fredrik Tank Mjøen (1870-1949). Han drev stedet som et privat sanatorium for tuberkuløse, fra 1902 som Grefsen sanatorium for tuberkuløse. Tæringsyke, dvs. lungepasienter, var målgruppen. Men - også her var alt privat og måtte betales av pasientene – kur, medisiner, kost og losji.

Tuberkulosen i Norge og krigen som ikke kom

I 1909 skjedde det en interessant endring: Kristiania sanitetsforening overtok eiendommen på Grefsen og satset på tuberkuløse barn. Fra 1909 og fram til 1970 ble stedet drevet som Grefsen folkesanatorium. Hele 2600 barn var innlagt der i disse årene.

At sanitetsforeningene etter hvert tok over mye av det lokale tuberkulosearbeidet, er en særskilt norsk utvikling som bevirket at historien om tuberkulosen ble annerledes her enn i ellers sammenliknbare land. I Norge ble tuberkulosearbeidet en dugnad som engasjerte alle lag i folket og leg og lærd. Bakgrunnen for dette var egentlig nokså spesiell:



Figur 20.3. Grefsen sanatorium. Legg merke til de overbygde verandaene. I disse liggehallene skulle pasientene ligge på kur i fastlagte tidsrom for å få frisk skogsluft. (Foto Anders Beer Wilse 1904)

Den dynamiske kvinnesakskvinnen Fredrikke Marie Qvam (1843-1938) var en høyt profilert samfunnsaktør i Norge i årene omkring forrige hundreårsskifte. Hun drev storgård i Steinkjer sammen med sin mann, juristen og Venstre-mannen Ole Anton Qvam (1834-1904) som bekleddet en rekke embeter og verv og som blant annet i en periode var norsk statsminister med arbeidssted i Stockholm.

Ektefellen Fredrikke Qvam var på sin side drivkraft i en rekke organisasjoner og var blant annet sentral i det politiske arbeidet fram mot kvinners stemmerett. Hun var i 1896 med på å stifte Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS). Denne fikk stor oppslutning på grunnplanet rundt i landet. Det denne foreningen først og fremst var, var en *sanitetsforening*. Det kunne trengs hvis en ytre fare skulle true landet, i klartekst: *svenskene*. Det var en urolig tid. Det var simpelthen fare for krig mellom Norge og unionspartneren Sverige.

Fredrikke Qvams arbeid og aktive år falt sammen med årene da tuberkulosen var på sitt mest skremmende i Norge. Hun hadde selv smertelige erfaringer. Tre av hennes fire barn døde av tuberkulose, en sønn på 25 år, en datter på 5 og en sønn på 12. Som vi vet fra den allmenne Norgeshistorien toppet den politiske konflikten med Sverige seg i 1905. Men så ble det altså likevel ikke noen krig med Sverige. Historien vil ha det til at Fredrikke Qvam, som sanitetskvinnenes leder, da lynraskt snudde på hælen og vendte sin landsdekkende organisasjon mot en annen fiende – *tuberkulosen*. Og den store grasrotorganisasjonen sto klar! Den slo til!

I årene som fulgte foregikk derfor norsk tuberkulosearbeid i stor grad *nedenfra*, bygd på engasjement i den vanlige befolkningen, til forskjell fra andre steder, der viktige initiativer og tiltak mer kom *ovenfra*, fra leger, helsevesen og myndigheter.

En ofte forekommende omsorgsmodell var at det ble opprettet lokale *tuberkulosehjem* rundt i kommunene.^{vi} De var gjerne små og enkle og beregnet på å forpleie syke, ikke egentlig å yte behandling med helbredelse som mål. Lederen kunne være en sykepleier, mens det var legebesøk f. eks. en gang i uken. Det ble mange tuberkulosehjem etter hvert – i 1926 var det i alt 2156 senger i Norge i slike tuberkulosehjem. Ofte var de eid og drevet av kommunen, mens driften var satt bort til den lokale sanitetsforeningen eller andre private aktører. I 1935 drev Norske Kvinners Sanitetsforening hele 135 slike tuberkulosehjem.

Det var også lokale barnehjem for tuberkuloseutsatte barn – et både sosialt og sykdomsforebyggende tiltak.

I 1935 var det 18 *tuberkulosesanatorier* i Norge, statlige, kommunale og private. Disse må skilles fra de spa-liknende institusjonene. I tuberkulosesanatoriene var *behandling* målet. De fleste hadde liggehaller av samme type som i Görbersdorf. Strengt rutiner styrte hvordan pasientene måtte ligge for å ”kure” i friluft, ofte uansett vær.

Noen sanatorier hadde også operasjonsstuer og kunne utføre forskjellige typer kirurgi ved lungetuberkulose. Hvis man fikk de fryktede kavernene til å falle sammen, kunne sykdommen bremses eller stanses. Såkalt pneumothorax-behandling var forholdsvis enkel og besto å slippe inn luft mellom brysthinnen og lungens overflate, slik at det angrepne lungevevet falt sammen. Ribbein kunne også fjernes eller knekkes kirurgisk i samme hensikt. Dårligere lungefunksjon etterpå var en vanlig forekommende bivirkning for pasienten, men man regnet at resultatet var verdt dette.

Skrofulose er en form for tuberkulose som rammer lymfeknuter, spesielt i halsregionen. Det var særlig barn som var utsatt for dette. Det kan dannes fistler med utsondring av smittefarlig puss. Derfor trengs kirurgisk behandling. Det ble anlagt flere *kysthospitaler* for denne pasientgruppen, f. eks. i Stavern og i Hagavik ved Bergen. Disse hospitalene behandlet gjerne også tuberkulose i bein og ledd med kirurgiske inngrep. Etter hvert som tuberkulosen forsvant, drev kysthospitalene vesentlig ortopedisk kirurgi, inntil dette gikk inn i arbeidsområdet for vanlige sykehus, slik at kysthospitalene i vår tid etter hvert er blitt nedlagt i sin opprinnelige form.

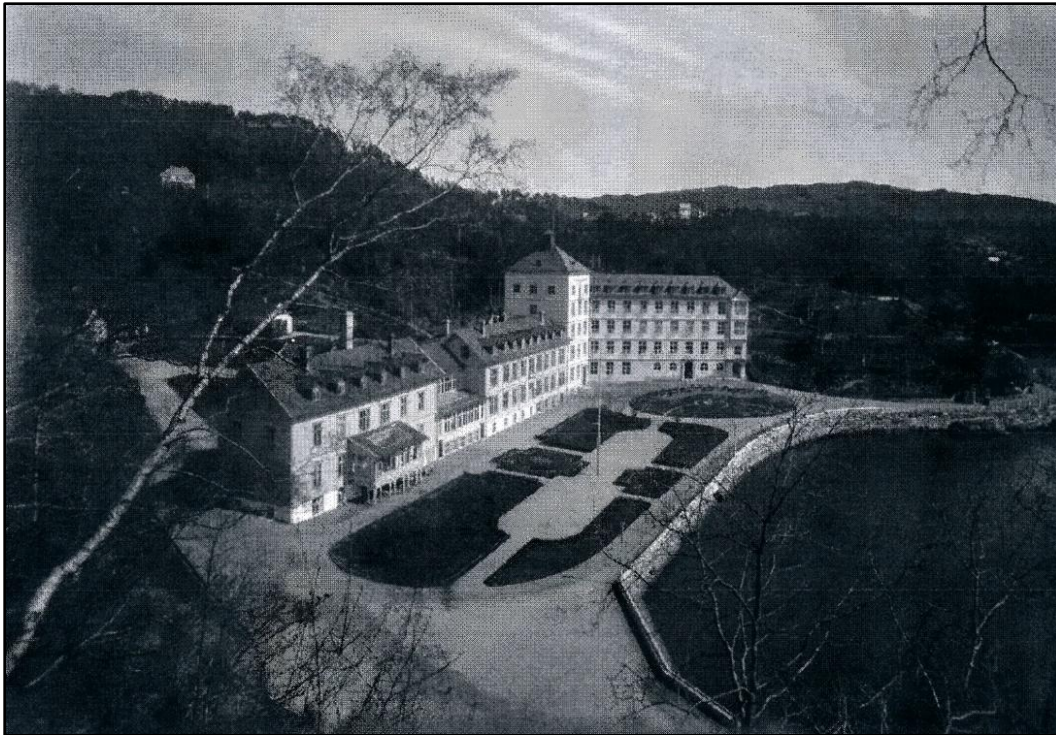
Behandling, omsorg og kontroll

Sett i historiens bakspeil var norsk tuberkuloseomsorg i tiden da sykdommen herjet på det verste i samfunnet, en helt spesiell blanding av omsorg for de syke og kontroll av både pasientene og det samfunnet de hørte hjemme i. Det var en del likhetspunkter med spedalskheten et par generasjoner tidligere, selv om spedalskhet var langt mindre smittsom og problemet tallmessig bare en liten brøkdel. Men spedalskheten var effektivt bekjempet med samfunnsmessige tiltak, såsom lovregulering, registrering og isolasjon. Kanskje burde tilnærmingen til tuberkuloseproblemet være tilsvarende?

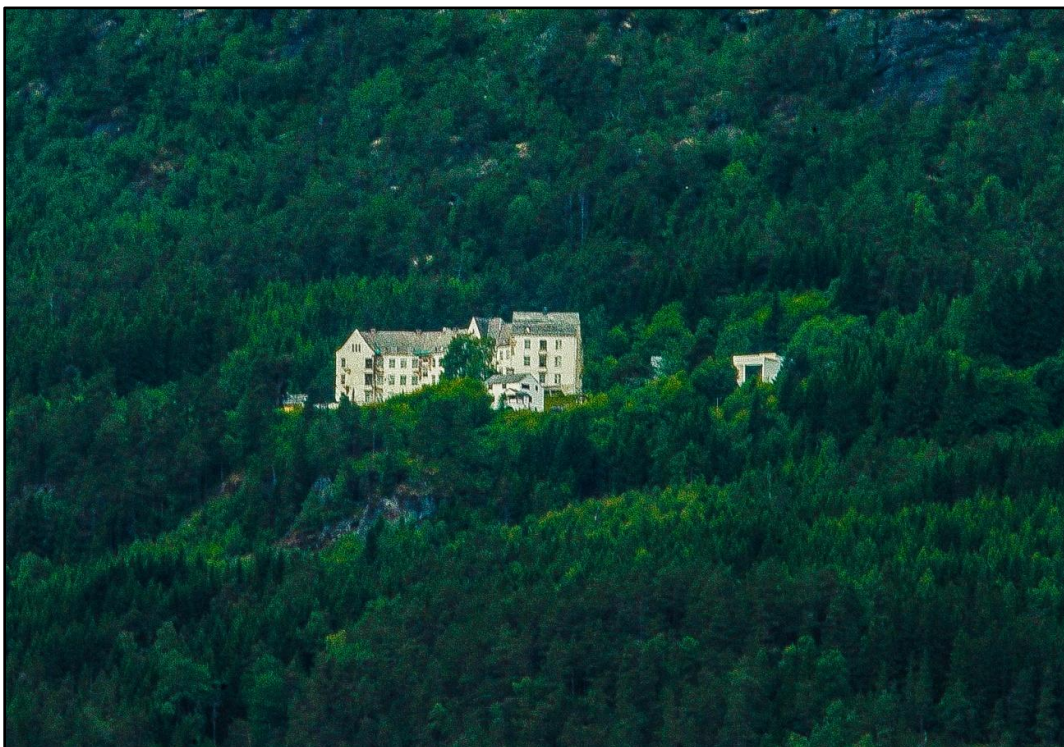
Gerhard Henrik Armauer Hansen hadde en tre år yngre bror, Klaus Hanssen (1844-1914) Han studerte medisin og slo seg ned i Bergen i 1873, først som allmennpraktiker, men via annen legevirkosomhet ble han overlege ved medisinsk avdeling, Bergen kommunale sykehus 1894-1914. Klaus Hanssen var en meget dynamisk person på mange felter. Hans hjertesak var imidlertid tuberkulosen.



Figur 20.4. Glittre – Oslo kommunes sanatorium i Nittedal (1926). Bildet er fra femtiårsfeiringen for Norsk forening for lungemedisin i 1986. Navnet på foreningen og jubileet avspeiler endringene i fagorienteringen og tuberkulosebildet i samfunnet ettersom sykdommen gikk tilbake. Det eksisterte en norsk organisasjon for tuberkuloseleger helt fra 1911. Det avfeirede året 1936 var altså bare et av flere årstall i tilpasningsprosessen. (Foto: Øivind Larsen 1986).



Figur 20.5. Kysthospitalet Hagavik, Os ved Bergen. (Foto: KK/UB Bergen)



Figur 20.6. Tuberkulosesanatoriet på Harastolen er bygd på en fjellhulle i Luster i Sogn som et gammelt mellomeuropeisk slott, i fornem tilbaketrukkethet med utsikt over berg og blåner, fem hundre høydemeter over bebyggelsen og fjorden. Her er anlegget fotografert fra motsatt side av Lusterfjorden (Foto: Øivind Larsen 2025).

Han tok blant annet opp å omdanne de nå ikke lenger så aktuelle sykehus for spedalske til tuberkulosehospitaller. Han sto også bak opprettelsen av det statlige tuberkulosesanatoriet på Harastølen i Luster i Sogn.

Dette ”Lyster Sanatorium” åpnet i 1902 som sykehus for fattige tæringssyke fra Bergens stift. Arkitekt var Adolph Fischer (1844-1925), en av landets ledende, og anlegget holdt høy standard, både estetisk og teknisk, med sanitæranlegg, eget kraftverk og en taubane for transport opp den bratte skråningen fra fjorden til fjellplataet, hele fem hundre høydemeter.

Ved åpningen hadde sanatoriet 96 senger, økende til 150 i 1950. Her var det et helt samfunn for seg selv, geografisk og sosialt atskilt fra verden omkring, med personale som bodde på stedet. Det var fjelluft, furuskog og vakker utsikt – alt tilrettelagt for at pasientene skulle ha det bra. I historiens lys murrer det likevel litt. Her er, sett fra samfunnets side, skillet utydelig mellom omsorg og kontroll, dvs. i dette tilfelle *forvisning*.



Figur 21.7. Harastølen står som et minne om tuberkulosen, holdningene til den, det store folkelige engasjementet og investeringene sykdommen utløste. De ubrukte, forfalne bygningene er blitt et monument over nåtidens manglende evne til å ta vare på historien om en sykdom som hadde større innvirkning på liv og levnet i Norge enn det meste annet gjennom flere generasjoner. (Foto: Aslak Syse 2025)

Sanatoriene lå ofte avsides til. Skog skulle være bra, men i de store skogene, ikke bare i Norge, men også i Sveriges dype skoger og ellers i Europa, ble det uvegerlig ensomt. At det tradisjonelt var streng disiplin ved tuberkuloseinstitusjonene, gjorde neppe situasjonen bedre for pasientene. Og f. eks. å komme seg vekk fra Harastølen var ikke enkelt.

På grunn av den medisinske utviklingen minsket behovet for slike tuberkuloseinstitusjoner etter den annen verdenskrig. I 1958 ble anlegget på Harastølen konvertert til psykiatrisk sykehus. Fra 1992 til 1994 var det asylmottak der. Siden har det stått tomt og forfalt.^{vii}

Den store satsingen på tuberkuloseomsorg i tider da det også var mange andre behov som skulle dekkes, er bemerkelsesverdig. Igjen et eksempel fra hovedstaden. Der trengtes generelt mer sykehusplass. For tuberkulosens vedkommende var Lille Tøyen tuberkulosesanatorium for barn åpenbart for primitivt, se figur 20.8.



Figur 20.8. Lille Tøyen tuberkulosesanatorium for barn ca. 1915. (Oslo Museum)



Figur 20.9. Østkantsykehuset på Valle-Hovin, slik det var planlagt. (Oslo byarkiv, Tobias 3/2000). Tomten var i kort avstand fra Aker sykehus som var under utbygging (Harbitz 2011).

Byen måtte ha flere sykehussenger. På Valle-Hovin var det anskaffet tomt til et nytt, stort sykehusanlegg – ”Østkantsykehuset.”^{viii} Planleggingen var godt i gang tidlig på 1920-tallet. Et stort anlegg som liknet Ullevål Sykehus var tegnet ut i detalj. Tegningene går helt ned til et nivå der man kan se hvor i de enkelte rom sengene var tenkt å skulle stå. Kommunale penger til bygging var bevilget og en del allerede brukt. Men for budsjettåret 1925/1926 ble videre bevilgninger strøket. Det er ikke klart hvorfor. Det er imidlertid sannsynlig at behovet for tuberkuloseplasser måtte prioriteres framfor det allmenne behovet. Tuberkulosen hadde gitt støtet til at Oslo kommunes Vardåsen tuberkulosesanatorium i Asker ble åpnet i 1923 (figur 20.10). Og så hadde Oslo kommune altså også satset på Glittre, se figur 20.4.

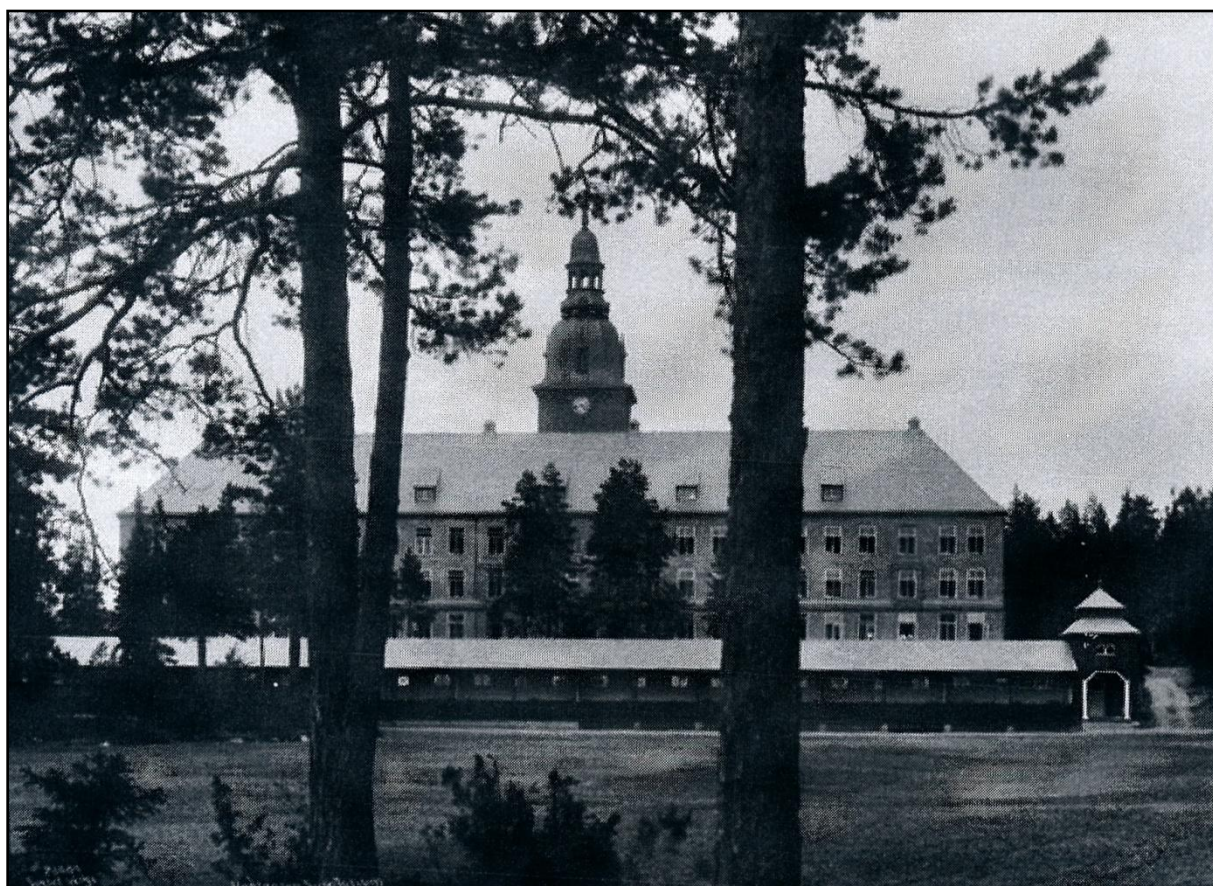
Vaksine og kontroll

Å arbeide med tuberkulosepasienter kunne være farlig. Unge sykepleieelever var særlig utsatt for å bli smittet i arbeidet. Det viste seg i mellomkrigstiden at nesten alle elevene ved Ullevål Sykehus ble smittet i løpet av utdanningen. I 1927 startet legen Johannes Heimbeck (1892-1976) et vaksinasjonsprogram for dem med den da nylig tilgjengelige BCG vaksinen som var oppkalt etter Albert Calmette 1863-1933) og Camille Guérin (1872-1961). Heimbecks kollega ved Ullevål Sykehus Olaf Scheel (1875-1942) innførte et tilsvarende opplegg for medisinstudenter.

I 1947 ble tuberkuloseprøving og vaksinasjon lovfestet. Skolebarna var nå kommet under tuberkulosekontroll.^{ix} *Skolehelsetjenesten* fungerte gjerne godt på dette feltet. Kontrollen var nøye. Rispet fra Pirquet-prøvene hørte med når elevene ble innkalt – kanskje skulle man denne gang få det mer fryktede stikket ved en Mantoux-prøve? Det ble sørget for at alle med negative tester ble vaksinert mot tuberkulose.

Men noen barn trengte ikke vaksine. De var såkalt ”naturlig positive”, en eufemisme for smittet, men ikke syk. Da fulgte kontroller på Helsesrådet, kanskje i mange år, før helsevesenet slapp taket.

Ute i samfunnet gjorde den stadig voksende *bedriftshelsetjenesten* (fra 1917) med sin den gang sterke satsing på helsekontroll en tilsvarende oppsporende og forebyggende innsats.^x Legen Carl Schiøtz (1877-1938), skolelegesjef i Oslo og senere professor i hygiene ved Universitetet, var en drivkraft innen



Figur 20.10. Vardåsen sanatorium – i vakker natur med antatt helsebringende skogsluft, og i god avstand fra samfunnet omkring. Liggehallen i forgrunnen var 125 meter lang. (Foto: Anders Beer Wilse 1923)

forebygging av tuberkulose og andre sykdommer, både blant skolebarn og blant voksne tilknyttet bedriftshelsetjenesten, som han selv hadde bygd opp. Schiøtz hadde betydelig erfaring med masseundersøkelser av barn fra sin tid som ung lege, og utviklet denne tilnærmingen videre.

Schiøtz døde ironisk nok selv av tuberkulose, den sykdommen han hadde brukt sitt yrkesliv til å bekjempe. Tuberkulosen hadde satt sitt stempel på norsk helsetjeneste på flere måter.

I et transisjonsperspektiv – en langsom forandring fra en normaltilstand *med* tuberkulose i befolkningen rundt 1850 til en ny normaltilstand *uten* rundt 1950 – gikk det lang tid. Det er rimelig å si at om ikke den demografiske transisjon var årsak til tuberkuloseproblemet, la den i alle fall forholdene til rette for det. Økningen av tuberkuloseproblemet skjøt fart under den demografiske transisjon. Omkring 1900 var et samfunn gjennomsmittet med tuberkulose blitt den nye normalen. Bekjempelsen - veien mot et samfunn som er nesten uten tuberkulose, mot en ny normal, ble derfor en transisjon i seg selv. Vi får håpe det varer.

Tuberkulosen i det store bildet

Hvordan tuberkulosebakterien kom inn i verden, vet vi altså ikke. Vi vet heller ikke hvor og hvordan de oppsto, de første sykdomstilfellene som skyldtes den. Men det vi kjenner til, er de mangfoldige sykdomsuttrykkene som etter hvert viste seg å ha en tuberkuloseinfeksjon som felles årsak.

Lungesykdom og tæring var de hyppigste og spredte seg lettere enn andre former gjennom urbanisering og omveltninger i samfunnet. Det gjorde at sykdommen fikk en sosial profil. Tuberkulose og fattigdom ble koplet sammen, både fordi sykdommen kunne føre til fattigdom og nød, og fordi fattigdom og nød gjorde sykdommen verre for dem som ble rammet. Sykdommen i seg selv innebar et stigma, men det sosiale stigma var også der som en forverrende faktor.

Andre smittesykdommer kunne kreve mange menneskeliv, også i yngre aldre, men tuberkulosen skilte seg ut, for den var en langsom trussel. Den var ikke som en skremmende epidemi som kom og stilnet av. Tuberkulosen var der hele tiden. Den skremte også friske, fordi det alltid kunne være en utrygghet. Tuberkulosen innebar *opplevd sykkelighet* også hos dem som aldri fikk den. For dem som ble rammet av åpen sykdom blant de mange flere smittede, var prosessen fra frisk til død ofte langtrukket. Denne prosessen skremte også, fordi den bare gikk gradvis nedover, men uansett - *nedover*.

Virkningene av tuberkulosen kan ikke bare måles i høy sykkelighet og dødelighet. Virkningene må også avleses i innflytelsen på samfunnsliv og kultur i vid forstand. Og på helsetjenesten generelt var effektene av tuberkulosen formidable – blant annet ble det *offentlige ansvaret for folkehelsen* både utfordret og utprøvd.

I årene etter annen verdenskrig var spesifikk behandling blitt tilgjengelig. Streptomycin, paraaminosalicylsyre (PAS) og isoniazid var blitt standardmedikasjon for tuberkulosepasienter. Etter hvert kom også andre medikamenter inn. Da var den stadige tilgangen av nye tilfeller allerede over hos oss.

Historien som ikke er over – tvert imot!

Det er fristende å puste lettet ut. Tuberkulosetiden er forbi her til lands. Det er den imidlertid slett ikke i andre deler av verden. På verdensbasis er tuberkulose fortsatt i 2025 den infeksjonssykdommen som tar flest liv. Særlig vanskelig er det i Afrika, der tuberkulose ofte forekommer kombinert med hiv-smitte og aids. Dette gjør tuberkulosesituasjonen enda mer prekær. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har et program for utryddelse av tuberkulose som pr. 2026 fortsatt vil ta 20-30 år å gjennomføre – hvis alt går bra.

Historien om tuberkulose og tuberkulosearbeid i Afrika er for øvrig nokså annerledes enn i Europa, både hva angår holdningen til sykdommen og holdningen til pasientene. Historisk utforskning av dette er dessuten foreløpig upløyd mark for mange problemstillinger. Ved foten av Kilimanjaro ligger det imidlertid et stort, gammelt tuberkulosesykehus – Kibong'oto Hospital. Her forelå det et riktignok vanskelig tilgjengelig og vanskelig håndterbart arkivmateriale å grave i. Professor Christoph Gradmann (f. 1960) fra Oslo gjorde det. *Another magic mountain*^{xi} kalte han boken om sykehuset og pasientene der – en analogi til Thomas Manns klassiker *Der Zauberberg* - the magic mountain. Kibong'oto Hospital var visselig noe ganske annet enn det elegante Berghof ved Davos.

Noter

ⁱ Munthe E, Larsen Ø. *Revmatisme – gamle plager – ny viten*. Oslo: Tano, 1987.

ⁱⁱ Larsen Ø. ed. *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Press/USA, 1996.

ⁱⁱⁱ *The magic mountain* – se filmen fra 1982 på nettet.

^{iv} Skogheim D. *Sanatorieliv*. Oslo: Tiden norsk forlag, 2001.

^v Gradmann C. *Another magic mountain – Kibong'oto Hospital and African Tuberculosis 1920-2000*. Athens, Ohio: Ohio University Press, 2025.

^{vi} Øverland B. *Håndbok for tuberkulose og i tuberkulosearbeidet interesserte*. Oslo: Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen, (1926). Denne boken inneholder en god oversikt over mellomkrigstidens tuberkulosearbeid.

^{vii} En skrekkfilm ”Villmark 2” fra 2015 er spilt inn her, og kan (2025) sees på NRK TV. Den gir et inntrykk av både bygningskomplekset og forfallet.

^{viii} Grønvold LM. Østkantsykehuset: Storprosjekt planlagt ved Valle-Hovin. *Tobias*, 2000; 9 (3):12-15.

^{ix} Nøkleby HM. Barnevaksinasjonsprogrammets historie. *Michael* 2023; 20: 319-331.

^x Natvig H, Thiis-Evensen sen. E. Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. *Norsk Bedriftshelsetjeneste* 1983; 4: 5-538.

^{xi} Gradmann C. (2025), se note v.