

Spanskesyke, charleston – men ”de glade tjuårene”?

Den demografiske transisjon i Norge var egentlig avsluttet da man rundet 1900-århundreskiftet, i den forstand at samfunnet var blitt modernisert og demografisk innstilt på en ny normal der det var lave fødselstall og dødelighetstall, om enn ikke så lave som de ble senere. Ikke alt var modernisert. Blant annet hadde ikke folkehelsen fulgt helt med. Transisjonen utløste prosesser underveis som gjør at historien om den ikke slutter der selv om tallene tilsier det – det er linjer som må følges noen tiår fram i tiden for at man skal få et mer komplett historisk bilde av hva som hendte. Blant annet var det fortsatt store forskjeller, både geografisk og sosialt. Betingelsene for en allmenn, god helse var også under rask utvikling, men mye sto fortsatt igjen. Det nye århundret ble preget over hele verden av en katastrofal pandemi – spanskesyken - en type influensa som i hovedsak rammet i årene 1918 til 1920. På verdensbasis døde 50-100 millioner mennesker, i Norge ca. 13 000-15 000. 1. verdenskrig 1914-1918 bidro til utbredelsen. De påfølgende 1920-årene betegnes ofte, spesielt i USA, som ”the roaring twenties” på grunn av de økonomiske, kulturelle og sosiale oppgangstidene som man opplevde før børskrakket i 1929 og den medfølgende elendigheten som da inntraff. Til norsk er uttrykket ”roaring twenties” misvisende oversatt til ”de glade tjuårene”. Kanskje var tjuårene glade for noen også i Norge, men ser vi på helsebetingelsene generelt, var forholdene neppe allment lystelige. Den demografiske transisjon, snevert definert, var mer eller mindre over rundt 1930. De langsomme forandringene som hadde skjedd i løpet av 1800-tallet, både som årsak og følge av transisjonen, var imidlertid fortsatt der. De lange linjene i folkehelsehistorien kan følges videre.

Når slutter historien om den demografiske transisjon i Norge? Det kommer an på hva man legger vekt på. Hvis referansen er det urbane Kristiania rundt 1900, er det lite tvil om at den sosiale transisjonen fra hundre år tidligere er fullført. Vår hovedstad er blitt en moderne by, dvs. moderne på samme vis som tilsvarende byer i utlandet, især Berlin som hadde vært et forbilde for byplanleggerne.

Ser vi på landet som helhet, er bildet ikke fullt så klart. Blant annet holdt fødselstallene seg høyere lenger i landdistriktene. Det var også sosiale forskjeller mellom by og land som ennå ikke var utjevnet.

Den alminnelige *velferden* var som et gjennomsnitt i jevn økning, både materielt og sosialt innover på 1900-tallet. Folk flest fikk mer å stå imot med når vansker oppsto, også mer ”sosial kapital” i Bourdieus forstand, slik vi har drøftet tidligere. Hygienisk standardøkning hører også med her.

Både den demografiske forandringen i befolkningssammensetningen og følgeprosessene hadde transisjonsdefinisjonens karakteristika – de så ut som overganger fra én normalt tilstand til en ny permanent tilstand, en ny normal. Om det vil forbli slik for folkehelse, velferd og hygienisk standard, vites egentlig ikke.

Tuberkulosen er et eksempel på at det kunne gå annerledes enn enkelte trodde – for denne helsetrusselen i positiv retning. Vi har sett at det var diskusjoner i 1890-årene om hvordan tuberkulosearbeidet skulle legges opp. Den økte sykdomsforekomsten fra midt i århundret ble åpenbart oppfattet av enkelte sentrale aktører som en uunngåelig omkostning ved samfunnsutviklingen, en transisjon, slik at rigorøse tiltak på samfunnsnivå ikke ville være den beste veien å gå. Dette synet v ant ikke fram. Tuberkuloseloven av 1900 kom, og andre tiltak fulgte. Tallene for tuberkuloseforekomst avtok langsomt.

Etter at formannskapslovene av 1837 var trådt i kraft, hadde *kommunene* fått ansvaret for et tiltakende antall fellesfunksjoner. De var mange, og gjennomsnittlig var de små. Vi har sett hvordan folkehelseutviklingen viste at det forelå helseoppgaver som måtte angripes med offentlig innsats fra et overordnet nivå, og tuberkulosen var et eksempel på det. Denne oppsplittingen bidro også til at det ble sosiale ulikheter i alt fra faglig innsikt til økonomi og ytelser. Dette problemet var ikke løst da det nye hundreåret hadde meldt seg.

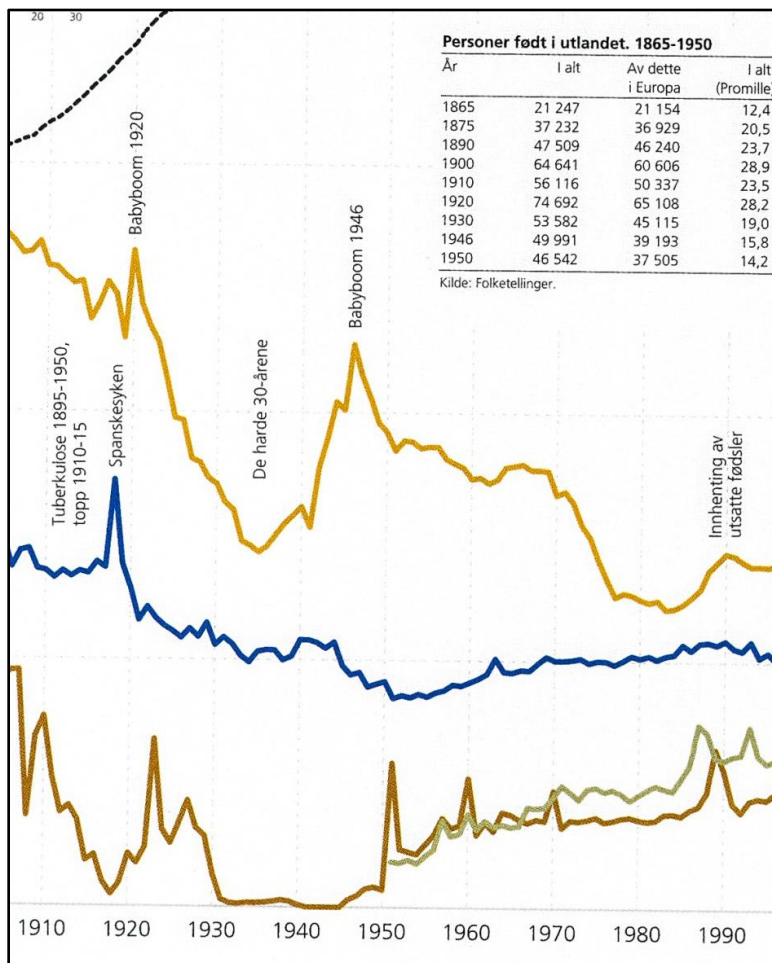
Og hva med den demografiske transisjon? Vi ser av figur 26.1 at det er uro på kurvene, slik at det først er så sent som rundt 1930 at bølgene etter den demper seg, og Norge har mer eller mindre stabilisert seg med en ”ny normal”.

1920-årene var en historisk mangfoldig og interessant periode.¹ Faktorene som kan ha hatt innflytelse på folkehelsen, er mange. La oss se på noen av dem og ta utgangspunkt i et pr midt i perioden som et eksempel, nemlig 1925.

Folkehelse i 1925

Tabellen i figur 26.2. dokumenterer dødeligheten – vi ser at den innstilte seg på et nivå rundt 11 pro mille. Det er et nivå som dette som regnes som typisk for det nye samfunn, den ”nye normalen”, og slik har det vært siden.

Gå tilbake til kapittel 15 om systematikken i vurdering av sykkelighet og dødelighet. Dødeligheten, slik den går fram av figurene 3.1 og 26.1 og av tabellen i figur 26.2 forteller bare indirekte noe om folkehelsen. Her presenteres bare tallene for avgang ved død – uansett på hvilken måte.



Figur 26.1. 1900-tallets mønster for utvikling av fødselstall (øverst), dødelighet (i midten), utvandring (nederst). (Linje fra 1950 viser også innvandring. Detalj fra ytterste høyre del av figur 3.1., slutten på den demografiske transisjon i Norge. Den skrå, oppadgående kurven i øverste venstre hjørne, er et glimt av linjen for folkevekst. For målestokker m.v., se figur 3.1.) (Statistisk sentralbyrå 2000)

Bildet som går fram av tabellen i figur 26.3 er annerledes og vesentlig mer informativt. Her ser vi *dødsårsakene*. I figur 15.2. er dette "boksen" dødsfall/ diagnostisert sykelighet – dvs. tallene gir uttrykk for *helsemyndighetenes* beskrivelse av situasjonen. Tabellen sier imidlertid ingenting om hvordan befolkningen *opplevde* sykeligheten og heller ikke noe om den tallmessige forekomsten av tilfelle som man *oppsokte lege for*, eventuelt som man *ikke* valgte å bry legen med. Dette preget folks hverdag, men vi har oftest, og især for eldre tid, få tall om dette. Primærhelsetjenesten, især primærlegenes arbeid, utgjorde – og utgjør - den største delen av norsk helsetjeneste. Det er derfor et spesielt paradoks at det stort sett mangler skikkelig tallmessig oversikt over dette før i 1950-årene, med legen Bent

Guttorm Bentsens (1926-2008) praksisregistrering.ⁱⁱ Vi får derfor for tiden forut tolke den informasjonen vi har. Medisinalberetningens tallrike detaljtabeller inneholder blant annet fordeling på alder og kjønn.ⁱⁱⁱ

For dødelighetsstatistikken drøfter medisinalberetningen om det kan være by/landforskjeller for selve diagnostiseringen, ettersom andelen dødsfall som ikke var registrert av lege, tradisjonelt var større på landet. Men på landsbasis var i 1925 97,3% av dødsfallene registrert av en lege, så en eventuell feil her tillegges ikke særlig vekt. Da kan vi konkludere at den samlede dødeligheten i byene var litt større enn på landet.

Den uspesifikke diagnosen ”alderdomssvakhet” ble åpenbart brukt oftere i landdistriktene enn i byene. Kanskje gjenspeiler dette at død ”mett av dage” uten at det var så godt å si hva som forårsaket den endelige avslutningen, simpelthen forekom hyppigere i bygde-Norge? Det vet vi lite eksakt om.

Tuberkulose dominerte både i by og bygd. Kreft har også høye tall, og vi merker oss at Oslo hadde påfallende mange kreftdødsfall.

Døde pr. 1000 levende.										
<i>Décès par mille habitants.</i>										
	1916.	1917.	1918.	1919.	1920.	1921.	1922.	1923.	1924.	1925.
Menn	14.5	14.1	17.9	14.2	13.1	11.9	12.2	11.8	11.5	11.3
Kvinner . . .	13.2	13.1	16.4	13.4	12.5	11.2	11.9	11.4	11.1	10.7
Riket i alt	13.8	13.6	17.2	13.8	12.8	11.5	12.0	11.6	11.2	11.0
Bygder	13.3	13.2	16.5	13.9	12.8	11.5	11.9	11.5	11.2	11.0
Byer	14.3	13.8	17.6	13.4	12.8	11.4	12.3	11.8	11.2	11.2

Figur 26.2. Dødelighet i Norge 1916-1925. Fra medisinalberetningen for 1925, Statistisk sentralbyrå.

Dødsfall pr. 100 000 levende i 1925.

Décès par 100 000 habitants en 1925

Dødsårsak. <i>Cause de décès.</i>	Riket. <i>Royaume.</i>	Bygder. <i>Districts ruraux.</i>	Byer. <i>Villes.</i>	Oslo.	Bergen.	Trondhjem	Stavanger.	Drammen.	Kr.sand.
6. Alderdomssvakhet	151.8	174.5	95.8	75.6	115.6	92.9	98.0	93.1	70.2
17. Lungebetendelse (krupøs)	43.4	42.8	45.1	40.6	39.6	21.4	76.7	11.6	64.8
18. Influensa	2.0	1.9	2.1	2.0	1.0	-	-	-	5.4
21, 22, 23. Rosen, flegmone, abscess, septikopyæmi	10.8	9.2	14.8	13.0	18.7	26.8	10.6	15.5	16.2
33—41. Tuberkulose	188.3	188.1	188.8	171.0	219.7	260.8	191.7	166.9	194.3
8—16, 19—20, 24—32, 42— 45. Andre infeksjonssyk- dommer	36.8	36.9	36.6	20.1	56.2	48.2	29.8	23.3	70.2
50. Diabetes	9.7	8.4	12.7	13.4	7.3	7.1	12.8	11.6	10.8
46—49, 51—58. Andre blod- og ernæringssykdommer	11.4	10.1	14.8	16.9	5.2	12.5	17.0	27.2	10.8
59. Apopleksi og hjerne- emboli	76.8	71.6	89.7	79.6	107.2	85.8	89.4	69.9	59.4
60—68. Andre hjernesykdommer	32.1	31.5	33.5	31.5	36.4	23.2	31.9	34.9	59.4
70. Klappefeil	47.2	43.1	57.5	79.2	16.7	85.8	74.5	54.3	54.0
71. Hjertemuskel sykdom	16.2	13.2	23.7	11.4	69.8	10.7	25.6	23.3	21.6
72. Arteriosklerose	39.0	32.0	56.2	47.3	53.1	59.0	63.9	93.1	118.7
74. Hjertelammelse	27.8	26.7	30.6	26.8	36.4	17.9	40.5	31.0	37.8
76—79. Bronkitt, astma, lungebetendelse (katarr.)	52.4	52.5	52.1	59.5	50.0	71.5	63.9	66.0	70.2
82—83. Plevritt	2.8	2.5	3.5	4.3	4.2	8.9	2.1	-	-
80—81, 84. Andre sykdommer i åndedretsorganene	3.8	2.8	6.4	10.6	4.2	8.9	4.3	7.8	-
85—93. Sykdommer i for- døielsesorganene	41.9	41.3	43.2	57.1	48.9	33.9	19.2	23.3	54.0
94—95. Nefritt (akutt og kronisk)	27.7	25.3	33.6	29.9	45.8	44.7	23.4	27.2	37.8
100—108. Kreft	118.0	112.3	131.9	154.4	128.1	114.3	119.3	89.3	124.2
Andre sykdommer	74.1	70.0	84.3	102.5	64.6	73.3	83.1	116.4	70.1
	1 014.0	996.7	1 056.9	1 046.7	1 128.7	1 107.6	1 077.7	985.7	1 149.9

Figur 26.3. Dødsårsaker i 1925 fordelt på by og land. (Fra medisinalberetningen for 1925. Tallene foran sykdomsbetegnelse refererer til datidens diagnoseregistrering.)

Fødsler i 1925

Når det gjelder fødselstallene, er det mest instruktivt å se på figur 3.1, for der er det slående hvor raskt kurven var synkende. (Figur 26.1. er et forstørret utsnitt av den store figuren i 3.1.)

Vi ser hvor bratt fødselstallene falt i 1920-årene. Rundt 1920 var det riktignok en babyboom. Verdenskrigen var over og framtiden så lysere ut, men i årene som fulgte la befolkningen åpenbart bånd på seg og fødselstallene falt. Og i 1930-årene ble de virkelig bekymringsfullt lave. Den norske befolkningen kunne ikke vedlikeholde folketallet, ennsi vokse, med så få fødsler. Hver kvinne i fruktbar alder

bør ha 2,1 barn hvis det skal bli balanse. Tallet sank forbi denne grensen i årene rundt 1925. Hundre år senere, rundt 2025, er fruktbarheten igjen lav og tangerer tallet 1,4.

Hva hadde hendt? Folketallet økte likevel, men det var *fordi dødeligheten gikk ned*. Veksten ble en akkumulering av folk som allerede *var født*. Det er biologiske grenser for hvor mange år denne kompensasjonen kan vare. Etter den annen verdenskrig kom det igjen en babyboom og fødselstallene holdt seg lenge ganske høye. Dette til sammenlikning med det ellers nokså sammenliknbare svenske samfunnet – demografen Lars Østby spissformulerer situasjonen slik: Flest innvandrere i Sverige, flest barn i Norge.^{iv} I Norge var det først i siste del av 1900-tallet at innvandring kom inn som en utjevne faktor i folkeveksten.

Spanskesyken

1920-årene, det nye tiåret da verden samlet seg etter den store krigen og mye skjedde på nesten alle samfunnets felter, hadde en uhyggelig og dramatisk opptakt i årene like før - en *pandemi*. Sykdommen var en sterkt smittsom type influensa som oppsto i 1918. Den spredte seg over hele jordkloden.^v Det regnes at minst en tredel av befolkningen i verden ble smittet. 50-100 millioner mennesker døde som følge av sykdommen, herav 13-15 000 i Norge.

Sykdommen ble kalt *spanskesyken*, ikke fordi den rammet Spania mer enn andre land, men fordi det fortsatt var krig da pandemien begynte. Opplysninger om epidemier var av militær betydning og ble ikke offentliggjort. Store troppestyrker ble blant annet overført fra USA til Europa og antas å ha bidratt til spredningen. Spania var nøytralt og hadde ikke behov for å legge lokk på informasjonen – derav navnet *spanskesyken*.

I Norge var *mortaliteten* av spanskesyken ca. 6 per tusen innbyggere. På isolerte steder i Finnmark som Kistrand, Karasjok og Lebesby var mortaliteten vesentlig høyere, nemlig 21-26 promille. Dette kan skyldes manglende immunitet etter annen influensasmitte, men også genetiske forhold hos befolkningen, dadet her var mange samer og kvener. Det kan også ha vært genetiske forhold hos viruset som spilte inn. *Letaliteten* av spanskesyken, altså andelen som døde av dem som var blitt smittet, lå mellom 11 og 13 promille. Det regnes at ca. én million nordmenn ble smittet. *Sykdomsbelastningen* i samfunnet var derfor stor, selv om de mange og skremmende dødsfallene blant de syke var få i forhold til smittetrykket.

Det var tre bølger av spanskesyken i Norge. Den første kom sommeren 1918, den andre samme høst og den tredje vinteren 1918-1919. Høstepidemien var verst.

Som påpekt av Mamelund hadde sykdommen en klar sosial gradient. De som hadde det dårligst, ble hardest rammet. Det var især unge voksne som ble syke og

døde. Dette gjorde at spanskesyken også fikk demografisk betydning, i tillegg til andre sosiale konsekvenser.

Man kan undres over at sykdomsstatistikken opererer med så mange omtrentlige tall vedrørende spanskesyken. Det er flere forklaringer på det. En er selve sykdommens karakter. Alle som har hatt influensa, og det er de aller fleste som har levd en stund, vil vite at symptomene kan være meget uspesifikke, og at fellesnevneren er at man føler seg skikkelig syk. Vi befinner oss i det subjektive feltet *opplevd sykkelighet* i systematikken i figur 15.2. Der er det som regel vanskelig å finne nøyaktige tall.

Dessuten var sykdommen ofte fulgt av følgetilstander som f. eks. bakteriell lungebetennelse, der relasjonen til virusmitten var usikker. En nevrologisk sykdom som var regnet som en senfølge av spanskesyken, enten som en form for sovesyke, eller i form av en snikende *encephalitis lethargica* med langvarige Parkinsonsymptomer, viser seg i ettertid kanskje å ha vært en separat, parallell pandemi. Sosialt og menneskelig sett spilte findiagnostikken liten rolle for dem som ble rammet, følgesykdommene var uansett en tilleggsbyrde i en vanskelig tid.

Spesifikk behandling for spanskesyke fantes ikke. Man måtte nøye seg med å døyve symptomene. Man prøvde alt. Det var ganske spektakulært at myndighetene i brennevinsforbudstiden 1916-1927 lempet på prinsippene og lot leger skrive ut resept på konjakk – kanskje kunne det hjelpe?

Samspeillet mellom spanskesyken og andre sykdommer har også betydning for vår vurdering av det historiske bildet. Tuberkulose gjorde at mange hadde lite motstandskraft når en tilleggsinfeksjon meldte seg. Det samme gjaldt ved dårlig ernæringstilstand. Vi forstår at annen sykkelighet og dårlige sosiale forhold hadde en selvstendig betydning som helserisiko også under spanskesyken.

Edvard Munch (1863-1944) fikk spanskesyken rundt nyttår 1918/1919. Da malte han flere bilder av seg selv som syk. Bildet som vises som figur 26.4. er blitt ikonisk, men det finnes flere bilder som viser at han åpenbart var ganske medtatt.^{vi}

1920-årene var en motsetningenes tid. Selv om Norge hadde stått utenfor verdenskrigen, hadde det likevel vært vanskelige tider. Kunne bekymringene erstattes av optimisme? Sosialt hadde vi en arbeiderbevegelse som etter hvert fant sin form og hadde ny og gammel industri, både i storbyene og distriktene, som sin viktigste forankring.

By og land hadde tradisjonelt ulike syn på veien videre, og det gjaldt også nå. Samtidig vokste en urban middelklasse fram med sine interesser.



Figur 26.4. Edvard Munch: Selvportrett i spanskesyken, 1919. (Foto Øivind Larsen)

De glade 20-årene – men hvor glade?

På den kulturelle fronten ble gamle normer utfordret av en ny vilje til frihet nettopp fra tradisjonsbåndene. I etterkrigstidens moteverden krøp skjørtelengden oppover og på dansegulvene svingte man seg vilt og løssluppet etter den stadig mer populære musikkformen *jazz*. Eksempel: Den meget produktive, unge pianisten og komponisten Kristian Hauger (1905-1977) slo til ved en jazzkonkurranse i 1927 med melodien *Charleston i Grukkeedalen*. Han fikk riktignok bare annen premie, men hans melodi ble en landeplage som kunne høres fra sveivegrammofoner på strender, i påskefjellhytter og de tusen hjem. Og det ble danset *charleston*.

Festen gikk riktignok mange steder i tjuetårene, men kanskje litt annerledes enn før? Et paradoks: Kast et blikk på kurven over det samlede alkoholforbruket (figur 18.2) – i disse årene lå forbruket på et historisk *lavt* nivå.

I USA var samfunnsutviklingen tilsvarende preget av oppgang og optimisme i flere lag av folket. ”The roaring twenties” ble tiden kalt, men euforien fikk en brå slutt ved børskrakket i 1929. Når ”roaring twenties” blir oversatt til norsk med

”glade tjuerår” og er gått inn i historien som sådanne, er det trolig noe som skurrer både for USA og Norge.

Medisinalberetningene som sannhetsvitne

Medisinalberetningen for 1925 er en tykk bok, redigert etter samme mal som 73 årganger før den. Den inneholder først en samlet oversikt over helseforholdene i riket. Denne innledende delen forteller om *helsemyndighetenes sykdomsoppfatning*, for å holde oss til terminologien i den systematikken vi har beskrevet i kapittel 15. Her er blant annet geografiske forhold avveid mot hverandre. Annen del av medisinalberetningen er et detaljert tabellverk som dokumenterer teksten.

Det geografiske grunnlagsmaterialet presenteres i siste del, som er de fylkesvise beretningene. De representerer for så vidt også *helsemyndighetenes sykdomsoppfatning*, men de bringer også utdrag fra de beretningene som er kommet inn fra de enkelte distriktslegene. Dette er *helsepersonellens sykdomsoppfatning*, som ikke nødvendig faller sammen med de overordnede nivåenes vurderinger, og sannsynligvis heller ikke alltid med *lekefolks sykdomsoppfatning*, men de har ikke har noen stemme her. Når man leser helsestatistikk og tekster om helse for å gjøre sammenlikninger på langs eller på tvers, bør man ha klart for seg hvilken ”skive” eller ”boks” i figur 15.2 og figur 15.3 man befinner seg for å kunne sammenlikne.

Konklusjonene på nivået *helsemyndighetenes sykdomsoppfatning* er viktige og interessante fordi de danner premisser for overordnede myndigheters politikk og helsetiltak. Distriktslegenes beretninger er på et nivå nærmere grasrota og forteller mer om hvordan folk *egentlig* hadde det. *Lekefolks oppfatninger* om helse og sykdom, forebyggende tiltak m.v. må gjerne studeres indirekte på grunn av mangel på systematiske kilder. Men i et land med et sterkt kommunalt selvstyre, som i Norge, materialiserer lekmannsoppfatningene seg blant annet i kommunestyrevedtakene, gjennom viljen til å prioritere offentlige midler til helseformål. Budsjettall taler.

Bla tilbake til kurvene over *spedbarndødeligheten*, figur 2.6. Legg merke til at det åpenbart skjedde noe i tiden 1930-40. Kurvene for by og land nærmer seg hverandre, og enkelte krysses. Spedbarndødelighet regnes som en god indikator for allmenn hygienisk standard. Forholdene bedres jevnt fra år til år overalt, både for by og land. Men i slutten av mellomkrigstiden ”tar byene igjen” landdistriktene. Standarden, dvs. tidens standard, var blitt høyest i urbane strøk. Boligsituasjonen hadde en nøkkelrolle i dette, kanskje spesielt utbyggingen av vann og kloakk.

Innlagt vann og betryggende avløp var ikke bare en forebygging av vannbårne infeksjonssykdommer. Fordi det da ble anledning til generelt bedret kroppsvask, klesvask og husvask, var det også gunstig for å forebygge andre sykdommer.

Utjevningen av dødeligheten er en av de siste utløperne av den demografiske transisjon. Derfor er helsehistorie, hygienehistorie og bygningshistorie ofte tre sider av samme sak. Medisinsk historie kan også bestå i studier av helserelaterte lover og forskrifter som egentlig gjelder noe helt annet.

Før utjevningen

Medisinalberetningen for 1925 inneholder beskrivelser fra hele landet – byer, tettsteder og grisingrendte strøk. Forskjellene er fortsatt påfallende. Vi ser for oss storbyene i ”the roaring twenties”, men hvor stor var den sosialhygieniske avstanden mellom de enkelte miljøene? Eksempel: Det oppgis at boligsituasjonen i Bergen var mindre god, begrunnet med at leilighetene var altfor små. 61% var på ett til to værelser. Dette skyldtes blant annet at kommunen hadde engasjert seg i å bygge slike leiligheter. Det så ut til at denne type boligbygging ville bli redusert, og at det ville bli en større andel mer romslige boliger. Men det var altså blitt *nybygd uegnede boliger*.

Som eksempler på by/land-forhold på samme tid, la oss se på to sammenliknbare, ganske bynære distrikter:

Kummerlig på Karlsøy

Karlsøy kommune ligger nord for Tromsø og omfatter mange store og små øyer med høye fjell og spredt bebyggelse. Siden 1988 er det veiforbindelse til de viktigste tettstedene via en undersjøisk tunnel, men også tidligere var atkomsten til Tromsø

Karlsøy: De hygieniske forhold i distriktet er ikke gode, og nogen snarlig bedring er ikke å vente så lenge de økonomiske forhold er så trykkende som de nu har vært i flere år. Hovednæringsveien i distriktet er fiskeri; det daglige hjemmefiske holder liv i familier fra uke til uke, og Finnmarksfisket går til avdrag på gjeld på hus og båt, og den vanlige ytring er at når året er ute, «sitter vi like hårdt i det som før». Våningshusene er små og næsten alltid dårlig vedlikeholdt og endog uferdige. 1 værelse med kjøkken og lem over er det vanlige. Om nogen har større hus, har de om vinteren, for å spare på brensel, i bruk bare 1 à 2 av de minste rum. Husene er dårlig utstyrt med møbler; faste sengesteder savnes ofte for de yngre av familiens medlemmer, som om kvellen rer sin seng på flate gulvet. Sengklærne blir snart fulle av støv, til trivsel for lopper og annet utøi. Enkelte lærere mener at over 90 pct. av barna har hodelus, og selv om dette forhåpentlig er for høit regnet selv for de verste strøk i distriktet, så er det dog ikke sjelden å finne lus selv i familier som lever under bedre hygieniske forhold. Skabb er meget utbredt i et par grender i distriktet. Hårkammer er lite i bruk, og tannbørste brukes vel helst til søndags i de få hjem som har anskaffet sig sådanne. (*E. Haugen.*)

Figur 26.5. Fra medisinalberetningen 1925 for Karlsøy i Troms.

grei. Man brukte båt. I medisinalberetningen for 1925 framstilles forholdene i Tromsø by i positive vendinger, mens distriktslegen i Karlsøy, Endre Haugen (1895-1952) som arbeidet i dette nærliggende distriktet i årene 1922-1928, hadde en nokså annerledes fortelling om forholdene der, les teksten i figur 26.5. Tatt i betraktning av at Karlsøy ikke var noe avsidesliggende sted, er det påfallende hvor dårlig hygienen var i en tid da man både hadde kunnskaper om smittmekanismer og kunnskaper om hvordan forholdene var, kunne være – eller faktisk *var* andre steder. Smittesykdømmene var hyppige, men de lot seg nå *gjøre noe med*, først og fremst forebyggende. Men også negative forhold kan sitte fast i tradisjoner.

Driftige Sunnmøre?

Sunnmøre er et kystområde som er sammenliknelig med områdene rundt Tromsø. Der ligger Sande kommune, med Larsnes på Gurskøya som administrasjonssenter. I 1925 hadde folk også her nærhet til urbaniserte områder, spesielt til Ålesund som var blitt gjenoppbygd i moderne stil etter bybrannen i 1904. Men Osvald Silseth (1895-1933), distriktslege i 1924-1927 i Sande kommune, kunne likevel berette slik vi leser i figur 26.6. fra medisinalberetningen for 1925.

Forskjeller som besto

En nærliggende konklusjon når man leser medisinalberetningen for 1925, er at her var det fortsatt store forskjeller. Det gjelder for hele landet. Mange av disse forskjellene skyldtes en inngrodd *livsstil*, en endringsvegring og en treghet. Dette er en utviklingsfaktor vi har omtalt tidligere i boka og kalt *sedvane*. Sedvane er vanskelig å forandre. Det var derfor også på denne tiden klart at et effektivt

Hygieniske forhold m. m.. Sande: Folks tenner er i en uhyggelig forfatning, og prinsippet er beklagelig nok det å få tennene ut til fordel for gebiss. Tannbørste er visstnok en kjent tingest, men sjelden i bruk. Plombering av tenner har folk mistet troen på, da de mener at når man engang har kostet på sine tenner og plomben etter noen års forløp faller ut, vil det i lengden falle for kostbart, og det er bedre økonomi å betale uttrekning og få innsatte tenner. Hvad levemåten angår setter folket her uhyre små krav til livet. De lever av sin fisk og sild, for det meste av året saltet eller tørret. Kaffe drikkes det meget av, særlig de billige kaffesorter. Folk flest har en liten jordfleck med en ku eller to, høns og gris. De holder sig således med den melk, poteter,

det kjøtt og egg de trenger. Hønseholdet har tatt sig meget op i de siste år. Her finnes således hønserier på 3—400 høns. (O. Silseth.)

Figur 26.6. Sande, Møre, 1925. Fra medisinalberetningen.



Figur 26.7. Skolefrokost på Sagene skole i Oslo 1930. (Oslo byarkiv, foto: Sverre Worm-Petersen)

forebyggende helsearbeid måtte bestå i å legge vekt på *helseopplysning* og å sørge for *at forebyggende tiltak ble gjennomført*. Dette kunne være alt fra offentlig helserådsarbeid til avsyngning av Margrethe Munthes (1860-1931) barnesanger. Eller skolehelsetjeneste og skolemåltid for barna og bedriftshelsetjeneste og helsekontroll for de voksne. 1920-årene var den sosialhygieniske tenkningens tid. Og i 1929 ble Statens Institutt for Folkehelse opprettet i Oslo, en viktig støttespiller og faglig overbygning for grupperettet medisin – men det er en historie for seg selv.^{vii}

Medisin og helsevesen i endring

Vi har sett hvordan sykehusvesenet hadde vokst seg fram. Både i Norge og i utlandet utviklet også den medisinske vitenskap seg. Medisinen fikk bedre muligheter. Og sykdom der man trengte faglig assistanse, ble mer og mer et anliggende ikke først og fremst mellom en pasient og en lege, men mellom den syke og et system – *helsevesenet*.

Fordi mye av helsetjenesten, især utenfor sykehus, likevel var basert på legekontakter – kontakter som i hovedsak foregikk mellom den syke og legen som enkeltperson. Da er kommunikasjonen mellom de to viktig. I 1920-årene hadde den økende teknifiseringen av medisinen allerede tatt til. Eksempel: For de mange lungepasientene i tuberkulosens tid ble det da tatt røntgenbilder. Maleren Finn Faaborg (1902-1995) har en bitende kommentar til dette i bildet *Lungespesialisten* fra 1936. (Figur 26.8). Det er der røntgenbildene legen forholder seg til, ikke pasienten.



Figur 26.8. *Klinisk kommunikasjon?* Maleriet *Lungespesialisten* fra 1936 er utført av Finn Faaborg (1902-1995) og tilhører Trondheim kunstmuseum. (Foto: Øivind Larsen)

Og folkehelsen, befolkningens helsetilstand som sådan, ble stadig mer *forvaltet sykelighet*, kfr. kapittel 15, fordi livets mange direkte og indirekte helsefremmende og helseskadelige faktorer i stadig større grad ble styrt av andre enn enkeltindividet selv.

Folkehelsen og folkedyppet

Den tekniske utviklingen ga også ny næring til et gammelt marked – det vi nå kaller alternativ medisin, noe som i sin funksjon må ansees som en videreutvikling og tilpasning av folkemedisinen. Vi har allerede vært inne på hvordan dette har vært en folkelig understrøm med ulik tilknytning til tidens fagmedisin, der kravene til dokumentert effekt har vært et diskusjonstema. Ønsket om ”å prøve alt” har dessuten nesten alltid vært forsøkt utnyttet kommersielt. Nye tekniske landevinninger har derfor ofte gitt seg nedslag i befolkningens helsebekymringer.

Et eksempel: Alt som hadde med *elektrisitet* å gjøre, hadde en spesiell dragning da dette var nytt. Elektrisiteten måtte kunne brukes i behandlingsøyemed på ulike måter – helt fra 1896 hadde man hørt om at kreft var blitt behandlet med



Figur 26.9. Overbeck's rejuvenator kunne i 1930 kjøpes i Sarpsborg hos den derværende eneforhandler for Skandinavia. (Fra Sand Bakkenes medisinske museum, Flekkefjord. Foto: Øivind Larsen 1988).

røntgenstråler når et katodestrålerør ble satt under spenning. Kanskje kunne til og med drømmen om evig ungdom, eventuelt om å vende tilbake til de forgangne unge år, oppfylles ved hjelp av elektrisk strøm? I så fall kunne man anskaffe instrumentet i figur 26.9.^{viii}

Oppfinneren, en Mr. Overbeck, hadde en teori om at kroppen var en elektrisk fabrikk. Når vi blir eldre, skyldes aldersforandringene at vi produserer mindre elektrisitet enn det som er nødvendig for å opprettholde funksjonen. Dette problemet kan løses ved å bruke *Overbeck's rejuvenator*. Apparatet hadde et katodestrålerør, og når strømmen ble slått på, simpelthen *måtte* det blå lyset og den durende lyden ha virkning! Medfølgende bilder av oppfinnerens egen forvandling fra gammel til ung måtte være bevis nok.

”Roaring twenties?”

I den allmenne Norgeshistorien fortelles om motsetninger langs flere akser. For helsehistorien kan det hende at en av de viktigste går mellom individet i sitt eget miljø på den ene siden og livet i det offentlige fellesskapet på den andre. Ulik sans for fellesskapet er innebygd i de andre motsetningene. Både for forebyggende helsearbeid og for helseomsorg viste fellesskapsløsninger seg å være stadig mer nødvendige. Prosessene fram mot velferdssamfunnet var i gang i mellomkrigstiden, men moderne samfunn og ”glade tjuerår” gjaldt foreløpig langt fra for alle.

Noter

ⁱ Kjeldstadli K: *Et splittet samfunn 1905-1935*. Oslo; Aschehougs Norgeshistorie bind 10, 1994. Mer spesifikt om helse: Larsen Ø. Helsen bakom helsepolitikk og helseforvaltning. *Michael* 2013; 10: Supplement 13: 31-70.

ⁱⁱ Bentsen BG. *Illness and general practice*. Oslo – Bergen – Tromsø, Universitetsforlaget, 1970; Sandvik H, Hunskår S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling frå 1966. *Michael* 2025; 22: 379-391.

ⁱⁱⁱ Norges offisielle statistikk 60: *Sundbedstilstanden og medisinalforholdene 1925*. 73de årgang Oslo: Det. statistiske sentralbyrå, 1928.

^{iv} Østby L. *100 års ensomhet? Norge og Sverige 1905-2005. Flest innvandrere i Sverige, flest barn i Norge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2005.

^v Borza T. Spanskesyken i Norge 1918-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2001;121:3551-3554; . Mamelund S-E, Shelley-Egan C, Rogeberg O. The association between socioeconomic status and pandemic influenza, *PLoS ONE*, 2021; 16 (9): e0244346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244346>; Mamelund S-E. 1918 pandemic morbidity: The first wave hits the poor, the second wave hits the rich. *Influenza and other respiratory viruses* 2018; 12 (3): 305-306; Mamelund S-E. Spanskesyken rammet sosialt skjevt. *Samfunnsspeilet* 2005/1, Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2005.

^{vi} Klafstad J, Hem E. Edvard Munch og spanskesyken, *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2010; 130: 2034.2035. doi; 10.4045/tidsskr.09.1506

^{vii} Nylenna M, Larsen Ø. Folkehelseinstituttet nå – og før. *Michael* 2019; 16: 36-52.

^{viii} Larsen Ø. Evig ungdom? *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1988; 108: forside og side V.