# Samfunn og sykdom –

## langsomme forandringer og lange linjer i norsk folkehelsehistorie 1800-1930



Øivind Larsen

*Michael* 2026; 23: Supplement 35

Michael 2026; 23: Supplement 35

Publication Series of The Norwegian Medical Society



Øivind Larsen

# Samfunn og sykdom –

## langsomme forandringer og lange linjer i norsk folkehelsehistorie 1800-1930

*Michael* 2026; 23: Supplement 35

*Omslagsbilde:* Utsnitt av bilde av Christiania sett fra Ekeberg i 1800. Tegning fra J.W. Edy: *Boydell's picturesque scenery of Norway*. London: Hurst, Robinson, and Co Cheapside; Late Boydell and Co, 1820. Originalen er i svart-hvitt. Her er brukt en fargelagt versjon gjengitt i Øverland AO. *Det gamle Norge i billeder og tekst*. Kristiania: Cappelen (1910).

*Mot tittelbladet:* Geografiske forskjeller og langsomme forandringer: Dødelighet av epidemiske sykdommer 1869. Fra Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change – An atlas of some selected infectious diseases and the attitudes towards them 1868–1900*. Oslo: Unipub forlag, 2000. side 81.

Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medicinske Selskabs synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.

*Michael* er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen CC BY-ND 4.0. Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.

Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).

Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet https://tekstallmenningen.no/.

© Øivind Larsen
ISBN 978-82-92871-69-0
doi: 10.5617/michael.13429
*Michael Supplement 35*
ISSN 1893-9651
Omslag: Ingvild Jønsberg

Grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no 2026

**Innhold**

*Forord 7*

*Kapittel 1: Innledning - langsomme forandringer og en samfunnsmedisinsk tilnærming 9*

*Kapittel 2: Langsomme forandringer i forutsetninger for folkehelse 11*

*Kapittel 3: Den demografiske transisjon 23*

*Kapittel 4: Før transisjonen – folkehelsen og den gamle normalen 28*

*Kapittel 5: Land og by – dødelighet og befolkningsøkning 35*

*Kapittel 6: Helsefarenes dynamikk – prinsipper fra fortiden 42*

*Kapittel 7: Nye kår 60*

*Kapittel 8: Medisin blir akademisk fag i Norge 68*

*Kapittel 9: 1826 81*

*Kapittel 10: Tiden da koleraen kom 95*

*Kapittel 11: Kampen om smitten 103*

*Kapittel 12: Sykdommer, tall, tid og sted 111*

*Kapittel 13: Medisinsk omveltning ute og hjemme 125*

*Kapittel 14: Urolig tid, framgang, folkehelse og sterkere sosial avhengighet 139*

*Kapittel 15: Helse og helseforhold – behov for systematikk 157*

*Kapittel 16: Fra gal til syk 174*

*Kapittel 17: Uønsket atferd og forbudte tanker 180*

*Kapittel 18: Tuberkulose – sykdom mellom skjebne og samfunn 189*

*Kapittel 19: Tuberkulosen og årsakstenkningen 200*

*Kapittel 20: Sanatorier og tuberkulosehjem – en epoke 209*

*Kapittel 21: Forandringene i helsevesenet – en løypemelding for legene 225*

*Kapittel 22: Legens medhjelpere – eller ikke? 241*

*Kapittel 23: Sykehus og helseinstitusjoner – flere mulige utviklingsveier 248*

*Kapittel 24: Bomiljø og folkehelse 257*

*Kapittel 25: Yrkeslivet som helsefaktor – "second place" med uklar avgrensning 285*

*Kapittel 26: Spanskesyke, charleston – men "de glade tjueårene"? 295*

*Kapittel 27: Medisinsk historie og de langsomme forandringene 310*

*Kapittel 28: Hva har vi lært? 323*

*Litteratur 329*

*Register 338*

# Forord

I min undervisning i medisinsk historie har jeg forsøkt å knytte det som tilhørerne har lest, lært og vet fra før om utviklingen av medisin, helse og helsevesen, sammen med trekk fra historien om det samfunnet som medisin, helse og helsevesen har utspilt seg i.

Medisinens historie og historien om sykdommene og den individuelle helse er ikke helt det samme som historien om helsen på det kollektive plan – folkehelsen. Folkehelse og samfunnsutvikling henger nøye sammen. Derfor blir folkehelsehistorie i større grad en fortelling om helsens sosiale og materielle *kontekst*. Det er et pedagogisk poeng å drøfte nettopp denne sammenhengen for å se om vi da kan trekke opp noen lange historiske linjer som vi kan lære av.

En egnet tilnærming er å bruke er det som skjedde med norsk folkehelse fra slutten av 1700-tallet og fram til ca. 1930. Denne perioden inkluderer den demografiske transisjon i befolkningen. I det stille endret både befolkning og folkehelse seg fra en situasjon med høy dødelighet, høye fødselstall og ofte marginale levekår til å bli et samfunn med lav dødelighet, lave fødselstall og rimelig bra levestandard. Hva skjedde egentlig med folks helse i denne perioden på ca 150 år? Det er tema fra denne boken. Ser vi noe mønster vi kan lære av?

Det står mest om 1800-tallet i boken. Mange av de interessante sammenhengene kom best til syne da, og særlig i vekstområdene på Østlandet. Derfor er det også en bevisst geografisk skjevhet i framstillingen. Prinsippene er imidlertid gyldige for hele landet. Det er også nøye gjennomtenkt at framstillingen går ut over perioden 1800-ca. 1930, og avrundes ved midten av 1900-tallet. I tiden etterpå har det skjedd så mye med både folkehelsen og forutsetningene for den, at dette er et tema for seg selv. Men min påstand er at lærdommen fra fortiden fortsatt gjelder.

Jeg konsentrerer meg i denne teksten om følgende spørsmål:

Hva hadde relativt sett størst betydning for utviklingen av folkehelsen, den kollektive helse, de medisinske nyvinningene og tiltakene - eller de langsomme, nærmest umerkelige forandringene som foregikk over tid innen levekår, kulturell utvikling, helseoppfatning, fagmedisinsk viten, utbygging av helsevesen og medisinsk praksis?

Mitt materiale for å drøfte dette har, i tillegg til litteratur på området, vært hentet fra prosjekter kolleger og jeg selv har arbeidet med opp gjennom årene.

Boken er bygd opp rundt enkelte emner fra min egen undervisning i medisinsk historie. Denne har i hovedsak vært for legestudenter ved universitetene i Oslo, Tromsø og Trondheim, men også for andre grupper Min ambisjon med å skrive nå er at et bredt spektrum av lesere – uansett faglig bakgrunn - skal finne ny kunnskap - eventuelt få supplert ervervet kunnskap - på en måte som gir *mersmak*.

Kapitlene i boken er ment å skulle leses fortløpende, men teksten er også skrevet slik at kapitlene står for seg selv og kan leses og brukes enkeltvis. Derfor forekommer enkelte temaer flere ganger og i ulike sammenhenger, men det er altså pedagogiske grunnet til det.

Jeg takker Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo for arbeidsplass som emeritus, og for tilgang til miljø og faglige muligheter. Mine kolleger professorene Christoph Gradmann, Arvid Heiberg, Erlend Hem og Magne Nylenna har lest og gitt nyttige kommentarer til manuskriptet og fortjener stor takk for dette. Min datter, overlege ph. d. Anne Sofie Frøyshov Larsen har gått gjennom teksten med blikk fra dagens kliniske medisin og takkes i tillegg for hjelp med korrektur og oppsett. Ingvild Jønsberg takkes for hjelp til diagrammer og figurer.

Oslo, juni 2026

*Øivind Larsen*

**Kapittel 1**

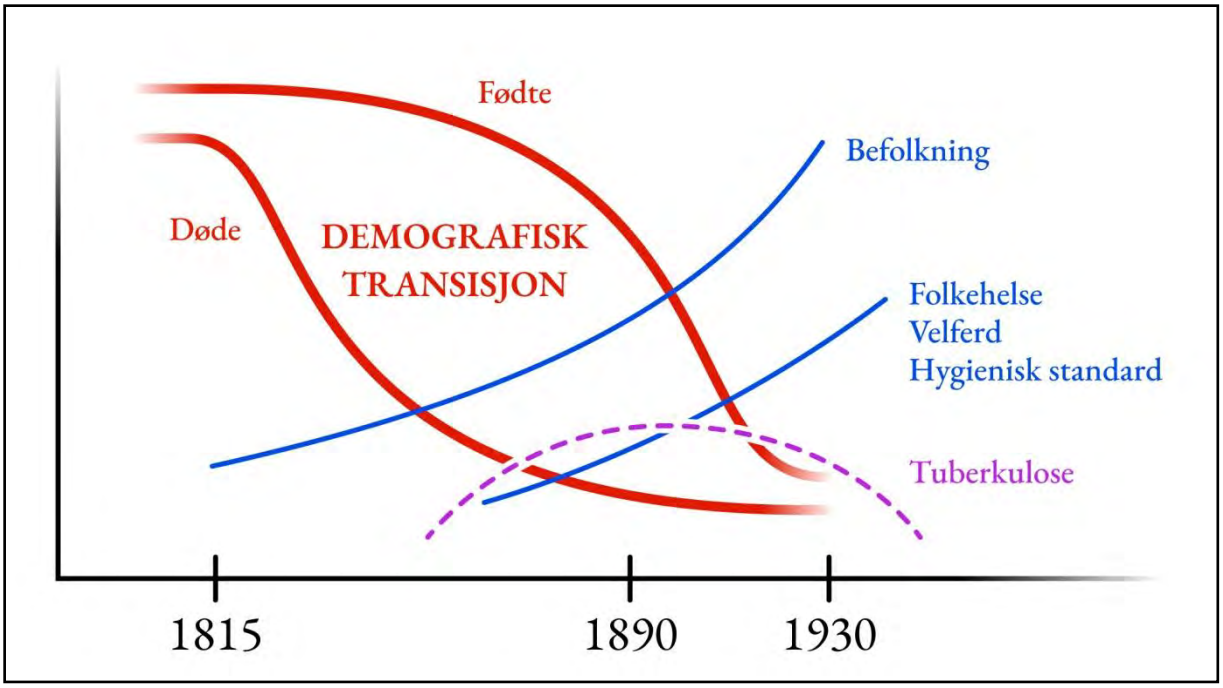
# Innledning
# – langsomme forandringer og en samfunnsmedisinsk tilnærming

*Mange av de forandringene som skjer over tid i befolkningsutvikling og helserelaterte forhold, følger et allment mønster som dekkes av begrepet transisjon. Utviklingen fra én type normalsituasjon til en annen kan skje i løpet av en kortere eller lengre tidsperiode. En stor og typisk slik overgang er den demografiske transisjon i Norge fra rundt 1800 og i et drøyt hundreår framover.*

I denne boken skal vi bruke *tiden* og tidens forløp som utgangspunktet for å se på en historisk utvikling. Vi beveger oss da inn i feltet *temporalitet* som blant annet inkluderer det enkle forhold at selv om vi regner at tiden som sådan forløper jevnt, har fenomenene som opptrer forløp med ulik lengde. Et menneskeliv utspiller seg i Norge i 2026 i løpet av drøye 80 år. En hund lever omtrent 15 år, osv. Geologene opererer med perioder på millioner av år, klimaet svinger med en takt på noen hundre år hvis intet forstyrrer. Valgperioder er gjerne fire år. Regnskaper avsluttes hvert år. Slik kan vi fortsette. Sivilisasjoner kommer og går, dersom vi anlegger det lange perspektiv. Industrisamfunn kommer og går i et kortere perspektiv. Studier av dette får fram lange historiske linjer som kan være både tankevekkende og nyttige. Og alt utspiller seg under tidens egen, ubønnhørlige gang.

I historien skjer forandringer ofte raskt. Historiebøkene er fulle av merkesteiner – tidspunkter, steder, hendelser og personer som danner rammeverket for vår kunnskap om fortiden. Men det kan også skje viktige langsomme forandringer, kanskje umerkelige i det daglige. Hastigheten er forskjellig, alt etter hva det gjelder og når og hvordan de foregår. For noen av disse forandringene snakker vi om *transisjoner,* langsomme forandringer fra en normaltilstand til en annen. Hvorledes en transisjonsprosess oppleves og eventuelt påvirkes, avhenger av menneskene som utgjør samfunnet – og som har sin egen levetid som tidsramme. I et *temporalitets*-perspektiv utgjør dette forandringer som med ulik frekvens og styrke konkurrerer om å danne de lange linjene inn i framtiden.

Ambisjonen i denne boken er å se på utviklingen av norsk folkehelse i dette perspektivet. Vi tar da utgangspunkt i en av de mest spektakulære langsomme forandringene i nyere historie – *den demografiske transisjon.*




*Figur 1.1. Skisse av langsomme forandringer i samfunnsutviklingen. Mønsteret kan gjelde mange forhold, men her er brukt befolkningsutvikling og folkehelse som eksempel* – den demografiske transisjon. *Fødselstall og dødelighetstall endrer seg radikalt over en periode på godt og vel hundre år, men er innbyrdes faseforskjøvet i tid.*

Transisjoner som løper parallelt, er gjerne preget av at ikke alt endres på samme tid og ikke på alle felt og for alle berørte samtidig. For folkehelsens vedkommende - samfunnsmedisinens arbeidsområde - er dette essensielt. Befolkningen, myndighetene, medisinen som fagfelt og helsevesenet kan få problemer med den løpende tilpasningen for å fremme, eventuelt bremse, prosesser som foregår asynkront, med sitt mål om å forbedre folkehelsen. Det som skjer underveis, mens transisjonen foregår i det stille, vil dessuten være premissgivende både for det som foregår på kort sikt der og da, og for veien videre.

Og hvem vet når en langsom overgang forblir avsluttet – en permanent langsom forandring? På den skjematiske figur 1.1. er tuberkulosen inntegnet. På 1890-tallet var det ikke virkelighetsfjernt å tenke at den økende forekomsten av sykdommen simpelthen var en naturlig bivirkning av den samfunnsutviklingen den demografiske transisjonen medførte – altså også en *transisjon* fra en normaltilstand til en annen. Men slik ble det ikke – sykdommen lot seg bekjempe, i det minste i Norge og i sammenliknbare land.

**Kapittel 2**

## Langsomme forandringer i forutsetningene for folkehelse

*Spesielt innenfor fransk historieforskning har det vært lagt stor vekt på langtidselementene og deres betydning for historisk forståelse. Med en slik synsvinkel på norske forhold finner vi også interessante mønstre for hva som skjedde med norsk folkehelse, før, under og etter den demografiske transisjon – oftest i det stille. Fra 1700-tallet ble det også utformet et akademisk fag som ble verktøy for å studere og å håndtere folkehelsen i en foranderlig verden, nemlig samfunnsmedisinen.*

Som en reaksjon på at framstillinger av historisk utvikling gjerne hadde hovedtyngden lagt på store begivenheter og betydningsfulle personer, oppsto i Frankrike i 1920-årene en retning i historiefaget som viste seg å bli meget levedyktig - studiet av *les éléments de longue durée,* dvs. av langtidstrender. Disse foregikk som oftest stille og rolig, men fikk stor betydning over tid. Dette perspektivet er særlig nyttig for å forstå utviklingen innenfor folkehelse og medisin.[i] La oss se på noen bilder som illustrerer poenget:[ii]



*Figur 2.1. Utsikt over Oslo og Christiania fra Ekebergveien i 1800, tegnet av J. W. Edy (Etter Øverland 1910.)*

Figur 2.1. viser den storslåtte utsikten som møtte Christiania-reisende som kom hovedveien sørfra over Ekebergåsen ved begynnelsen av 1800-tallet. I forhold til senere var dette en bildefattig tid, så bilder som dette, "prospekter", var faktisk en etterspurt nødvendighet, blant annet for forvaltningen i København. Hvordan så det egentlig ut i tvillingriket Norge?

Den engelske maleren og tegneren John William Edy (1760-1820) laget dette og ca. 80 andre bilder av norske landskaper på en rundreise i 1800. De ble først publisert i London i 1820. Ting gikk ikke så fort den gang. Dessuten hadde det vært krig i mellomtiden.

Hva ser vi her som har med befolkning og helse å gjøre? Vi ser egentlig to byer – i forgrunnen det gamle Oslo med kirken, Oslo Hospital og dollhuset for de vanskeligste sinnslidende. Til høyre i bildet ser vi Ladegården med noen hus rundt. Omkring er det ellers et åpent jordbrukslandskap. På den andre siden av Bjørvika ligger hovedstaden Christiania med administrasjon og handelsvirksomhet. Den er dominert av Vår Frelsers kirke med Paleet nedenfor. Til høyre ligger prakteiendommen Mangelsgården som fra 1810 ble Prinds Christian Augusts Minde og som siden den gang har vært en viktig havn for samfunnets vanskeligstilte.

Strandtomtene innerst i Bjørvika domineres på bildet av plankestabler. Ved kaia ligger skip. Til venstre er Akershus festning og vi skimter takene i Kvadraturen. Også rundt dette tette byområdet er det jordbruk. Selv Gamle Aker kirke lå på landet i 1800. Befolkningmessig og sosialt aner vi store forskjeller mellom byens ca. 17 000 innbyggere og dem som bodde omkring. Administrasjon og næring lå som øyer i et jordbrukssamfunn.

Drøye to hundre år fram i tid er alt forandret, se figur 2.2. Store hus og tett skog gjør det nå umulig å finne samme utsikt og samme perspektiv som på Edy's tid. Profesjonell landmålerkompetanse måtte til for å lokalisere hvor kunstneren hadde stått i året 1800. Det er der hvor Ekebergveien 19F ligger nå, en boligblokk. Edy's utsikt er derfor historie, men fotografiet (figur 2.2) prøver å gjenskape den. Vi ser på bildet at hvor en del av der hvor Oslos nå ca. 750 000 innbyggere bor og har sitt virke, er alt annerledes. Her har det skjedd et mylder av små og store langsomme forandringer fra Edy's tid til nå.

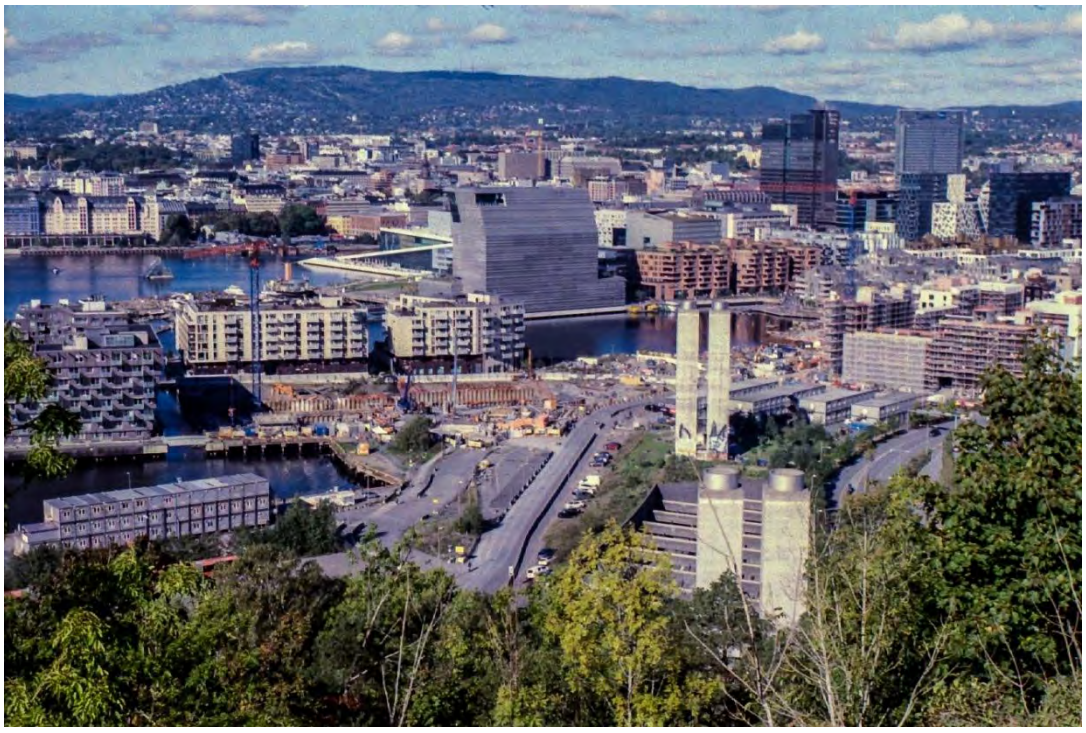
Bygninger, strukturer og mennesker har kommet og blitt borte igjen. Folk har levd og arbeidet og bestemt over utviklingen videre, vel å merke ut fra premissene fra historien og deres egen tid. Det har vært langsomme forandringer, mange som har løpt parallelt, men også mindre og kortere, avsluttede, men premissgivende prosesser underveis. Eksempel: Industrialisering langs Akerselva i Nydalen har

kommet og gått. Den store, men stille langsomme omformingen av byområdet siden 1800 (figur 2.1) er ikke avsluttet og blir det heller aldri..

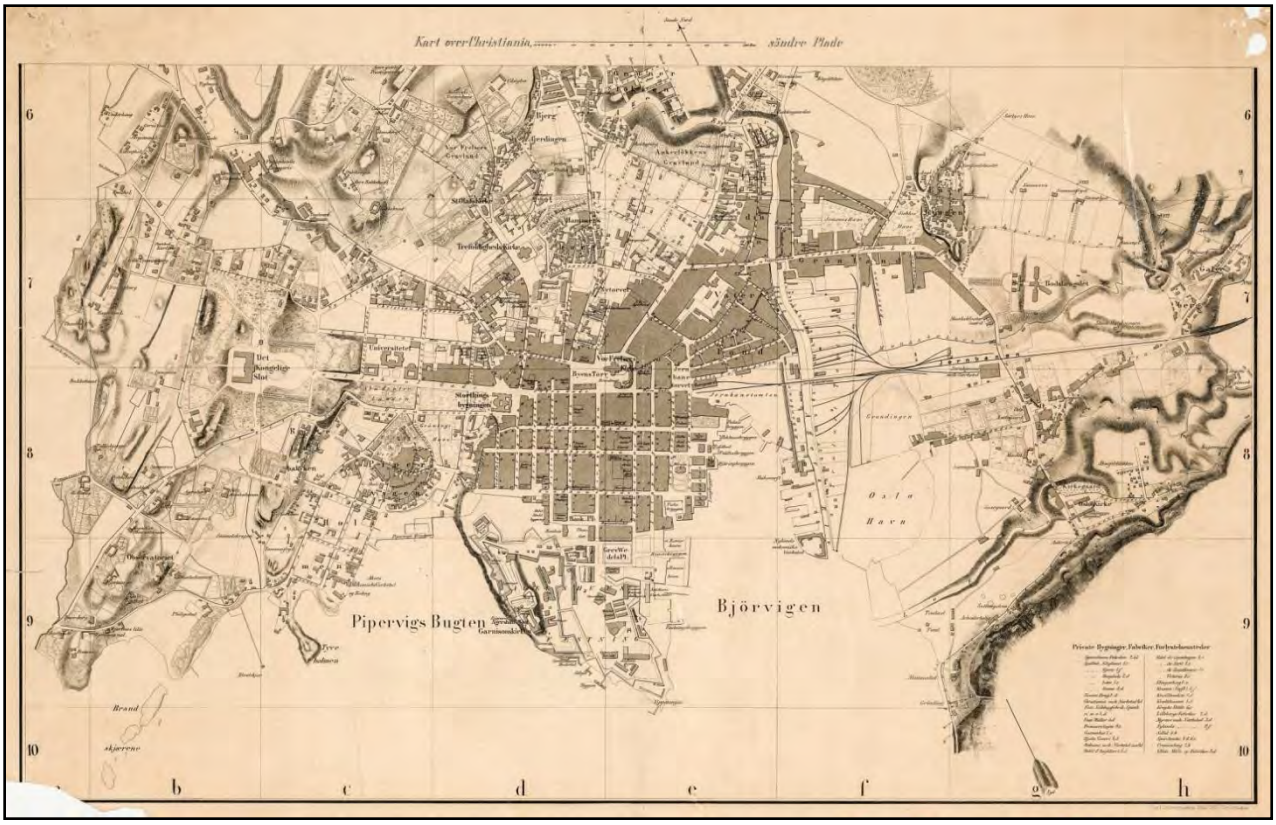
Og fra helsefeltet: Sykdommer kom og gikk, men etterlot seg erfaringer og kunnskap som ble styrende for den "store" transisjonen innenfor befolkningsstruktur og folkehelse. *Koleraepidemiene* på 1800-tallet inntok her en særstilling. Koleraen kom og gikk, men etterlot viktige kunnskaper og erfaringer.

Vekst og fall for *tuberkulosen* kunne sett ut som en transisjon av type som den demografiske, altså en økning fram mot noe som så ut som en ny normaltilstand. Det ble ikke slik. Det ble en forandring tilbake til et lavt nivå, en langsom forandring som strakte seg over hundre år. Tidsmessig faller tuberkulosen bare delvis sammen med den demografiske transisjon. Det er en tidsforskyvning på et halvt århundre, idet tuberkulose var det store samfunnsproblemet i perioden 1850-1950.[iii]

Blikket for langtidselementene og de langsomme forandringene kan være fruktbart for nesten alt man ser på med historiske øyne. Oppmerksomheten flyttes fra det spektakulære til det mer usynlige, der kanskje mange viktige forklaringer ligger.



*Figur 2.2. Utsikt fra Ekeberg 2025 (Foto: Øivind Larsen) Se nøye på Edy's bilde (figur 2.1.) og kartet fra 1859 (figur 2.3.). Her har det foregått mye. Det er også mye som har kommet og gått, men som til sammen har dannet grunnlaget for de overordnede forandringer og transisjoner som alltid foregår. Bilder og kart dokumenterer hvordan et samfunn er en dynamisk organisme.*




*Figur 2.3. Kart over Christiania 1859. Sammenlikn med Edy's bilde (figur 2.1). Edy har stått under skrenten til høyre i bildet. Bortsett fra at jernbanen fra 1854 har erstattet bordtomtene ved Akerselva, er det påfallende få endringer på nærmere seksti år, på tross av utviklingen. (Fra Oslo kommunes samling av historiske kart.)*

*Samfunnsmedisin og gruppeperspektiv*

Norge var før 1814 i prinsippet styrt fra København, også når det gjaldt helsetiltak. Krigsårene først på 1800-tallet gjorde det imidlertid nødvendig å etablere en lokal helseforvaltning i Norge, et såkalt Sundhedscollegium som fungerte i Christiania i årene 1809-1815. Spesielt fra siste del av 1700-årene var det en voksende offentlig bevissthet om at befolkningens helse var en verdi myndighetene måtte ta vare på[iv]. En samfunnsmedisin vokste fram.

I dette var det langt på vei en mental, langsom forandring som foregikk. Mennesker og deres arbeidskraft var ikke lenger bare en ressurs som samfunnet kunne utnytte og som derfor måtte vedlikeholdes bare av den grunn. Mennesker liv og helse hadde også fått en voksende *egenverdi.*

Der var utviklingen forskjellig fra land til land. Et eksempel er den britiske marinen som på 1700-tallet rekrutterte mannskaper fra kneiper og fra gata og sendte dem til sjøs uten videre, med stort mannefall av sykdom som følge. Men der var det nok folk å ta av. I den dansk-norske flåten var


Frank
Medicinische
Policey
I. Band.
II. Band.
III. Band.
I. Band
Frank's
Medicinische
Policey
Supplement
Supplement
Frank's
Medicinische
Policey
Frank's
Medicinische
Policey
Frank's
Medicinische
Policey

bygd opp som eget fagområde ved det nye norske universitetet av professor Frederik Holst (1791-1871). Som vi skal se senere, bidro han som ny professor i faget hygiene til å befestige befolkningens helseforhold som et samfunnsanliggende, i tillegg til at man skulle ta seg av de tradisjonelle utfordringene med individuell helse, sykdommer og skader.

*Nok viten om folkehelsen?*

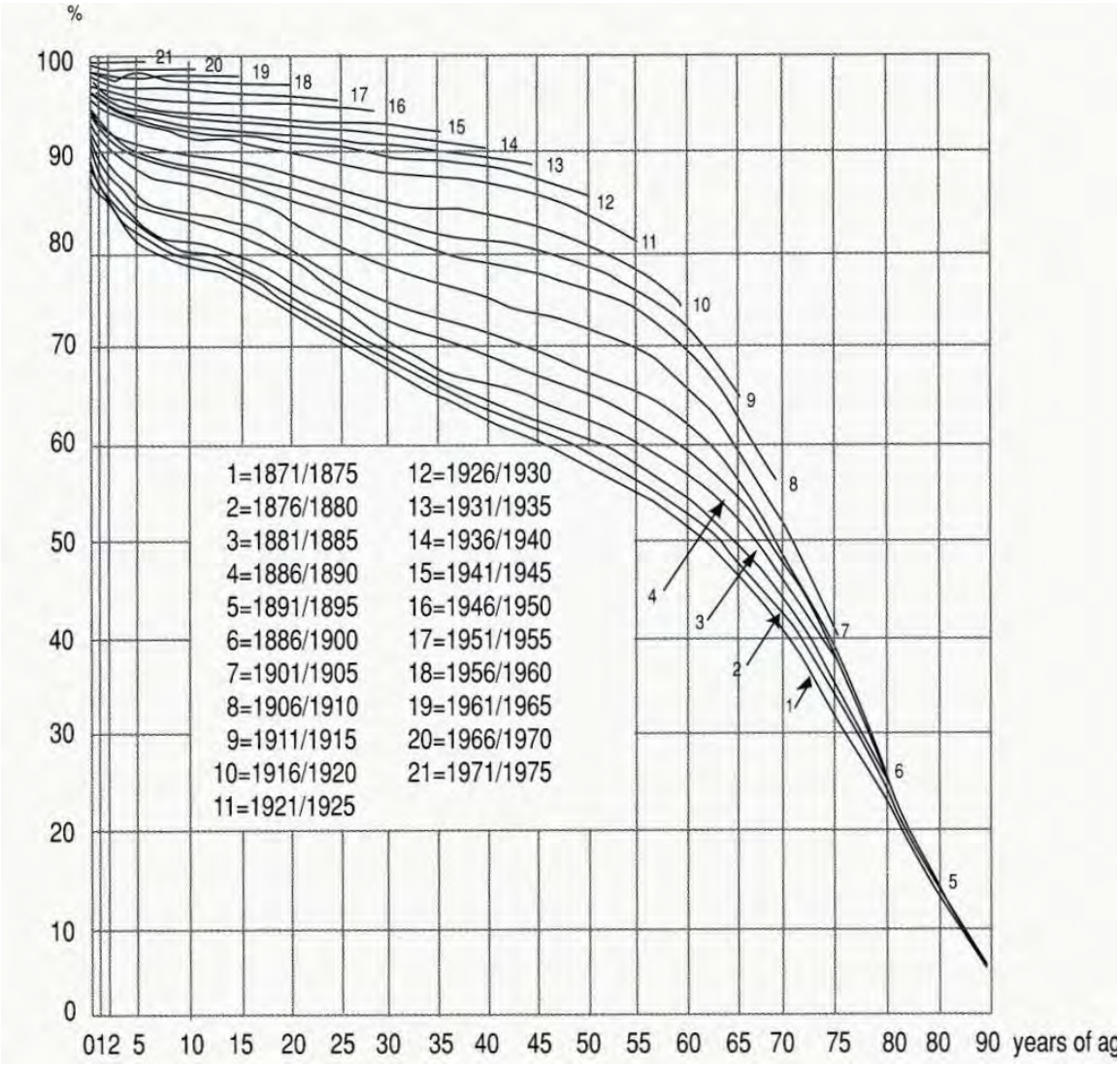
Det er et problem at det historisk sett ikke har vært lett, verken for samtidens myndigheter eller for ettertidens historikere, å beskrive helsetilstanden i den norske befolkningen i "det gamle samfunn" nøyaktig nok til å ha kunnskapsgrunnlag for tiltak på gruppenivå. Oversikten over befolkningen var lenge for mangelfull til dette bruk.[viii] Det var en teologisk reformator som hadde fått fart på registreringen, nemlig trønderen Peder Hersleb (1689-1757). Han var biskop i Akershus Stift 1730-1737. I disse årene instruerte han prestene om hvordan kirkebøkene skulle føres. Fra 30. desember 1735 ble det innført et standardisert system for føring av fødte og døde i kirkebøkene. [ix] Riksarkivet i Oslo har for øvrig en såkalt *General Tabelle* over fødte og døde i Danmark/Norge, også geografisk fordelt, og den begynner med året 1735.[x]

Distriktslegene ble etter hvert pålagt å levere inn årlige medisinalberetninger.[xi] Noen offentlige leger hadde vi hatt lenge, men distriktslegeordningen stammer egentlig fra 1836. Det er imidlertid først fra 1853 og især fra 1868 at distriktslegenes medisinalberetninger ble lagd, redigert og utgitt i en form som egner seg for dybdestudier, både øyeblikksbilder og langsgående studier. Det vi ser – og som de interesserte i samtiden også så – er at det skjedde langsomme forandringer, men ikke alle på en gang. Noen steder i landet eller innenfor amtene kunne en utvikling skje raskt i et tettsted eller bygdelag, mens det andre steder hang igjen.

*Døden er lett å telle*

Dødeligheten er bare ett aspekt ved folkehelsen. På den annen side er død en konkret og lett tellbar hendelse. Derfor er dødelighet gjerne det mål for helse som dominerer i litteratur om fortidens helse. De langsomme forandringene i dødelighet gir seg utslag hvis vi ser på levealder ordnet etter fødselstidspunkt.

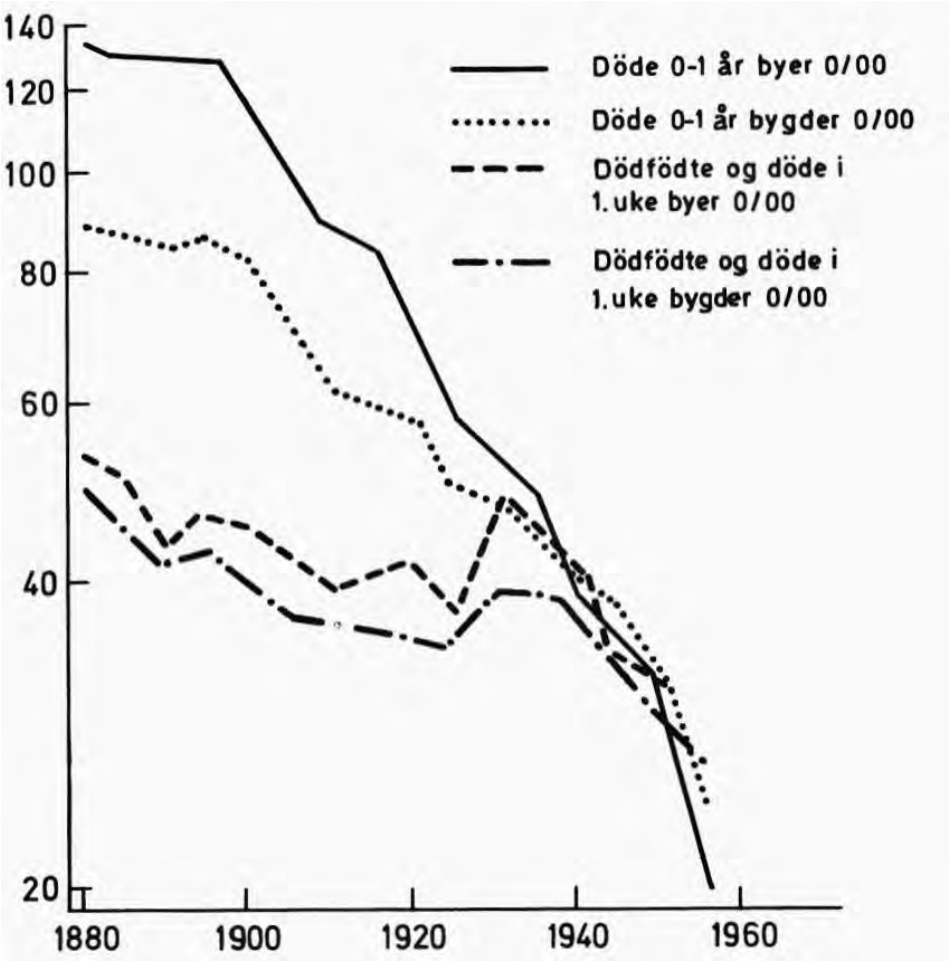
Se på overlevelseskurvene i figur 2.5. På denne figuren starter de riktignok så seint som med fødslene i 1871. Legg merke til hvor stor forskjell det er, selv i relativt moderne tid, i sjansene for å leve lenge og å bli gammel. Dette avhenger blant annet av når man er født. Eksempel: Av dem født i 1871, var bare 60% igjen ved 60 års alder. Blant dem som ble født i 1931-1935, opplevde nesten 90% 60-årsdagen.




*Figur 2.5. Overlevelsessjansene for ulike fødselskohorter for norske menn. Bemerk det store frafallet i unge år for dem som var født mellom 1871 og 1930. Etter Borgan 1982 i Larsen og Heiberg 1983.*

Forutsigbarheten for egen helse er et viktig element for samfunnsutviklingen. Langsiktighet fordrer trygghet for at helsen ikke slår seg vrang i utide og at døden ikke inntreffer på et feil tidspunkt i det livsløpet man hadde sett for seg. Tenk bare på usikkerhet og ulikheter i forutsigbarhet når man vil ta langvarig utdanning, stifte familie, sikte på en karriere, og gjøre økonomiske investeringer. Men, igjen, ikke all bedring i dødelighet skjedde på likt, heller ikke for aldersgruppene. Lenge var noen grupper og noen steder bedre stilt enn andre – og andre var og er dårligere stilt. Transisjonsmodellen gjelder.

Spedbarn- og barnedødeligheten var lenge meget høy. På 1700-tallet var det ganske vanlig at hvert fjerde nyfødte barn døde i første leveår. Spedbarndødeligheten, målt som antall døde i første leveår, er mye brukt som en




*Figur 2.6. Spedbarndødeligheten har vært raskt fallende helt siden 1820-årene, men det er først fra midten av 1800-tallet at opplysningene er best. Legg mer til at by/land-kurvene faller sammen og dels skjærer hverandre i slutten av 1930-årene. Det forteller mest om helseforhold og levekår i byene. Spedbarndødeligheten var så høy på den tiden at selv dette utsnittet som begynner med 1880, måtte framstilles med logaritmisk skala for ordinaten, ellers hadde ikke kurven gått inn på noen bokside!*

indikator for et samfunns utviklingsnivå. Da datateknikken gjorde sitt inntog for alvor i historieforskningen i 1970-årene, kunne man ved å sammenstille studier av dødelighet på mikronivå, finne et mønster som viste hvordan samfunnsutviklingen skjedde i forskjellig tempo på ulike steder, før linjene samlet seg på et nytt nivå.[xii]

Spedbarndødeligheten og dødeligheten for de litt større barna viser også ofte interessante geografiske forskjeller, se figur 2.6. De levekårsfaktorene og hygieniske forholdene som bidro til spedbarns- og barnedødeligheten, var lenge dårligere i byene enn på landet, men ble etter hvert bedre i byene. Det forebyggende, samfunnsmedisinske helsearbeidet bar frukter, levestandarden for utsatte grupper økte, og framme i 1930-årene krysset kurvene hverandre. Byene hadde fått bedre forhold enn på landet.

Figur 2.6. viser også spedbarndødeligheten i første leveuke. Der er ikke by-land-forskjellene spesielt store. Det kan komme av at det for så tidlige dødsfall ofte dreier seg om årsaker som har med svangerskap og fødsel å gjøre. De er mer uavhengig av geografien. Først senere i første leveår slår hygiene og levekår ut. Det er noe av det viktigste kurven dokumenterer.

Men kunnskaper om dødeligheten er bare en del av det man trenger for å få et utfyllende bilde av befolkningens helse. Det er langt flere sykdommer man *har*, enn som man *dør av*. Sykeligheten må også studeres. Som vi skal se, kan det være vanskelig.

For utviklingen av befolkning, helse og dermed tilhørende helsetjeneste og medisinsk kunnskap, er ofte de langsomme forandringene så langsomme at menneskene skifter underveis. Nye generasjoner kommer til før transisjonsprosessen nærmer seg avslutning og vi har fått en ny normalsituasjon.

Nettopp fordi det går langsomt, er det viktig å ikke miste av syne at premissene som ligger til grunn for handliunger og bestemmende avgjørelser underveis, er avhengige av situasjonen på tidspunktet der man befinner seg. Det er da ikke bare teoretisk, men praktisk viktig å ha kunnskapsgrunnlag for å forstå *at man befinner seg i en transisjonssituasjon*, og ha oversikt over de faktorene som driver den.

*Nok viten om befolkningen?*

Nei, dødelighetstallene er ikke nok. Vi må blant annet se nøyere på de tre andre kurvene på figur 3.1 (s. 24-25), nemlig fødselstallet, migrasjonen og befolkningsøkningen.

La oss gå til Henrik Rosteds tekst fra 1814 om forholdene på Kongsberg i 1795) og se hva han skriver om levekår og fødsler blant bergarbeiderne,

Bergarbeidernes stilling og levemåte er ofte kummerlig, i følge Rosted: Vi leser at

*"En annen Grund til Bergarbeidernes slette Kaar, anseer jeg at være deres alt for tidlige Giftermaale. Naar en Dreng er 12 Aar gammel antages han i Sølvværkets Tjeneste, enten ved Pukværkerne eller ved Gruberne til at* scheide Ertzen. – *Har han i den Tjeneste opført sig troe og vel, saa bliver han, naar han har fyldt 18 Aar, ansat til* Sprenger*, som er den første Grad fra Drengeklassen af. Saasnart han har naaet denne Post, søger han strax Tilladelse til at givte sig, uden forud at beregne, om han er i Stand til at underhlde Hustroe og Børn. Med Pigen, som i Almindelighed intet har lært, og i det højeste kun har tjent paa et Par Steder, følger naturligviis ingen Medgivt. Der er altså lidet eller intet at begynne med. Lægger man hertil, at Pigen ofte er fruktsommelig førend Bryllupet, saa hender det let, at disse unge folk kan see sig velsignede med et Par Børn, førend Bryllups-Aaret er til Ende. – Frugtbarhed i denne Henseende er overalt Bergmandens, som i Almindelighed den Fattiges Lod."*

Vi ser for oss et industrisamfunn som det etter hvert ble flere av, ettersom den industrielle revolusjon også nådde Norge. Stemningen på Kongsberg må ha vært spesiell: *"Det gives faa Dage, paa hvilke der ikke forefalde Børnedaab, Vielser eller Liigferd,…"*

Rosted la en god del skyld for de dårlige levekårene på kvinnene i bergbefolkningen. De bidro lite i hverdagslivet mente han. I ettertid kan vi spørre: Hva skulle de egentlig gjøre, i sine kummerlige boliger, gjerne gravide og med mange småbarn rundt seg, syke og friske?

På dette området skilte industribefolkningen seg fra flertallet i Norge, som tilhørte primærnæringene. De fikk også mange barn. Der var arbeidsoppgavene for den kvinnelige delen av befolkningen tallrike. Små og mellomstore gårdsbruk av norsk type var familiebedrifter, der alle måtte delta, sjølfolket, barna, kårfolket og de ansatte, alt etter hva slags gård det dreide seg om, hvor i landet man var og hvor bruket befant seg på den sosiale skalaen.

Vi ser at fødselstallene svingte rundt et nivå på 30 promille – svingninger som hang sammen med den alminnelige sykeligheten og dødeligheten. Men etter det store skiftet i dødelighet fra 1815 og framover, *fortsatte de høye fødselstallene – lenge.* Det ga naturlig nok befolkningsøkning og press på samfunnet – se kurven for folketallet.

Vi skal derfor drøfte nærmere hva som betydde mest for befolkningsøkningen – det fortsatt høye fødselstallet eller den synkende dødeligheten. Når færre døde, ble det flere mennesker, og denne tallmessige effekten kom i tillegg til alle de nyfødte som kom til. Dette sees av figur 3.1 (s. 24-25) for den perioden denne boken konsentrerer seg om, men også for tiden etterpå.

Et annet poeng som vi også skal drøfte, er at fallet i fødselstall skjedde sosialt skjevt med en tydelig by/land-forskjell. Barnetallet sank fort i urbane strøk.

Slik kunne selve demografien gi opphav til sosiale spenninger.



*Figur 2.7. Christiania havn i år 1800, litografi etter tegning av J.W. Edy (1762-1820) (Nasjonalmuseet). Som knutepunkter i Norges kontakter ned utlandet hadde havnene, store og små, spesielt i eldre tid, stor betydning også i folkehelsesammenheng. Sjø bandt samfunn sammen, skog og fjell skilte. Ikke bare varer og folk, men også sykdommer kom sjøveien. Seilskipstrafikken var imidlertid størst i sommerhalvåret. På grunn av datidens kjøligere klima frøs Christianiafjorden til om vinteren. Da var det stille. (Kapittel 6).*

## Noter

[i] Noen helse- og medisinhistoriske framstillinger som har denne vinklingen: Falkum E, Larsen Ø. *Helseomsorgens vilkår – Linjer i medisinsk sosialhistorie.* Oslo: Universitetsforlaget, 1981; Larsen Ø. Norge da, Norge nå, Norge.. Norge som operasjonsfelt for de medisinske fag. Side 9-39 i: Larsen Ø, Heiberg A. red. *Medisinske fag i velferds-Norge.* Oslo; Universitetet i Oslo – Seksjon for medisinsk historie, 1983; Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet.* Oslo: Den norske legeforening, 1986; Larsen Ø. ed. *The shaping of a profession – Physicians in Norway, past and present.* Canton MA: Science history publications, 1996.

[ii] Den engelske tegneren og maleren John William Edy (1760 eller 1762-1820) var på reise i Norge i 1800. Hans utsikt over Oslo og Christiania er gjengitt i Øverland AO. *Det gamle Norge i billeder og tekst.* Oslo: Cappelen, (1910).

[iii] Smith FB. *The retreat of tuberculosis 1850-1950*. London/New York/Sydney: Croom Helm, 1988.

[iv] Schjønsby HP. *Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons. Og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge.* Oslo: Helsetilsynet, rapport 1/2009. Se også: Moseng OG. *Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850.* Oslo: Universitetsforlaget, 2003 og Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003.* Oslo: Universitetsforlaget 2003 og Larsen Ø, Brekke D. Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD. red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse.* Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
[v] Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795-1799.* Oslo: Universitetsforlaget 1968.

[vi] Larsen Ø, Lindskog BI. red. Tode JC *Sundhedstidende 1778-1781.* Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1991.

[vii] Frankenau R. *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regiering, især med Hensyn på de danske stater og deres Hovedstad. En Haandbog for Øvrigheder og Borgere.* Kiøbenhavn: S. Poulsen, 1801.

[viii] Lie E, Roll-Hansen H. *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge.* Oslo: Universitetsforlaget, 2001; Bore RR. red. *På liv og død – Helsestatistikk i Norge i 150 år.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007.

[ix] Hersleb sto for øvrig også bak innføringen av konfirmasjon i 1736 og Allmueskoleloven av 1739.

[x] En del av denne tabellen er gjengitt på innsiden av bakre perm på *Statistisk Årbok* 2000. Tall for Island er tatt med i summene for Norge, så de må trekkes fra. Nærmere om dette i Søbye E. *Folkemengdens bevegelse 1735-2014.* Oslo: Forlaget Oktober AS, 2014

[xi] Schiøtz A. *Doktoren,* Oslo: Pax, 2003; Schiøtz A. Medisinalberetningene som historie og kilde. *Arkivmagasinet* 2003; 17. Moseng OG. *Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850.* Oslo: Universitetsforlaget, 2003.(2003). Bind 1 av Schiøtz A. red. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003.

[xii] Eksempler på slik historisk tilnærming finnes fra mange land. I København har historikeren Anne Løkke (f. 1957) gitt ut mange publikasjoner om dette, blant annet doktoravhandlingen *Døden i barndommen: spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920* (1998).

**Kapittel 3**

## Den demografiske transisjon

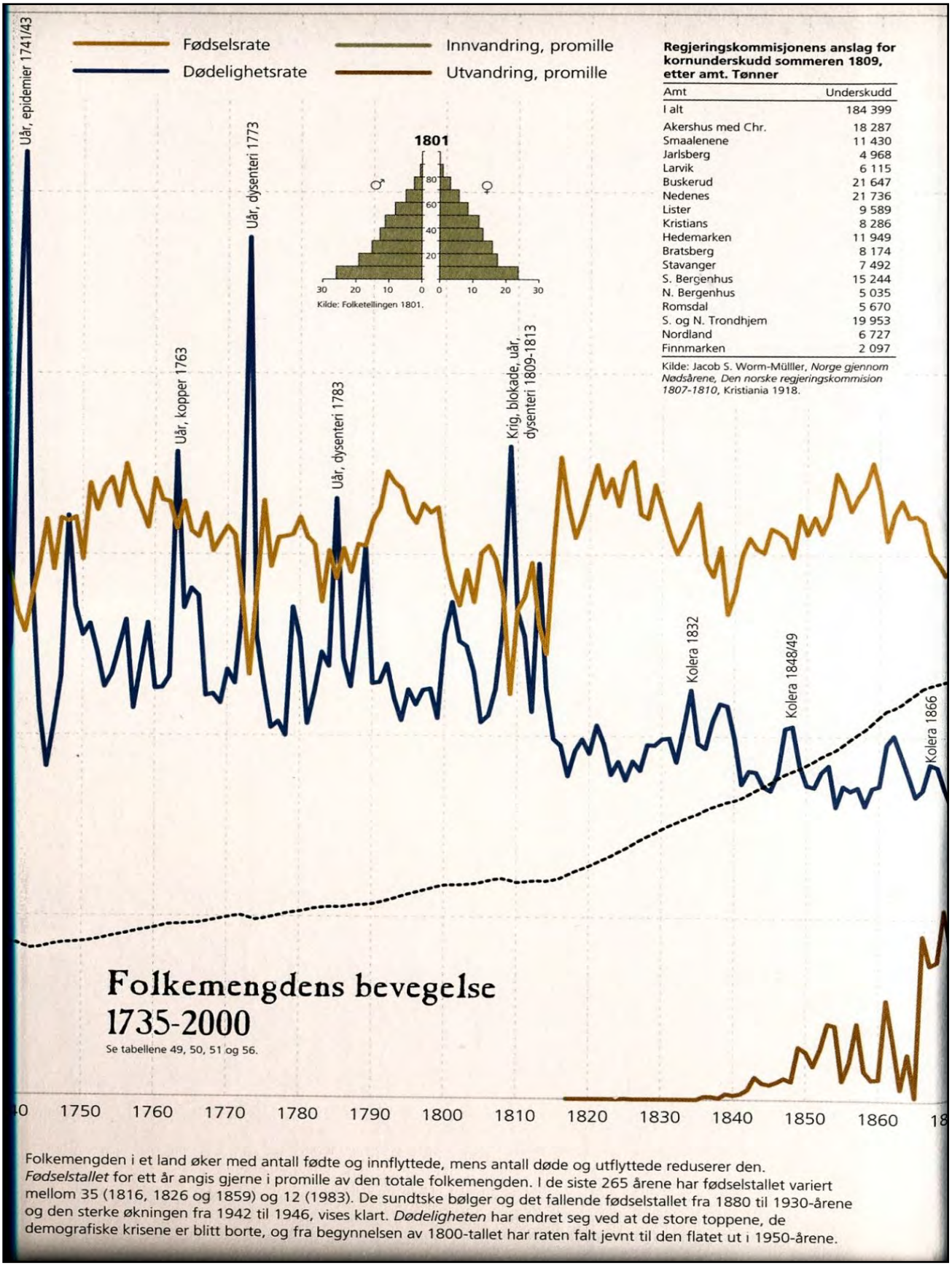
*Fra ca. 1815 og fram til 1930-årene skjedde det en langsom forandring av befolkningssammensetningen i Norge, fra et land med høye tall for fødsler og død til det motsatte, lave fødsels- og dødstall. Sammen med forandringer i levekårene, medisinen, helsevesenet og samfunnet ellers bevirket dette at det stilte seg inn en ny normaltilstand også for folkehelsen. I forhold til enkeltmenneskenes tidsperspektiv innenfor denne lange perioden, kommer de lange linjene egentlig først fram når man ser på transisjonen i historisk lys.*

Finn fram *Statistisk Årbok* for året 2000.[i] Se på figuren som dekker forsatsen, og som her er gjengitt som figur 3.1. Eller enda bedre: Slå opp i Espen Søbyes store bok *Folkemengdes bevegelse 1735-2014 – En tabellstudie*[ii] og les om hvordan den norske befolkningens størrelse og sammensetning har endret seg som følge av ytre og indre krefter. Men hva med helsen oppi alt dette, for enkeltindividene og på det overordnede plan – *folkehelsen?*

Se nøye på figur 3.1.og tenk over hva den forteller. Den er et langsgående bilde av forandringene i den norske befolkningens dødelighet, fødselstall og migrasjon. Vi ser av alle kurvene at befolkningen har forandret seg totalt på de 265 år som diagrammet dekker. Søbyes bok går enda lenger fram mot vår tid. Vi har gått fra én befolkningsmessig og helsemessig normaltilstand til en annen normaltilstand. Innenfor perioden spriker kurvene, før de samler seg når den nye normalen er i sikte. Befolkningen er blitt en annen, ikke bare fordi menneskene er blitt noen andre, men fordi sammensetningen av befolkningen er annerledes. [iii]

Innenfor figurens tidsspenn er selve den demografiske transisjon en kortere, men likevel lang periode som skiller seg ut. Den skjer fra ca.1815 som en langsom forandring, i løpet av godt over hundre år før den flater ut.

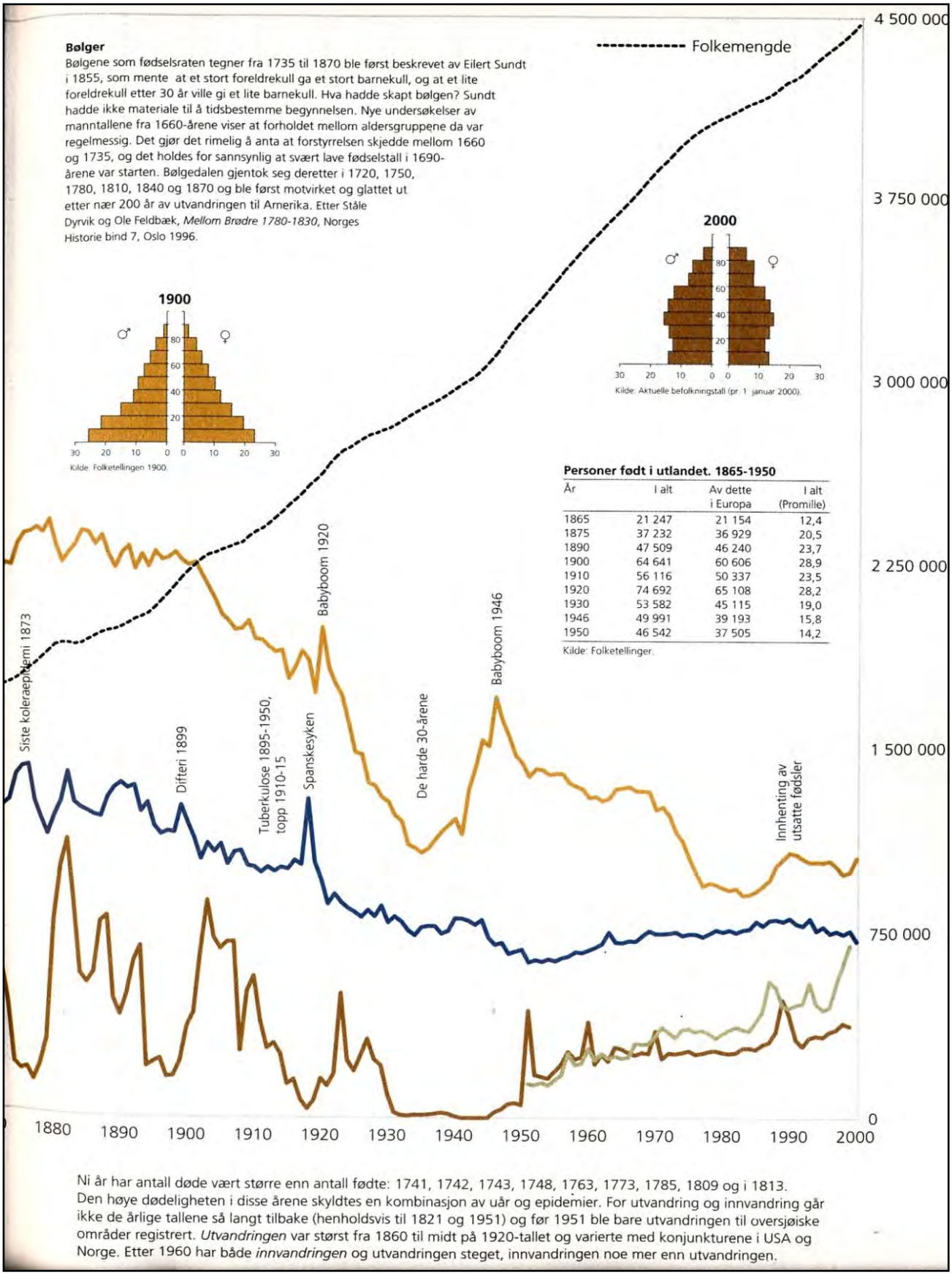
Det er vanlig å dele den demografiske transisjon inn i faser, der det i den første er høy dødelighet og mange barnefødsler, slik det var i Norge fram til 1800-tallet, deretter en fase hvor forholdene gjør at dødeligheten synker, mens fødselstallet holder seg høyt, slik at folketallet øker. Deretter kommer en tredje fase der det blir færre fødsler, men folketallet øker likevel, fordi folk blir eldre. I den fjerde fasen har både dødelighet og fruktbarhet nådd lave nivåer, slik at befolkningsveksten stanser opp, hvis ikke andre mekanismer kommer inn, slik som f. eks. innvandring.




*Figur 3.1. Den demografiske transisjon i Norge 1735-2000. (Figur fra forsatsoppslaget i* Statistisk Årbok *2000.)*

**Bølger**

Bølgene som fødselsraten tegner fra 1735 til 1870 ble først beskrevet av Eilert Sundt i 1855, som mente at et stort foreldrekull ga et stort barnekull, og at et lite foreldrekull etter 30 år ville gi et lite barnekull. Hva hadde skapt bølgen? Sundt hadde ikke materiale til å tidsbestemme begynnelsen. Nye undersøkelser av manntallene fra 1660-årene viser at forholdet mellom aldersgruppene da var regelmessig. Det gjør det rimelig å anta at forstyrrelsen skjedde mellom 1660 og 1735, og det holdes for sannsynlig at svært lave fødselstall i 1690-årene var starten. Bølgedalen gjentok seg deretter i 1720, 1750, 1780, 1810, 1840 og 1870 og ble først motvirket og glattet ut etter nær 200 år av utvandringen til Amerika. Etter Ståle Dyrvik og Ole Feldbæk, *Mellom Brødre 1780-1830*, Norges Historie bind 7, Oslo 1996.




**1900**




Kilde: Folketellingen 1900.

**2000**




Kilde: Aktuelle befolkningstall (pr. 1. januar 2000).

**Personer født i utlandet. 1865-1950**

| År | I alt | Av dette i Europa | I alt (Promille) |
|---|---|---|---|
| 1865 | 21 247 | 21 154 | 12,4 |
| 1875 | 37 232 | 36 929 | 20,5 |
| 1890 | 47 509 | 46 240 | 23,7 |
| 1900 | 64 641 | 60 606 | 28,9 |
| 1910 | 56 116 | 50 337 | 23,5 |
| 1920 | 74 692 | 65 108 | 28,2 |
| 1930 | 53 582 | 45 115 | 19,0 |
| 1946 | 49 991 | 39 193 | 15,8 |
| 1950 | 46 542 | 37 505 | 14,2 |

Kilde: Folketellinger.

Ni år har antall døde vært større enn antall fødte: 1741, 1742, 1743, 1748, 1763, 1773, 1785, 1809 og i 1813. Den høye dødeligheten i disse årene skyldtes en kombinasjon av uår og epidemier. For utvandring og innvandring går ikke de årlige tallene så langt tilbake (henholdsvis til 1821 og 1951) og før 1951 ble bare utvandringen til oversjøiske områder registrert. *Utvandringen* var størst fra 1860 til midt på 1920-tallet og varierte med konjunkturene i USA og Norge. Etter 1960 har både *innvandringen* og utvandringen steget, innvandringen noe mer enn utvandringen.

Alt etter forutsetninger og påvirkninger kan disse fasene være noe forskjellige, også innenfor de enkelte samfunn, sosialt og geografisk. For Norges vedkommende er 1800-tallet den perioden da det meste foregikk. Samfunnet beveget seg langsomt fra en normaltilstand til en annen – som en tilsynelatende avsluttet prosess. Derfor konsentrerer vi oss her om dette tidsrommet.

En dystopisk framtidspessimist vil kunne stille spørsmålet om det er helt sikkert at den demografiske transisjon er en avsluttet prosess. Kanskje kan utviklingen skru seg selv tilbake. Det er nok av historiske eksempler på sivilisasjoner som er gått mer eller mindre under. Romerrikets fall er et av dem.

Fra allmennhistorien vet si at det også er andre, betydningsfulle transisjoner innenfor samme tidsperiode som ikke er med på figuren, f. eks. innenfor økonomi, utdanning, personlige holdninger, sykdomsoppfatning og mye mer. De hører også med i folkehelsekonteksten. Men ikke alt skjedde på samme tid. Dette har betydning for hvordan folk som levde innenfor perioden opplevde sin tid. For dem var det sannsynligvis klart at de var på vei inn i en "ny normaltilstand". Deres opplevelse av samtiden dannet premisser for avgjørelser som i sin tur virket inn på prosessen videre. Derfor blir kildesituasjonen for den som ser tilbake påvirket av samtidens oppfatninger.

Eksempel: De døde forteller ikke. Ved den demografiske transisjonens begynnelse er dødeligheten blant spedbarn, barn og unge meget høy. Vi vet fra tallene hvilket helseproblem dette var, men vi vet lite om hvordan de som døde *opplevde* sin sykdom og død. Snart var de bare tall. Dette slo inn på flere måter. Blant annet ble sykdomsbetegnelsene forholdsvis lite spesifiserte, fordi ordene og uttrykkene man brukte, dekket behovet. Det ble annerledes da dødeligheten sank og de som døde oftere var eldre med et sykdomsforløp av langvarig sykdom bak seg. Et godt eksempel er tuberkulosen, en sykdom som fikk nye spredningsbetingelser i det nye samfunnet på 1800-tallet. (Se figur 1.1.) Den medførte, som vi skal se i egne kapitler senere i boken, plager og problemer på mange plan. Tuberkulosen var en svøpe som herjet med samfunnet. I historiens lys kan en sykdom som for tiden er bekjempet, også bli til tall i statistikken. For en beskrivelse av tidens folkehelse er imidlertid opplevelsen av sykdommen og dens innflytelse essensiell.

Slike demografiske transisjoner har foregått – og foregår fortsatt, eventuelt har ennå ikke begynt – også i andre av verdens samfunn. Tidspunkt og hastighet er oftest forskjellig, men mønsteret later til å være allment. På et visst tidspunkt i samfunnsutviklingen ser det ut til å komme en slik demografisk transisjon – kanskje en naturlov?

Folkehelse er underlagt et samspill mellom ytre og indre faktorer, og også en balanse mellom kortsiktig og langsiktig perspektiv. Situasjonen i 1800-tallets Norge er et utgangspunkt for å drøfte nettopp dette – de langsomme forandringer og de lange linjer i historien.

## Noter

[i] *Statistisk årbok.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000-

[ii] Søbye E. *Folkemengdens bevegelse 1735-2014 – En tabellstudie.* Oslo: Forlaget Oktober AS, 2014.

[iii] Larsen Ø. Transisjonsbegrepet og velferdsstaten. *Michael* 2014; 11: 516-529. Artikkelen står i *Michael* hefte 4, 2014, årgang 11 og har tittelen *De langsomme forandringer.* Heftet inneholder flere relevante artikler.

**Kapittel 4**

## Før transisjonen – folkehelsen og den gamle normalen

*Gjennom flere hundre år hadde levekårene for flertallet av den norske befolkningen vært enkle, men bare unntaksvis katastrofale i forhold til sammenliknbare land på samme tid. Dagliglivets farer for liv og helse hadde vært mange. Særlig hadde smittsomme sykdommer herjet ganske fritt og dominerte spekteret av folkesykdommer Opptil hvert fjerde spedbarn døde og nådde aldri ettårsdagen. Var man først blitt voksen, kunne et liv med mye helserisiko ligge forut, men tross dette kunne likevel mange oppnå en ganske høy alder. Mange barn ble født. Dette kompenserte noe for barnedødeligheten og befolkningen vokste, om enn periodevis langsomt. Dette var åpenbart en situasjon samfunnet langt på vei hadde avfunnet seg med og betraktet som en normaltilstand man bare måtte forholde seg til. Først noen år ut på 1800-tallet begynte dette å endre seg. Man så da konturene av at normalen kunne bli annerledes og aktivt forandres. Men hvordan var egentlig den gamle normaltilstanden? Vet vi noe nærmere om hvilke sykdommer man hadde å stri med? Hvordan var det å leve i Norge f. eks. på slutten av 1700-tallet?*

I 1700-tallets Norge, da folketallet var ca. en million, bodde folk flest i spredtbygde strøk og var beskjeftiget i primærnæringene. Det er ikke så mange medisinsk faglige beretninger om folkehelsen blant disse. Men noen arbeidet i den nye industrien, hvilket for det meste ville si bergverkene. La det derfor være tillatt å bruke en medisinsk avhandling fra samtiden som det er all grunn til å feste lit til, for å danne seg et bilde av helsetilstanden og hvordan den ble beskrevet. Sverige hadde hatt en velordnet dødsårsaksregistrering helt siden 1749, men så langt var man ikke kommet i Norge.[i] Det forelå nok rapporter og beskrivelser, men ikke så systematisk som vi kunne ønsket oss. Avhandlingen vi siterer forteller om mange trekk ved et norsk samfunn i 1790-årene, men la oss her konsentrere oss om *folkehelsen.*

I det danske medisinske tidsskriftet *Bibliothek for Læger* for 1814 publiserte nemlig den tidligere berglegen Henrik Rosted (1761-1816) en omfattende artikkel over et tema som vi i ettertid forstår var høyst aktuelt den gang: *Forsøg til en medicinsk Topographie over Bergstaden Kongsberg, saaledes som samme befandtes i Slutningen af det 18de og Begyndelsen af det 19. Aarhundrede.* Dette var et prisskrift som var blitt belønnet av Det Classenske Literatur-Selskab i København.[ii] Og det er denne avhandlingen vi siterer fra her. Rosteds arbeid hadde et motto: *Sic transit Gloria*

*Mundi,* Det depressive uttrykket at slik forgår verdens herlighet, henspeilte på Kongsbergsamfunnets daværende tilstand.

Norge hadde noen store bedrifter. Sølvverket på Kongsberg var et av disse foretakene, der det var egen helsetjeneste. Det var derfra Rosted skrev. Det er all grunn til å anta at sykdommene var de samme også ellers i befolkningen – ikke minst fordi storbedriftene hadde nær kontakt med befolkningen omkring. Likevel må vi huske på at industrisamfunnet skilte seg nokså markant ut fra hvordan folk ellers bodde og arbeidet. Vi siterer Rosted:

*"Bergarbeidernes Stilling og Levemaade paa Kongsberg er, i Sammenligning med andre Statsborgeres, ofte kummerlig. Deres Boliger ere for det meeste usle elendige Hytter, der høistsjelden bestaae af mere, end een Stue; i denne spiser og sover Familien, der foruden Mand og Kone ofte bestaaer af 3-4 eller flere Børn; ved Ovnen er anbragt en Krak, hvorpaa tørres vaade Klæder, Strømper, Bleer og andet Børnetøj; i Værelset kommer aldrig frisk Luft oftere, end naar Døren aabnes, saa at man ved at træde ind i disse lave Stuer modtages af en saare qvælende Luft, som Vanen allene gjør, at man kan udholde. – Den Ureenlighed, som almindeligen ledsager Armoden, findes her i meget høj Grad,"*

Den danske legen Henrik Rosted hadde arbeidet som berglege ved sølvverket i Kongsberg i årene 1792-1802. Sølvverket hadde vært stort, med 4075 ansatte i 1770. Dertil kom ca. 2000 bønder fra distriktet omkring som drev med skogsdrift og transport knyttet til verket. Regner vi med familiene, var kanskje så mange som 25 000 personer i distriktet avhengige av sølvverket. På 1700-tallet var sølvverket navet i hjulet som fikk samfunnet til å gå rundt, både i Kongsberg by og i omegnen.

Men så kom det nedgangstider. I 1805 ble sølvverket nedlagt. Riktignok hadde man en "sluttpakke"- ordning – bergarbeiderne kunne få utbetalt ett års lønn mot å flytte fra byen. Men hva med å få en hel årslønn i hendene, når man var lite vant til pengeøkonomi? Og hva med å finne et nytt utkomme for seg og familien. Og hvor skulle man flytte hen? Nedleggelsen ble en sosial katastrofe. Verket ble da også gjenopprettet i statlig regi ved et stortingsvedtak i 1815.

Bergarbeidernes kår ble både den gang og senere betraktet som bekymringsfulle. Rosted skriver imidlertid selv at bekymringen ikke gjaldt alle som hadde sitt virke på Kongsberg. Det var også i dette samfunnet et øvre sjikt. De hadde det bedre, men sjiktet var tynt. Det var en fåtallig gruppe.

Norge hadde også store industrisamfunn tilknyttet bergverk andre steder, f. eks. på Løkken, Røros og Modum. Andre eksempler med mindre skala kan dessuten hentes fra jordbruk, fiske og skogsdrift, der levekårene ofte kunne være sammenliknelige med bergarbeidernes på Kongsberg.

Fortidens klassestruktur gjør ofte sammenlikninger vanskelige. Det var et naturlig trekk ved datidens samfunn at det var stor avstand mellom høy og lav. Da spilte sosiale faktorer sterkt inn, også når det gjaldt å mestre helserisiko eller helsesvikt.

Man må også være nøye med hva man sammenlikner med – er det med forhold i samtiden eller forhold i nåtiden? I samtiden kan forhold som vi i ettertid synes er betenkelige, være ansett som akseptable. På den annen side kan kulturell avstand mellom det som beskrives og den som beskriver også påvirke de skriftlige kildene vi har.

*Folkehelse anno 1795*

Yrkesrisiko var en velkjent helsefare på 1700-tallet. Allerede i året 1700 hadde italieneren Bernardino Ramazzini (1633-1714) gitt ut en bok om ulike yrkessykdommer, så problemstillingen yrke og helse var godt kjent. En jobb var sjelden ufarlig. I landbruk, fiske og andre deler av primærnæringene var det rikelig med helserisiko. Det gjaldt ikke bare for sykdommer, men også for ulykker, ofte med dødelig utfall eller med langvarig invaliditet som følge. Akutt og kronisk sykdom var en integrert del av hverdagslivet. Og mangelen på effektiv behandling kunne gjøre selv bagatellmessige plager til en langvarig affære.

Blant bergarbeiderne på Kongsberg nevner Rosted sju sykdomskategorier som de viktigste:

*1. Brystsvakhet.* Dette kan være en tilstand med eller uten hoste, smerte, blodspytting og trangbrystethet, men også være det han kaller en virkelig brystbetennelse. Rosted mener det er en rimelig sammenheng med belastningen kroppen utsettes for ved at arbeideren kommer svett og varm på jobb etter en lang vei hjemmefra, for så å klatre ned i en kald og fuktig gruve, ofte 100 Lachter, hvilket tilsvarer ca. 200 meter. *Gamle Segen Gottes Grube* hadde til og med en dybde på hele 280 Lachter eller 560 meter.

Nede i gruva var det en os fra faklene som la seg som en sotaktig materie i luftveiene. De som arbeidet i en smeltehytte, var særlig utsatt for varme, De ble tørste og drakk da kaldt vann. Rosted mente dette var årsaken til at de var særlig utsatte for svinnsott og tæring. Tuberkulose var ikke noe medisinsk begrep på denne tiden, men vi må anta at det var det sykdommen var. Nokså tilsvarende var det for de arbeiderne som drev fram stoller ved hjelp av fyrsetting – eksponering for varme og røyk ved at de varmet opp fjellet med bål og så helte vann på.

*2. Galdefeber*. Dette var tidens samlebetegnelse på mage-tarm-sykdommer som var preget av kvalme og oppkast.

3. *Nerve- eller forråtnelsesfeber*. I dag regner vi den gamle diagnosen *forråtnelsesfeber* er som en bakteriell Salmonella-infeksjon i tarmen. Å stille moderne diagnoser på grunnlag av gamle sykdomsbeskrivelser er ofte teoretisk vanskelig, fordi logikken var en annen, men i dette tilfellet er det nok tillatelig. Vi kaller i dag sykdommen *tyfoidfeber*. Den kan være meget alvorlig og gir feber og diaré. Den kan medføre omtåkethet, derfor brukte man i gammel tid også betegnelsen *nervefeber*. Rosted bemerker hvordan stanken fra pasientens uttømmelser kunne være uutholdelig for legen som kom i sykebesøk. Men hvordan ble stanken opplevd av de andre som levde i samme hus - og av pasienten selv?

*4. Skjørbuk*. Rosted spesifiserer ikke sykdomsbildet, dvs. hva man regnet som *skjørbuk*. Vi som lever i dag, vet at skjørbuk gir et broket bilde med allmenn svekkelse, diverse hudaffeksjoner, tenner som løsner osv. Vi vet også at grunnproblemet var mangel på vitamin C, oftest på grunn av for lite frukt og grønt i kosten. På 1700-tallet var ikke stoffet som er blitt kalt C – vitamin kjent. Dettes funksjon ble først beskrevet av de norske professorene Axel Holst (1860 – 1931) og Theodor Frølich (1870 – 1947) i 1907. Men allerede i 1750-årene hadde den britiske militærlegen James Lind (1716-1794) utført kliniske forsøk som viste en helbredende virkning på skjørbuk ved bruk av sitrusfrukter. Rosted skyldte imidlertid på kald og fuktig luft samt mangel på renslighet. Men også Rosted visste at mangel på friske grønnsaker i kosten var av betydning, og anfører det.

*5. Diaré*. Hyppig løs mage tilskriver Rosted bergmannens arbeidsforhold, der han må drikke kaldt vann når han er svett og varm. At diaré kan være vannbåren på grunn av at vannet var forurenset med smittestoff, kunne ikke Rosted ha noen klar faglig begrunnelse for, annet enn hva han hadde kunnet resonnere seg til gjennom gamle fagtekster, empiri og observasjon. Smittebegrepet var foreløpig uklart.

På 1700-tallet og langt inn i det neste hundreåret var sannsynligvis diaré så hyppig at man tok liten notis av det før det ble riktig ille. Vi snakker her om diaré som en *endemisk* sykdom, en som svinger i bølger, men som alltid er til stede. Leger i senere tider vil spørre etter årsaken til diaréen, men på 1700-tallet må diaré oppfattes mer som en selvstendig, endemisk sykdom. Dette til atskillelse fra de *epidemiske* sykdommene som kom utenfra og slo til fra tid til annen.

Diaré illustrerer for øvrig et poeng man ofte møter på i historie, ikke bare i medisinsk historie: *Når noe er særlig hyppig, regnes det som normalt og etterlater få kilder.*

Det uvanlige og spektakulære får forrang i historiefortellingen. Epidemiene var imidlertid spektakulære i forhold til de andre sykdommene som bare var der i hverdagen, så epidemiene hører man relativt mer om.

*6. Hårdnakket forstoppelse.* Det kan høres paradoksalt at forstoppelse regnes med blant de hyppigste plagene i et samfunn som ellers var preget av det motsatte. Rosted tilskriver det imidlertid bedervet korn. Det var et faktum at korn ofte kunne være forurenset med helsefarlige sopparter på grunn av dårlig lagring. Mest kjent er meldrøyeforgiftning som kunne gi alvorlig sykdom, det som kalles ergotisme.

*7. Ormesyke.* For mye melmat kunne gi dette, mente Rosted. Det de gustne og tykkmagede barna led av, var trolig innvollsorm.

Ellers hadde barna *skarlagensfeber, kikhoste* og *kopper*. Rosted anførte at koppevaksinasjon ennå ikke var innført. Dette ble først lovpålagt i 1810. Tekstens gladmelding er at *Koldfeber* (malaria) ikke forkom på Kongsberg.

Det er overraskende at vi ikke hører om *radesyke* i Rosteds tekst.[iii] Dette var en sykdomsenhet som var typisk for Norge på slutten av 1700-tallet. Den beskrives vanligvis som en blanding av hudutslett og andre sykdomstegn som også kunne opptre ved spedalskhet eller skjørbuk, kombinert med en generelt dårlig allmenntilstand. Radesyken forsvant på 1800-tallet, ikke bare fordi levekårene ble bedre, men også fordi diagnostikken endret seg, slik at de forskjellige utslagene av radesyke nå ble klassifisert i andre mer presise kategorier.

Hjertesykdom og kreft hører vi ikke om. Vonde rygger, hofter og knær skulle man tro at det var mye av. Og var det ingen med psykiske plager i datidens Kongsberg-samfunn? Noen av disse spørsmålene besvares ved å se på befolkningssammensetningen, noen av sykdomsoppfatningen, andre simpelthen av tidsånden – hva som ble regnet som sykdom og hva som bare var livets fortredeligheter.

De typiske forandringene har vært de langsomme, de umerkelige - hvis man ser på dem i et perspektiv fra dag til dag. Men endringene slår i øynene hvis man anlegger et historisk blikk og ser etter lange linjer. Over årtier forandret befolkingen seg. Dødeligheten falt, spesielt for de minste. Med noen årtiers forsinkelse ble også de store barneflokkene historie. Særlig interessant er hvorfor og hvordan dette *begynte* – og hvorfor og hvordan denne prosessen *sluttet*, slik at det ble en ny "normal".



*Figur 4.1: Arbeid i Kongens Grube, Kongsberg 1834. Gouache av Johannes Flintoe (1787-1870). Nasjonalmuseet.*

## Noter

[i] Om det svenske «tabellverket» m.v. kfr. Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin*. Stuttgart/Oslo: Fischer/Universitetsforlaget, 1976.

[ii] Avhandlingen er nyutgitt i boka Larsen Ø. red. *Berglege Henrik Rosted og levekårene på Kongsberg ved slutten av 1700-tallet*. Kongsberg: Sølvverkets Venner, 1994. Der er også tatt med en kildeoversikt om helseforhold i norske bergverkssamfunn ved slutten av 1700-tallet, og en artikkel om funksjonen av sykehuset på Kongsberg 1769-1773.

[iii] Lie AK. *Radesykens tilblivelse: historien om en sykdom*. Oslo: Det medisinske fakultet, 2008. dr. avh.

**Kapittel 5**

## Land og by – dødelighet og befolkningsøkning

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

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

*Høye tall og store svingninger*

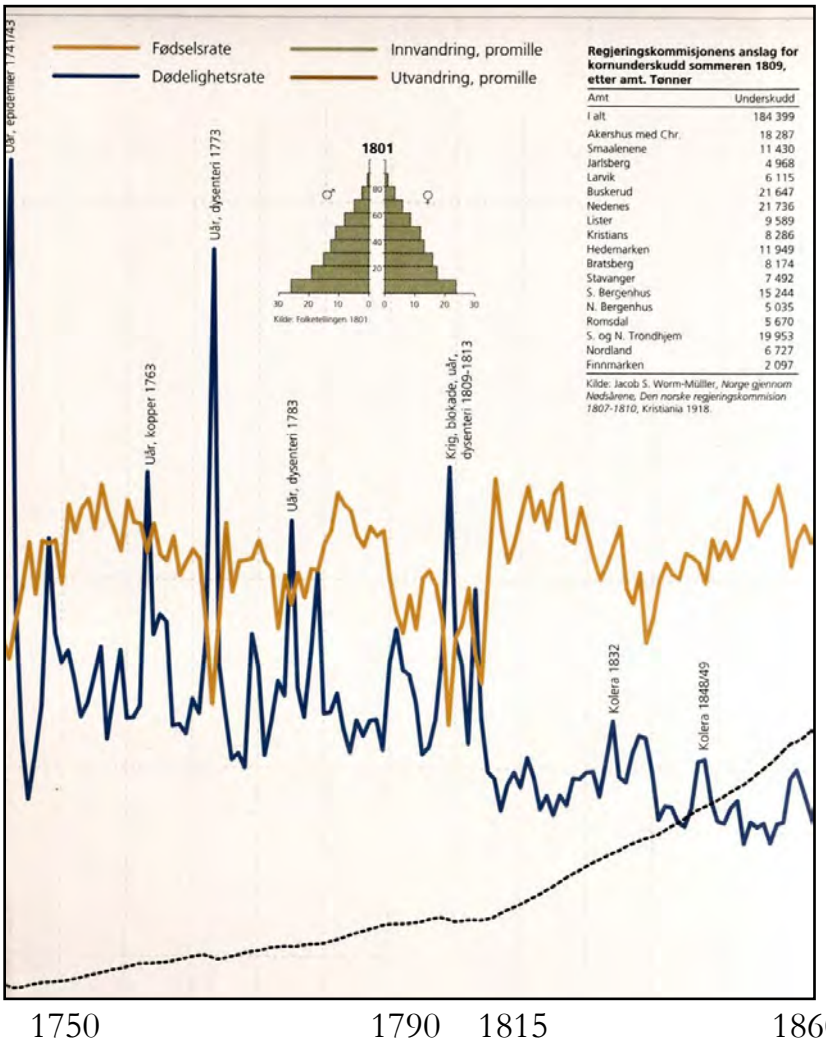
For å se nærmere på dynamikken i det figuren forteller, kan vi ta for oss et utsnitt av prosessen, nemlig det som skjedde rundt 1800, se figur 4.1.

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

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

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

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




**Regjeringskommisjonens anslag for kornunderskudd sommeren 1809, etter amt. Tønner**

| Amt | Underskudd |
|---|---|
| I alt | 184 399 |
| Akershus med Chr. | 18 287 |
| Smaalenene | 11 430 |
| Jarlsberg | 4 968 |
| Larvik | 6 115 |
| Buskerud | 21 647 |
| Nedenes | 21 736 |
| Lister | 9 589 |
| Kristians | 8 286 |
| Hedemarken | 11 949 |
| Bratsberg | 8 174 |
| Stavanger | 7 492 |
| S. Bergenhus | 15 244 |
| N. Bergenhus | 5 035 |
| Romsdal | 5 670 |
| S. og N. Trondhjem | 19 953 |
| Nordland | 6 727 |
| Finnmarken | 2 097 |

Kilde: Jacob S. Worm-Müller, *Norge gjennom Nødsårene. Den norske regjeringskommision 1807-1810*, Kristiania 1918.

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

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

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

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

*Å få mange barn – eller ikke?*

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

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

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

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

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

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

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

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

*Flytteprosessene*

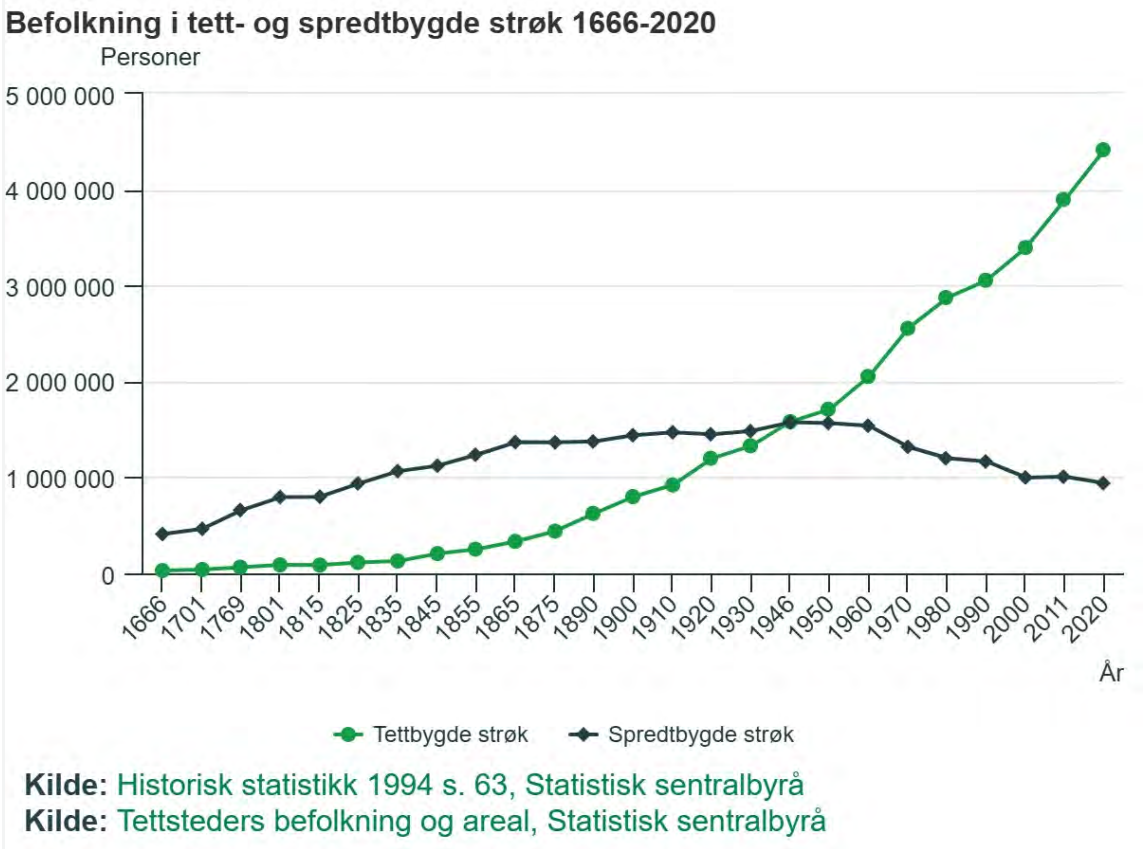
Nederst i figur 3.1. ser vi de demografiske sikkerhetsventilene – den store *utvandringen* på 1800-tallet fram til 1930, især til USA, og – i neste århundre - *innvandringen* fra 1970-årene og framover. Det er imidlertid en viktig, omfattende prosess som *ikke* går fram av denne figuren. Det er den interne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

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

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

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

Det var da Norge for alvor begynte å bli endret.




*Figur 5.2. Befolkningsfordeling mellom tettsteder og landdistrikter*

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

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

*Nye vilkår for helse i det nye Norge?*

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

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

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

*"The take home message"*

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

*Forslag til lesning*

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

## Noter

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

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

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

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

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

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

**Kapittel 6**

## Helsefarenes dynamikk – prinsipper fra fortiden

*Helsefarer har sitt eget utbredelsesmønster – en epidemiologi – akkurat som sykdommene de framkaller. Ordet epidemiologi betyr i vanlig språk læren om sykdomsutbredelse. Det er imidlertid et viktig nivå bakom sykdomsutbredelsen, nemlig utbredelsen av sykdomsårsakene. Grunnprinsippene for dette kommer ofte godt til syne gjennom data fra eldre tid, for eksempel fra 1700-tallet, blant annet fordi det meste gikk langsommere for seg da enn senere. På 1700-tallet var uår og krig sammen med smittsomme sykdommer tre viktige determinanter som spilte sammen, både for folkehelse og befolkningsutvikling.*

Gå tilbake figur 5.1. (s. 36), det utsnittet av statistikken som viser dødelighet, folketall og folkevekst i Norge i årene rundt 1800, altså i årene *før* det brå skiftet i det demografiske mønsteret rundt 1815. La oss først se nærmere på de sykdomsårsakene og de sykdomsutløsende faktorene som skjuler seg bak de taggete kurvene før transisjonen begynte.

Sett i bakspeilet assosierer vi kanskje i vår tid 1700-tallet mest med kunst og kultur, vakker musikk og forseggjort arkitektur, tradisjoner, harmoni og opplysningstid med nye idéer. Fra kontinentet og fra Storbritannia hørte vi i Norge den gang at en industriell revolusjon var i gang. Den kunne ha lovende utsikter for framtiden også da den etter hvert nådde oss.

Ved nærmere ettertanke er en slik stereotypi av århundret altfor enkelt. 1700-tallet ble i Norge formørket av slagskyggene fra århundrets første år, fra den store nordiske krig (1700-1721). I vårt land var kampen mot svenskene både lang og blodig. Og ved slutten av århundret ble også vi i Norden skremt av å høre om hvordan hodene rullet når øksebladet falt ved franske giljotiner. Den politiske revolusjonen i Frankrike lot ikke bare hoder falle, men også gamle styringsformer.

Historien kan gi oss, samlet sett, et bilde av 1700-tallet som en vei fram mot demokrati og et moderne samfunn. Det er ikke sikkert at situasjonen ble opplevd som så positiv der og da. Vi som lever på 2000-tallet i Norge kan lene oss tilbake i godstolen, lese Goethe og lytte til Mozart. Det var bare noen ganske få i samtiden som kunne det. Vi trenger et bakteppe.

Det var ingen allmenn harmoni i det gamle samfunn, tvert imot. I et befolkningsmessig og helsemessig perspektiv var det attende århundret stadig hjemsøkt av *kriser*. Kurvene helt til venstre på figur 5.1. gjenspeiler noe av dette. I århundrene forut hadde det vært slik også, men det er fra 1700-tallet og for Norges vedkommende fram til 1815, at vi får mer eksakt kunnskap om hva som skjedde.

Kildematerialet fra denne forgangne tiden kan riktignok være vanskelig å håndtere, spesielt tallmessig. Det trer likevel fram et allment mønster om viktige sykdomsfremmende og sykdomsutløsende faktorer som henger sammen, Dette er faktorer som høyst sannsynlig har spilt tett sammen også tidligere, og vi har kunnet kjenne dem igjen senere.

Historiens tre store determinanter for folkehelse og befolkningsutvikling på denne tiden er *uår, krig* og *smittsomme sykdommer*. Det gjelder fortsatt, men trer særlig tydelig fram hvis vi benytter forholdene i tiden framover mot rundt 1815 som eksempel:

*Uår*

I året 1815 var det ikke sommer. Gråværet slapp ikke solstrålene fram. Kornet ble ikke modent. Det ble matmangel og hungersnød mange steder i verden, også i Europa. Hvorfor?

Årsaken til det som hendte, var å finne i Indonesia. I dagene mellom 7. og 12. april 1815 hadde den sovende vulkanen Tambora et utbrudd som regnes som verdens største i moderne tid. Da askeskyene hadde lagt seg og lavastrømmene var størknet, var det opprinnelig ca 4000 meter høye fjellet redusert til 2850 meter. Toppen var erstattet av et dypt krater med ca. 60 km diameter. De enorme mengdene aske og støv som var blitt slynget ut, spredte seg i atmosfæren over hele verden og forble der i lang tid. Rester kan blant annet gjenfinnes i isen i både Arktis og Antarktis. Askeskyene skapte uår, selv i fjerntliggende områder som Nord-Amerika og Europa, mens Norge av en eller annen grunn ble mindre berørt. Til gjengjeld ble neste år, 1816, det kaldeste i manns minne.[i]

Norge hadde også tidligere fått føling med konsekvenser av vulkanutbrudd. Det gjaldt vulkanen Laki på Island i 1783-1784. Da hadde det spredt seg en seig, svovelholdig dis seg utover Europa, også over Norge. Den forårsaket både dødsfall og en generell nedkjøling av klimaet.

Uår, dvs. år med for lite avling, fikk særlig stor betydning for samfunn som i utgangspunktet hadde en marginal, men vanligvis tilstrekkelig matproduksjon til å holde livet oppe hos befolkningen. Det kunne være lite å gå på i slike tider. F. eks. i enkelte gamle, norske jordbruksbygder kunne det bli meget vanskelig i en tid da det var komplisert å få tilførsler utenfra. Man var avhengig av det som vokste på jorda

der og da. Verst stilt kunne derfor folk i indre østlandsbygder være. De hadde ikke i samme grad kystboernes muligheter til å spe på med fisk.

Se på den lille tabellen øverst til høyre på figur 5.1. Der står det interessante tall for Norge i 1809. Det var i dette året et betydelig underskudd på korn. Henrik Ibsen (1828-1906) lot i sitt velkjente dikt Terje Vigen (1861) handlingen skje nettopp i 1809. Matmangelen manet til dristig seilas til Danmark etter korn. Da Terje Vigen la ut i sin desperasjon, var Norge rammet *samtidig* av alle de tre faktorene vi drøfter her: *uår, krig* og *smittsomme sykdommer*. Den verste av disse var kanskje krigen, de langvarige Napoleonskrigene som hadde skaffet oss både svenskene og engelskmennene som fiender og en omfattende blokade som hindret oss i å få inn tilførsler utenfra.

En tilleggsfaktor: Selv om man ikke direkte sultet i hjel, var matmangelen i seg selv en helsetrussel, især for sårbare grupper, fordi underernæring ga mindre motstandskraft mot mange sykdommer. Og selv om kostholdet i og for seg skulle være kalorisk tilstrekkelig, kunne sammensetningen bli feil, fordi viktige stoffer manglet.

Forekomsten av uår er vanskelig å studere. For hva er et uår, kvantitativt og kvalitativt? Da er vi over i feltet klimahistorie.[ii] Tørkesomre og fimbulvintre kan være enkeltstående hendelser, men i et langt perspektiv er klimaendringer langsomme forandringer, der det gjerne også skjer langsomme tilpasninger.

På 1600-tallet var det tilløp til opprettelse av meteorologiske institutter, men det var på 1700-tallet det begynte å bli et system i dette. Blant annet fikk man fra 1780 etablert systematiske temperaturmålinger i et observasjonsnettverk med base i Mannheim. Blant andre var sognepresten til Spydeberg Jacob Nicolai Wilse (1736-1801) en av deltakerne i nettverket. I Sverige hadde for øvrig fysikeren Anders Celsius (1701-1744) lansert sin temperaturskala i 1742. Dermed fikk man en standardisering av målingene som gjorde kvantitative og geografiske studier enklere.[iii]

Det lar seg gjøre å utføre historiske klimastudier for tidligere århundrer ved hjelp av indirekte metoder, blant annet studier av træs årringer, isbreers vekst og tilbakegang og andre langsomme forandringer[iv]

Vi ser av de langsgående tallseriene at det er markante, langsomme tidssvingninger. 1700-tallet hører med til perioden som har fått betegnelsen "den lille istid", nemlig 1600-, 1700- og 1800-årene. Det ble mange kjølige år med dårlige avlinger. 1742 og 1773 var de verste. Da var det lite mat. Sult ble en realitet.

At det finnes sterke markedskrefter, er ikke noe nytt. En faktor som var følsom for avlingene, var *kornprisene*. Prisene er derfor en indikator på både konjunkturer og folkehelse, og de følger samme mønster.[v] Var det lite korn, steg prisene.

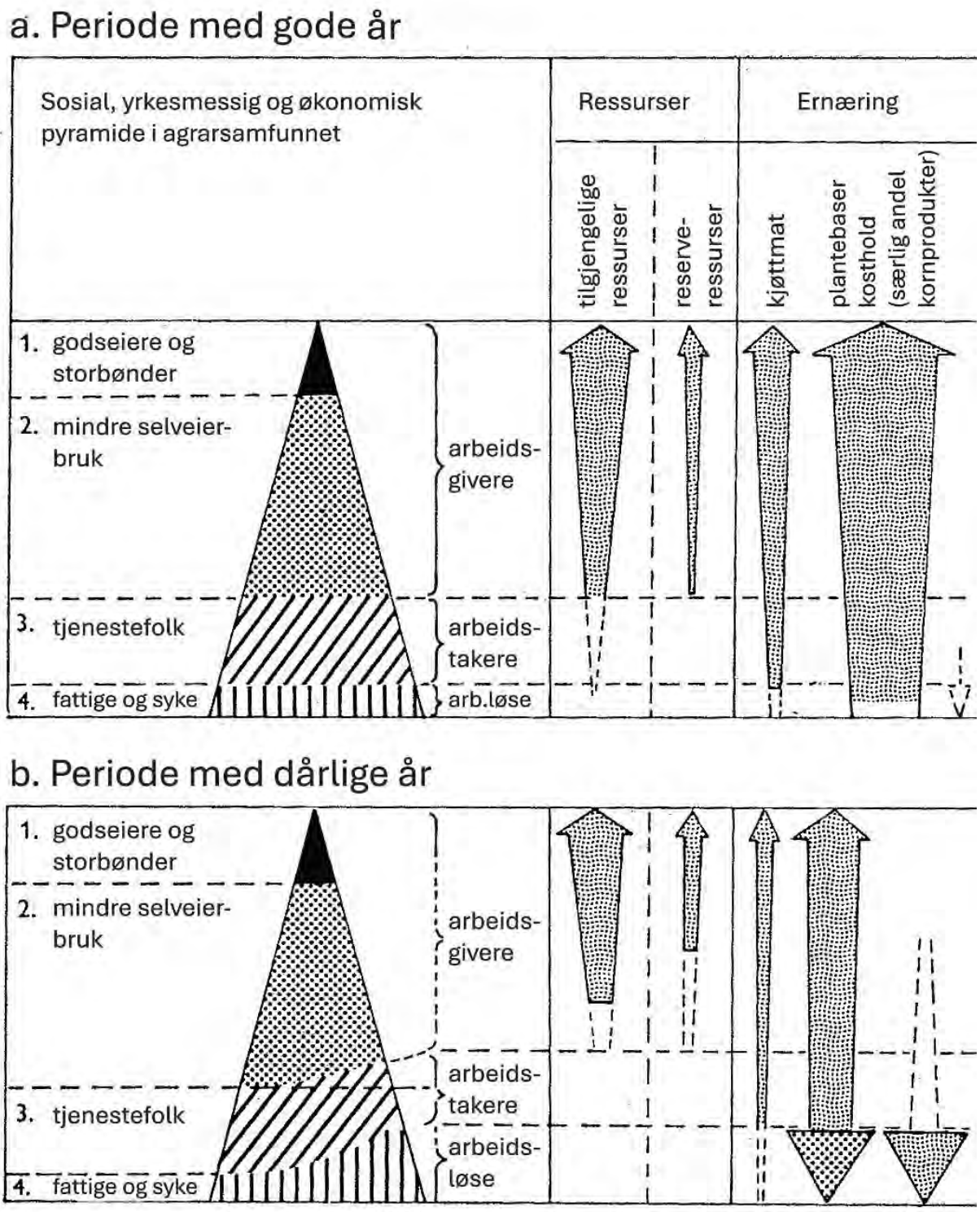
Effekten av kornprisene på folkehelsen ble forsterket i kriseår. De som hadde lite å rutte med på grunn av uåret, og som gjerne var de som trengte det mest, ble hardest rammet av de høye kornprisene – de hadde mindre å kjøpe for.

Et av mottrekkene mot markedskreftene på 1700-tallet var å opprette private og offentlige kornmagasiner. Da sikret man i ethvert fall såkorn for neste sesong… Magasinene kunne også ha korn å hente ut til forbruk, hvis matmangelen ble prekær. I Rosteds tekst fra Kongsberg fortelles at man der hadde et system med kornmagasin hvor bergarbeiderne kunne kjøpe korn til en pris som var fast og uavhengig av markedet.

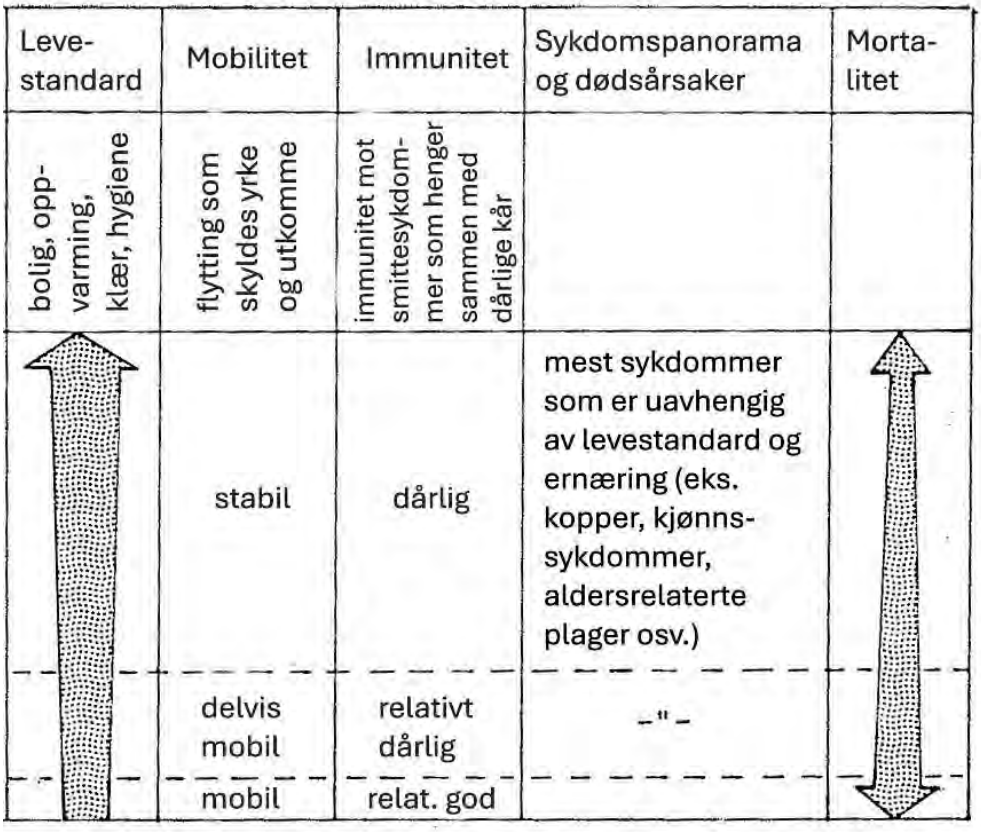
Et annet mottrekk mot kornavhengigheten var innføring av *poteter* i kostholdet.[vi] Poteter ga et effektivt tilskudd til kaloritilførselen. Det var især 1700-tallets prester som gikk i bresjen og fikk i gang potetdyrking. En av de mest kjente er "potetpresten" Peder Harboe Hertzberg (1728-1803), prost i Sunnhordland fra 1785. Da han var sogneprest til Finnås i 1774, ga han ut en bok med veiledning i potetdyrking, basert på egne erfaringer (Figur 6.1.).

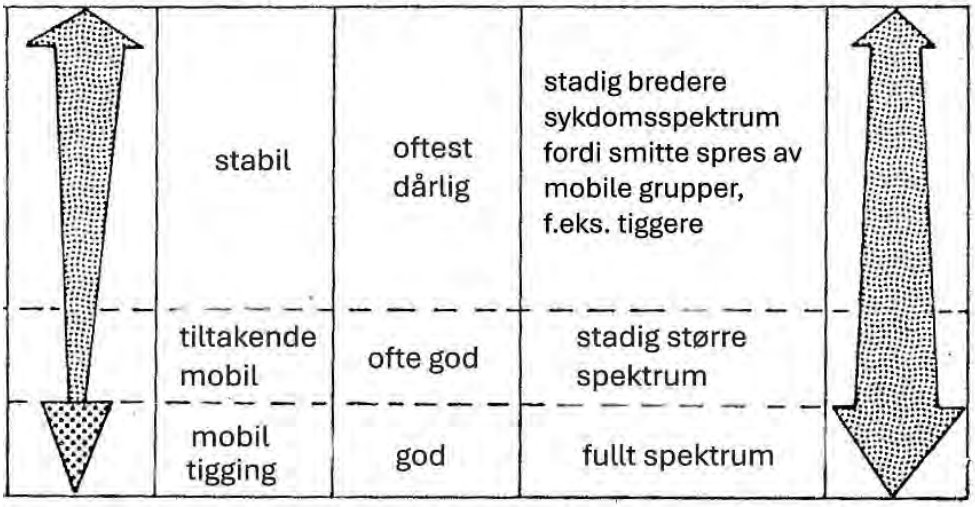

Underretning
for
Bonder i Norge,
om
Den meget nyttige Jord-Frugt
Potatos
At plante og bruge.
Af
Egen Erfarenhed forestillet;
ved
P. H. HERTZBERG.
Ander Oplag.
I BERGEN, 1774.
Trykt i Hr. Mag. H. Mosses priyil. Bogtrykkerie.

*Figur 6.1. Potetpresten Peder Harboe Hertzbergs berømte bok om potetdyrking. (Foto: Nasjonalbiblioteket)*




*Figur 6.2. Folkehelseeffekter i 1700-tallets agrarsamfunn i gode år og i dårlige. Bredden på pyramider og søyler viser til omfanget. ( Imhof i Imhof & Larsen 1975)*


Leve-standard
Mobilitet
Immunitet
Sykdomspanorama og dødsårsaker
Morta-litet
bolig, opp-varming, klær, hygiene
flytting som skyldes yrke og utkomme
immunitet mot smittesykdom-mer som henger sammen med dårlige kår
stabil
dårlig
mest sykdommer som er uavhengig av levestandard og ernæring (eks. kopper, kjønns-sykdommer, aldersrelaterte plager osv.)
delvis mobil
relativt dårlig
-"-
mobil
relat. god


stabil
oftest dårlig
stadig bredere sykdomsspektrum fordi smitte spres av mobile grupper, f.eks. tiggere
tiltakende mobil
ofte god
stadig større spektrum
mobil tigging
god
fullt spektrum

Den lave middeltemperaturen gjorde dagliglivet annerledes: I Rosteds avhandling fra Kongsberg[vii] hører vi for eksempel at kulden innfinner seg fra midten av september og at Lågen fryser til i midten eller slutten av november. Og isen går ikke opp igjen før sist i april neste år, anfører han. Et slikt kaldere klima kunne ha negative effekter, blant annet på folkehelsen.

Men det var også positive sider, f. eks. for framkommeligheten, da å gå eller å kjøre slede på snødekte veier og islagte vann kunne være bedre enn å ferdes i sommerens søle og støv. Og mat holdt seg bedre i kjølig vær.

Uårenes virkning på folkehelsen fulgte et sosialt mønster. Se på figur 6.2. Denne passer riktignok best for typiske mellomeuropeiske jordbrukssamfunn, der de enkelte driftsenhetene ofte var store gods på få eierfamiliers hender (gruppe 1 på figuren). Eierne hadde et stort antall tjenestefolk og gårdsarbeidere av forskjellige kategorier (gruppe 3 på figuren). Danmark og Sverige hadde også ofte en slik feudal modell.

Noen få slike gods fantes også i Norge, men her til lands var figurens gruppe 2 den typiske, selv om det også i Norge kunne være storgårder med mange folk av ulike kategorier. Nesten over alt i Norge var det mindre selveierbruk som mest produserte for eget forbruk og bare hadde en liten andel for salg. Det var det som kalles *subsistence farming*. Gårdssamfunnet tilstrebet først og fremst å klare seg selv.

Gruppene 1 og 2. i figur 6.2. eide og forvaltet produksjonsmidlene. Brukerne disponerte jordbrukseiendommene og redskapen selv. De hadde dermed en sosial og økonomisk forankring, en sikkerhet til forskjell fra gruppe 3, de ansatte. Men aller størst var forskjellen fra gruppe 4, de fattige og syke som var på legd rundt på gårdene.

Når et uår slo til, var det gruppe 3 og 4, de eiendomsløse og de nødstilte gruppene som det først og fremst gikk ut over, slik som illustrert på figuren. De kunne miste livsgrunnlaget, simpelthen fordi det ikke var bruk for dem, eller fordi arbeidsgiveren ikke hadde mulighet for å avlønne dem eller gi dem hus og mat når utkommet sviktet. Også det moralske ansvaret å å ta seg av gamle, fattige og syke kunne fordre et overskudd man ikke lenger disponerte.

Det eiersjiktet kunne ha, og som de andre berørte gruppene manglet, var *reserver*. Derfor steg sykelighet og dødelighet mest i de laveste befolkningsgruppene når uår rammet. Det var et klart samspill mellom sult og sykdom.[viii]

Dessuten: Ved en normalsituasjon der tilgangen på livsnødvendigheter var på et lavt nivå, var det lite å stå imot hvis noe unormalt skjedde. Det var også en lite utbygd offentlig infrastruktur som kunne hjelpe. Derfor ble ofte ekstremværsituasjonene man opplevde i årene under "den lille istid" en særlig belastning. Befolkningen var sårbar.




*Figur 6.3. Flommerker ved Sperillen. Flom kan fortsatt komme, som i 2022, selv om reguleringsmulighetene er blitt bedre. (Foto: Øivind Larsen 2025)*

Regn og flom kunne være truende for livsgrunnlaget. Verst var den såkalte Storofsen i juli 1789.[ix] Det kom da ekstreme nedbørmengder over Østlandet. Torden og oversvømmelse gjorde tanken på syndflod og dommedag nærliggende. Mjøsa steg sju meter. Glomma rant over ved Kongsvinger, slik at noe av vannet tok veien til Sverige og passerte Väneren på sin vei mot havet ved Göteborg. Ras og ødelagte jorder og gårder var det sørgelige resultatet. I enkelte bygder var eksistensgrunnlaget truet.

Det har selvsagt vært skadevoldende storflom senere også, men på grunn av reguleringstiltak og annen forebygging har ikke langtidsskadene blitt så omfattende. 1860 er et tankevekkende eksempel. Høyt på en fjellvegg ved innsjøen Sperillen står et flommerke. Det må ha vært mye vann!

*Krig*

Den 11. desember 1718, om kvelden, ble den 36 år gamle øverstkommanderende for Sveriges militærmakt, kong Karl XII (f. 1682) skutt og drept under beleiringen av Fredriksten festning ved Halden. Det er fortsatt uklart hvem som avfyrte det dødelige skuddet, og det er kanskje like greit. Norsk eller svensk? Uansett var det dermed slutt på svenskekongens mangeårige militære eventyr som hadde rammet hele Europa, og som førte til at Sverige mistet sin posisjon som stormakt. Norge

hadde vært innviklet i blodige kamper med svenskene. Mest kjent er kanskje den svenske invasjonen i 1716, da det var mange trefninger, især rundt om på Østlandet. Historier som den om prestefruen på Ringerike Anna Colbjørnsdatter (ca. 1667-1736) er fortsatt velkjent. Da svenske tropper ankom Norderhov prestegård 28. mars 1716, bevertet og skjenket hun dem på det beste, mens hun i stillhet hadde varslet den norske avdelingen som lå ved Stein gård et stykke unna. Nordmennene ankom og med de søvndrukne svenskene måtte det gå som det gikk. Historien om krigen i 1716 er også et stykke klimahistorie. Selv i slutten av mars var det kaldt, is og snø. Blant annet var Christianiafjorden tilfrosset og troppeforflytninger kunne skje på isen.

Den store nordiske krig som hadde vart siden 1700, var over med Karl XII's fall ved Fredriksten. Formalia og fredsavtaler sto riktignok foreløpig igjen. Dette tok litt tid, men den største belastningen for folk flest var slutt[x] - så lenge det varte.

Krig hadde både en direkte og en indirekte innflytelse på liv og helse, selv i de fjerneste avkroker. Mobilisering skjedde gjerne ved at de enkelte gårdene ble pålagt å stille soldater – familiemedlemmer som man kanskje aldri ville se igjen. Ikke bare svekket utskrivningen den tilgjengelige arbeidskraften på gården, men hvis man også var nødt til å stille med en eller flere hester, kunne det gå alvorlig ut over produksjonsevnen. Matmangel kunne true bare på grunn av dette.

I tillegg var det under slike omstendigheter gjerne en vanskelig forsyningssituasjon. Det var ikke lett å få kjøpt noe annetstedsfra, og hvis noe skulle være tilgjengelig, kunne det være sparsomt med rede penger til å betale med.

Hvis området til og med ble krigsskueplass, der troppestyrker kjempet mot hverandre, ville nedtråkket åker og eng, eventuelt også nedbrente hus kunne ødelegge det man tross alt hadde.

Historisk kan helsemessige kriser på denne tiden måles i form av *demografiske kriseår,* altså år da dødeligheten var større enn befolkningstilveksten, slik blant annet historiker-demografen Arthur Imhof (f. 1939) har analysert for de nordiske landene. Kriseår er imidlertid et grovt mål som bare viser helheten og de årene som var verst, ikke de andre vanskelige årene som lokalt kunne være like ille.

For krigstider kan man ved registrering av kriseår se et tydelig mønster for hvordan folkehelsen ble negativt påvirket gjennom rekruttering og oppmarsj, via krigshandlingene til sluttfasen da de overlevende soldatene vendte hjem igjen.[xi]

Krigføringen hadde gjennom de sykdommene den medførte, en negativ helsemessig effekt som kunne være betydelig større enn det som skyldtes militære tap. Et eksempel er den såkalte Tyttebærkrigen i 1788. Som en følge av stormaktspolitikken i København invaderte da norske styrker Bohuslän i løpet av noen våte og kalde høstuker. De jagde svenskene nesten til Göteborg, før det ble

fredsslutning og nordmennene trakk seg tilbake til utgangspunktet Fredrikstad. De militære tapene var minimale på begge sider. Men 1788 var et av 1700-tallets særlig kalde år. Med dårlige uniformer og uegnet fottøy ble både felttoget og retretten til leiren i Fredrikstad en påkjenning for de norske mannskapene. Det regnes at ca. 1500 døde av sykdom.

I de siste årene før Norge fikk sin relative selvstendighet i 1814, var krigen særdeles nærværende. Se tabell 6.4. Oberst Henrik August Angell (1861-1922) ga i tilslutning til hundreårsfeiringen for grunnloven i 1914 ut en stor og detaljert bok om kampene mellom norske styrker på den ene siden og svensker og briter på den andre.[xii] Den beskriver hvordan blodige sammenstøt fant sted især rundt om på Østlandet. Geværer og ikke minst bajonetter var i flittig bruk. Soldater fra Lærdal fikk ry på seg for å være særlig resolutte med bajonettene.

For engelskmennene var det viktig å avskjære korntilførselen til Norge. I nord var det tilsvarende viktig for dem å hindre korntilførsler fra Russland. Det ble derfor nødvendig for Norge å opprette et kystvern. Det kom til kamper F. eks. i 1809 ble Hasvik på Sørøya raidet av engelskmennene, før de besatte og plyndret Hammerfest. Kjelvik på Magerøya ble plyndret i 1810. Og den 2. august 1812 var det et større sjøslag inne på Tromsø havn.

Nordmennene var imidlertid også selv på offensiven i denne tiden. Krigsårenes kapervirksomhet må kunne ansees som sjørøveri med øvrighetens samtykke. Med et "kaperbrev" kunne man borde fiendens skip. I 1813-1815 drev også amerikanske skip kapervirksomhet mot britene med Hammerfest som base. Krigføringen og folkehelseeffektene av den gjorde seg altså gjeldende selv i de fjerneste strøk og i de minste bygdelag, se figur 6.5.

Med unntak for folk ved kysten som hadde mer kontakt med andre gjennom fiske og sjøfart, levde folk på 1700-tallet i mange bygder langt mer isolert enn senere. Det var begrenset reisevirksomhet. Man måtte få utstedt pass, selv for innenlandske reiser, helt fram til 1860. Denne begrensede mobiliteten gjorde at innkalling og retur av soldater bidro sterkt til trusselen fra den tredje av de store folkehelsefarene, *spredning av smittsomme sykdommer*. Smittefaren økte. Isolasjon og immunitet hang nemlig sammen. Isolerte folkegrupper har ofte dårligere immunitet enn andre mot nye sykdommer utenfra. Skal man følge smittesykdommenes utbredelse, bør man derfor også følge de militære aktivitetene.

*Smittsomme sykdommer*

De store toppene på kurven over dødelighet i det gamle samfunn skyldtes *de smittsomme sykdommene*. Selv fra en tid da det er usikre tall å bygge på, forstår vi at det var slik ut fra verbale kilder. Det var gjerne en kombinasjon av de

allestedsnærværende endemiske smittesykdommene og innkommende epidemier med ny smitte som slo til. Hvis allmenntilstanden i befolkningen var tilstrekkelig svekket, kunne selv bare den endemiske smitten være nok til å gi utslag på dødelighetskurven. De tilstedeværende smittesykdommene fikk muligheter til å bli verre. De to andre fasiliterende faktorene *uår* og *krig* akselererte forekomsten.

Måten de smittsomme sykdommene spredte seg på, kunne være noe forskjellig. I fredstid var det typiske mønsteret at sykdommene fulgte handelsveiene, i krigsår troppeforflytningene. Når innkommende smitte rammet lokalsamfunnene, kunne det bli alvorlig og føre til dødelighetstopper, slik vi ser av kurvene. Det gikk imidlertid sjelden raskt, fordi transport tok tid.[xiii]

Men hva slags sykdommer var det som rammet? Vi vet egentlig ikke nøyaktig hva slags sykdommer det dreide seg om. Ikke bare var datidens registrering av sykdommer usystematisk og mangelfull, men selve logikken i de ofte knappe sykdomsbeskrivelsene er vanskelig å følge, både i datid og ettertid. Gamle sykdomsnavn må oversettes med forsiktighet.



Liſte
paa de Døde og Blesſerede, ombord i den Frederiksværnſke Kanon-Flotille, i Attaquen med den engelſke Kutterbrig Allarm den 10de Auguſt 1809.

| Diſtrict. | Bye eller Sogn. | No. | Navne. | Beſkrenkhed. | Gifte. | Anmærkninger. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Chriſtianſand. | Eide Sogn. | " | Torger Raſmuſſen. | halv | nei | Dræbt ſtrax. |
| Bragernæs. | Tønsberg. | " | Lars Chriſtopherſen. | halv | nei | Miſtet Laaret. Døde ſtrax efter. |
| Chriſtianſand. | Bamble. | 62 | Søren Clauſen. | heel | nei | Miſtet begge Laar. Døde noget efter. |
| Bragernæs. | Tangen. | 298 | Bent Chriſtopherſen, Baadsmand. | " | nei | Miſtet et Been. |
| Chriſtianſand. | Arendal. | 106 | Mikkel Larſen. | heel | " | Miſtet venſtre Arm. |

I alt 5 Mand, hvoraf 3 Døde, og 2 ſom Blesſerede indlagte paa Sygehuſet.
Teſterer S. Bille.

Arbo,
Maanedslieutenant og Adjutant hos Capitain Bille.

*Tabell 6.4. Tjeneste på et marinefartøy kunne vær brutalt. Det var lite å stille opp med av effektiv behandling ved skader som disse fem mannskapene pådro seg under en batalje i 1809. Fra omtalen i det halvoffisielle tidsskriftet* Budstikken.




*Figur 6.5. Over hele landet finner vi minnestøtter fra krigen med Sverige 1808-1814. Monumentet på bildet står i den i sin tid nokså avsidesliggende lille bygda Hedalen i Valdres. 15 falne er mye i et lite bygdelag (Foto: Øivind Larsen 2011)*

Sykdomsbetegnelsene før en tid inn på 1800-tallet var ofte basert på symptomer, ikke på årsaker eller sykdomsprosess. De samme ordene kunne bli brukt med ulikt innhold, avhengig av tid og sted. Eksempel: Når vi hører om dysenteri på 1700-tallet, må vi huske at ordet *dys-enteri* i seg selv bare betyr forstyrret tarmfunksjon. Er det spesifisert med ord som "blodgang" eller "rødsott", forstår vi betydningen bedre, for da er det mer sannsynlig at det dreier seg om dysenteri i ettertidens forståelse av ordet, der diaréen kan være blodig. Men også vår tids dysenteri kan være av to slag med ulik epidemiologi, nemlig bakteriell dysenteri og amøbedysenteri.

Og fortidens *nervefeber* kunne bli betraktet som en sykdom i nervesystemet på grunn av pasientens omtåkethet, men bør historisk registreres blant tarminfeksjonene. Sannsynligvis betyr også *forråtnelsesfeber* det samme. I samtidens logikk kunne virkningen på nervesystemet være et klassifikasjonskriterium, selv om magesymptomene gjør at ettertiden forstår at det var en salmonellainfeksjon – det vi kaller *paratyfus*.

| *Samtidens sykdomsnavn* | *Tentativ moderne diagnose* | *Prosent av 356 oppgitte dødsårsaker* |
|---|---|---|
| 1. Blodgang | Dysenteri | 49,7 |
| 2. Forråtnelsesfeber | Tyfoidfeber | 14,6 |
| 3. Feber | Feber, uspesifisert | 0,5 |
| 4. Lasarettfeber | Feber på sykehus | 0,3 |
| 5. Gallefeber | Feber med magesymptomer | 1,7 |
| 6. Nervefeber | Tyfoidfeber | 2,5 |
| 7. Epidemi | Epidemi, uspesifisert | 2,8 |
| 8. Kopper | Kopper | 9,0 |
| 9. Kikhoste | Kikhoste | 3,7 |
| 10. Meslinger | Meslinger | 3,4 |
| 11. Skarlagensfeber | Skarlagensfeber | 0,3 |
| 12. Hunger | Sult | 1,4 |
| 13. Mangel, usunn mat og sykdom | Mangel, usunn mat og sykdom | 10,1 |

Forråtnelsesfeber (2) er sannsynligvis det samme som nervefeber (6).
Feber (3) var en samlebetegnelse for et stort antall sykdomsbilder, kategorisert ved symptomene.
Ordet gallefeber (5) ble ofte brukt uspesifikt om kvalme, oppkast og diaré forbundet med feber.
Selv om nervefeber var en tarmsykdom, var den betegnet som en nervesykdom fordi pasientene ofte var omtåkede.

*Tabell 6.6. Dødsårsaker, Akershus 1801-1815. (Etter Sogner 1976, kfr. Larsen 1979.)*

I Sverige hadde man en standardisert, nasjonal registrering av dødsårsaker fra 1749, revidert i 1774. Riktignok var det først bare 33 kategorier, men det hjalp for å skaffe oversikt. Så langt var vi da ennå ikke kommet i Norge. I historieprofessor Sølvi Sogners (1932-2017) doktoravhandling *Folkevekst og flytting* fra 1976, har hun med noen dødsårsaker fra Akershus i årene 1801-1815, her i tabell 6.6 omregnet til å vise hyppighet.[xiv]

Rosteds beskrivelse fra Kongsberg i 1790-årene hadde med en omtale av sykdommene, men ingen tall for forekomst. Dette var vel å merke sykdommer som var *tilstede* i befolkningen, altså herunder altså også *sykelighet som man ikke nødvendigvis døde av.* Dette er et allment problem når man vil studere sykdommenes og folkehelsens historie i eldre tid. Det er mye uhelse i menneskers liv før man er kommet så langt at dødsfallet registreres. Det som mest preger hverdagens folkehelse er sykdommene som bare *er* der.

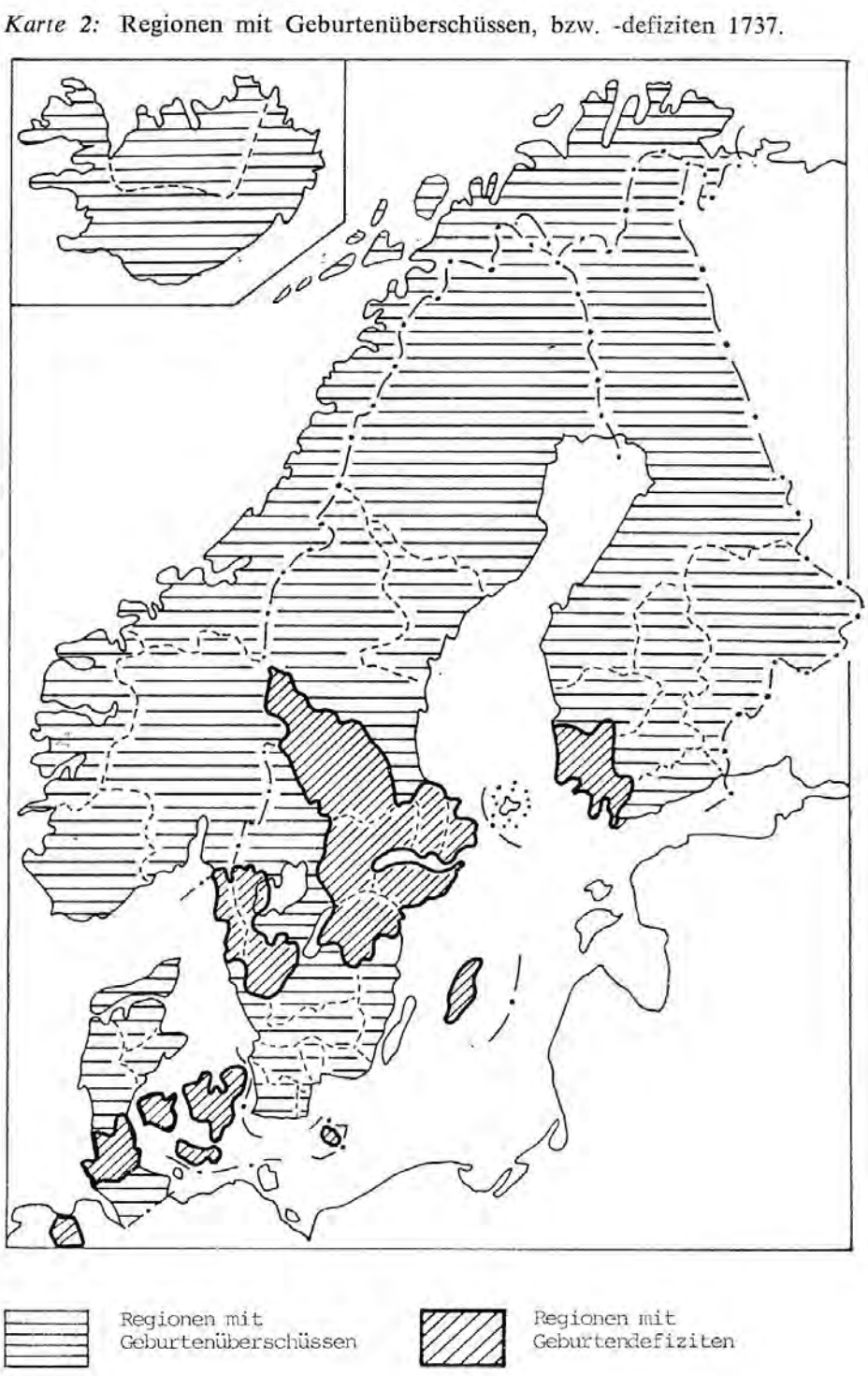
Mange av de smittsomme sykdommene vi ser i dødelighetsstatistikken, har dessuten en viktig forutsetning som lett blir glemt: Hvis forekomsten ev de *endemiske* sykdommene svinger mye, slik at det kommer en bølge av tilfelle, der dødsrisikoen for de angrepne, *letaliteten,* i og for seg ikke er unormalt høy, kan et stort antall tilfelle av samme sykdom gi inntrykk av at det er kommet en *epidemi* utenfra. Eksempel: Når var en opphopning av de sommerdiaréene man pleide å plages med, bare nettopp en tilfeldig opphopning som ikke var spektakulær?. Når var dette en ny diarésykdom utenfra?

Registreringen av sykeligheten på 1700-tallet og på tidlig 1800-tall har et innebygd et metodisk problem som kommer til syne når vi sammenlikner med senere perioder der tall foreligger. Vår mistanke styrkes om at f. eks. folkesykdommer med diaré og oppkast var så hyppige at de ble regnet som en del av normalsituasjonen. De ble derfor ikke eller mangelfullt registrert og ikke belagt med kilder. Og hvorfor skulle folk påkalle legen? I mange tilfelle hadde kontakt med en fagkyndig lege ikke særlig terapeutisk konsekvens. Det var bare slik verden var.

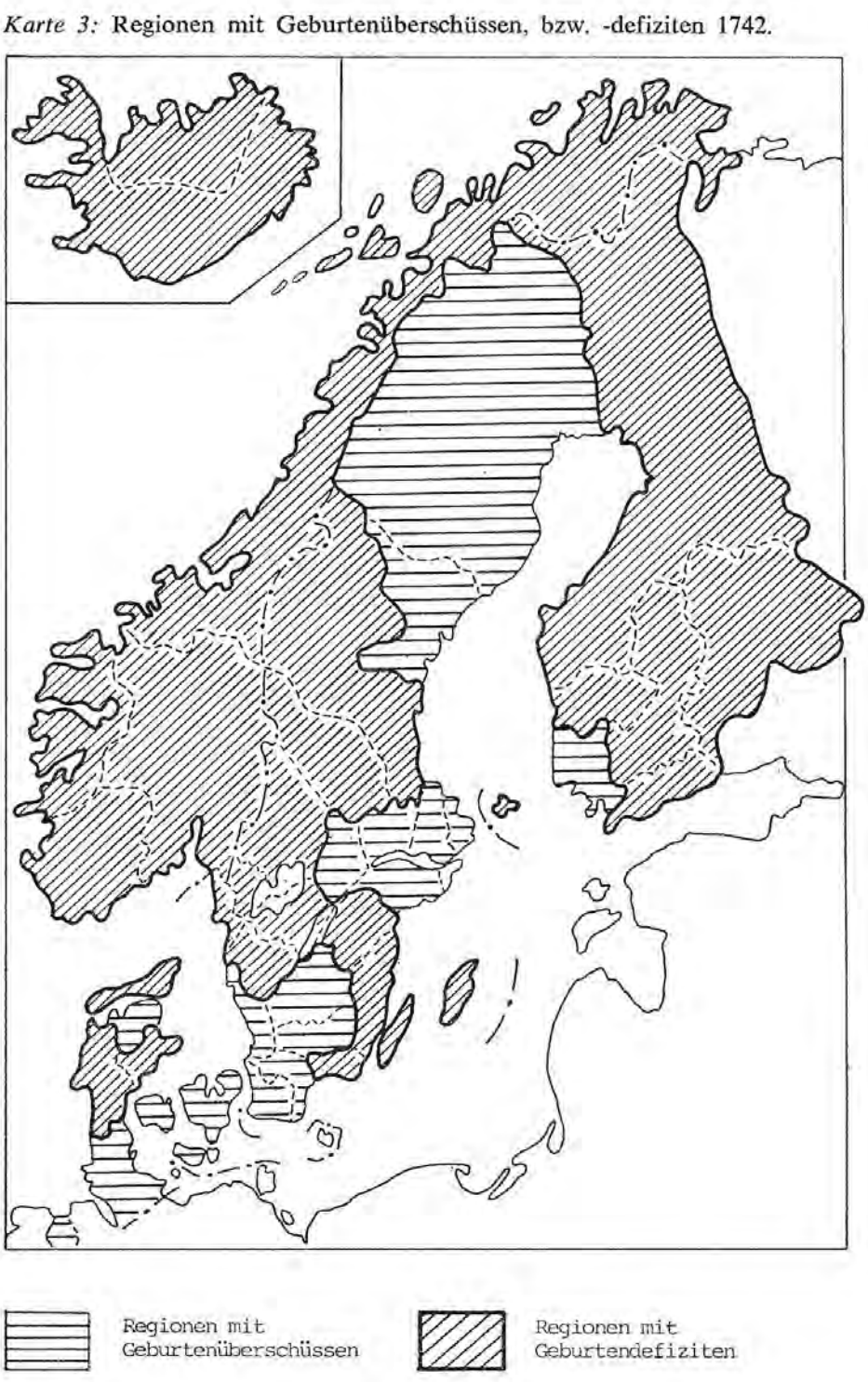
*Det store skiftet – hva skjedde?*

Bla tilbake og se en gang til på figurene over den demografiske transisjon. Fra 1815 skjedde det altså noe dramatisk: Ganske plutselig falt dødeligheten. En lang periode med jevnt fall begynte. Og svingningene roet seg. Hva skjedde med helse og sykdom? Hva var dette? Det var ingen spesielle medisinske framskritt på denne tiden som kunne forklare situasjonen. Heller ikke var det noen forklaring å finne i tidens sparsomt utviklede helsevesen.

©




*Figur 5.7. I nødsårene fra 1736 og inn i 1740-årene kan man følge dødelighetsbølgen geografisk ved å bruke kriseår (høyere dødelighet enn fødselstall) som indeks. Mønsteret for disse årene er at det er smittsom sykdom som har fulgt handelsveiene og rammet sentrale kontaktpunkter med utlandet først. Her sees forholdene i 1737. (Etter Imhof i Imhof & Larsen 1975.)*




*Figur 5.8. I 1742 hadde overdødeligheten spredt seg ut over den største delen av Norden, men nå var det likevel tegn til bedring. I kontaktområdene rundt de viktigste havnene var det nå blitt fødselsoverskudd. (Etter Imhof i Imhof & Larsen 1975.)*

Men *ernæringen* var blitt bedre. En tolkning er at fram til 1815 hadde majoriteten av befolkningen hatt så marginale levekår at det bare skulle lite til for å gi negative utslag, mens selv en liten velferdsøkning kunne gi positive utslag i dødsstatistikken. Det er for de siste nødsårene at spesielt handelsblokaden og mangelen på korntilførsel som avspeiles i befolkningsstatistikken.

Lærdommen både fra tidlig 1700-tall og fra århundreskiftet 1700/1800 gir grunn til ettertanke, også for senere perioder og for nåtiden. Balansen mellom uår med *sviktende ernæring, krig* og *infeksjonssykdommer* er skjør og kan ha alvorlige konsekvenser for folkehelsen hvis den forrykkes.

*Uår, krig og smittsomme sykdommer – forskningsområde også på 1700-tallet*

Samfunnsendringene på 1700-tallet, spesielt på de britiske øyer, der omstillingen til industrisamfunn hadde begynt, ga næring til vitenskapelige arbeider om det som skjedde. Den skotske filosofen David Hume (1711-1776) hadde lagt et grunnlag for sosialøkonomi som vitenskap og hans landsmann Adam Smith (1723-1790) lanserte sin bok *On the wealth of nations* i 1776. Hans begrep "markedets usynlige hånd" ble et mantra for markedsliberalismen, som bygde på egeninteresse som en basal drivkraft for utvikling i et samfunn.

Det er samfunnsøkonomen Thomas Malthus (1766-1834) som er blitt stående som tidens sentrale befolkningsteoretiker. Malthus var egentlig prest, men hadde jordnære interesser. Han hevdet at det var tre grunnkrefter som styrte befolkningsutviklingen, og det var nettopp uår, krig og smittsomme sykdommer. Hans bekymring var at menneskene reproduserte seg så raskt at det ville bli ubalanse og større folkevekst enn ressursene kunne klare. I dette perspektivet var uår og sykdom naturens bremsemekanismer. En politisk konsekvens var at hjelp til nødstilte bare ville øke folketallet og dermed gjøre vondt verre.

Thomas Malthus var for øvrig på studiereise i Norden i 1799. I Norge dro han fra Halden, via Christiania og Gudbrandsdalen, over Dovre og til Trondheim. Derfra gikk tilbaketuren gjennom Østerdalen og inn i Sverige ved Magnor. Han skrev en dagbok[xv] som er interessant lesning.

Malthus anla samme utenfra-blikk som man kan finne også hos andre som på denne tiden dro på oppdagelsesferd til det eksotiske Norge. Men hans ferd gikk fra det ene rikmannshjemmet til det andre. Det var her han hentet sin informasjon om Norge. Man kan undre seg over hans samfunnsvitenskapelige forskningsmetode – det var kort vei fra en observasjon - eller et kanskje tvilsomt utsagn fra en tilstedeværende - til en generaliserende konklusjon.

## Noter

[i] Dette er tiden da det begynte å komme ut stadig flere reisebeskrivelser fra Norge. En av dem som spesielt omtaler året 1816, er Nilsson S. *Dagboksanteckningar under en resa från södra Sverige till Nordlanden i Norge 1816*. Lund 1879. Sven Nilsson (1787-1883) var en meget allsidig naturforsker med en lang pubikasjonsliste. Det skulle imidlertid ta over 60 år før denne boken kom ut.

[ii] Dybdahl A. *Klima, uår og kriser i Norge* Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2016.

[iii] I Norge på 1700-tallet brukte man først Réaumur-skalaen fra 1730. Vannets temperatur fra frysepunkt til kokepunkt er der delt i 80. Slik er det i Rosteds tekst fra Kongsberg, sitert her i boken. Selv om opphavsmannen René Antoine Ferchault de Réaumur (1673-1757) var franskmann, ble i Frankrike hans temperaturskala erstattet med Celsius' metriske system i 1794.

[iv] Kfr. publikasjoner om dette av Trondheimshistorikeren Audun Dybdahl (1944-2021).

[v] Historikeren og demografen Arthur E. Imhof (1939- ) i Berlin er en sentral forsker innenfor dette feltet. Kfr. hans publikasjoner.

[vi] Berg M. *Den fantastiske poteten – en kulturhistorie.* Stamsund: Orkana forlag, 2021.

[vii] Rosted *op. cit.,* 1814.

[viii] Dybdahl A. Sult eller sykdom? Hva var årsaken til den demografiske krisen i Norge først på 1740-tallet? *Michael* 2014; 11: 9-27.

[ix] I Dybdahl 2016 er de meteorologiske mekanismene ved eksremnedbøren rekonstruert.

[x] Freden i Nystad (Uusikaupunki) i Finland i 1721, da Sverige og Russland sluttet fred, regnes som den endelige avslutningen av Den store nordiske krig.

[xi] Se Imhof & Larsen 1975, diagram 8, side126-127, der et felttogs helseeffekter på 1700-tallet er framstilt skjematisk.

[xii] Angell HA. *Syv-aars-krigen for 17. mai.* Kristiania: Aschehoug, 1914.

[xiii] Et blikk på nettstedene *Flightradar24* og *MarineTraffic* en tilfeldig dag på 2000-tallet vil vise hvilken enorm forskjell det er i kommunikasjon for henholdsvis fly og skipstrafikk, sammenliknet med eldre tider da langsomme seilskip pløyde verdenshavene.

[xiv] Larsen Ø, *Eighteenth century diseases, diagnostic trends, and mortality*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie UiO, 1979.

[xv] James P, Bryn T. red. *Thomas Robert Malthus. Reisedagbok fra Norge 1799.* Oslo: Cappelen, 2005. (Første norske utgave 1968)

**Kapittel 7**

# Nye kår

*Etter de politiske omveltningene i 1814 fikk befolkningen gradvis endrede levekår, men lovverket, en sterk kirke og en utpreget tradisjonsbundethet i det dominerende bondesamfunnet bremset en rask tilpasning til den nye tid. Båndene til tiden forut ble blant annet opprettholdt ved at nøkkelpersoner i de første tiårene hadde bakgrunn fra det gamle samfunnet. Fra 1830- og 1840-årene ble det et merkbart generasjonsskifte i administrasjon og offentlig virksomhet. Langsomme forandringer i demografien slo nå inn. Norge var den gang nøkternt i forhold til nå, men var neppe et spesielt fattig land i forhold til sammenliknbare land på samme tid. Framme rundt 1900 var Norge på tilsvarende nivå som andre europeiske land på de fleste felter. Tross klasseskiller, ujevn fordeling av ressurser og mange oppgaver som skulle løses samtidig, utviklet levekårene seg jevnt i positiv retning på 1800-tallet. Ser vi noen viktige langsomme forandringer og langtidstrender?*

Etter de historisk bemerkelsesverdige årene 1814-1815 skjedde det noe dramatisk med dødeligheten, som raskt begynte å synke merkbart. Politiske omskiftninger og andre samfunnsendringer kan riktignok ikke ha skjedd så raskt at de kunne gi seg utslag i befolkningsstatistikken omtrent med det samme. Det er grunn til å anta at det første og markerte dødelighetsfallet er resultatet av en ganske moderat standardøkning, opp fra marginale levekår. Selv en liten bedring fikk merkbare konsekvenser.

Folkemengden begynte å øke. Den ene faktoren her er simpelthen at færre døde, især barn. Da ble vi flere, selv om det i og for seg ikke ble født flere enn før. Fødselstallet var riktignok høyt i forhold til nå og holdt seg lenge høyt, men stabilt før det tok til å falle. Se på figur 3.1. som viser forløpet av den demografiske transisjon. Allerede få tiår etter at transisjonen begynte erfarte man at dødelighetsfallet var nøkkelfaktoren for befolkningsøkningen. Gå tilbake til kapitlene 3 og 5 om dette.

Hvilken av de ytre omstendighetene som hadde størst virkning for at skiftet ble så brått omkring 1814-1815, er ikke så godt å si, men kanskje var det at ernæringen ble bedre. Den fulle effekten av fallet i den høye barnedødeligheten kom først da den hadde falt så mye at et merkbart antall overlevende barna var kommet i fertil alder og selv bidro til fødselstallet.

Det høye fødselstallet svingte riktignok noe, men det holdt seg høyt helt til ca. 1890. Befolkningen i Norge fordoblet seg i løpet av 1800-tallet, fra rundt én million til to millioner. Vi har tidligere i teksten argumentert for at denne folkeveksten i hovedsak skyldtes nedgangen i dødeligheten. Men *hvorfor* fortsatte folk å få så mange barn, fortsatte den gamle trend, og hva var effekten av det? Vi har allerede vært innom temaet i de tidligere kapitlene, men det kan være informativt å gå noe mer i detalj:

*Styringen av den reproduktive atferd*

Det er ingen grunn til å tro annet enn at folk også før i tiden hadde klare forestillinger både om hvordan man fikk barn og hvordan man unngikk å få barn.

Vel er det slik at blant annet sult og nød kan svekke fruktbarheten midlertidig, men det er bare en av flere forklaringer på de store svingningene i fødselstall som vi hadde på slutten av 1700-tallet. De indikerer at det har vært perioder da man valgte tilbakeholdenhet med å planlegge barn. Forholdene var slik at det passet ikke å få barn. Reproduksjonen var med andre ord også da styrt av menneskelig vilje. Den demografiske transisjon var ikke bare en naturgitt prosess.

I 1970- og 1980-årene var dette et aktuelt historisk forskningstema, i Norge, i Norden og i land der den demografiske transisjon hadde foregått på omtrent samme tid som her. I Norge var professor Sølvi Sogner (1932-2017) et sentralt navn i denne forskningen. Hun kalte sin oppsummerende bok *Fra stua full til tobarnskull* (1984)[i] . Boktittelen angir i et nøtteskall hva som skjedde i løpet av rundt 150 år. Folks atferd i «det gamle samfunn», fra slutten av 1700-tallet, og framover mot vår tid, har i større og mindre grad hele tiden, også i den private sfære, vært underlagt *styring*.

La oss se på tre overordnede faktorer som er avgjørende for vår atferd i samfunnet: Den første av dem er selvsagt: Staten styrer oss gjennom *lovverket*. Det er juridiske rammer for hva vi kan gjøre og ikke gjøre. 1700-tallets Danmark-Norge var opplyst enevelde og lovverket utformet deretter. Ved overgangen til demokrati med større grad av folkestyre var det justeringer som måtte foretas for at styringen ovenfra skule passe med den nye tid. Forhold som underholdsplikt for barn født utenfor ekteskap, bestemmelser om arv m.v., var lovhjemlet og kunne ha betydning for om og når man fikk barn.

Det er to andre faktorer som i denne sak kunne være vesentlig mer utslagsgivende, f. eks. for fødselstallene i den tiden vi her beskjeftiger oss med. Faktor nummer to er nemlig *religionens makt*. Norge var på 1800-tallet et religiøst samfunn. Kristne normer veide tungt. Å befolke jorden var en norm som mante til å få mange barn, om enn ikke så sterkt her som i katolske land.

Tredje faktor må ikke undervurderes. Det er *tradisjoner og lokale normer* – skikk og bruk, slik lever vi her. La oss i denne teksten bruke ordet *sedvane* for denne tredje faktoren.

Det var tradisjon for å få mange barn. Man visste godt at dødsrisikoen for barn var høy. Da sikret man seg ved å få flere – for å føre slekt og gård videre og med tanke på egen alderdom. Man sedvanen førte også gjerne med seg at man ikke giftet seg og begynte å få barn før et utkomme var i orden og man kunne forsørge en familie. Økonomi var således også en styrende faktor. Dette virket blant annet inn på ekteskapsalderen, især for menn, og dermed på barnetallet.

I 1700-tallets Norge kunne også reglene for innkalling til militærtjeneste, og ved hvilken alder man ble innkalt, regulere fødselstallet. Med litt skiftende praksis måtte man ha gjennomført militærtjeneste før man fikk tillatelse til å gifte seg.[ii]

Det lar seg beregne ut fra observasjoner hvor mange barn en kvinne kan føde i løpet av sine fertile år – det som kalles *fekunditeten.* Dette kan brukes som en indeks som observerte fødsler, dvs. *fertiliteten* kan sees i forhold til. Denne såkalte Coales indeks[iii] settes til 1 for det maksimale gjennomsnittlige antall barn som vil bli født av en kvinne 15-49 år, altså etter 35 års uavbrutt samliv. Det er 12,45 barn.[iv] Det både er og var sjelden. Observerer man negative utslag, slik at denne indeksen er mindre enn 1, viser det til medisinske og sosiale årsaker til redusert barnetall – og til *villet* barnebegrensning.

Barnetallet kan være sosialt og geografisk ulikt. Endringene kan også være tidsforskjøvet, slik transisjonsbegrepet tilsier. I Sogners bok (1984) kan man se tall for hvordan barnetallet gikk ned litt forskjellig rundt i landet – først i byene, så i landdistriktene, først i høyere samfunnsklasser, så i lavere klasser – før statistikkens kurver samlet seg geografisk og sosialt på et lavere nivå da den demografiske transisjon var over for vårt lands vedkommende. I 2025 er det samlede fruktbarhetstallet (SFT) i Norge 1,41 barn per kvinne. Det er lite.[v]

*Et viktig generasjonsskifte*

Sosialt sett, med tanke på enkeltindividene som utgjorde samfunnet, foregikk det enkelte mindre, kortvarige langsomme forandringer innenfor den store befolkningstransisjonen. En av disse gjaldt familiestrukturen. Vi har allerede drøftet at da antallet spedbarn og småbarn som døde gikk ned, ble det flere store barn i familiene og etter hvert ble disse til flere unge voksne. Og de unge voksne flyttet etter hvert ut – eller ville gjerne flytte ut.

Var man først blitt voksen i første halvdel av 1800-årene, var sjansene til å få et langt liv slett ikke så dårlige, samtiden tatt i betraktning. Ofte beskrives et lands helsetilstand og leveutsikter med tall for alminnelig dødelighet, altså inkludert

spedbarns- og barnedødelighet. Dette blir sosialt sett feil på grunn av den skjeve aldersfordelingen. Det var – og er – de «voksne» som utvikler landet videre, og ofte gjennom lange livsløp. Verst for utviklingen er det derfor egentlig hvis en dødelighetsbølge rammer unge voksne. Det skjedde også. Både periodens kortvarige epidemier og den hårdnakkede tuberkulosen dannet slike bølger innenfor transisjonen.

De som styrte Norge i uavhengighetens første tiår, hadde kulturell identifikasjon, utdanning og erfaringer fra det vi har kalt det gamle samfunn. Et eksempel er samfunnsmedisineren professor Frederik Holst (1791-1871) som hadde forankring bakover, men rettet sitt arbeid forover, mot det nye samfunnet. Denne tilhørigheten til eldre tenkning og eksisterende samfunnsstrukturer må ansees som en fordel når noe nytt skulle bygges opp. Det var en forsikring mot forhastede og uprøvde beslutninger.

Så kom neste generasjon, de som hadde hele sin bakgrunn fra det nye Norge. Disse trådte for alvor inn på scenen i 1840-årene. Derfor er det også en langsom forandring i *hvordan* Norge ble styrt fra da av og framover, administrativt og kulturelt. Det er viktig for det som skjedde. Mye skjøt fart ved midten av århundret med den nye generasjonen bak spakene.

*Var Norge et fattig land?*

Vi forstår at da den demografiske transisjonen begynte, var de materielle forholdene periodevis så kummerlige for store deler av befolkningen at det kunne gå på liv og helse løs. Økonomien hadde vært samkjørt med den danske. At både dette, og at administrative beslutninger ble tatt i København, hadde lagt hindringer og begrensninger i veien for norske ønsker, behøver ikke drøftes nærmere her.

Hva så da Norge skulle klare seg selv, riktignok nå med bånd til Sverige? Hvordan ble det nye Norge i forhold til sammenliknbare land på samme tid?

Historieprofessor Jan Eivind Myhre har gått inn i alle påstandene om at Norge på 1800-tallet – og spesielt på slutten, rundt 1900 – var så fattig. Selvsagt var forholdene i Norge enklere i 1900 enn i 2000. Det er riktig, men det er irrelevant for et historisk tilbakeblikk på situasjonen. Man må *sammenlikne likt med likt,* altså Norge med andre samfunn på samme tid. Sammen med kolleger publiserte Myhre i 2021 boka *Myten om det fattige Norge*[vi] Her imøtegås grundig trenden til å beskrive 1800-tallets Norge som så *fattig*. På nesten alle sammenlikningsområder kom Norge gunstig ut i forhold til andre land på samme tid. Forfatterne dokumenterer og drøfter at Norge framme ved hundreårsskiftet 1900 var fullt på høyde med sammenliknbare land, for enkelte parametre endog bedre.

Norge hadde også langt på vei unngått en del av de fellene som har vist seg å være vanlige når samfunn går over til å bli demokratiske og gjennomsiktige, f. eks. korrupsjon. Noen tollere og sorenskrivere som hadde «spist av lasset» fantes riktignok, men dette ble det slått hardt ned på. I det store bildet ser det ut som om Norge fort ble et ryddig samfunn som klarte å utvikle seg raskt og effektivt.

Og landet som sådant var slett ikke fattig. At det var klasseskiller og skjevfordelinger som periodevis kunne gjøre det vanskelig for store grupper, er en annen sak, men noe nødstilt folk var nordmenn på 1800-tallet generelt ikke.

*Familiebruk på alle felt*

I første halvdel av 1800-tallet var Norge et land der primærnæringene dominerte. Tilgjengelige ressurser kom under press. Dette problemet ble forsterket ved at det ble flere munner å mette i form av barn som ennå ikke kunne bidra særlig i produksjonen – men som måtte det likevel.

De store søskenflokkene gjorde også noe med det alminnelige bildet av folkehelsen, og de forandret kravene til medisin og helsetjeneste. De unge voksne og deres skader, sykdommer og andre helseproblemer ble relativt sett viktigere for medisin og helsevesen. Dessuten ble det endringer i helsefremmende og helseskadelige faktorer når nye yrker og nye bostedsmønstre kom til.

Fram mot midten av århundret var befolkningstrykket økende i deler av samfunnet. Vi har allerede hørt om husmannsvesenet som økte i omfang. Men sikkerhetsventilen *emigrasjon* hadde ennå ikke betydd så mye tallmessig. Dessuten hadde de første 52 Amerikautvandrerne som dro av sted fra Stavanger til Amerika med «Restauration» i 1825, ikke først og fremst et ressursknapphetsmotiv. Bakgrunnen var en følelse av religiøs undertrykkelse, et opprør mot kirken som den sterke styringsfaktor. *Urbaniseringen* hadde heller ikke skutt fart. De store emigrasjonsbølgene kom senere. Myhre maner til ettertanke og nyansering vedrørende motivasjonen for store grupper emigranter. Mens folk fra f. eks. Irland følte seg presset av sted fra sult og nød, ser det ut til at norske utvandrere mer reiste av fri vilje.

Det typiske familiebruket ble etter hvert en problematisk struktur. I lokalsamfunnene var tradisjonstrofastheten. konservatismen og usikkerheten overfor endringer stor. *Sedvanen* rådde. Denne gammeldagsheten gjaldt også produksjonsmetodene, især i landbruket. Økte behov skapte enda mer å gjøre på heimsetre, langsetre og utslåtter for å holde livsgrunnlaget oppe. Økt husdyrhold var en måte å utnytte naturressursene bedre. Men å slå vinterfôr med sigd og ljå og å styve og lauve for vårknipa var arbeidskrevende. Den første slåmaskinen i Norge ble solgt i 1855. Den sosiale ballongen måtte sprekke før eller senere. Flytting til

tettsteder, arbeidsdeling, lønnet arbeid og nye livsformer ble en nødvendighet. Og den sosiale ballongen sprakk da også rundt 1850 – og ikke bare i Norge, fordi sammenliknbare land hadde vært gjennom en tilsvarende utvikling. Langsomt ble samfunnsoppbyggingen en annen. Norge – og andre land – var på vei fra et standssamfunn til et klassesamfunn.

*Endringer i jordbruket*

Jordbruket hadde en nøkkelrolle. «Det store hamskiftet» kalte historikeren og forfatteren Inge Krokann (1893-1962) det som bare *måtte* komme av modernisering i norsk primærnæring fra 1850, og som fikk ringvirkninger for resten av samfunnet.[vii] Krokann reagerte også på at i og med den nye forfatningen av 1814 hadde egentlig jordbruket gode muligheter for å utvikle seg, men den rotfestede konservatismen var en effektiv bremse overfor forandringer.

«Hamskiftet» hadde imidlertid flere aspekter. Det betydde en overgang fra produksjon for eget bruk til salgsproduksjon, og overgang til en pengehusholdning som var uvant. Nøkkelen var effektivisering og tilpasning.[viii] «Hamskiftet» begynte rundt 1850, men det er en transisjon med transisjonsbegrepets kjennetegn. Denne transisjonen er egentlig ikke avsluttet når disse linjer skrives 175 år senere.

Et interessant poeng: Konseptet «familiebruk» var nokså utbredt i alle former for virksomhet – fra handelsmannens butikk til distriktslegens kontor! Der kom det også transisjoner – men det er en annen historie.

*Eilert Sundt og samfunnsendringene som forskningsobjekt*

Også i samtiden påkalte befolkningsendringene vitenskapelige undersøkelser. Den viktigste samfunnsforskeren i Norge på 1800-tallet var teologen Eilert Sundt (1817-1875). Han regnes som vår første sosiolog og epidemiolog.[ix] Ved å analysere tilgjengelig tallmateriale og gjennom å reise rundt og observere folkelivet fikk han bakgrunn for å gi ut en rekke bøker og skrifter om renslighet, sedelighet og andre forhold som han mente fortjente oppmerksomhet og burde forbedres. Sundt ga samlet sett gjennom sin virksomhet et nytt bilde av det norske samfunnet, basert på samtidig observasjon og eksakt kunnskap.

Sundt reagerte også på de demografiske forholdene. Den lovmessigheten som i ettertiden er blitt kalt *Sundts lov*, kan for oss virke nokså enkel, men den var ikke enkel å resonnere seg fram til i en tid da befolkningsstatistikken var lite utviklet: Sundt konstaterte at dersom man hadde en periode med høye fødselstall, ville det etter 20-30 år igjen komme en bølge med høye fødselstall, ved at de unge fra forrige periode nå fikk barn selv. Barneflokkenes store barn var nå blitt unge voksne og selv foreldre. En generasjon senere skjedde det samme om igjen. *Sundtske bølger* er

dette blitt kalt.[x] Se en gang til på figur 3.1. Fødselsoverskuddet i 1790-årene gir utslag i 1820-årene. I 1850-årene og rundt 1890 ser vi det samme. Sundt hadde rett. Tilsvarende bølgeaktivitet kunne iakttas også senere, men nå var det kommet så mange andre faktorer inn i bildet at Sundts lovmessighet tapes av syne. Langsomt skiftet samfunnet mellom å være dominert av unge og noe senere preget av flere eldre. Dette er langsomme forandringer som kan følges helt fram til i dag. De har åpenbare konsekvenser for folkehelse og for helsevesenets oppgaver.

Teoretisk sett skulle man også ha kunnet identifisere en dødelighetsbølge når de store kohortene nådde livets slutt, men også her forkludres kurvene av at befolkningen stadig økte, og at det kom andre forhold til. Folk er tross alt ikke kveg eller laboratoriedyr.

Men også for det nye samfunnets *institusjoner* var kohortene viktige i et transisjonsperspektiv. Vi har alt nevnt det, men det bør gjentas: I pioneråre ne rundt 1814 var de som tenkte og styrte født på 1700-tallet. I 1830- og 1840-årene kom det en ny generasjon og overtok. Det ble egentlig Sundtske bølger i dette også. Blant annet ved Universitetet og innenfor medisinen var dette tydelig gjennom hele århundret. Maktet de nye som kom inn å forandre, få inn nye impulser og samtidig bevare det verdifulle av det gamle? Eller «fant de opp kruttet påny»?



*Figur 6.1. Skulpturen* Fabrikkjentene *av Ellen Jacobsen (f. 1945) ved Beierbrua over Akerselva i Oslo, oppsatt 1986. Skulpturen er en kommentar til det nye arbeidslivet på slutten av 1800-tallet. I kunstnerens blikk utstråler fabrikkjentene ingen offerrolle, snarere tvert imot. Selv om de sannsynligvis hadde det enkelt, hadde de både arbeid og lønn. (Foto: Øivind Larsen 2019)*

Snart senket fortidens slør seg over den gamle tids nødsår og krig. Det var nasjonsbygging med framoverrettet blikk som gjaldt. Som vi skal se, hadde dette betydning for utviklingen av mange forhold i samfunnet. Her skal vi se spesielt ta for oss Universitetet – på medisin som fag og på folkehelse og helsevesen.

*Hva med den jevne nordmanns kår?*

Leseren må vises til allmenne historiske framstillinger for å få et detaljert bilde av rammene for levekårsutviklingen. La oss nøye oss her med å konstatere at grensen for den bitre nød var passert. Problemet var heller skjevfordelingen av ressursene Det var vel og bra at man kunne være sin egen lykkes smed, men det hjalp ofte lite dersom man kom i vanskeligheter, f. eks. på grunn av helsesvikt hos seg selv eller den familien man hadde ansvar for. Strukturer til å håndtere gjensidighet og fellesskap var foreløpig svakt utviklet – men de kom. Ved århundreskiftet 1900 tålte Norge internasjonal sammenlikning også på dette feltet.

## Noter

[i] Sogner S. red. *Fra stua full til tobarnskull.* Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

[ii] Thomas Malthus' reisebeskrivelse fra 1799 forteller om dette: James P red., Bryn T. ovs. Malthus TR. *Reisedagbok fra Norge 1799*. Oslo: Cappelen 2005. Generelt kan samtidig utenlandsk reiselitteratur fra Norge være en interessant kilde til synet på tidens dagligliv og levekår. Legen og boksamleren Eiler H. Schiøtz (1907-1997) har gitt ut oversikter over utlendingers reiser i Norge og deres skrifter. Se også f. eks. Butenschøn P. ed. *Travellers discovering Norway in the Last Century. an anthology.* Oslo: Dreyer, 1968. En interessant originaltekst er: Laing S. *Journal of a residence in Norway during the years 1834, 1835, & 1836.* Second edition. London: Longman, etc. 1837.

[iii] Sogner 1984.

[iv] Indeksen er et gjennomsnitt. Tallet kan derfor også være større enn 12,45: Tordenskiolds mor Maren Schøller (1656-1742) giftet seg 15 år gammel og fødte 17 barn i løpet av 24 år. Det var også en fosterdatter, derfor står det atten barn i sangen om Tordenskiold.

[v] Reproduksjonsnivået for at en befolkning skal holde seg på samme nivå, er teoretisk beregnet til 2,1 barn pr. kvinne.

[vi] Myhre JE. red. *Myten om det fattige Norge.* Oslo: Scandinavian Academic Press, 2021.

[vii] Krokann I. *Det store hamskiftet i bondesamfunnet.* Oslo: Samlaget, 1982. Utgave med kommenterende etterord av Tore Pryser.

[viii] Om norsk landbrukshistorie, se f. eks. arbeider av Paul Borgedal og Stein Tveite.

[ix] Christophersen HO. *Eilert Sundt – en dikter i kjensgjerninger.* Oslo: Gyldendal 1962.

[x] Noack T. Sundtske bølger og ugifte samliv. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2018 (1); 59: 96-102. Dette er en av flere artikler i samme hefte basert på et Eilert Sundt-symposium.

**Kapittel 8**

## Medisin blir akademisk fag i Norge

*Norges første universitet ble opprettet i Christiania i 1811 etter mange års planlegging og seig motstand fra København. Opprettelse av et nasjonalt universitet var ikke bare noe vi trengte, det var like mye et skritt med stor symbolverdi på Norges vei mot selvstendighet. Utdanning av leger var et prioritert område, og medisinerundervisningen ved Det kongelige Frederiks Universitet i Christiania kom i gang i høstsemesteret 1814. Før det hadde landets leger vært håndverksmessig utdannede kirurger, universitetsutdannede leger, mest fra København, og etter 1785 leger med hybrid teoretisk og praktisk utdanning fra det kirurgiske akademiet sammesteds. Fra 1811 var medisin blitt akademisk fag også i Norge. Det nye medisinske fakultetets oppgaver var først og fremst å utdanne norske leger for det norske samfunnet, dvs. legeoppgaver slik de fortonet seg da. Slik var det stort sett også ved universitetets øvrige fakulteter – utdanning av norske fagfolk til å fylle verv og stillinger der det før gjerne hadde vært dansker. Vi ser nå begynnelsen på langsomme forandringer for medisinske oppgaver i samfunnet, for legerollen og for fakultetet som forvaltet de medisinske fagene.*

Da den 45-årige professor Michael Skjelderup (1769-1852) reiste over Skagerrak den 1. juni 1814, ble seilbåten han var om bord i beskutt av fiendtlige svensker. Det gikk likevel bra og han kom trygt i land på Merdø ved Arendal.

Michael Skjelderup var opprinnelig fra Hof i det som nå heter Vestfold. Han hadde utdannelse som kirurg og lege fra København, der han hadde avansert i sin medisinske karriere ved universitetet, tatt doktorgrad og blitt professor. Skjelderup var med årene blitt en veletablert og ansett medisinprofessor i København, men i 1813 var han blitt utnevnt til å bli professor ved det nye, norske universitetet i Christiania. Nå var han på vei for å overta professoratet og sette i gang med sitt virke.[i]

Kielerfreden, som ble inngått 14. januar 1814, skulle bety slutten på de ødeleggende Napoleonskrigene. Danmark/Norge var på den tapende side og Norge skulle avstås til Sverige. Men krigen var ikke slutt for Norges vedkommende, snarere tvert imot. Nordmennene hadde som sin leder stattholderen fra 1813, prins Christian Frederik (1786-1848). Han ville ikke godta Kielerfredens betingelser om at Norge skulle bli svensk. Dette førte til et norsk opprør, ledet av Christian

Frederik. Dette førte til at Riksforsamlingen på Eidsvold i mai 1814 ble innkalt i mai 1814, Christian Frederik ble valgt til norsk konge, Norge fikk sin egen grunnlov. 17. mai var blitt den nye, nasjonale merkedagen.

Svenskene slo da tilbake. I løpet av sommeren 1814 foregikk det harde kamper over store deler av Østlandet. I august samme år, da Michael Skjelderup startet opp sin undervisning i anatomi ved det nye universitetet, var det således slett ikke noen fredelig tid.

Den 5. august 1814 sto det et stort slag ved Matrand i Eidskog. Svenskene ble tvunget tilbake over grensen. Det var betydelige tap på begge sider. Det var imidlertid de harde kampene noen dager senere, ved Langnes ved Askim 9. august 1814, en spektakulær militæroperasjon, som ble utløsende årsak til at det ble åpnet for kompromisser og våpenhvile. Avtalen med svenskene om våpenhvile, Mossekonvensjonen, ble inngått i Moss 14. august 1814. Den 4. november var detaljene klare og underskrift skjedde ved en seremoni i Fredrikstad.

Det var Mossekonvensjonen som gjorde slutt på krigen mellom Norge og Sverige. Opprøret var ikke bortkastet. For Norge ble utfallet av forhandlingene i Moss bedre enn Kielerfreden tilsa. Kompromisser medfører at partene må gi og ta. Christian Frederik abdiserte som konge i oktober 1814, men Norge beholdt sin grunnlov. 90 år med union med Sverige begynte, i hovedsak som personalunion. Landene hadde samme statsoverhode, men samme land ble Sverige og Norge ikke.

*Tre professorer og et militærmedisinsk bakteppe*

Det er viktig å ha den dramatiske krigshistorien in mente når vi skal se på utviklingen medisin og helseforhold i Norge på denne tiden. Befolkningen, spesielt på Østlandet, hadde ferske opplevelser av krigens gru og hadde smakt de generelle helsekonsekvenser krig medførte. Det var blitt opprettet primitive militærlasaretter en rekke steder. Blod, sår og skader krevde militærmedisinsk innsats, i den grad det fantes. En kunnskapsrik og handlekraftig lege med øvelse i å bruke sine instrumenter, kunne være livreddende. Slike leger trengte man. Det var med denne bakgrunnen, og mens krigen fortsatt raste, at professor Skjelderup begynte på sin oppgave – å utdanne norske leger for det norske samfunnet. Hans fag var anatomi. Kirurger måtte beherske sine anatomiske kunnskaper hvis de skulle kunne arbeide raskt og sikkert uten nøling – f. eks. som militærkirurger.

Skjelderups kollega, den jevngamle kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769-1844) var dansk av fødsel og hadde avlagt kirurgisk eksamen i København med beste karakter i 1791. Kirurgi var fra gammelt av et håndverksfag der kunnskaper og ferdigheter ble ervervet etter en mester-svenn-modell. For å sikre kvaliteten var det imidlertid blitt opprettet en slags yrkesskole for kirurger *Theatrum anatomico-*

*chirurgicum* i København i 1736. Men i 1785 ble kirurgutdanningen slått sammen med legeutdanningen ved universitetet til en ny legeskole der teori og praksis var integrert – *Det kongelige kirurgiske akademi.* I tilknytning til akademiet og universitetet lå *Det kongelige Frederiks hospital,* som var opprettet som undervisningssykehus i 1757. Og København var modell for det man tenkte seg av undervisningsopplegg i Christiania.

Thulstrup hadde tjeneste både ved akademiet og Frederiks hospital bak seg, foruten ved Fødselsstiftelsen i København, da han ble regimentskirurg og flyttet til Christiania i 1797. I 1807 sto det nye militærhospitalet i Christiania ferdig, og Thulstrup ble overlege der i 1808. Som stabslege deltok han som militærlege både i krigen i 1808-1809 og i 1814.[ii] Fra 1819 var han generalkirurg.

For legestudentene var det ingen ulempe å ha en erfaren militærlege som lærer, blant annet fordi militærlegestillinger rundt i landet var blant de få faste legestillingene som fantes, og deres hovedlærer i kirurgi kjente feltet godt. Thulstrup var trofast mot militærmedisinen, noe en rekke leger nøt godt av.



*Figur 8.1. Kirurgien på 1700-tallet og i 1800-tallets første del kan virke barsk og brutal, men var ikke nødvendigvis det. I en tid før skikkelig anestesi var det å arbeide* raskt *det mest barmhjertige. Bildet viser en sirkelkniv til amputasjon av kvinnebryst, f. eks. ved kreft. Instrumentet er fra den gamle kirurgiske instrumentsamlingen og tilhører Universitetet i Oslo. (Foto: Øivind Larsen)*

Thulstrup var professor i kirurgi og fødselsvitenskap og fikk også ansvaret for jordmorutdanningen da den nye Fødselsstiftelsen kom i gang i 1818. Utdannede sykepleiere fikk vi i Norge først femti år senere, så i pionertiden var leger og jordmødre de eneste helseyrkene med formell utdanning.

Den tredje medisinske professor som startet opp i 1814, var Niels Berner Sørenssen (1774-1857). Han var opprinnelig fra Christianssand og hadde medisinsk utdanning fra København. Han kom til Norge som landphysicus i Jarlsberg grevskap med bosted i Tønsberg i 1807. Fra 1808 var han også militærlege, og han var med på å opprette et marinelasarett. Selv ble han imidlertid rammet av en yrkesrisiko som alt datidens helsepersonell hadde – å bli satt ut av spill av en smittsom sykdom. Han pådro seg nervefeber (tyfoidfeber) og var syk i flere måneder. Men han kom seg, og etter tjeneste som offentlig lege i Skien overtok han professoratet i medisin ved Det kongelige Frederiks universitetet i Christiania i 1814 og fikk seg bolig i det huset i Kirkegata der Cafe Engebret er i dag.

Den delen av medisinerundervisningen som ikke hadde med pasienter å gjøre, foregikk helt fram til 1852 i den trange Anatomigården som ligger på Christiania Torg.

Professor Skjelderup bodde like i nærheten av Anatomigården, så miljøet var tett. Familien Thulstrup, derimot, bodde mer fornemt. Thulstrup tilhørte samfunnets øverste sjikt. Ikke bare var han en nær venn av kong Christian Frederik, men også av kong Karl Johan, som utnevnte ham til sin første livmedikus i 1818 og lot ham fra 1819 bo på Bøllingløkken på Bygdøy, der Oscarshall slott ble bygd senere. Karl Johans begeistring for *fru* Thulstrup hører også med til denne historien.

Med tanke på kårene for medisin og helse: Vi skjønner at båndene mellom det nye universitetet og den styrende eliten var nære og sterke. Hvordan var forholdene for de legene som ble utdannet, og for de oppgavene de skulle løse? Tja. Mer om dette senere.

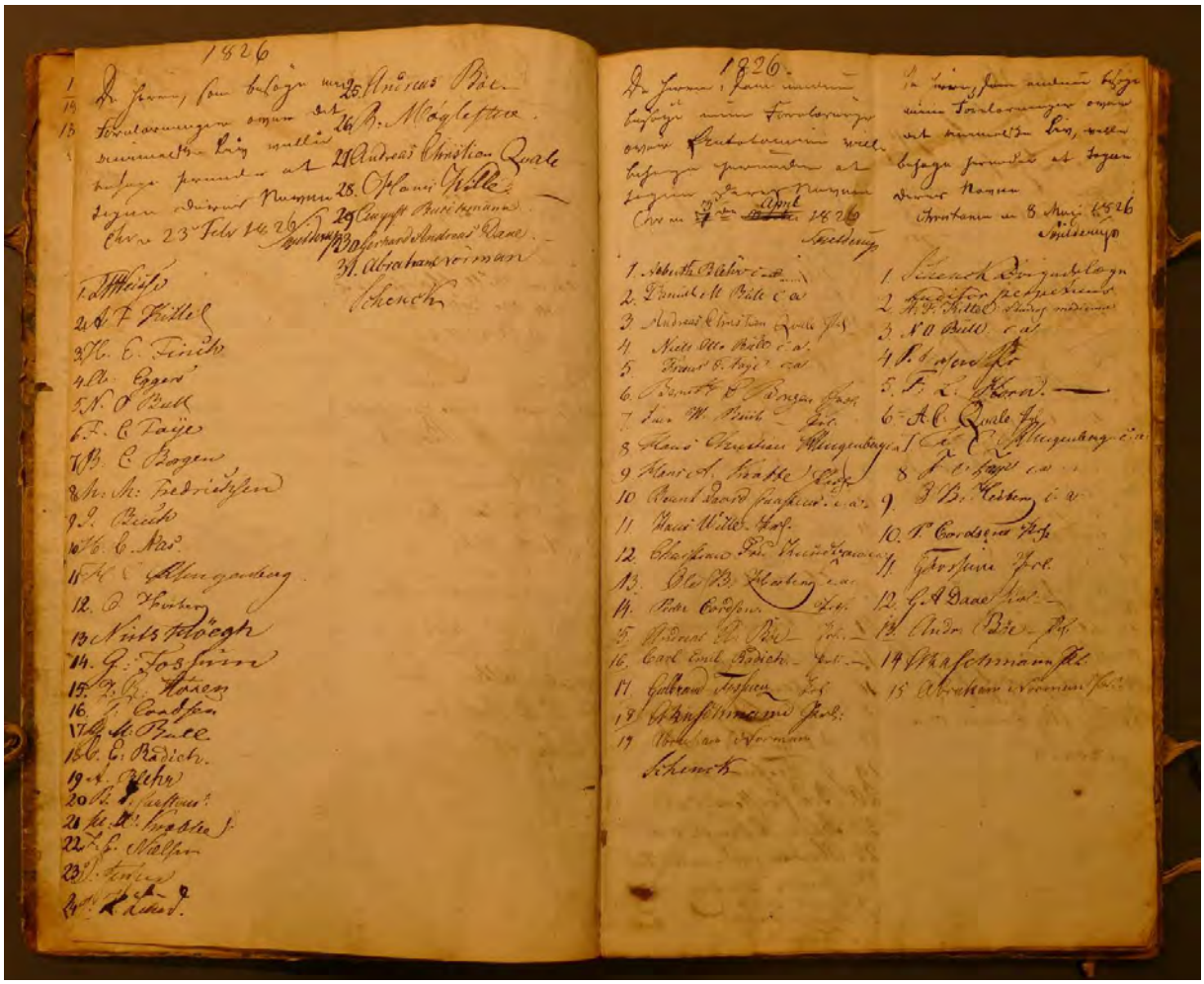
*Legeskolen*

Hva underviste professorene? Bevarte studieplaner gir ikke særlig detaljinformasjon. Det var få studenter – det første året bare tre. Etter hvert kom det riktignok flere studenter til i det foreløpig svært lille miljøet. Det var i Norge i 1814 bare ca 100 leger med kvalifiserende utdanning. De var enten universitetsmedisinere eller hadde gammel kirurgutdanning.

Gjengse lærebøker var tilgjengelige på tysk og dansk. Egne, nasjonale lærebøker fantes foreløpig ikke. Etter hvert oppsto en spesiell sjanger av faglitteratur – håndskrevne referater av forelesninger, ført i pennen av studenter. Før teknikken

var kommet så langt at man kunne mangfoldiggjøre, ble disse åpenbart skrevet av igjen av andre studenter. Slik ble kunnskapen reprodusert og videreført. Nasjonalbiblioteket har en samling slike referater, innbundet som bøker, og det finnes også slike i andre samlinger og i privat eie.[iii]

Noe betenkelig er det at referatene er nokså uforandrede gjennom mange år. Derfor skulle man gjerne vært "flue på veggen" med moderne historikerøyne mens datidens undervisning pågikk. Bevarte referater er ofte så sirlig skrevet at det er vanskelig å se for seg at de kan ha blitt til i et kaotisk auditorium eller en disseksjonssal, ved en sykeseng eller i liknende undervisningssituasjoner. Hadde studentene notater som de renskrev selv etterpå, og etter hvert overlot til andre for eventuell avskrift? De forskjellige versjonene er ofte svært like, hvilket tyder på at




*Figur 8.2. Nasjonalbiblioteket har frammøteprotokoller for professor Skjelderups forelesninger, her fra første semester 1826. (Foto: Øivind Larsen 2025)*

det er avskrifter. Kanskje hadde læreren diktert det de skulle skrive? Uansett: Hvis studentene virkelig lærte alt som står i disse referatene, var de i sannhet velutdannede. Det er ikke overraskende at flere av de studentene som lagde avskriftene, finnes igjen som sentrale personer i norsk medisin etterpå

Det var mye og komplisert kunnskap som skulle tilegnes. Tidens teorier bak fysiologi og patologi var flere. Det var innviklede og dels motstridende *systemer* som konkurrerte om oppmerksomheten i internasjonal medisin. I Christiania hadde man valgt å følge noe som var kalt det Brownske system.[iv] Dette er en variant av 1700-tallets irritabilitetsteorier.

Tidens diagnostikk besto i å se om pasientens tilstand stemte overens med noen av de kategoriene som systemlæren hadde. Den behandlingen som ble iverksatt på grunnlag av diagnosen, ble da slik diagnostikken, dvs. systemets logikk tilsa. På grunn av at det var forholdsvis få ulike medikamenter og behandlingsmetoder som ble brukt mest, og på grunn av at sykehusjournaler og andre notater ofte var meget kortfattede, er detaljene i den praksis som ble fulgt, og ikke minst resonnementene bak, vanskelig å studere i ettertid.[v]

1700-tallet var klassifiseringens tid. Carl von Linné (1707-1778) hadde stor suksess med sine arbeider om inndelingen av planteriket. Å finne et *system* var målet når tidens naturforskere på denne måten gikk på oppdagelsesreise i skaperverket. Kanskje var sykdommene også underlagt et naturgitt system? Derfor er det ikke underlig at det var flere, parallelle systemer for forståelse av sykdom. I Norge hadde vi altså valgt det Brownske.

Inndelingen av sykdommene skjedde oftest på grunnlag av symptomer og kliniske tegn, og fulgte bare sjeldnere sykdomsprosesser eller årsaker. Derfor er det for eksempel et stort antall kategorier av feber. Diagnosen var ikke bare teori, den var også den erfaringsbaserte nøkkelen til både terapi og prognose. Den kunne derfor fungere i praksis likevel ut fra sine egne premisser, selv om teorien bakom var annerledes enn i senere perioder.

Se på gjengivelsen av første siden av *Therapia specialis,* Se figur 8.3. og transkripsjonen i figur 8.4. Teksten på denne siden illustrerer i konsentrat de viktige prisnippene i datidens medisinske behandling. De fire punktene går ut på å beskrive sykdomstilfellet. Når det er gjort, kan man iverksette den behandlingen som hører til akkurat denne sykdomskategorien.

Til forelesningsserien om *Therapia specialis* hørte også en serie om *Therapia generalis,* dvs. om de overordnede, generelle prinsippene. Se Straand & Sandvik 2021 om dette kildematerialet[vi].

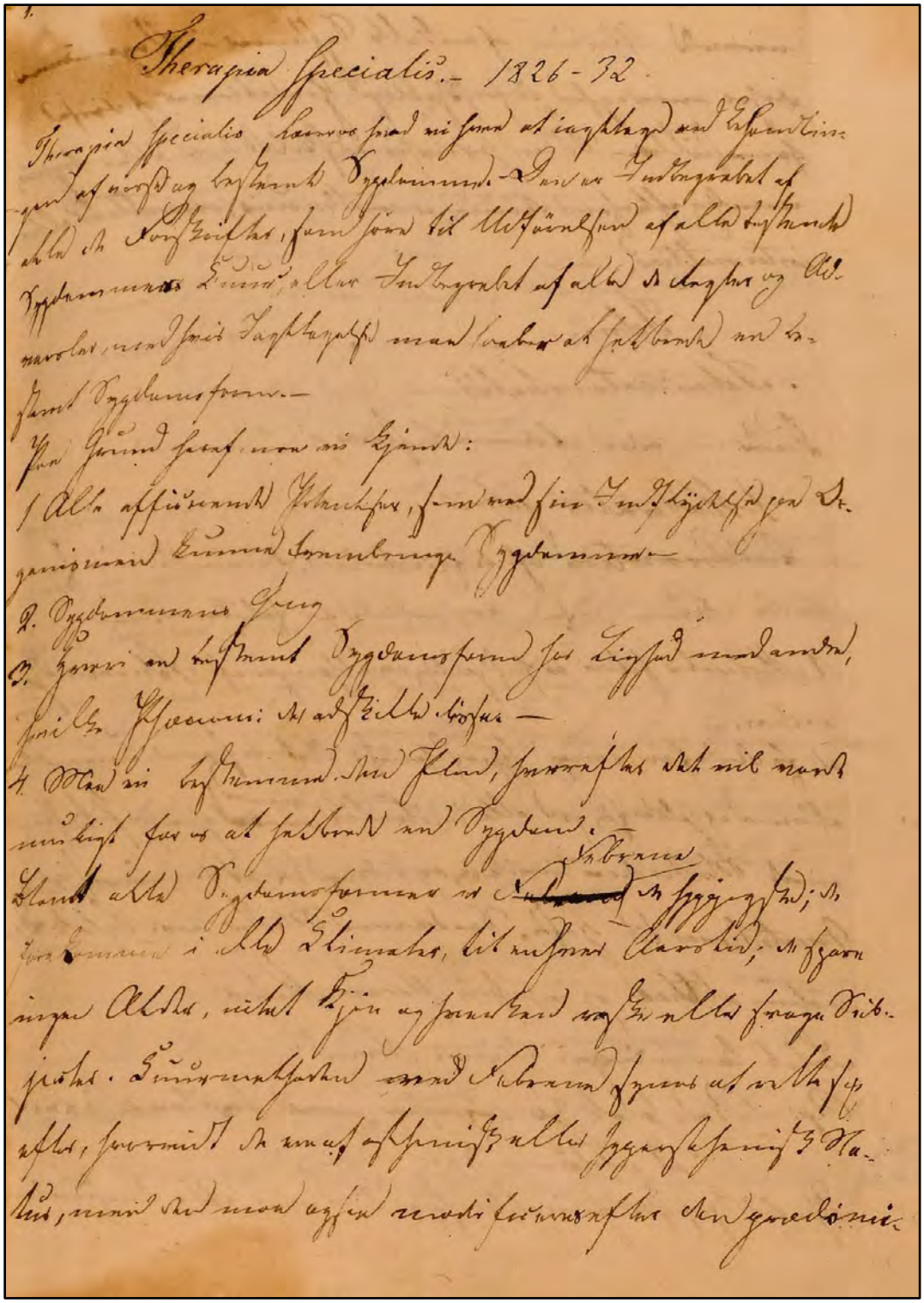
Det finnes også bevart enkelte undervisningsmodeller som demonstrerte behandlingsprinsipper for studentene, se fig. 8.5. Det var før 1826 ikke noe eget

undervisningssykehus, slik som i København, så den kliniske undervisningen måtte foregå så godt man kunne på militærhospitalet og på de få og små sivile sykehusene som var tilgjengelige i hovedstaden. Blant annet var det et sykehus der Jernbanetorget ligger nå.

De medisinske basalfagene hadde det også vanskelig, enda de hadde et eget hus. Det var ikke laboratorier der. Og anatomiprofessoren hadde ingen preparater å demonstrere. De måtte han lage selv, og Michael Skjelderup gjorde det. Han dissekerte og lagret demonstrasjons- og eksamenspreparater på formalin og sprit. Samlingen som etter hvert vokste seg stor, var derfor Skjelderups eiendom. I 1828 solgte han preparatsamlingen til Universitetet – og ga pengene tilbake som grunnkapital i et fond, Skjelderups gullmedalje, som satte opp og belønte medisinske prisoppgaver. Ordningen eksisterer i prinsippet fortsatt, riktignok med siste utdeling i 1973.

*Den fjerde medisinprofessor*

De tre medisinprofessorene var modne herrer med røtter i dansketidens enevelde og i 1700-tallets intellektuelle tenkning. Nå begynte neste generasjon å melde seg, i første omgang i form av den om lag 20 år yngre Frederik Holst (1791-1871) fra Holmestrand. Han gikk ut av Christiania Katedralskole i 1810 og studerte medisin i København med eksamen der i 1815. Allerede i 1816 avla han lisensiatgrad i medisin, som den første ved det norske universitetet. Arbeidet handlet om medisinsk bruk av salpetersyre. I 1817 forsvarte han Universitetets første doktorgrad (om forekomsten av den særnorske sykdommen *radesyke*).[vii]



*Figur 8.3. Referat fra professor Sørenssens forelesninger* Therapia specialis *1826-1832, dvs. behandling ved de enkelte sykdommene, i motsetning til hans forelesningsserie* Therapia generalis, *som behandlet de allmenne prinsippene. Dette referatet er skrevet av stud.med. Friderik Anton Zimmer (1810-1896) som tok medisinsk eksamen i 1832. (Foto: Øivind Larsen 2025). Transkripsjon, se figur 8.4.*

*Therapia specialis 1826.32*
*Therapia specialis lærer hva vi have at iakttage ved Behandlingen af visse og bestenmte Sygdomme. Den er Indbegrebet af alle de Forskrifter, der høre til Udførelsen af alle bestemte Sygdommers Kuur eller Indbegrebet af alle de Regler og Advarsler med hvis Iakttagelse man have at forbinde en bestemt Sygdomsform.*
*Paa Grund heraf maa man kjende:*
*1. Alle afficerende Potentser, som med sin Indflydelse paa Organismen kunne frembringe Sygdomme*
*2. Sygdommens Gang*
*3. Hvis en bestemt Sygdomsform har Lighed med andre, hvilke Phænom: der adskille disse? –*
*4. Maa vi bestemme den Plan, hvorefter det vil vært muligt for os at helbtede en Sygdom.*
*Blant alle Sygdomsformer er Feberen den hyppigste, der forekomme i alle Klimater, til enhver Aarstid; den spare Ingen Alder, intet Kjøn og hverken syge eller svage Subjekter. Kuurmuligheder ved Febre synes at rette sig efter, hvorvidt de ere af asthenisk | eller hypersthenisk Na-Tur. men den maa igjen modificeres efter den predomi-*
(videre på manuskriptets neste side)

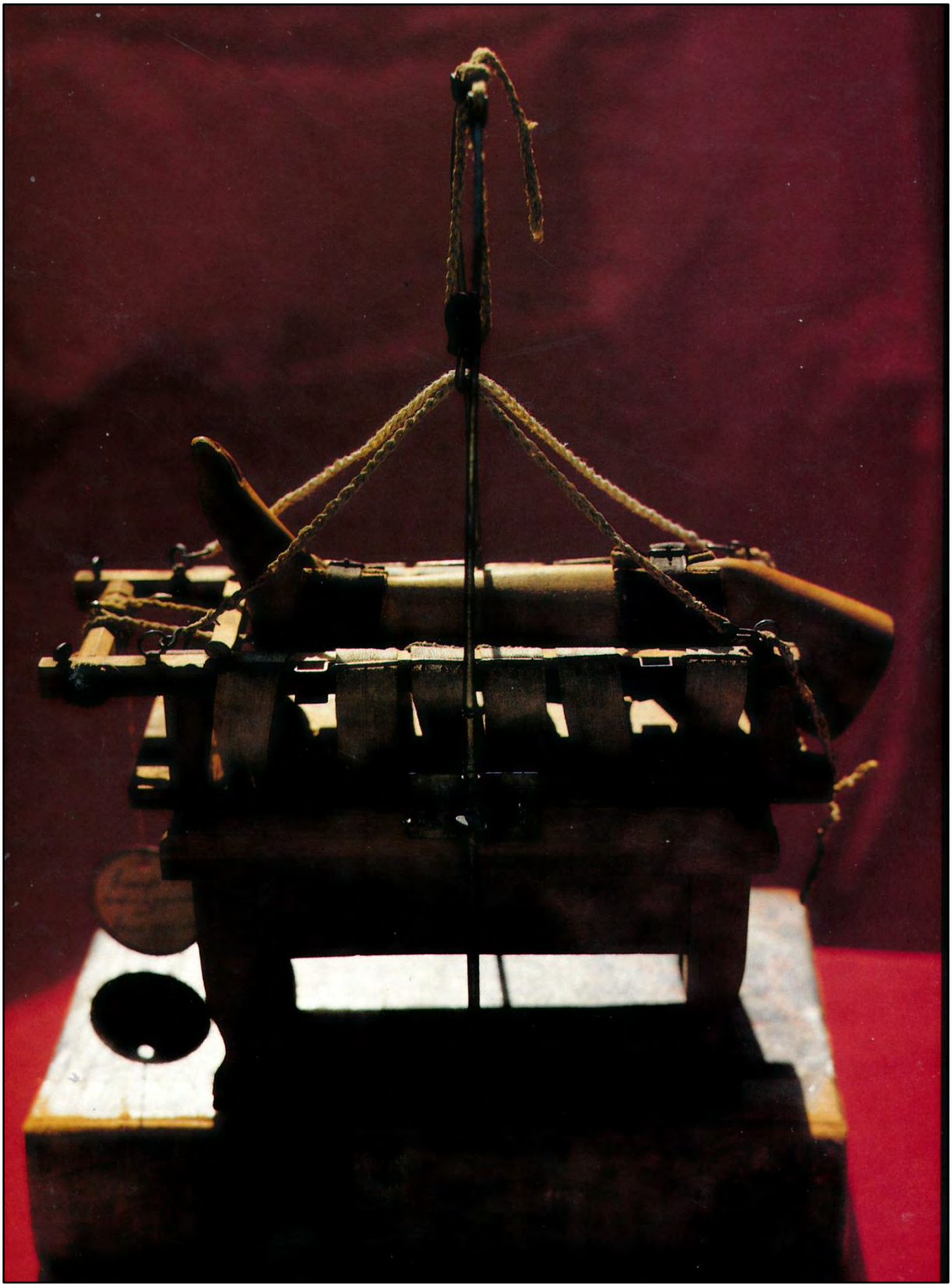
*Figur 8.4. Transkribert referat fra professor Sørenssens* Therapia specialis, *figur 8.3.*

I det lille medisinske miljøet i Christiania var Holst åpenbart en person med en stor faglig framtid foran seg. Allerede i 1818 ble han ansatt som stadsfysikus i hovedstaden, dvs. byens offentlige lege – men så reiste han straks utenlands for å lære mer.[viii]

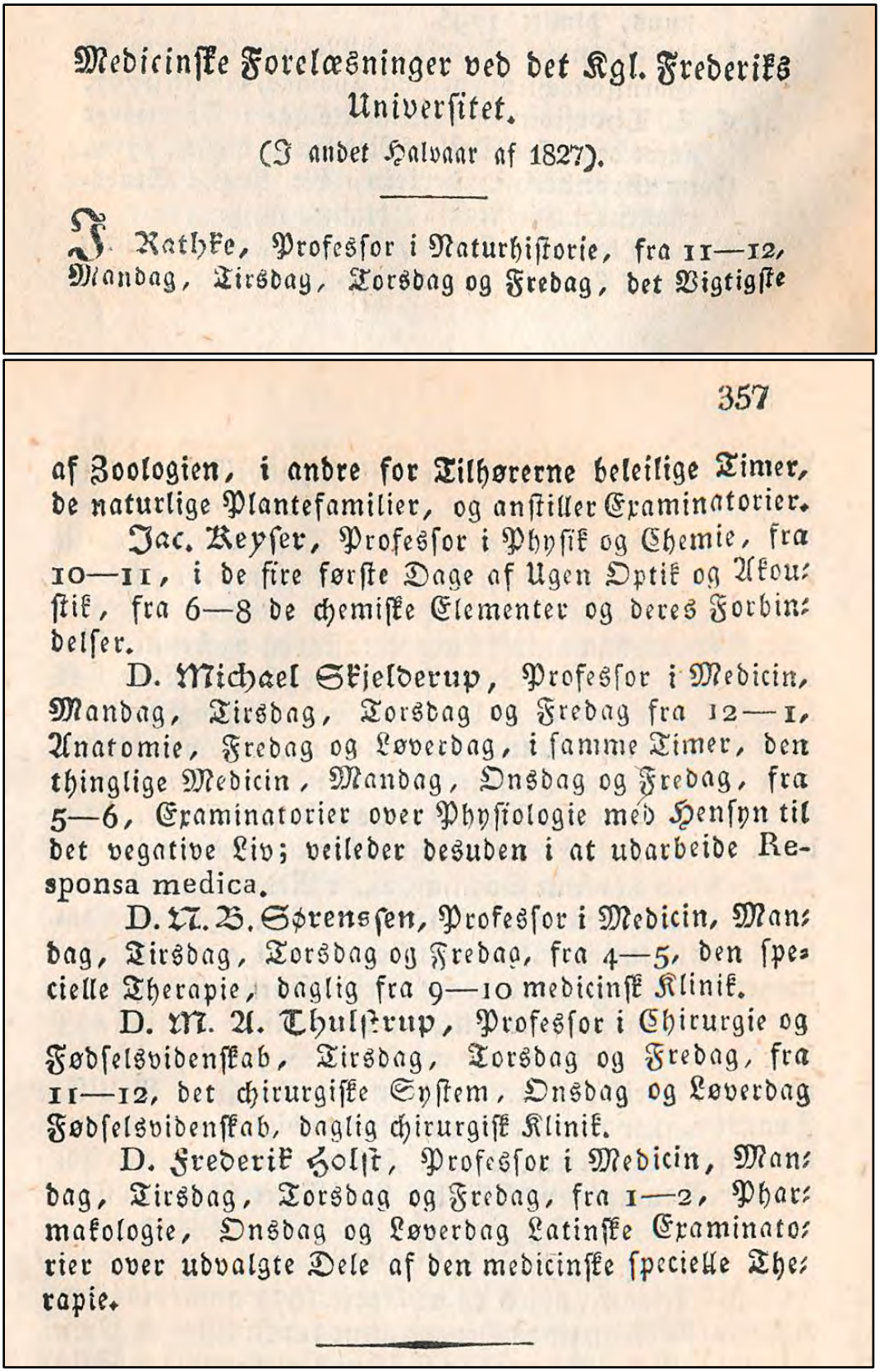
Mer fart i utviklingen av medisin som akademisk fag ble det først i 1826, men herom senere. La oss enn så lenge se på undervisningen slik den var i høstsemesteret 1827, se oversikten i figur 8.6. Et fåtall lærere underviste i flere fag.

Det var også hentet inn lærerkrefter fra andre fakulteter, såsom den 58 år gamle teolog og for lengst berømte zoolog, professor Jens Rathke (1769-1855). Bedre ekspertise i naturhistorie kunne studentene ikke få. Likedan var det med undervisningen for legestudentene i optikk, akustikk og kjemi, der professor i fysikk og kjemi Jens Jacob Keyser (1780-1847) sto bak kateteret. Selv om det på denne tiden ikke var noe fag som het øyesykdommer og heller ikke så mye leger kunne gjøre med folks nedsatte hørsel, forstår vi av lærervalget at det likevel var interesse for dette på akademisk plan.

Av figur 8.6. og transkripsjonen i figur 8.7. ser vi at professorene Skjelderup, Sørenssen og Thulstrup hadde atskillig undervisning i sine fag. Legg især merke til



*Figur 8.5. Fra før gipsens tid: Undervisningsmodell i miniatyr av en opphengskrybbe for stabilisering av beinbrudd. Tilhører Universitetets kirurgiske instrumentsamling. (Foto: Arne Sætrang 1989)*



Medicinske Forelæsninger ved det Kgl. Frederiks Universitet.

(I andet Halvaar af 1827).

J. Rathke, Professor i Naturhistorie, fra 11—12, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag, det Vigtigste

357

af Zoologien, i andre for Tilhørerne beleilige Timer, de naturlige Plantefamilier, og anstiller Examinatorier.

Jac. Keyser, Professor i Physik og Chemie, fra 10—11, i de fire første Dage af Ugen Optik og Akoustik, fra 6—8 de chemiske Elementer og deres Forbindelser.

D. Michael Skjelderup, Professor i Medicin, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag fra 12—1, Anatomie, Fredag og Løverdag, i samme Timer, den thinglige Medicin, Mandag, Onsdag og Fredag, fra 5—6, Examinatorier over Physiologie med Hensyn til det vegative Liv; veileder desuden i at udarbeide Responsa medica.

D. M. B. Sørensen, Professor i Medicin, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag, fra 4—5, den specielle Therapie, daglig fra 9—10 medicinsk Klinik.

D. M. A. Thulstrup, Professor i Chirurgie og Fødselsvidenskab, Tirsdag, Torsdag og Fredag, fra 11—12, det chirurgiske System, Onsdag og Løverdag Fødselsvidenskab, daglig chirurgisk Klinik.

D. Frederik Holst, Professor i Medicin, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag, fra 1—2, Pharmakologie, Onsdag og Løverdag Latinske Examinatorier over udvalgte Dele af den medicinske specielle Therapie.

*Figur 8.6. Oversikt over undervisningen for medisinere høsten 1827 (*Eyr *1827; 2: 356-357)*

Medicinske Forelæsninger ved det Kgl.Frederiks Universitet (I andet Halvaar af 1827)

J. Rathke, professor i Naturhistorie, fra 11-12 Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag, det Viktigste af Zoologien, i andre for Tilhørerne beleilige Timer, de naturlige Plantefamilier, og anstiller Examinatorier.

Jac. Keyser, Professor i Physik og Chemie, fra 10-11, i de fire første Dage af Ugen Optik og Akoustik, fra 6-8 de chemiske Elementer og deres Forbindelser.

D. Michael Skjelderup, Professor i Medicin, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag fra 12-1, Anatomie, Fredag og Løverdag, i samme Timer, den thinglige Medicin, Mandag, Onsdag og Fredag, fra 5-6, Examinatorier over Physiologie med Hensyn til det vegative Liv; veileder desuden i at udarbeide *Responsa medica*.

D. N. B. Sørenssen, Professor i Medicin, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag, fra 4-5, den spesielle Therapie, daglig fra 9-10 medicinsk Klinik.

D. M. A. Thulstrup, Professor i Chirurgie og Fødselsvidenskab, Tirsdag, Torsdag og Fredag, fra 11-12, det chirurgiske System, Onsdag og Løverdag, Fødselsvidenskab, daglig chirurgisk Klinik.

D. Frederik Holst, Professor i Medicin, Mandag, Tirsdag, Torsdag og Fredag, fra 1-2, Pharmakologie, Onsdag og Løverdag Latinske Examinatorier over udvalgte Dele af den medisinske specielle Therapie.

*Figur 8.7. Undervisning for medisinere høsten 1827, transkripsjon fra* Eyr *1827; 2: 356-357.*

de nederste linjene om samfunnsmedisineren og farmakologen Frederik Holst – han underviste også deler av den medisinske spesielle terapi, dvs. i Sørenssens fag. Litt ovenfor leser vi at Skjelderup også underviste medisin – "thinglig Medicin" betyr her sannsynligvis praktisk medisin. Alle måtte trå til for å få det til å gå rundt.

At alle ved det medisinske fakultetet også måtte begi seg inn i andre fag, stemte for øvrig overens med virkelighetens verden for legene som ble utdannet. De måtte være forberedt på alt, også oppgaver på randen av sin kompetanse, når de var blitt tilkalt og la i vei med sin doktorveske i karjol eller slede.

Studentene hadde åpenbart nok å gjøre. Lærerne også.

## Noter

[i] For detaljer om legeutdannelsen i Christiania, se jubileumsskriftet til fakultetets 200-årsjubileum i 2014: Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814-2014). *Michael* 2014; 11: Supplement 15, og Larsen Ø. *Mangfoldig medisin.* Oslo: Universitetet i Oslo, 2. utgave 1990. For utviklingen av legestanden, se Larsen Ø, Berg O, Hodne f. *Legene og samfunnet.* Oslo: Den norske legeforening, 1986 og Larsen Ø ed. *The shaping of a profession.* Canton MA: Science History Publications USA, 1996. Om jordmorutdanningen og jordmorvesenet i Norge, se blant annet Farstad A. *På liv og død: Distriktsjordmødrenes historie.* Oslo: Samlaget, 2016.

[ii] Thulstrup var for øvrig venn av Christian Frederik og fulgte ham til bryggen på Bygdøy da han hadde abdisert som konge og forlot landet.

[iii] Straand J, Sandvik H. Professor Nils Berner Sørenssen (1774–1857) – teori og praksis i en medisinsk brytningstid. *Michael* 2021; 18: Supplement 27, 218–238.

[iv] Nærmere om det Brown'ske system i fakultetets jubileumsbok (Larsen 2014) og i Straand & Sandvik 2021.

[v] Se f. eks. om studier av gammelt journalmateriale i Imhof & Larsen 1975.

[vi] Straand J, Sandvik H. Professor Nils Berner Sørenssen (1774–1857) – teori og praksis i en medisinsk brytningstid. *Michael* 2021; 18: Supplement 27, 218–238.

[vii] Holsts latinske doktoravhandling *Morbus, quem Radesyge vocant, quinam sit, quanamque ratione e Scandinavia tollendus?* er også gitt ut på norsk: Lie AK. red. Holst F. Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia? (1817). *Michael* 2005; 2: Supplement 2.

[viii] Om Frederik Holst se spesielt tidsskriftet *Michael* (www.dnms.no) eller www.michaeljournal.no, der det gjennom årene er publisert en rekke artikler om forskjellige aspekter ved hans liv og virke.

**Kapittel 9**

# 1826

*Ved midten av 1820-årene skjedde det mye av betydning for det norske samfunnet. For helse og medisin var året 1826 særlig begivenhetsrikt. Det ble satt i gang tiltak med varig virkning som det er rimelig å drøfte i et transisjonsperspektiv. Tre forhold trekkes fram her: Rikshospitalet ble åpnet, Norge fikk sitt første medisinske fagtidsskrift Eyr, og landets første medisinskfaglige sammenslutning ble etablert – Læseselskabet i Christiania.*

Ved inngangen til 1820-årene var mange forhold fortsatt påfallende uendrede, sammenliknet med hva de tradisjonelt hadde vært. F. eks. hadde kontakten med kontinentet, herunder Danmark, knapt forandret seg særlig siden 1700-tallet, bortsett fra under krigsårene.

København var fortsatt langt borte, selv om man nå i etterkrigstiden kunne reise gjennom Sverige. Eksempel: Da de unge legene Christen Heiberg (1799-1872) og Christian Wisbech (1801-1869) fra Bergen skulle legge ut på en «grand tour» i 1700-talls-stil i 1822,[i] riktignok ikke med allmenn dannelse som forventet utbytte, men for å få medisinsk faglig påfyll, var det å komme seg fra Bergen til København litt av en ekspedisjon. Å dra sjøveien fra Bergen var den gang mest naturlig, men reisen ble for dem både langvarig og dramatisk.

Vi hadde altså fått et universitet og et akademisk miljø i Christiania, men betingelsene for å utvikle dette videre og heve det til internasjonalt nivå, var langt fra de beste. De medisinske universitetslærerne var foreløpig mest det – de var universitets*lærere*. Medisinsk forskning, dvs. original, akademisk kunnskapsproduksjon, kom ikke ordentlig i gang før i 1870-årene. Her er det ikke bare en langsom forandring vi observerer, men en transisjon fra en normaltilstand da de primære forventningene til de medisinske universitetsakademikerne i Christiania var undervisning og deltakelse i offentlige, samfunnsbyggende oppgaver. Fra 1870-årene og videre utover var forskning en naturlig del. En ny normaltilstand hadde inntrådt.

Noe av det viktigste som skjedde for norsk medisin, har vi alt nevnt, nemlig at det var blitt opprettet et fjerde professorat i medisin ved universitetet i 1824, en fornyelse fordi både en ny generasjon og en ny fagprofilering kom inn. Den

nyansatte var den velutdannede og meget allsidige legen Frederik Holst (1791-1871). Han var 22 år yngre enn Skjelderup og Thulstrup og 17 år yngre enn Sørenssen. Frederik Holsts fag ble hygiene, toksikologi og farmakologi. Hygiene, som i tillegg til kunnskaper om levekår i vid forstand, inkluderte blant annet befolkningsutvikling, sykdomsspredning og helsetjenester. Det var stoff Holst hadde bred bakgrunn i. Toksikologi og farmakologi lå litt på siden av hygienefaget, men noen måtte ta seg av dette feltet som var særdeles viktig for unge leger som skulle ut i praksis. Frederik Holst tok oppgaven.

Når det gjaldt farmakologien, fikk Holst et problem som tilsvarte det Skjelderup hadde opplevd for anatomien – undervisningsmateriell manglet. Holst satte i gang med å bygge opp en farmakologisk samling for undervisning og eksamen, men samlingen skulle også være egnet til forskning og som referanse. Dette var et møysommelig arbeid som han begynte på i 1824 og holdt på med i over 40 år, og som tok mye av hans tid helt fram til han sluttet ved universitetet i 1867.[ii]

Å ha gode kunnskaper om planter som ble brukt i sykdomsbehandling, var essensielt for unge leger. Planter og planteprodukter utgjorde en stor del av det man hadde til rådighet for medikamentell behandling, både i den sykdomsbehandlingen legene foreskrev, og i folkemedisinen. Da gjaldt det at legen kunne gjenkjenne drogene, ha kunnskap om deres virkning og også kunne framstille legemidler selv hvis ikke en apoteker kunne gjøre det.

Toksikologi var viktig fordi det var mange muligheter til å bli forgiftet, ikke minst gjennom planter og stoffer som var i bruk som huslige remedier. En forgiftning kunne også være en kriminalsak. Man kunne aldri vite, og stedets lege var da den naturlige medisinske autoritet.

Holst samlet droger fra fjern og nær og bygde opp sin samling i trange og uegnede lokaler i Anatomigården. Preparatene ble gjerne oppbevart i esker av glass, men når de skulle brukes til eksamen, måtte etikettene tas vekk og settes på igjen etterpå. Dessuten måtte katalogisering og registrering gjøres om igjen flere ganger, fordi den internasjonale klassifikasjonen av droger endret seg.

Hygienedelen av Holsts virke satte imidlertid størst synlige samfunnsmessige spor etter seg, og det ganske umiddelbart. Han engasjerte seg i sykehusbygging, og i 1826 forelå et viktig resultat av dette – åpningen av Rikshospitalet.

*Rikshospital fra 1826 – men hvordan?*

Rikshospitalet ble åpnet i 1826. Den første historieboken om Rikshospitalet ble gitt ut allerede i 1827, og det var Frederik Holst som hadde skrevet den.[iii] Her forteller han om alle overveielsene bakom opprettelsen av hospitalet. Tross høy sykelighet var det ikke tradisjon for å ty til sykehusinnleggelse uten i spesielle tilfelle, f. eks.



*Figur 9.1. Militærhospitalet fra 1807 som var blitt oppgradert til Rikshospitalet i 1826, fotografert kort tid før rivingen i 1962. (Foto: Øivind Larsen)*

smittefare eller situasjoner der det å ligge syk hjemme, ofte langvarig, ikke var mulig. Og ofte var det ikke offentlige midler til dette heller.

Det var imidlertid klart at sykehus beregnet på behandling med restitusjon som mål, ikke bare oppbevaring av pasienter, var et behov som tvang seg fram.

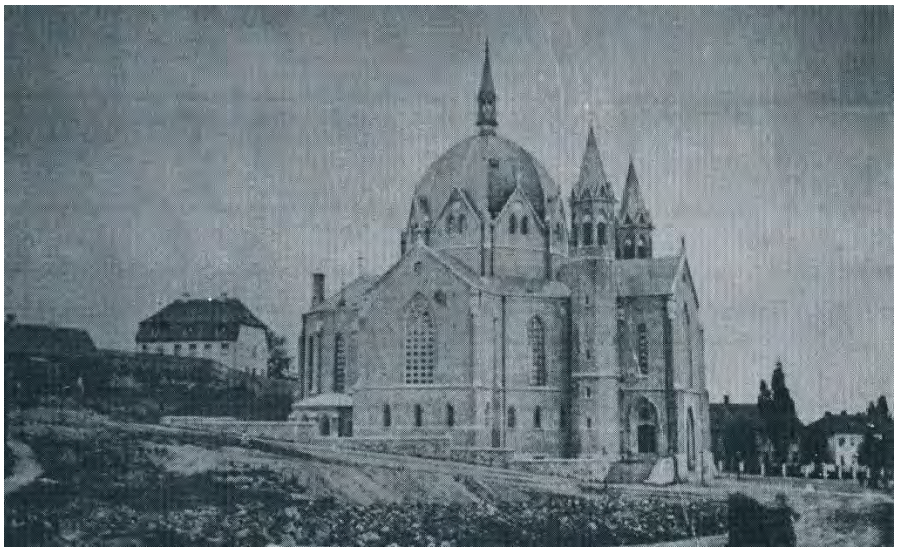
Det nye medisinske fakultetet trengte et undervisningshospital av tilsvarende type som Det kongelige Frederiks Hospital i København. Studentene måtte få anledning til å se og å lære om slike sykdommer og skader som de ville treffe på når de sto der på egen hånd i sin praksis. Sammensetningen av pasientpopulasjonen de fikk lære å kjenne under studiet måtte tilsvare læringsmålene. Da trengte man et stort hospital som betjente en stor befolkning. Å finne ut hvordan forskjellige hensyn skulle veies mot hverandre i en slik sak, var slett ikke lett.




*Figur 9.2. Første bind av det norske medisinske tidsskriftet* Eyr *i 1826. Det kom ut med fire hefter i året fram til 1837.*



*Figur 9.3. Det var i bygningen til venstre, Anatomigaarden, oppført 1626 som et av de første husene i det nye Christiania, at Det medisinske fakultets virksomhet fant sted i årene 1814 til 1852. Garnisonssykehuset til høyre ble først sykehus i 1850-årene. (Foto:Væring)*



*Figur 9.4. Bergensfotografen Marcus Selmer (1819-1900) tok dette bildet i 1863 av Trefoldighetskirken, som var innviet 1858. Akersgata går nedover mot høyre i bildet. Til høyre, bak kirken, skimter vi Rikshospitalets trebygning og helt ute i høyre bildekant Fødselsstiftelsens murbygning. På haugen til venstre for kirken, der Margaretakyrkan ligger siden 1925, ser vi Løkken Sorgenfri fra 1812. Den ble brukt som sykeavdeling for veneriske pasienter fra 1849. Fotografiet er medisinhistorisk interessant fordi det også forteller litt om tidens offentlige prioriteringer. Kirken sto sterkt. (Oslo Museum/OB.F03063d).*

I Christiania var man heldig fordi Militærhospitalet i Akersgata, den store tømmerbygningen som var oppført 1805-1807, allerede sto der. Den kunne oppgraderes fra å være nøkternt militærleirpreget til å fylle de krav man den gang hadde til et sivilt sykehus. Åpningen av Rikshospitalet i 1826 var begynnelsen på en lang utviklingsprosess. Det var et stort sprang forover for norsk medisin – man var nå kommet på linje med utlandet når det gjaldt klinisk undervisning – om enn det nye undervisningssykehuset foreløpig ikke kunne måle seg med forbildene i København, Wien, Berlin og Paris.

*Medisinsk kunnskapsflyt systematiseres - tidsskriftet* Eyr

I København var det et stort universitetsbibliotek, også med medisinsk litteratur. I bygningen til det kirurgiske akademi i Norgesgade (i 1877 omdøpt til Bredgade), som lå vegg i vegg med Frederiks Hospital, var det også bøker og fagtidsskrifter. Det ble en prioritert oppgave for det ferske universitetet i Norge å bygge opp et tilsvarende fagbibliotek.

Medisinske tidsskrifter kunne man også abonnere på i Norge. Et problem var naturlig nok økonomien, men viktigere for anvendeligheten var det at vi ikke hadde

tidsskrifter som formidlet *norsk kunnskap til norske lesere*. Det forelå et informasjonsbehov som ikke var dekket.

Dette behovet for nasjonale medier gjaldt også andre fag. En løsning var da å etablere «hybridtidsskrifter». Forskjellige fagfelt som delte publikasjonskanal, måtte ikke være altfor ulike, for da ble det blant annet vanskelig å verve abonnenter. Det ble forsøkt å ha med medisinsk stoff i *Tidsskrift for Naturvidenskaberne.* Det var blitt opprettet i 1823. Frederik Holst redigerte medisinsk stoff der i 1824 og 1825. Det viste seg da at det ikke var gangbart å blande elitistisk vitenskap fra andre fag, rettet mot de høyere akademiske sirkler, med jordnær informasjon om medisin og helse for praktiserende leger. Derfor skjedde det i 1826 noe som i det medisinhistoriske bakspeilet var banebrytende: Det første norske, rendyrkede medisinske fagtidsskriftet kom ut med sitt første nummer.[iv]

Tidsskriftet ble kalt *Eyr* etter den nordiske gudinne for helse. Michael Skjelderup og Frederik Holst var redaktører. I årene fram til siste nummer i 1837 ble det her publisert lærerike medisinske kasuistikker, statistikk over helse og helsetjenester, presentasjon av nye bøker. referater fra utenlandske medisinske tidsskrifter, foruten aktuelle notiser og praktisk informasjon, alt holdt i et godt, norsk, medisinsk fagspråk.

*Eyr* hadde en tydelig pedagogisk profil. Blant annet står det mye om de såkalte *responsa medica,* om hvordan man skal avfatte medisinske uttalelser. Dette må sees i sammenheng med redaktøren Michael Skjelderups interesse for *rettsmedisin.* Norge på 1800-tallet var tidvis et voldelig samfunn, der legen kunne bli tilkalt for å utferdige uttalelser om skader eller dødsfall. Slike uttalelser kunne bli avgjørende rettsdokumenter. Derfor måtte de være klare, grundige, etterrettelige og skrevet slik at de var forståelige for lesere utenfor medisinen. Selv godt utdannede leger hadde nødvendigvis ikke så mye erfaring med å forfatte uttalelser.

Øvrighetspersoners famling med penn og papir i et omseggripende byråkrati fant for øvrig sted i mange sammenhenger på denne tiden. Den første norske «musikal», braksuksessen fra 1825 *Fjeldeventyret,* lagd av forfatteren Henrik Anker Bjerregaard (1792-1842) og komponisten Waldemar Thrane (1790-1828)*,* har da også omgangen med snirklete kansellispråk som et hovedpoeng. Skuespillet er munter komedie i dag, men hadde alvorig og aktuell snert på 1820-tallet. En leges uttalelse kunne for den anklagede bety forskjellen mellom streng straff og frifinnelse når retten ble satt.

Prosjektet *Eyr* var så vidt ettertiden kan forstå, finansiert gjennom abonnementsinntekter. Med en målgruppe som var i størrelsesordenen 150, var bare det å få tidsskriftet utgitt, en bragd i seg selv. Tabell 9.5. viser størrelsen på det norske medisinske miljøet rundt 1826. Det nye tidsskriftet hadde riktignok også



1. Civile Læger ..... 59.
nemlig: a) Medicinſke Profeſſorer ..... 4
b) Stadsphyſici ..... 4
c) Landphyſici ..... 6
d) Diſtriktslæger ..... 25
e) Stadschirurger ..... 3
f) Bergchirurg ..... 1
g) Hospitalslæger ..... 3
h) Privat anſatte ..... 13

2. Militaire Læger ..... 61.
Brigadelæger ..... 7
Corpslæger ..... 19
Compagniechirurger ..... 28
Esqvadronschirurger ..... 5
Overlæge i Marinen ..... 1
Underlæge ..... 1

120.

Riget har i Alt 28 Apotheker.

Følgende Tabel vil i Korthed viſe Forholdet imellem Antallet af Læger og Apotheker her i Riget og den den 27 November 1825 udførte Folketælling.

| Folkemængde. | Læger. | Centeſimal Proportion. | Apothekere. | Centeſimal-Proportion. | Læger og Apothekere. | Centeſimal Proportion. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.050.133 | 120 | 1:8751$\frac{1}{10}$ | 28 | 1:37504$\frac{5}{7}$ | 148 | 1:7095$\frac{18}{37}$ |

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Civile Læger | 59. |
| nemlig a) | Medicinske Professorer | 4 |
| b) | Stadsphysici | 4 |
| c) | Landphysici | 6 |
| d) | Distriktslæger | 25 |
| e) | Stadschiruger | 3 |
| f) | Bergchirurg | 1 |
| g) | Hospitalslæger | 3 |
| h) | Privat ansatte | 13 |
| 2. | Militaire Læger | 61. |
| a. | Brigadelæger | 7 |
| b. | Corpslæger | 19 |
| c. | Compagniechirurger | 28 |
| d. | Esquadronchirurger | 5 |
| e. | Overlæge i Marinen | 1 |
| f. | Underlæge | 1 |
| | | 120. |

*Tabell 9.5. Antall leger og apotek i Norge i 1827. Vi ser at blant legene var militærlegene den største gruppem. Bortsett fra 13 av 120 var også de sivile legene i offentlig tjeneste. Det er 28 apoteker i riket. I forhold til folketellingen 27. november 1825 var det altså en lege pr. 8751 innbyggere og et apotek for hver 38 507 innbygger. (Fra* Eyr *1827; 2: 76.)*

noen andre interessenter på sin adresseliste. Uansett: Antallet potensielle lesere var ikke stort. Et eget, nasjonalt fagtidsskrift ble likevel en milepæl for etableringen av en nasjonal, norsk medisin.

En bremsende faktor for spredning av kunnskap i Norge via skriftlige medier, var dårlig leselys, spesielt i mørketiden og før parafinlampen ble oppfunnet i 1853. Vi må anta at dette slo til også for *Eyr*.

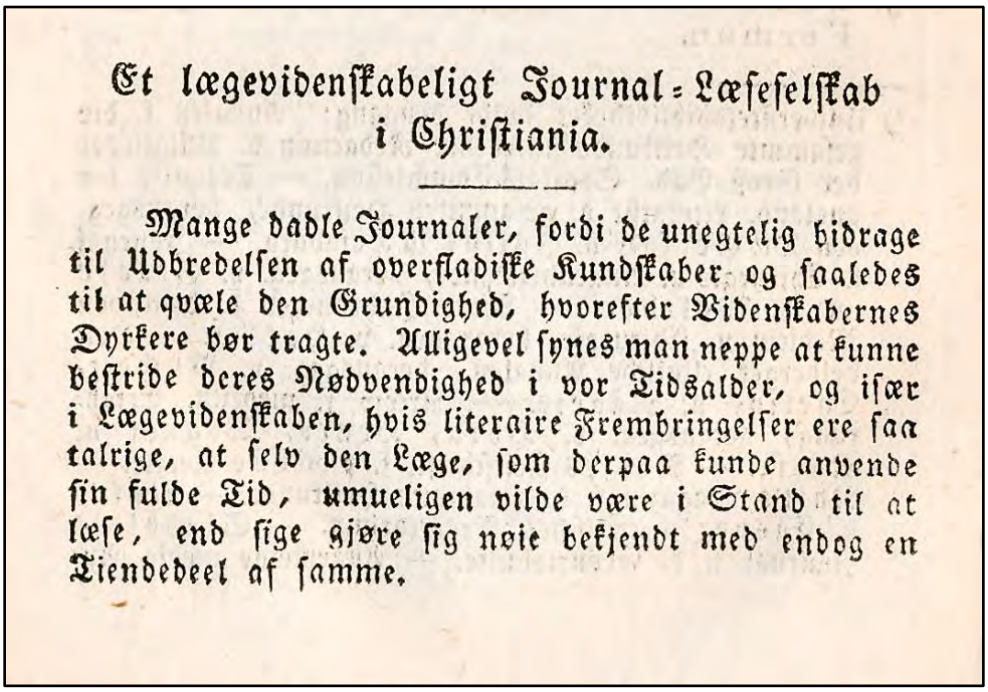
*Læseselskabet – hovedstadens leger tar grep*

Ved midten av 1820-årene hadde flere leger vært på studiereiser til utlandet, og forståelsen av hvor nødvendig det var å ha god kontakt med utenlandsk medisin var økende. Det nye universitetsbiblioteket abonnerte således på en del sentrale internasjonale tidsskrifter. De i den medisinske verden som var ivrige etter å følge med, syntes ikke dette var nok. Bevilgningene til universitetsbiblioteket strakk ikke til for å betale for flere abonnementer, blant annet fordi bibliotekets driftsmidler også skulle gå med til nedbetaling av gjeld.

Tretten personer, hvis navn vi dessverre ikke kjenner nøyaktig, men som åpenbart tilhørte Christianiamiljøet slik vi kjenner det fra *Eyr,* dannet derfor sommeren 1826 et «Læseselskab».[v] (Figur 9.6.) Som vi skjønner av tabell 9.5. var det medisinske miljøet i Christiania lite og tett. Det er derfor ikke å undres over at leseselskapet ikke etterlot seg noe arkivmateriale som - i det minste til nå - har latt seg oppdrive. Tretten personer, der det fleste omgikkes daglig, trengte neppe formalia for å bli enige om hvordan tidsskrifter skulle sirkuleres. Sannsynligvis er det Frederik Holsts anbefalinger vi aner i utvalget av tidsskrifter – han hadde nettopp vært på studiereise i Frankrike og England.

Se gjennom de to fortegnelsene i figur 9.7 og 9.8 over Leseselskapets og Universitetsbibliotekets tidsskrifter. Begge listene er interessante. Universitetsbiblioteket hadde valgt i hovedsak tyske tidsskrifter og to danske. Læseselskabets liste hadde mer flukt over seg, med abonnement på franske, engelske og endog et amerikansk tidsskrift.

Legg også merke til at flere av tidsskriftene ser ut til å være gitt ut av *sammenslutninger av leger*. Dette er et tegn på den «assosiasjonsånden» som etter hvert også kom til Norge. Disse sidene fra *Eyr* hever enhver tvil om at det var de tretten legenes initiativ til å slutte seg sammen i et Læseselskab som var starten på den foreningen som ble til *Det norske medicinske Selskab,* uansett om formaliseringen av denne først skjedde i 1833.



Et lægevidenſkabeligt Journal-Læſeſelſkab
i Chriſtiania.

Mange dadle Journaler, fordi de unegtelig bidrage til Udbredelſen af overfladiſke Kundſkaber og ſaaledes til at qvæle den Grundighed, hvorefter Videnſkabernes Dyrkere bør tragte. Alligevel ſynes man neppe at kunne beſtride deres Nødvendighed i vor Tidsalder, og iſær i Lægevidenſkaben, hvis literaire Frembringelſer ere ſaa talrige, at ſelv den Læge, ſom derpaa kunde anvende ſin fulde Tid, umueligen vilde være i Stand til at læſe, end ſige gjøre ſig nøie bekjendt med endog en Tiendedeel af ſamme.

Et lægevidenskabligt Journal-Læseselskab i Christiania

Mange dadle Journaler, fordi de unegtelig bidrage til Udbredelsen af overfladiske Kundskaber og saaledes til at qvæle den Grundighed, hvorefter Videnskabernes Dyrkere bør tragte. Alligevel synes man neppe at kunne bestride deres Nødvendighed i vor Tidsalder, og især i Lægevidenskaben, hvis literaire Frembringelser ere saa talrige, at selv den Læge, som derpaa kunde anvende sin fulde Tid, umuligen vilde være i Stand til at læse, end sige gjøre sig nøie bekjendt med en Tiendedeel af samme.

*Figur 9.6. Innledning om det nye Læseselskabet i* Eyr *1827;2: 77.*

Det er ingen svenske tidsskrifter på listene. Fra Danmark savnes *Bibliothek for Læger,* opprettet 1809. Hvorfor?

En ting er sikkert: Hvis medlemmene av Læseselskabet skulle pløye seg gjennom alle tidsskriftene etter at budet hadde vært der hver uke, og attpåtil hadde vært på Universitetsbiblioteket og fordypet seg i tidsskriftene der, har de hatt det travelt. Men mulighetene for å holde seg faglig oppdatert på toppnivå må unektelig ha vært til stede.

*Tre tiltak med langsiktige virkninger*

Opprettelsen av Rikshospitalet, oppstarten av *Eyr* og stiftelsen av Læseselskabet i 1926 kan også sees i et transisjonsperspektiv. De utgjør hver for seg begynnelsen på

en utvikling som over tid spredte seg og ble alminnelig akseptert, slik at et nye nivåer innstilte seg etter en tid, her på tre felter.

Hva et *sykehus* skulle være, var ikke klart definert rundt 1800. Det fantes sykehus som bare var «hus for syke», dvs. for syke som ikke kunne forpleies der de bodde. Lasaretter til bruk under epidemier var slik. Militærlasarettene kom i samme kategori.

Sykehus som tross navnet sykehus bare hadde en funksjon som fattighus og sykehjem, har vi her i boken allerede hørt om fra Rosteds Kongsberg. En institusjon for spedalske som St. Jørgens Hospital i Bergen var innrettet for pasienter med en spesiell diagnose. Det samme var radesykehusene rundt i landet, beregnet for pasienter med den særnorske sykdommen *Radesyge,* den Holst hadde skrevet doktoravhandling om.

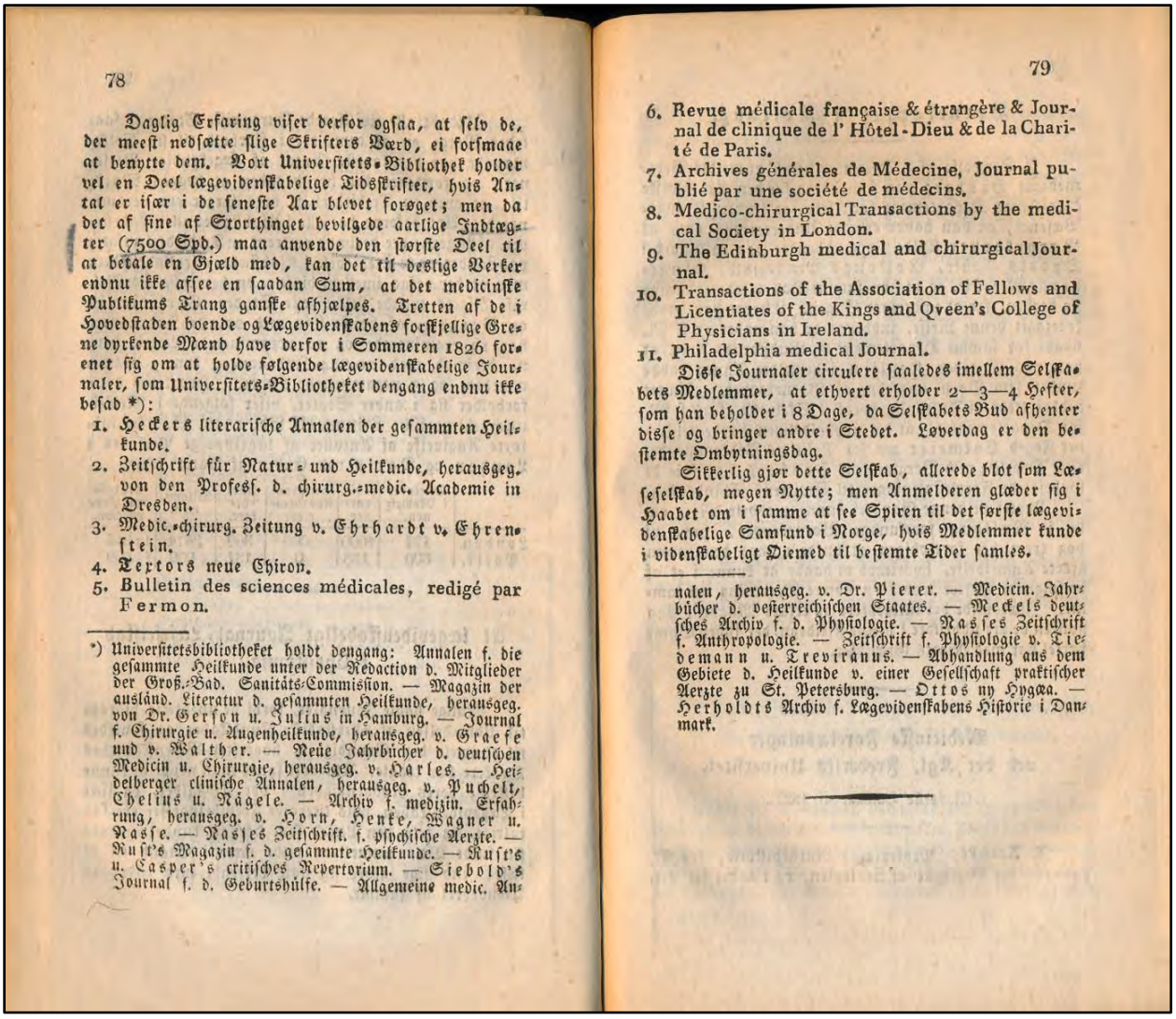
I Christiania hadde vi et spesialsykehus for kjønnssykdommer.[vi] Vi hadde altså i og for seg helseinstitusjoner, men de var for spesielle grupper og det var ingen fellesnevner. Det nærmeste vi kom et alminnelig sykehus for befolkningen, beregnet på allmenn sykdomsbehandling, var antakelig det såkalte Civile Sygehus i Christiania, der professor Sørenssen styrte. Det var egentlig ikke «alminnelige sykehus» av noen størrelse i Norge, slik det var ute i verden. Eksempler: Det kongelige Frederiks Hospital i København var fra 1757 og Wiener allgemeines Krankenhaus hadde historie tilbake til 1693.

Det nye Rikshospitalet satte standard for hvordan et alminnelig sykehus skulle være, i samsvar med tidens krav. Utviklingen gjennom to hundre år fram til i dag har vært kronglete, men idealene om å være en offentlig institusjon som har *sykdomsbehandling som målsetting for egen virksomhet,* eventuelt som kan formidle behandling for de fleste andre aktuelle sykdommer og pasientgrupper, står fast. I tillegg har det vært en norm om *forskning,* om å skape ny kunnskap, blant annet ved å systematisere erfaringer fra arbeidet ved sykehuset. Og det akademiske rasjonale for å opprette Rikshospitalet var at det skulle gis *undervisning.*

Etableringen av *Eyr* hadde likeledes etterdønninger som fortsatt er der.. Her presenterte redaktørene medisinsk kunnskap og relevant kontekst innenfor en ramme som de mente passet for en lege i Norge. Stoffet var avfattet i et norsk medisinsk språk som var faglig presist, men som også kunne leses av andre. Den pedagogiske linjen var klar – f. eks. er kasuistikkene gjerne så detaljerte at de kan leses med utbytte den dag i dag, da som grunnlag for å stille en moderne diagnose og for å vurdere datidens behandling – tross de metodiske problemene slik tolkning av eldre medisinsk kildemateriale medfører.

*Leger og fagutvikling*

To store artikler om den nye medisinerutdanningen i Norge hadde vært publisert i det både den gang og nå litt vanskelig tilgjengelige, men nå digitaliserte tidsskriftet *Budstikken* (1824, nr. 26-33 og 1827, nr. 73-79). Artiklene er oppsummert i *Eyr* (1827;2:261-267). Der etterlyses mer vitenskapelighet blant medisinerstudentene.



78

Daglig Erfaring viser derfor ogsaa, at selv de, der meest nedsætte slige Skrifters Værd, ei forsmaae at benytte dem. Vort Universitets-Bibliothek holder vel en Deel lægevidenskabelige Tidsskrifter, hvis Antal er især i de seneste Aar blevet forøget; men da det af sine af Storthinget bevilgede aarlige Indtægter (7500 Spd.) maa anvende den største Deel til at betale en Gjæld med, kan det til deslige Værker endnu ikke afsee en saadan Sum, at det medicinske Publikums Trang ganske afhjælpes. Tretten af de i Hovedstaden boende og Lægevidenskabens forskjellige Grene dyrkende Mænd have derfor i Sommeren 1826 forenet sig om at holde følgende lægevidenskabelige Journaler, som Universitets-Bibliotheket dengang endnu ikke besad *):

1. Heckers literarische Annalen der gesammten Heilkunde.
2. Zeitschrift für Natur- und Heilkunde, herausgeg. von den Profess. d. chirurg.-medic. Academie in Dresden.
3. Medic.-chirurg. Zeitung v. Ehrhardt v. Ehrenstein.
4. Textors neue Chiron.
5. Bulletin des sciences médicales, redigé par Fermon.

*) Universitetsbibliotheket holdt dengang: Annalen f. die gesammte Heilkunde unter der Redaction d. Mitglieder der Groß.-Bad. Sanitäts-Commission. — Magazin der ausländ. Literatur d. gesammten Heilkunde, herausgeg. von Dr. Gerson u. Julius in Hamburg. — Journal f. Chirurgie u. Augenheilkunde, herausgeg. v. Graefe und v. Walther. — Neue Jahrbücher d. deutschen Medicin u. Chirurgie, herausgeg. v. Harles. — Heidelberger clinische Annalen, herausgeg. v. Puchelt, Chelius u. Nägele. — Archiv f. medizin. Erfahrung, herausgeg. v. Horn, Henke, Wagner u. Nasse. — Nasses Zeitschrift. f. psychische Aerzte. — Rust's Magazin f. d. gesammte Heilkunde. — Rust's u. Casper's critisches Repertorium. — Siebold's Journal f. d. Geburtshülfe. — Allgemeine medic. Annalen, herausgeg. v. Dr. Pierer. — Medicin. Jahrbücher d. oesterreichischen Staates. — Meckels deutsches Archiv f. d. Physiologie. — Nasses Zeitschrift f. Anthropologie. — Zeitschrift f. Physiologie v. Tiedemann u. Treviranus. — Abhandlung aus dem Gebiete d. Heilkunde v. einer Gesellschaft praktischer Aerzte zu St. Petersburg. — Ottos ny Hygæa. — Herholdts Archiv f. Lægevidenskabens Historie i Danmark.

79

6. Revue médicale française & étrangère & Journal de clinique de l' Hôtel-Dieu & de la Charité de Paris.
7. Archives générales de Médecine, Journal publié par une société de médecins.
8. Medico-chirurgical Transactions by the medical Society in London.
9. The Edinburgh medical and chirurgical Journal.
10. Transactions of the Association of Fellows and Licentiates of the Kings and Qveen's College of Physicians in Ireland.
11. Philadelphia medical Journal.

Disse Journaler circulere saaledes imellem Selskabets Medlemmer, at ethvert erholder 2—3—4 Hefter, som han beholder i 8 Dage, da Selskabets Bud afhenter disse og bringer andre i Stedet. Løverdag er den bestemte Ombytningsdag.

Sikkerlig gjør dette Selskab, allerede blot som Læseselskab, megen Nytte; men Anmelderen glæder sig i Haabet om i samme at see Spiren til det første lægevidenskabelige Samfund i Norge, hvis Medlemmer kunde i videnskabeligt Øiemed til bestemte Tider samles.

*Figur 9.7. Her sees hvilke tidsskrifter Læseselskabet hadde abonnert på og lot sirkulere blant medlemmene, i tillegg til de tidsskriftene Universitetsbiblioteket hadde og som her er oppramset i fotnoten (transkripsjon i Figur 9.10). Legg merke til nest siste avsnitt side 79 på bildet om hvordan tidsskriftene byttet lesere hver lørdag. Siste avsnitt peker framover til formaliseringen av det som etter hvert ble til* Det norske medicinske Selskab *i 1833. (*Eyr *1827; 2: 78-79).*

Daglig Erfaring viser derfor ogsaa, at selv de, der meest nedsætte slige Skrifters Værd, ei forsmaae at benytte dem. Vort Universitets-Bibliothek holder vel en Deel lægevitenskablige Tidsskrifter, hvis Antal er især i de seneres Aar blevet forøget; men da det av sine af Storthinget bevilgede aarlige Indægter (7500 Spd.) maa anvende den største Deel til at betale en Gjæld med, kan det tit deslige Verker endnu ikke afsee en saadan Sum, at det medicinske Publikums Trang ganske afhjælpes. Tretten af de i Hovedstaden boende og Lægevidenskapens forskjellige Grene dyrkende Mænd have derfor i Sommeren 1826 forenet sig om at hold følgende lægevidenskablige Journaler, som Universitets-Bibliotheket den gang endnu ikke besad*):

1. Heckers literarische Annalen der gesammten Heilkunde.
2. Zeitschrift für Natur- und Heilkunde, herausgeg. von den Profess. d. chirurg. –medc. Academie in Dresden. ‘
3. Medic.- chirurg. Zeitung v Ehrhardt v. Ehrenstein.
4. Tertor neue Chiron.
5. Bulletin des sciences médicales, redigé par Fermon.
6. Revue médicinale francaise & étrangerère & Journal de clinique de l’Hôtel-Dieu & de la Charité de Paris.
7. Archives générales de Médicine, Journal publié par une société de médecins.
8. Medico-chirugical Transactions by the medical Society in London.
9. The Edinburgh medical and chirurgical Journal.
10. Transactions of the Associations of Fellows and Licentiates of the Kings and Qveen’s College of Physicians in Ireland.
11. Philadelphia medical Journal.

Disse Journaler circulere saaledes imellom Selskabets Medlemmer, at hvert erholder 2-3-4 Hefter, som han beholder i 8 Dage, da Selskabets Bud afhenter disse og bringer andre i Stedet. Løverdag er den bestemte Ombytningsdag.

Vitterlig gjør dette Selskab, allerede blot som Læseselskab, megen Nytte, men Anmelderen glæder sig i Haabet om i samme at see Spiren til det første lægevitenskablige Samfund i Norge, hvis Medlemmer kunde i videnskablig Øiemed til bestemte Tider samles.

*) Universitetsbibliotheket holdt den gang: Annalen f. die gesammte Heilkunde unter der Redaction d. Mitglieder der Groβ.-Bad. Sanitätet-Commision. – Magazin der ausländ. Literatur d. gesammten Heilkunde, herausgeg. von Dr. Gerson u. Julius in Hamburg. – Journal f. Chirurgie u. Augenheilkunde, herausgeg. V. Graefe und v. Walther – Neue Jahrbüher d. deutschen Medicin und Chirurgie„ heraugeg. v. Harles. – Heidelberger clinische Annalen, herausgeg. v. Puchelt, Chelius u. Nägele. – Archiv f. Medizin. Ehrfahrung, herausgeg. v. Horn, Henke, Wagner u. Nasse. – Nasses Zeitschrift. f. psychische Aertze. – Kust’ s Magazin f.d. gesammste Heilkunde. – Rust’s Mgazin f.d. gesammte Heilkunde - Rust’s u. Casper’s critisches Repertorium. – Siebold’s Journal f. d. Geburtshülfe. – Allgemeine medic. Annalen, herausgeg. v. Dr. Pierer. – Medicin. Jahrbücher d. oesterreichischen Staates. – Meckel deutsches Archiv f. d. Pathologie. - Nasses Zeitschrift f. d. Antropologie. Zeitschrift f. Physiologie v. Tiedemann u, Treviranus. - Abhandlung aus dem Gebiete d. Heilkunde v. einer Gesellschaft praktischer Aertze zu St. Petersburg. – Ottos ny Hygæa. – Herholdts Archiv f. Lægevidenskabens Historie i Danmark.

*Figur 9.8 Transkripsjon av liste i figur 9.7 (*Eyr *1827; 2: 78-79)*

Med sin praktiske målsetting skiller medisinerne seg litt fra studenter i andre fag. Her hadde *Eyr* en klar profil – som allment tidsskrift for leger skulle det være plass for toveis kommunikasjon, dvs. manuskripter fra leserne. Slik ble det også. *Eyr* skapte en standard for formidling av medisinsk kunnskap gjennom å være et allment fagtidsskrift. Det ble videreført gjennom etterfølgeren *Norsk Magazin for Lægevidenskaben.* Det hadde en førende rolle som oppdaterende fagtidsskrift for leger fra 1840 og i 99 år. *Magazinet* gikk imidlertid inn i den nordiske fellessatsingen *Nordisk medicin* i 1939, uten at det kan sees at denne viktige forandringen hadde vært skikkelig forberedt. *Magazinet* mistet da sin selvstendige betydning for norsk medisin, selv om norsk medisinsk stoff fortsatt var å finne i *Nordisk medicins* spalter sammen med annet.

Fra 1886 til 1939 hadde *Magazinet* en konkurrent, nemlig det fortsatt eksisterende og etter hvert store *Tidsskrift for Den norske legeforening.* Det har – og har hatt - en mer standspolitisk målsetting. Likevel formidles nye forskningsresultater og oppdaterende kunnskap der.

Det var *Eyr* som slo an tonen i norsk medisinsk tidsskriftflora. Med *Eyr* ble en norm knesatt - normen om at leger skal holde seg faglig oppdatert. *Eyrs* redaktører bidro dermed til utformingen av en *nasjonal legerolle.*

*Læseselskabet* var uttrykk for et ønske om vitenskapelighet. Dette ønsket hadde to aspekter – det ene var selvsagt å formidle ny og oppdatert kunnskap til bruk i praktisk medisin. Det andre formålet var å styrke legestandens anseelse blant andre akademikere. Dette siste må sees i lys av at man i de første årtiene hadde to typer legestudenter, de som hadde lært latin og avlagt examen artium, og de som var tatt opp til studiet uten å ha lært latin, de såkalte preliminarister. Sammenliknet med andre studentgrupper kunne derfor medisinerne bli oppfattet som en broket skare.

Ideen om Læseselskabet smittet. I årene like etterpå fikk vi leseselskap som abonnerte på medisinske tidsskrifter også i enkelte andre norske byer. Å få inn tilegnelse av ny kunnskap som en integrert del av medisinsk virke, ble tilstrebet og også oppnådd.

I 1829 ble det blant annet startet et såkalt «øvelsesselskap» for medisinske studenter i Christiania, den første spore til Medicinerforeningen. Her var opplegget at studentene skulle møtes og presentere medisinsk kunnskap for hverandre. Universitetslærernes ønske om vitenskapelighet hadde slått an.

De første universitetslærerne la stor vekt på kunnskapsformidling og stimulering av egen kunnskapsutvikling. De nye medisinerne skulle være med på å skape kunnskapsgrunnlaget for sitt eget arbeid – å forvalte det faglige grunnlaget for det de gjorde i sitt yrke.. I studiet av profesjoner, undersøkelser av utviklingen

av forskjellige yrker, er det at gruppen *har hånd om eget kunnskapsgrunnlag* ansett som et av de viktigste kjennetegnene som definerer en *profesjon.*

Hendingene i 1826 var således starten på mye.

## Noter

[i] Larsen Ø, Heiberg A. Å legge ut på studiereise – med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823. *Michael* 2008;5:11–23.

[ii] Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.

[iii] Larsen Ø, Børdahl PE. Hvorfor et "almindeligt Hospital for Riget"? S. 11-26 i: Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø, Swärd E. red. *De tre Riker – Rikshospitalet 1826-2001.* Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.

[iv] Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* –portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.

[v] Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833-1933. Festskrift ved Selskabets 100-års jubileum.* Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1933.

[vi] Holmberg S. Det veneriske sykehus - det første kurative sykehus i Norge. *Michael* 2023; 20: 47-63.

**Kapittel 10**

## Tiden da koleraen kom

*En pandemi av den smittsomme tarmsykdommen kolera rammet Norge i 1832-1833. Sykdommen kom tilbake i 1853, i tillegg til at det også var et og annet mindre, lokalt utbrudd ellers i århundret. I tiden rundt 1830 var det meste blitt bedre i det norske samfunnet, riktignok ikke uten tilpasningsproblemer til den nye tid. Koleraen ble en utfordring for medisin og helsevesen, både fordi spredningsmåten ikke var forstått, og fordi sykdomsbehandling basert på tidens medisinske teorigrunnlag virket dårlig. Også internasjonalt førte koleraen til nyorienteringer og banet vei for ny forståelse av spredning av smitte. Norsk medisin og norske myndigheter fulgte årvåkent med. Koleraen konfronterte medisinsk virkelighet med medisinsk teori og medisinsk praksis på en faglig brutal, men lærerik måte.*

Selv da krigsårene på begynnelse av 1800-tallet var over, levekårene var blitt noe bedre, det nye politiske styresettet virket lovende og oppbyggingen av et selvstendig Norge var kommet i gang, var ikke dermed hverdagen blitt så mye enklere for den jevne norske innbygger.

*Betenkelig bakgrunn – koleraen møtte et urolig samfunn*

Et av problemene som oppsto, hadde i utgangspunktet lite med helse og trivsel å gjøre, men det skapte betydelig sosial uro: Norsk næringsliv trengte en egen norsk bank, og Norges Bank ble opprettet i 1816.

En bank må imidlertid ha en grunnkapital. Man tenkte seg først frivillige aksjekjøp. Det fungerte dårlig i et land der det var en lite utviklet pengeøkonomi i brede lag av befolkningen. Det var lite penger som kunne hentes inn til den nye, statlige banken. Løsningen ble *sølvskatten,* en tvungen innkreving av verdier i form av sølv og eventuelt gull innen utgangen av 1817, utliknet etter hva man hadde av formue.

Denne skattleggingen ble meget alvorlig for store deler av befolkningen, blant annet for det store antall bønder som hadde sin formue i form av gårdsbruket de bodde på og levde av, ikke i verdier på kistebunnen. De som hadde noe slikt, kunne nå måtte ofre arvesølvet. De mange som ikke hadde noe særlig verdisaker eller midler å bidra med, ble utsatt for tvangsinndriving. Kapitalen *skulle* bygges

opp, uansett. For dem der intet var å hente finnes restanselister over folk som skulle tas senere.[i]

Bønder gjorde opprør mot finanspolitikken, men dette var egentlig en oppstand mot den nye styreformen i sin alminnelighet.[ii] Og det spisset seg til. Det ble alvorlig. En organisert protestmarsj fra Valdres og Hallingdal i 1818 ble stoppet av militære ved Bærums Verk.

Norge skulle gjennom sin ferske forfatning være blitt et demokratisk styrt land. I praksis og utover landet kom dette først etter hvert. Det ble en overgangsfase med langsomme forandringer. Især var innføring av lokalt, demokratisk selvstyre rundt om i Norge en vanskelig sak. Den ble faktisk enda vanskeligere ettersom tiden gikk.

Med de såkalte formannskapslovene av 1837, i kraft fra 1838, var herreder og kjøpsteder i prinsippet blitt selvstyrte. I 1838 var folketallet i Norge 1 219 007. Landet ble delt inn i 392 kommuner som da fikk et gjennomsnittlig innbyggertall på 3 110. Kommuneinndelingen var basert på prestegjeldene. Et folkevalgt formannskap skulle styre med et representantskap, dvs. kommunestyre i ryggen.

Kommuneadministrasjonen ble tillagt ansvar for en del fellesoppgaver, men blant annet skole og fattigvesen var organisert for seg selv med egne budsjetter. Det kommunale selvstyre knesatte fellesskapstenking, og det ble mange som ble engasjert i det lokalpolitiske livet. Ettersom tiden gikk ble det ytterligere oppdelinger, slik at det i toppåret 1930 var blitt hele 747 kommuner i Norge. Folketallet var i 1930 2 799 713. Det er interessant at gjennomsnittlig innbyggertall i kommunene da var 3 748, altså ikke prinsipielt forskjellig fra knappe hundre år tidligere. Riktignok var spredningen blitt større, tatt i betraktning at byene, især Oslo hadde vokst formidabelt.

Helsehistorisk er dette viktige tall. Distriktslegene var statlige, men arbeidet ofte også som fattigleger m.v. i kommunal regi og drev privat praksis ved siden av sine offentlige oppgaver. Noen leger drev også praksis kombinert med en militærlegestilling, Selv om det hadde vært leger med tittel distriktslege før også, regnes året 1836 for ordningens begynnelsesår. [iii] Et enhetlig system for primærhelsetjeneste lå langt fram i tid. Ettersom årene gikk, meldte det seg et voksende behov for *helsetjenester som et kommunalt ansvar,* f. eks. å ha lokale sykehus som kunne ta støyten når en epidemi oppsto. Dette ble vanskelig i de mange små kommunene.

Det var flere grunner til at overgangen til et allment demokrati tok noe tid. Blant annet gjorde stemmerettsreglene at antall stemmeberettingede bare steg langsomt, slik at det egentlig først var etter 1919 at alle voksne kom med. Hemmelige valg ble heller ikke innført før i 1885. Det ulmet altså i de første tiårene av 1800-tallet for det selvstendige Norge.

Lov og orden ble også satt på prøve gjennom kriminalitet. Det var mye vold, tyverier og utrygghet. Vi har alt nevnt de lokale legenes rolle som medisinske sakkyndige når det trengtes. Det var en viktig rolle i samfunnets tjeneste.

Mestertyven og utbryterkongen Ole Høiland (1797-1848) herjet over store deler av landet, men ble folkehelt da han i 1835 ranet de nybygde lokalene til Norges Bank for 64 100 spesidaler. Dette var en enorm sum, hvorav en god del fortsatt ikke skal være kommet til rette. Hans samtidige Gjest Baardsen (1791-1849) opparbeidet seg et tilsvarende ry som stortyv. Det oppsto en fascinasjon for disse frifantene som representerte et opprør mot myndigheter og rikinger. Gjest Baardsen bidro dessuten til auraen rundt sin person ved å være en flittig visedikter.[iv]

Det såkalte Torgslaget 17. mai 1829 da man til kong Carl Johans misnøye feiret årsdagen for da Christian Frederik ble valgt til konge i 1814, ble folkemengden i Christiania jaget hjem med infanteri og kavaleri. Effekten av aksjonen ble motsatt – den skremte ikke. Tvert imot, den inspirerte til de store feiringene siden. Myndighetene var på vakt mot folkeopprør – hadde ikke slikt ført til revolusjon i Frankrike?

Heller ikke *kirken* unngikk murring nedenfra. Eksempel: Hans Nielsen Hauge (1771-1824) skapte en vekkelsesbevegelse som engasjerte på religiøs grunn ved å mane til skriftlesning, nøysomhet og flid.

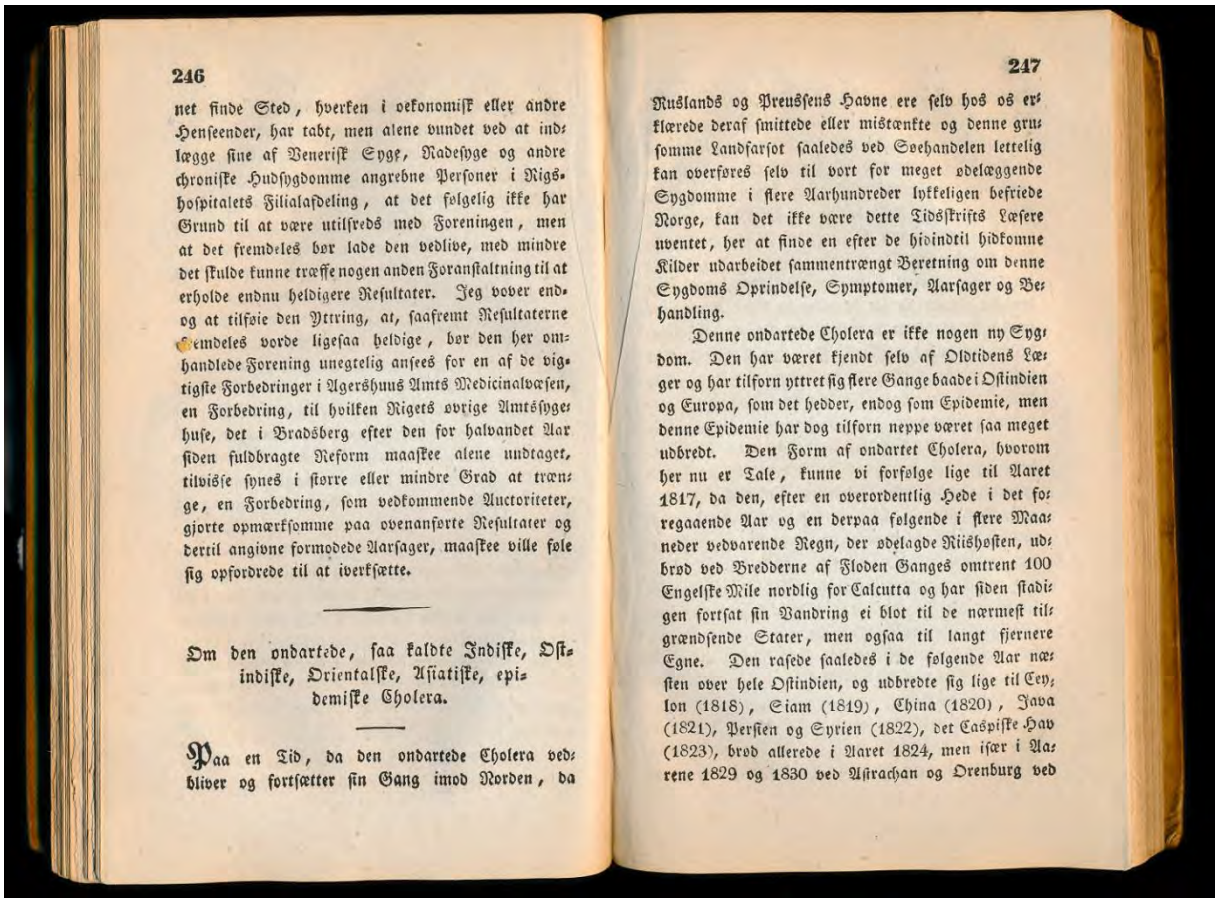
Skikk og bruk, dvs. *sedvane* var heller ikke som før. I hovedstaden hadde man blant annet fått en ny befolkningsgruppe – *studenter.* Ennå i 1835 var det ikke registrert flere enn 18 305 innvånere i Christiania. Samme år var det 704 studenter. Etablerte normer for studentatferd hadde vi ikke. Det ble mye fest, fyll og uro.

Mange andre trekk fra samfunnslivet på 1820-tallet kunne vært nevnt, og alle dokumenterer at det slett ikke var harmonisk ro overalt da en skremmende ytre fiende meldte seg – *koleraen.*

*Kolera – trussel og angrep utenfra*

På slutten av 1820-tallet kom det alarmerende medisinske nyheter fra utlandet. En epidemisk, farlig sykdom så ut til å spre seg ut i verden og kunne kanskje også komme til Norge. Hygieneprofessor Frederik Holst var særlig opptatt av dette. Det hørtes ut til å være en alvorlig tarmsykdom. Den hadde begynt i Østen og nærmet seg vår del av verden. Holst fulgte med i faglitteraturen. Sykdommen var åpenbart smittsom, uten at det var klart på hvilken måte den ble overført. [v]

Når koleraen først rammet, var dødeligheten stor. *Mortaliteten*, dvs. antall døde i forhold til folketallet i f. eks. et lokalsamfunn der koleraen hadde angrepet, kunne vise tydelige utslag. Mer spektakulær var *letaliteten,* altså antall døde av dem som var blitt angrepet. Letaliteten var høy, og døden kunne komme raskt. Man hørte om



246

net finde Sted, hverken i oekonomisk eller andre Henseender, har tabt, men alene vundet ved at indlægge sine af Venerisk Sygdom, Radesyge og andre chroniske Hudsygdomme angrebne Personer i Rigshospitalets Filialafdeling, at det følgelig ikke har Grund til at være utilfreds med Foreningen, men at det fremdeles bør lade den vedlive, med mindre det skulde kunne træffe nogen anden Foranstaltning til at erholde endnu heldigere Resultater. Jeg vover endog at tilføie den Ytring, at, saafremt Resultaterne fremdeles vorde ligesaa heldige, bør den her omhandlede Forening unegtelig ansees for en af de vigtigste Forbedringer i Agershuus Amts Medicinalvæsen, en Forbedring, til hvilken Rigets øvrige Amtssygehuse, det i Bradsberg efter den for halvandet Aar siden fuldbragte Reform maaskee alene undtaget, tilvisse synes i større eller mindre Grad at trænge, en Forbedring, som vedkommende Auctoriteter, gjorte opmærksomme paa ovenanførte Resultater og dertil angivne formodede Aarsager, maaskee ville føle sig opfordrede til at iverksætte.

---

## Om den ondartede, saa kaldte Indiske, Ostindiske, Orientalske, Asiatiske, epidemiske Cholera.

Paa en Tid, da den ondartede Cholera vedbliver og fortsætter sin Gang imod Norden, da

247

Rislands og Preussens Havne ere selv hos os erklærede deraf smittede eller mistænkte og denne grusomme Landsarsot saaledes ved Soehandelen lettelig kan overføres selv til vort for meget ødelæggende Sygdomme i flere Aarhundreder lykkeligen befriede Norge, kan det ikke være dette Tidsskrifts Læsere uventet, her at finde en efter de hidindtil hidkomne Kilder udarbeidet sammentrængt Beretning om denne Sygdoms Oprindelse, Symptomer, Aarsager og Behandling.

Denne ondartede Cholera er ikke nogen ny Sygdom. Den har været kjendt selv af Oldtidens Læger og har tilforn yttret sig flere Gange baade i Ostindien og Europa, som det hedder, endog som Epidemie, men denne Epidemie har dog tilforn neppe været saa meget udbredt. Den Form af ondartet Cholera, hvorom her nu er Tale, kunne vi forfølge lige til Aaret 1817, da den, efter en overordentlig Hede i det foregaaende Aar og en derpaa følgende i flere Maaneder vedvarende Regn, der ødelagde Riishøsten, udbrød ved Bredderne af Floden Ganges omtrent 100 Engelske Mile nordlig for Calcutta og har siden stadigen fortsat sin Vandring ei blot til de nærmest tilgrændsende Stater, men ogsaa til langt fjernere Egne. Den rasede saaledes i de følgende Aar næsten over hele Ostindien, og udbredte sig lige til Ceylon (1818), Siam (1819), China (1820), Java (1821), Persien og Syrien (1822), det Caspiske Hav (1823), brød allerede i Aaret 1824, men især i Aarene 1829 og 1830 ved Astrachan og Orenburg ved

*Figur 10.1. Begynnelsen av den viktige artikkelen om kolera i* Eyr, *sjette årgang, tredje hefte, 1831. Artikkelen har som overskrift* Om den ondartede, ssa kaldte Indiske, Ostindiske, Orientalske, Asiatiske, epidemiske Cholera. *Legg merke til at forfatteren ikke betrakter koleraen som noen ny sykdom. Selv oldtidens leger kjente den, se siste halvdel på høyre side av oppslaget på bildet (side 247). Det nye er utbredelsen siden 1817.*

friske folk som var blitt akutt syke av alvorlig diaré – og døde bare noen timer etterpå.

Redaksjonelle artikler i det medisinske tidsskriftet *Eyr* var vanligvis ikke signerte, men det er klart at den 26 sider lange artikkelen i 1831 om den truende sykdommen, var skrevet av Frederik Holst.[vi] Og *Eyr* ble lest. Nå var både den medisinske verden og myndighetene alarmert.

Trafikk gikk fortsatt langsomt med ettertidens mål, men likevel raskere enn før, kfr. hva vi har hørt om sykdomsspredning på 1700-tallet. Det var derfor grunn til å engstes for at sykdom i større grad kunne følge med trafikken og spre seg med stor hastighet. Fra 1827 kunne nordmenn f. eks. reise med dampskip fra Christiania til kontinentet – med D/S "Constitutionen" til Fredriksvern (Stavern). Skipet korresponderte der med D/S "Prinds Carl" som gikk videre til Göteborg og København.

Det var nødvendig å etablere en beredskap. *Eyr* fungerte egentlig som et offisielt meddelelsesblad, og både i 1831 og 1832 vises til de mange offentlige forordnigene og tiltakene som ble lansert. Karantene hadde vist seg som et nyttig tiltak mot epidemier tidligere, så karantenereglene ble innskjerpet også nå. Armerte marinefartøyer skulle passe på. De medisinske tungvekterne Magnus Andreas Thulstrup og Frederik Holst var legekyndige medlemmer i "Centralkomiteen" som ble oppnevnt i sakens anledning for at myndighetene skulle kunne ha et faglig begrunnet våkent øye.

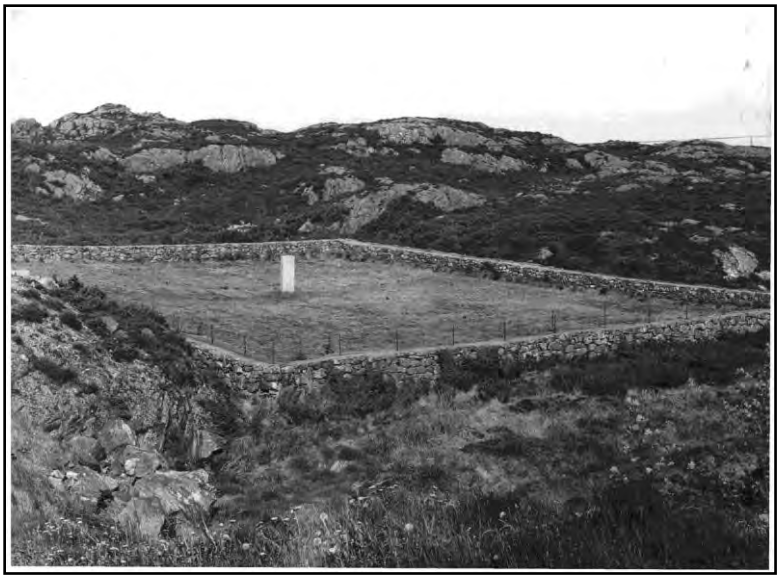
*Drammen 1832*

Den 22-årige legen Lauritz Christian Frederik Blich (1810-1879) hadde avlagt medisinsk eksamen i mai 1832, og hadde nå et vikariat som lege i Drammen, fordi korpslege Johan Lauritz Storm (1797-1832) var død av nervefeber. Den 16. desember 1832 sendte den unge dr. Blich brev til byfogden og til Buskeruds Amt og meddelte at losen Knud Jensen var død av kolera.

Dette var en vanskelig meddelelse å håndtere. Hvis det var helt sikkert at sykdommen var asiatisk kolera, tilsa gjeldende reglementer at en rekke tiltak skulle settes i verk. Hvor sikker var man? Losen hadde angivelig vært en drukkenbolt. Kanskje hadde dette vært en årsak til hans død? Amtslegen var nølende og mente man burde vente og se om det kom flere tilfelle. Professor Holst ble tilkalt fra Christiania og vurderte saken. De kom til at dette var nok ikke kolera likevel.

Men de behøvde ikke vente lenge. Flere tilfelle kom ganske straks. Allerede innen 22. desember 1832 var 118 blitt angrepet – og hele 64 pasienter var døde.

Men epidemien spredte seg videre.[vii] Flere steder opplevde det samme som Drammen – folk ble kolerasyke og mange av de angrepne døde. 1832-1834 var de årene det var mest kolera. Så ble det mindre, men sykdommen ble ikke helt borte. Særlig i kyststrøkene var man på vakt. Leger og medisinstudenter fikk jobber som koleraleger – for eksempel gikk omtrent alle som var blitt uteksaminert som leger i 1831 ut i dette arbeidet. Det ble nødvendig å etablere både egne koleralasaretter og egne kolerakirkegårder.



*Figur 10.2. Kolerakirkegård på Sotra 1848 (digitalt museum, NTM)*

*Koleraen og menneskesynet*

Den som i dag studerer kolerasykdommen og reaksjonene på den i første halvdel av 1800-tallet, kan undre seg over om koleraepidemiene gjorde noe med synet på sykdom og på menneskene som sådanne i sin alminnelighet. Det kan virke som om de kolerasyke ble oppfattet som en slags underklasse og betraktet som *de andre.* I ettertid lærte man at sykdommen spredte seg lettere der det var uhygieniske forhold. Det var det ofte for folk i dårlige kår, så det kan forklare en slik holdning.

De døde ble ofte begravet på egne kolerakirkegårer som var lagt i god avstand fra kirken og de vanlige kirkegårdene. Dette kan begrunnes med smittefrykt, men det unnskylder ikke at flere kolerakirkegårder senere er blitt nedlagt, pløyd opp eller benyttet til byggetomter. Ikke var de spesielt påkostet heller, se eksempelet i figur 10.2. F. eks. de pasientene som ble gravlagt på Ankerløkken ved Akerselva i Christiania, like ovenfor Nybrua, var også *mennesker* som enkeltvis burde tilkomme samme respekt som alle andre. Nå, knappe to hundre år senere, er det verken spor av kirkegården eller menneskene ved Nybrua.

Det kan hende at vi her rører ved noe allment som også har med sykdomsoppfatning å gjøre. Vi vet lite om hvordan de som døde raskt av kolera opplevde sin sykdom. Derfor får ofte mer langtrukne sykdommer mer oppmerksomhet i samfunnet, De mange døde er også borte. De har ingen stemme lenger. Verden går videre. Vi kommer tilbake til dette poenget senere, da det har betydning for sykdom som premiss for tiltak.

Dette fenomenet har også hatt andre utslag. I samtiden var det lite munterhet omkring diagnoser som lungesott eller nervefeber. Men kolera appellerte av en eller




*Figur 10.3. "*Kun ikke bange for Cholera", *datert perioden 1830-1839. Kolerakarikatur (Oslo Museum) (lisensiert under Creative Commons 3.0 lisens CC BY).*

annen grunn til humoren. Kanskje var det galgenhumor som kan forklares som en mestringsmekanisme, men likevel. Figur 10.3. viser en kolerakarikatur[viii]. Den henspeiler på de mange forebyggende råd som sirkulerte. De virket stort sett ikke.

Det var neppe noe særlig morsomt ved disse rådene. Med sin autoritative tafatthet kunne de utløse munter harselas, på tross av at det slett ikke var noe

morsomt ved selve sykdommen. Mot slutten av århundret tiltok smitte og hygiene seg en større plass som tema for tidens humor – et forhold som er en studie verdt.[ix]

Holdningene og fremmedgjøringen overfor kolerapasienter varer lenge etter døden. På Norsk Teknisk Museum i Oslo er "Maren i myra" utstilt som en hovedattraksjon i den medisinske samlingen. Det er et mumifisert lik av en kolerapasient. Ville noen stilt ut liket av sin kreftsyke bestemor?

Koleraen stilte tidens smitteteorier på prøve. Sykdommen utfordret også behandlingsprinsippene. Vi vet i dag at det hurtige, ofte dødelige forløpet av kolera skyldes det store væsketapet som den kraftige diaréen forårsaker. I tillegg til bekjempelse av infeksjonen, er derfor rikelig væsketilførsel en behandling som i all sin enkelhet kan være livreddende. Selv i en tid da humoralpatologien med synet på balansen mellom kroppens væsker sto sterkt, ble dette bare unntaksvis omsatt i praksis da koleraen var på høyden på 1800-tallet. Mange liv kunne vært reddet ved hjelp av kunnskaper man allerede hadde.

Da koleraen kom til Norge i 1830-årene som en pandemi, var det en alvorlig vekker for norsk medisin. Forebyggende tiltak ble foreslått. 20 år senere, da en ny epidemi rammet Christiania, fikk man se om tiltakene virket.

## Noter

[i] *Sølvskatten.* norges-bank.no

[ii] Johansson SSF. *"til Christiania for at søge Forlindring i de store Tyngsler" Bondetogene på Østlandet og bøndenes motstand mot skattepolitikken i 1818*. Norges Bank Staff Memo No.3 2012.

[iii] Sandvik H. Distriktslegen (1836.1984). *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 2000; 120:3160-3161.

[iv] Eksempel: Den 19 vers lange skillingsvisen *Grusomme Skjæbne!* fra 1826 om hans kjærestes svik.

[v] For mer informasjon og detaljer, se kapitlet *I koleraens tid* i Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* - portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17, s. 121-140.

[vi] Om den ondartede, saa kaldte Indiske, Ostindiske, Orientalske, Asiatiske, epidemiske Cholera. *Eyr* 1831; 6: 246-273

[vii] I Lizzie Knarberg Hansens doktoravhandling *Koleraen i Christiania i 1853* frå 1986 (2. utgave *Michael* 2020; 17: 660-911) står også en detaljert beskrivelse av de større og mindre kolerapidemiene som forekom i Norge fram til den store epidemien i 1853.

[viii] Man skal generelt være forsiktig med fortolkning av slike framstillinger. De *kan* ha vært ment for pedagogiske formål. Denne er imidlertid klart spøkefullt ment ifølge teksten under.

[ix] Smith A. Loftsrydding, sunnhetskommisjoner og basiller. *Michael* 2007; 7: 345-350.

**Kapittel 11**

## Kampen om smitten

*Da koleraen kom til Norge i 1832, var internasjonal medisin inne i en dyptgripende endring. De overførbare sykdommene dominerte fortsatt folkehelsen. De uklare spredningsmåtene utløste diskusjoner både innenfor medisinen og i allmennheten, ikke bare om dette, men også om sykdomsprosesser i sin alminnelighet. Tre teorier for sykdomsoverføring konkurrerte om oppmerksomheten: Miasmer var antatt å være sykdomsframkallende gasser som steg opp fra jordsmonnet og dannet smittestoff. Contagier var smittestoff i seg selv og var spesifikke for de ulike sykdommene. Sykdomskonsistusjon var betingelser i miljøet og hos individene som hadde innflytelse på hvordan sykdom utviklet seg. Disse tre begrepene om sykdomsoverføring ved smitte hadde hver for seg ulike praktiske konsekvenser, slik at de blant annet for kolera ga usikkerhet om hvordan man rent konkret skulle forebygge sykdommen og møte neste epidemi. Smittediskusjonene ble en del av et generelt oppgjør med tradisjonell vitenskapelig tenkning.*

Ikke minst brakte de medisinske fagtidsskriftene som fra 1820-tallet ankom til Universitetsbiblioteket og Læseselskabet i Christiania, de aktuelle medisinske debattene ute i verden også til Norge.

På den tiden da koleraen nærmet seg, var norsk vitenskap i sin alminnelighet inne i en brytningsperiode. Kort karakterisert besto dette i motsetninger mellom bredde og dybde. Hvordan burde balansen være mellom jakten på de allmenne prinsippene og studiene av det spesifikke?[i] Detaljkunnskapene ga basis for noe større, de store sammenhengene i naturen. Detaljer og oversikt hang sammen. Dilemmaene preget ikke bare tenkningen. De hadde også konsekvenser for hvordan fag skulle organiseres og for hvordan kunnskap skulle omsettes i praksis,

Også innen medisinen var det slik. Den dynamiske Christian Boeck (1798-1877) var lege og universitetslektor i veterinærmedisin, Han satte betydelige spor etter seg innen naturforskning generelt og var utsett til å bli leder for en veterinærhøyskole som det den gang riktignok ikke ble noe av. Isteden ble han medisinsk professor i 1840 i fysiologi, komparativ anatomi og veterinærmedisin. Med sin vitenskapelige bredde representerte Boeck et helhetssyn. Humanmedisin og veterinærmedisin mente han således var to sider av samme biologi. Men det norske byråkratiet mente ikke det.

Medisin som fag har et beslektet, iboende problem som meldte seg også ved det ferske universitetet. Behandling av sykdom og skade er *individrettet*. Håndtering av folkehelseproblemer er *grupperettet*. Vitenskap og forskning sikter mot erkjennelse på fritt grunnlag. Dette krever ulike tenkemåter – individrettet og grupperettet. Hygieneprofessoren Frederik Holst var helt fra sin tidlige forskning om radesyken opptatt av *sykdom i kontekst*, det vil si sykdommenes utbredelse i tid og rom. Men på grunn av praktisk medisins individrettede karakter var det ikke så enkelt å få tallmessig oversikt over hva som skjedde innenfor pasientbehandling og annen medisinsk virksomhet. Her var *tall* nødvendige, både for en vurdering av folkehelsen og for utviklingen av helsetjenestene. Og ikke minst for å forstå hvordan sykdommer spredte seg.

Derfor var tidsskriftet *Eyr* fullt av tall. Vi finner blant annet virksomhetsrapportering med tallmessige oversikter fra Rikshospitalet og fra andre sykehus som dokumenterer funksjonen.[ii] Dette materialet ble et viktig grunnlag for vurdering av de ulike helseproblemenes utbredelse og ikke minst for deres innbyrdes viktighet – og for veien videre.

*Sykdom – et begrep med utstrekning*

En sykdom er ikke bare det pasienten og behandlingsapparatet opplever på et bestemt tidspunkt, det er et fenomen som har en utstrekning i tid og innhold, et *forløp*. Dette strekker seg fra risiko hos friske individer, over disponerende faktorer, utløsende faktorer, sykdomsangrep, sykdomsutvikling og behandling og fram til den sykes restitusjon helt eller delvis, eller til pasientens død. Alle stadiene i forløpet kan påvirkes, men på forskjellig måte.

Forløpet har også ulike *ytringsformer*. De viktigste for folk flest er de subjektive symptomene som oppleves og de objektive tegn på funksjonsforstyrrelse som kan observeres. Her er det forskjeller i tid og sted for hva som oppleves som viktigst, både innenfor medisinen og i samfunnet generelt. Det gjaldt også på 1800-tallet. La oss drøfte det:

Innenfor medisinen hadde man siden antikken hatt *humoralpatologien* som en bærebjelke. Det var læren om balansen mellom kroppsvæskene. Denne tenkningen anså feilaktig væskebalanse i kroppen som en hovedårsak til mange sykdommer. Det å gjenopprette væskebalansen ble et grunnprinsipp i pasientbehandlingen. Årelating kunne bedre balansen ved å hjelpe pasienten av med for mye blod, dersom det skulle være tegn på det. Kvalme og oppkast mente man kunne skyldes for mye gul galle, og brekkmidler ble løsningen.

Lungesymptomer ble behandlet med hostemidler, hvilket ikke var så galt, selv etter vår tids sykdomsoppfatning. Verre var det imidlertid når man oppfattet diaré

som tegn på at kroppen hadde overskudd av svart galle. I henhold til gjeldende teori var det da logisk å gi avføringsmidler for å gjøre uttømmingen, dvs. diaréen enda mer effektiv. Dette ble særlig galt ved kolera, da det var uttørring på grunn av diaré som pasientene døde av. Væsketilførsel var det som skulle til for å motvirke væsketap ved alvorlig diaré. Noen i samtiden hadde skjønt dette, og legen Wilhelm Stevens' (1786-1868) såkalte salinske behandling med tilførsel av vann og salt, lot til å være vellykket. Men den kaotiske situasjonen i 1830-årene ga ikke muligheter for adekvat utprøving, i det minste ikke hos oss.

I allmennheten, og også i faglige kretser, tiltrakk sykdommenes ytringsformer, dvs. *symptomer* og *tegn* seg størst oppmerksomhet. Gå tilbake til gruvearbeiderne på Kongsberg i 1790-årene: Lungeplagene var utvilsomt et medisinsk anliggende. Folk kunne trenge *behandling* for dette. Men å studere og å gjøre noe med *risikofaktorene, de utløsende faktorene* osv. berørte forhold som lå utenfor det som var regnet som medisinske anliggender, og måtte derfor håndteres på annen måte, hvis mulig. Enkelte sykdommer kunne provosere både næringsinteresser og politikk – og gjør det stadig vekk.

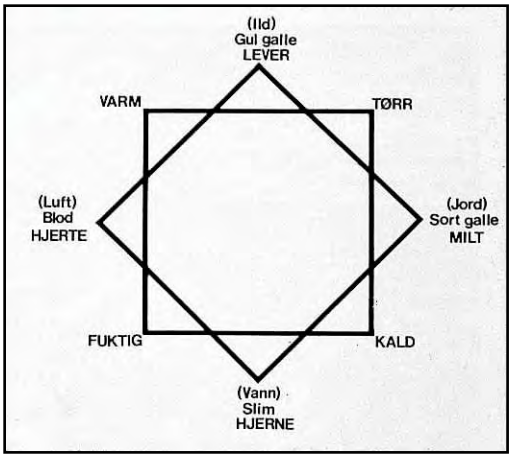
*Kroppsvæsker, organer og celler*

Humoralpatologien var avledet av Aristoteles' (384 f. Kr.- 322 f. Kr.) lære om de fire elementene ild, jord, luft og vann. Anatomi og fysiologi hadde utviklet seg gradvis og kunnskapen hadde økt. Kroppsfunksjonene og prosessene som foregikk var gjenstand for etablering av forskjellige teorier, ofte store og overgripende.

I generell medisinhistorie kan vi lese hvordan enkeltpersoner opp gjennom århundrene har gjort oppdagelser eller fortolket tidligere kunnskap slik at kunnskapsgrunnlaget langsomt har kunnet forandre seg. Det kan også ha foregått forandringer i tenkemåte om eksisterende kunnskap, slik at andre er blitt tilskrevet æren for dem.

Eksempel: Galenos (ca.129-ca. 200) så kroppens funksjon i lys av elementlæren, balansen mellom naturens grunnelementer jord, luft, ild og vann. Kroppsvæsker, organer, sykdomstegn og temperamenter ble innskrevet i et filosofisk system der helse besto i at det var *balanse,* især mellom kroppsvæskene. Prinsippene for den ovennevnte *humoralpatologien* ble derved innført. Den ble en medisinsk grunnforståelse som egentlig har vært der siden. Blir man lagt inn på sykehus i 2026, er sjansen stor for at man får en kanyle i armen og væsketilførsel for at væskebalansen skal være i orden. For det bør den være, selv om ikke begrunnelsen er den samme som hos Galenos.

La oss repetere ved å se på figur 11.1. Dette er et *system* som medisinen passet inn i. Kunnskapen Galenos moderniserte og skapte skulle få et langt liv, både fordi




*Figur 11.1. Elementene og væskebalansen. Det er besnærende å oppfatte dette vakre systemet som* riktig – *enten det stemmer eller ikke.*

den viste seg å være medisinsk rasjonell, men også fordi den passet inn i tidens verdensorden. Det ga den autoritet.

Galenos foretok også viktige anatomiske og fysiologiske studier. Denne kunnskapen ble ført videre gjennom mange hundre år på grunn av autoritetens makt. Da anatomen Andreas Vesalius (1514-1564) senere på basis av sine disseksjonsstudier fant avvik fra Galenos' anatomi, og ga ut sin store anatomibok om kroppens oppbygning *Fabrica* i 1543, ble dette av mange ansett som et utilbørlig autoritetsopprør, både mot vitenskapen og selve naturens orden.[iii]

Som vi straks skal se, ble det enda verre da William Harvey (1578-1657) i 1628 ga ut en bok som viste at blodet *sirkulerte* i kroppen, ikke bare strømmet ut i kroppens vev som et drivstoff som ble brukt opp der. Igjen var dette et opprør, ikke bare mot vitenskapelige autoriteter, men også mot forståelsen av hvordan verden fungerte – det hierarkiske prinsipp.

Som vitenskap var medisinen, i likhet med mange andre fag, *kumulativ*. Mye av arbeidet besto i at man samlet og satte seg inn i eldre kunnskap, vurderte det man fant og omsatte det i praksis, tilpasset den tid man levde i. Pensum i *medicina generalis* og *medicina specialis* var skikkelig hjernetrim for studentene. I Christiania var som nevnt det det såkalte Brownske system det teoretiske rammeverket universitetslærerne hadde valgt som ledetråd. Det var komplisert.[iv]

Det selvfølgelige i å lene seg tungt på fortidens forskere, delte medisinen med andre vitenskaper. Det var skaperverket man studerte. Det lå i bunnen. En analogi: Teologene forsket på Bibelen, men de forkastet den ikke. Dette betydde at det satt langt inne å utfordre eksisterende viten og eksisterende teorier. Det var faktisk et kulturelt opprør å gjøre det.

Allerede William Harvey (1578-1657) fikk vanskeligheter da han ville publisere sine anatomiske funn om hvordan blodomløpet fungerte. Opprøret mot den

hierarkiske verdensorden, i kroppen representert ved hvordan det livgivende blodet strømmet ut til hver minste kroppsdel, var den gang for sterkt.[v] Det gikk mange år fra Harvey skjønte at det var et *blodomløp* i kroppen, til hans bok om dette kom på trykk i 1628. Noe tilsvarende var det også to hundre år senere da sykdomsoverføring ble satt under debatt.

En annen sak var: Hvor i kroppen skulle man lete for å forstå sykdommene? *Blodet og de andre kroppsvæskene* sto sentralt fra gammelt av. På 1700-tallet lanserte den italienske anatomen Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) en patologi sentrert om *organer og vev*, fulgt opp av den franske patologen Marie Francois Xavier Bichat (1771-1802). Først i 1858 gjorde medisinen et kvantesprang ved å la enkeltcellene bli nøklene til forståelse.[vi] Cellene bygde opp vev, organer og de fantes til og med i blodet. Det var Rudolf Virchow (1821-1902) som flyttet interessen "ned et hakk" fra vev og organer til enkeltbestanddelene – *cellene*. Les mer om denne medisinske revolusjonen i kapittel 13.

*Teori og empiri*

Oppi alle vitenskapens bekymringer og teorier skal man ikke underkjenne *empiriens* betydning. Folk flest kan av og til observere ganske presist hva man blir syk av. Et av grunnlagene for den utbredte folkemedisinen, med bruk av planter og andre remedier, var at dette faktisk *virket* - for noen – og i visse tilfelle. Slike suksesshistorier kunne det bli kulturelt fellesgods av! Kunnskapen var riktignok gjerne usystematisk og av og til også feilaktig, men kunne likevel være bedre enn ingenting. Kanskje kunne også folkemedisinsk erfaring være like nyttig som den behandlingen legen kunne forordne?

Man visste også godt ut fra erfaringer hva som kunne være en sykdomsrisiko. F. eks. i Thomas Malthus' dagbok fra reisen i Norge i 1799 som vi har referert tidligere, hører vi at han og hans reisefelle var forsiktige med hva de spiste. Et sted de fikk servert fisk, var de meget skeptiske på grunn av hygienen ved tilberedningen. Ofte spiste de en selvtilberedt og nystekt rett lagd av egg og melk, åpenbart en slags eggerøre. Dette høres for oss klokt ut for å unngå matforgiftning eller tarminfeksjon. I tiden før næringsmiddelhygienen måtte dette ha vært basert på erfaringskunnskap, på *empiri*.

Mange folkemedisinske remedier beholdt altså sin betydning fordi *de virket*. Det samme gjaldt også for flere av de gjeldende, gamle medisinske teoriene. Å opprettholde kroppens væskebalanse er noe som gjøres den dag i dag på alle sykehus over hele verden uten at man tenker på Aristoteles. Hygienisk atferd kunne man også ha uten å ha hørt om mikroorganismer. Folkevett og observasjonsevne

skal ikke undervurderes. Årsakssammenhenger kunne mistenkes uten at man visste hvorfor.

Også levedyktigheten til de konkurrerende smitteteoriene skyldtes det samme – de *virket*.

*Miasmer – contagier – sykdomskonstitusjon*

Som vi har hørt, dominerte overførbare sykdommer folkehelsen nesten fullstendig på 1800-tallet.[vii]

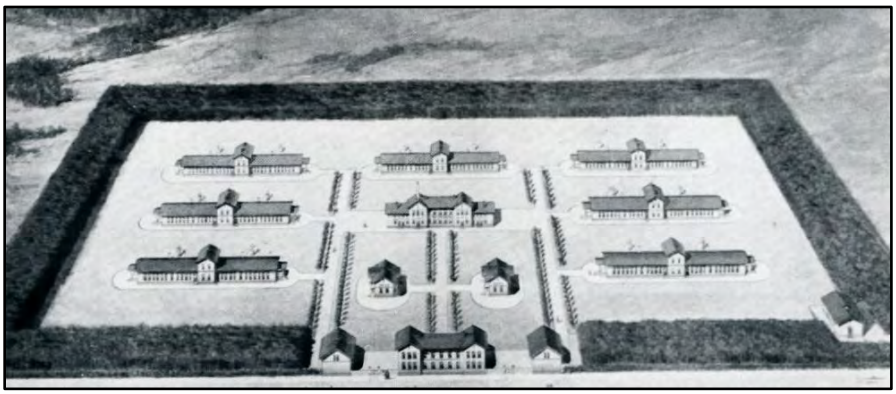
Fra antikken hadde man en teori om at sykdommene ble spredt gjennom *miasmer*. Miasmene var dunster eller gasser som steg opp fra jorden der det var fuktig og organisk materiale som råtnet. Disse gassene kunne danne et sykdomsfremmende smittestoff som så angrep utsatte individer. Hvorvidt dette smittestoffet ble oppfattet som levende, dvs. kunne reprodusere seg selv, er imidlertid uklart. Sykdom kunne i henhold til miasmeteorien spre seg fra menneske til menneske fordi de syke selv utsondret miasmer som kunne danne smittestoff.

Andre var imidlertid mer opptatt av selve smittestoffet, ikke miasmene. Kanskje fantes det selvstendige *contagier*, dvs. levende smittestoff som kunne spres mellom mennesker? Ideen var slett ikke ny, heller ikke spørsmålet om dette contagiet var en levende organisme som kunne formere seg. Det var inntil videre ukjent. Observasjon av skabbmidd var et fenomen som kunne tyde på det. Skabbmidden var lett å se. Men var det skabbmidden som framkalte skabbsykdommen, eller var den et produkt av den?

At det enkelte steder var mer sykdom enn andre steder, kunne alle observere. Det samme gjaldt at noen lettere ble syke enn andre, kanskje fordi de av en eller annen grunn var svekket. Teorien om at det således fantes en *sykdomskonstitusjon,* både for steder og mennesker, var derfor logisk å støtte.

De tre teoriene hadde det til felles at de virket plausible hver for seg. Men de *virket* også i praksis. Drenere, lufte og vaske ble antatt å forhindre utvikling av *miasmer*. Siden det især var på steder som trengte drenering, lufting og vasking at smittesykdommer oppsto, ble det drenert, luftet og vasket, hvilket hjalp. *Contagier* ble bekjempet på samme vis. Renslighet hjalp. Steders *sykdomskonstitusjon* ble påvirket på samme måte og det hjalp. At folk sto sterkere rustet mot sykdom ved å få bedre allmenntilstand, bedre *konstitusjon,* var heller ikke kontroversielt. Derfor holdt de gamle teoriene stand.

Mange epidemisykehus over hele verden ble selv på slutten av 1800-tallet bygd i samsvar med miasmeteorien, uansett den videre vitenskapelige utviklingen, så også Ullevål sykehus i Oslo, som åpnet i 1887.[viii]



*Figur 11.2. Plan for Ullevål sykehus 1887 – miasmesykehus oppført i mikrobiologiens tid.*

Sykehusanlegget besto av brakkeliknende paviljonger på hver sin side av en midtakse. Bygningene var ventilert med luftetårn som førte frisk luft utenfra og opp og inn i sykesalene. Derfra slapp luften ut igjen over takene gjennom luftepiper. Rundt hele anlegget og mellom bygningene var det beplantninger for å hindre miasmene i å spre seg.

*Sykdomsoppfatning og politikk*

Ovenfor drøftet vi at det ikke er likegyldig hvilket stadium i et sykdomsforløp, helt fra den fjerneste risiko og disponerende faktor, man legger oppmerksomheten og den faglige hovedinteressen. Fordi sykdomsopplevelse og sykdomstegn er så viktige for individet, er det også rimelig å anlegge et individrettet, faglig syn. Derfor vil oppfatningen av hva som er faglig viktig avhenge av politikk og tidsånd - *hvor sterkt hensynet til enkeltindividet står i forhold til fellesskapet*. Det har variert.

Disse variasjonene har blant annet hatt betydning for den politiske utviklingen av helsevesenet. På slutten av 1700-tallet sto som vi allerede har nevnt, "Die medicinische Polizey" sterkt i enkelte land. Denne samfunnsmedisinen var tilpasset det opplyste eneveldets styreform og la vekt på det offentliges styringsansvar for folkehelsen. Frederik Holst fulgte i denne tradisjonen, så allerede i første del av 1800-årene lå Norge i startgropen for å utvikle *velferdssamfunnet,* selv om det skulle komme vanskeligheter underveis og prosessen skulle ta lang tid – rundt 150 år.

Det er også heftet politikk til de tre teoriene for smittespredning. Bekjempelse av *miasme*r betydde tiltak på samfunnsnivå. Det samme gjorde også omgivelsesdelen av *sykdomskonstitusjonen.* Ansvar ble plassert på samfunnet. Det betydde politikk. *Contagion*-teorien la mer ansvar over på pasienten, på smittespredere. Det samme gjorde den delen av sykdomskonstitusjonsoppfatningen som gikk på å holde seg i

god allmenntilstand og å unngå sykdom. Man var på glid over til den politisk enklere holdning "blame the victim".

Framme ved midten av 1800-årene var kampen om smitten ikke over, selv om man skimtet en ny vitenskapelig virkelighet på området. De faglige frontene hardnet til, langt fra bare i Norge, men især utenlands. Og kampen om smitten hadde betydning for vitenskapen, for politikken og for en befolkning som stadig var hjemsøkt av smittsom sykdom.

## Noter

[i] Bjerke E. In search of unity: ideals and practices of natural science in early nineteenth century Norway. (Diss.) Oslo: University of Oslo, Faculty of Humanities, 2012.

[ii] Lie E, Roll-Hansen H. *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge.* Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

[iii] Hem E, Nylenna M, Larsen Ø. Vesalius' *Fabrica* – fra medisinsk lærebok til kulturskatt i Oslo. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2025; 145: 799-803.

[iv] Larsen Ø. Doktorskole eller medisinstudium. *Michael* 2014; 11: supplement 15, side 93.

[v] Kfr. generell medisinhistorisk litteratur og f. eks. Larsen Ø. *Blodstrømningsteorienes utvikling.* 4. utg. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1991.

[vi] Virchow R. *Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre: 20 Vorlesungen, gehalten während d. Monate Febr., März u. April 1858 im Pathologischen. Institut. zu Berlin.* Berlin: Hirschwald, 1858.

[vii] Larsen Ø: Koleraen i Norge i 1853 og historien om den. *Michael* 2020; 17: 621-639.

[viii] Kristiansen K, Larsen Ø. red. *Ullevål sykehus i hundre år.* Oslo: Oslo kommune, 1987.

**Kapittel 12**

## Sykdommer, tall, tid og sted

*Koleraen rundt 1830 påskyndet faglig utvikling innen medisinen. En erkjennelse var at det var nødvendig å se utviklingen av sykdomsopptredenen rundt omkring i landet og verden i en tallmessig sammenheng. Tall kunne være en nøkkel til å forstå viktige mekanismer, for eksempel smitte. Sykdomsforekomst måtte også sees i sammenheng med geografi, klima, levekår og andre ytre, beskrivbare faktorer som kunne ha innflytelse på folkehelsen. Dette førte til at det internasjonalt oppsto et nytt medisinsk fagområde, ofte som en avskalning fra hygienefaget. Det ble kalt medical geography, Medizinisch-pathologische Geographie eller liknende betegnelser. Fordi tidsperspektivet, dvs. det historiske ofte sto sterkt, het det også av og til benevnt Historisch-geographische Pathologie. Hos oss forble fagområdet under hygiene. Uansett navn gjaldt det forholdet mellom helse, tid og sted. Til dette trengtes eksakte tall og beskrivelser, og det kunne lenge være teknisk og praktisk vanskelig å skaffe til veie. Da opplevde man noe som har vært velkjent også i ettertiden: Dokumentasjon og drøfting av sammenhengen mellom helse og omgivelser ble både politisert og omstridt.*

Hygieneprofessoren Frederik Holst var interessert i sykdommers utbredelse og forhold til omgivelsene gjennom hele sitt yrkesliv. Vi har nevnt tidligere at allerede hans doktoravhandling fra 1817 dreide seg om utbredelsen og bekjempelsen av den særnorske hudsykdommen *radesyke*. Det var tidlig klart for ham at å kjenne til den geografiske utbredelsen av en sykdom over tid, kunne hjelpe for å forstå sykdomsprosessene bedre, få nærmere grep om utbredelsesmekanismene, og framfor alt for å dokumentere helseproblemets størrelse i forhold til andre folkehelseproblemer - og i forhold til andre samfunnsoppgaver.

Holsts mange skrifter og artikler om helsespørsmål i tiden og hans reiserapporter var fylt med slik eksakt viten. Vi har hørt hvordan hans tidsskrift *Eyr* fra første stund var fylt med deskriptiv statistikk, f. eks. om driften ved sykehus og andre helseinstitusjoner.[i] Det var derfor ikke overraskende at det ble Holst som ble den førende fagperson da koleraen nærmet seg på slutten av 1820-årene og slo til i 1832-1833. Vi har hørt hvordan han fulgte nøye med i fagtidsskriftene utenfra om hvordan epidemien spredte seg. Ikke minst diskusjonene om smitten fikk kraftige impulser. Holst var ikke alene, men det var han som hadde ansvaret for

studentundervisningen om dette, altså å bringe en kvalifisert tolkning av kunnskapsstatus videre til neste generasjon leger.[ii]

Det forelå en del litteratur som problematiserte forholdet mellom helse og omgivelser. Problemet var stort sett at det empiriske materialet var for lite til at man kunne trekke allmenne slutninger.

I 1840-årene raste kampen om smitten innenfor medisinen på sitt høyeste, og den vedvarte utover hele 1850-tallet. Det var især tilhengerne av teoriene om henholdsvis miasmer og contagion som sto mot hverandre. Her kunne imidlertid *empiri* gi viktige bidrag. Spektakulære bidrag kom nå inn fra utlandet.

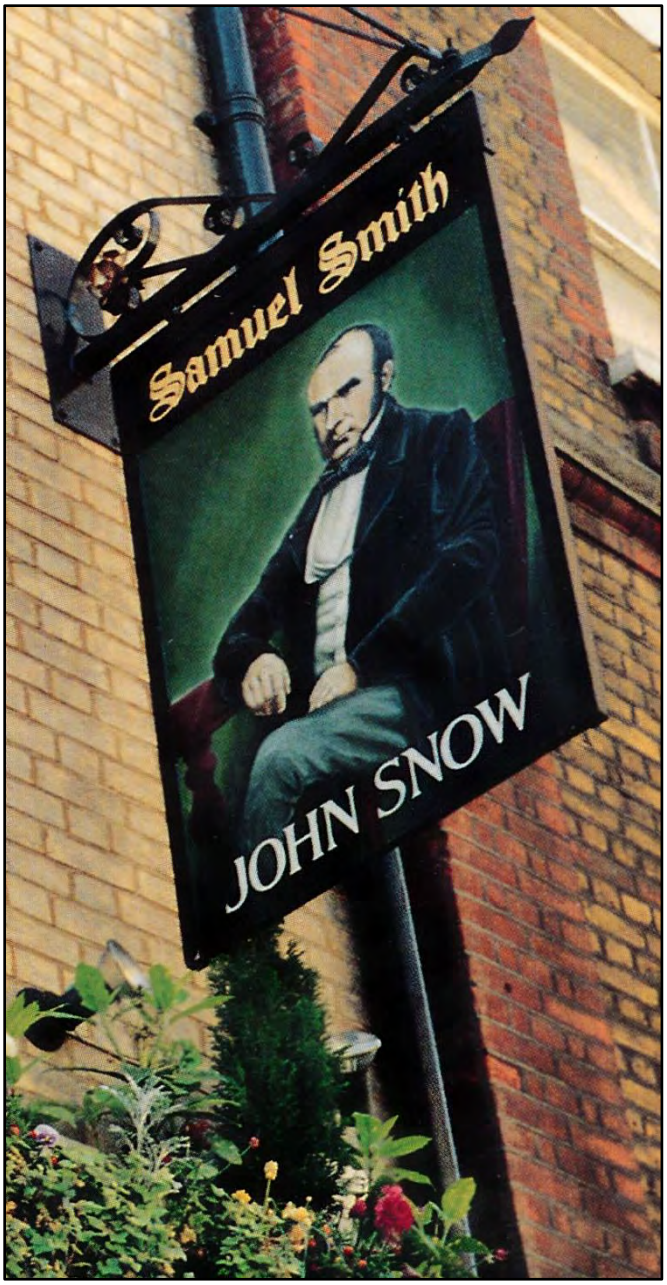
*Semmelweis og Snow*

Historien om Ignaz Semmelweis (1818-1865) har gått inn i medisinhistorien og blitt til en merkestein. Semmelweis var i 1840-årene assistentlege ved fødeklinikken i Wien. Der var mødredødeligheten av barselfeber skyhøy på den ene av fødeavdelingene, der legestudentene ble utdannet, mens den var mer moderat på den andre, der jordmorelevene holdt til. Semmelweis fant ut at på den dårligste avdelingen gikk studentene rett fra obduksjonssalen og inn på sykesalene for å undersøke de innlagte kvinnene. Da han innførte håndvask med klorkalk for legestudentene etter at de kom ut fra obduksjonssalen, sank mødredødeligheten drastisk.

Systematisk håndvask, også ved andre undersøkelsessituasjoner, fikk mødredødeligheten til å gå enda lengre ned. Men på tross av at det syntes å være en åpenbar sammenheng mellom håndvasken og dødsfallene når han talte opp sitt materiale, hadde Semmelweis problemer med å få sine resultater anerkjent. Hvorfor det var slik, er omdiskutert. Det er mulig at det var den hierarkiske autoritetsrespekten i datidens samfunn og universitetsmiljøer som gjorde seg gjeldende. Historien om Semmelweis har derfor vært brukt litterært for hva den er verdt, i Norge f. eks. i det antiautoritære skuespillet *Semmelweis* av Jens Bjørneboe (1920-1976) fra 1968.

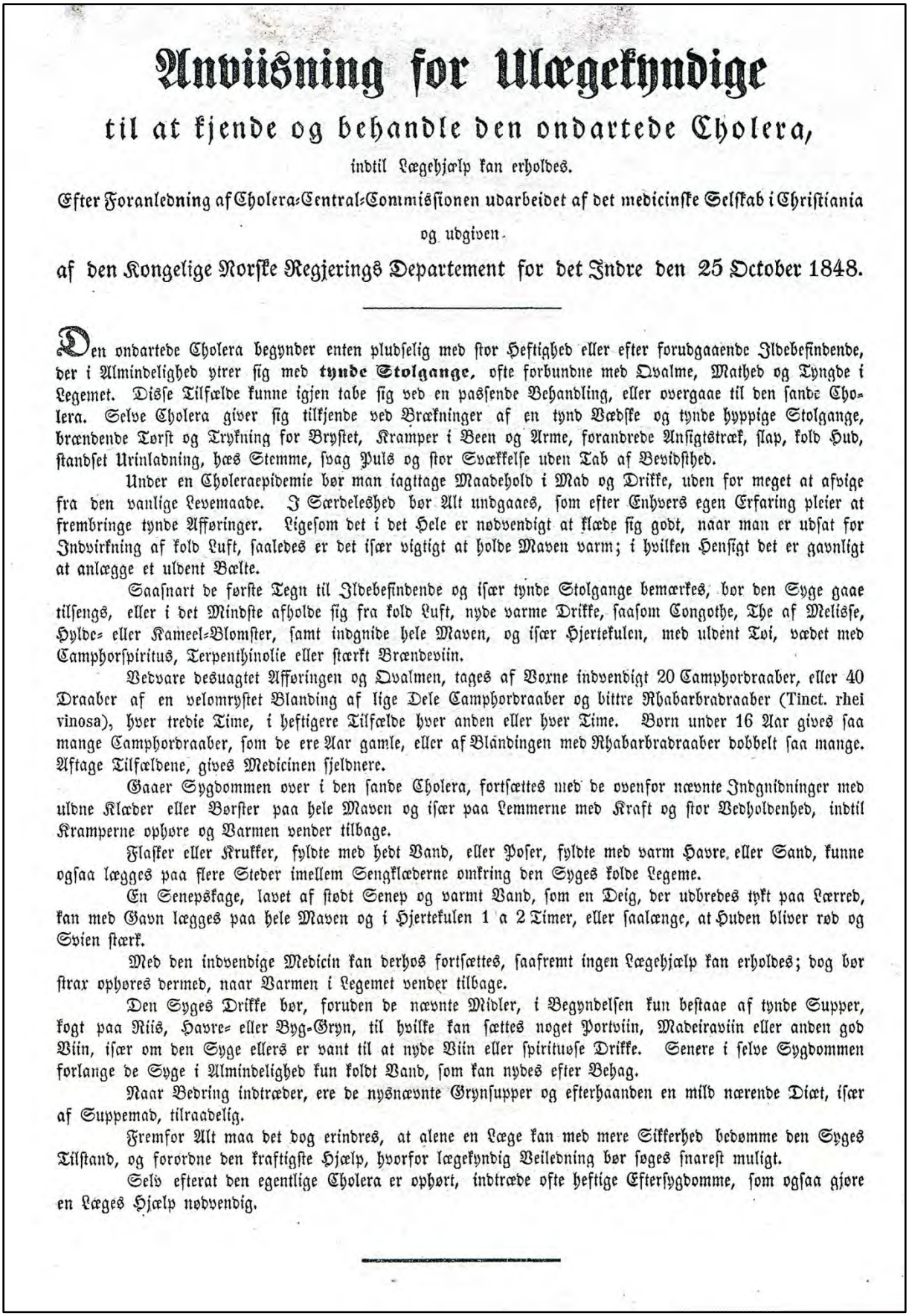
I London arbeidet på samme tid den meget allsidige legen John Snow (1813-1858). Han var kirurg og en meget ansett anestesiolog, men hadde også allmennpraksis i det fattige strøket Soho. Snow var allerede som student kommet inn i koleraforskningen, og blant hans pasienter var det kolera.

Alt i 1849 hadde Snow publisert et arbeid om koleraspredning under en epidemi i 1848. Han hadde kartlagt pasientenes alder, kjønn, boliger og drikkevann. Han mente at årsaken ikke kunne være miasmer. Det måtte være noe annet, sannsynligvis en sykdomsfremkallende substans i drikkevannet. Hans funn fikk liten aksept.




*Figur 12.1, I Broad(wick) Street i London, der den berømte brønnen med pumpen var, ligger puben som minner oss om John Snow. (Foto: Øivind Larsen 1995)*

Under koleraepidemien i 1854 kartla Snow sykdomsutbruddene ved å plotte inn pasientenes boliger på et bykart.[iii] Fellesnevneren for de syke viste seg da å være at de hadde hentet sitt drikkevann fra en brønn med vannpumpe i Broad Street. Nå reagerte myndighetene. Pumpehåndtaket ble midlertidig fjernet og epidemien stanset. Dette var egentlig et spektakulært funn, men det slo likevel ikke gjennom. Senere viste det seg at kolerasmitten sannsynligvis kom fra en kloakkbinge som lå tett inntil brønnen med vannpumpen. Koleraen var imidlertid ikke borte.



# Anviisning for Ulægekyndige

## til at kjende og behandle den ondartede Cholera,

indtil Lægehjælp kan erholdes.

Efter Foranledning af Cholera-Central-Commissionen udarbeidet af det medicinske Selskab i Christiania og udgiven

af den Kongelige Norske Regjerings Departement for det Indre den 25 October 1848.

---

Den ondartede Cholera begynder enten pludselig med stor Heftighed eller efter forudgaaende Ildebefindende, der i Almindelighed ytrer sig med **tynde Stolgange**, ofte forbundne med Qvalme, Mathed og Tyngde i Legemet. Disse Tilfælde kunne igjen tabe sig ved en passende Behandling, eller overgaae til den sande Cholera. Selve Cholera giver sig tilkjende ved Brækninger af en tynd Vædske og tynde hyppige Stolgange, brændende Tørst og Trykning for Brystet, Kramper i Been og Arme, forandrede Ansigtstræk, slap, kold Hud, standset Urinladning, hæs Stemme, svag Puls og stor Svækkelse uden Tab af Bevidsthed.

Under en Choleraepidemie bør man iagttage Maadehold i Mad og Drikke, uden for meget at afvige fra den vanlige Levemaade. I Særdeleshed bør Alt undgaaes, som efter Enhvers egen Erfaring pleier at frembringe tynde Afføringer. Ligesom det i det Hele er nødvendigt at klæde sig godt, naar man er udsat for Indvirkning af kold Luft, saaledes er det især vigtigt at holde Maven varm; i hvilken Hensigt det er gavnligt at anlægge et uldent Bælte.

Saasnart de første Tegn til Ildebefindende og især tynde Stolgange bemærkes, bør den Syge gaae tilsengs, eller i det Mindste afholde sig fra kold Luft, nyde varme Drikke, saasom Congothe, The af Melisse, Hylde- eller Kameel-Blomster, samt indgnide hele Maven, og især Hjertekulen, med uldent Tøi, vædet med Camphorspiritus, Terpenthinolie eller stærkt Brændevin.

Vedvare desuagtet Afføringen og Qvalmen, tages af Vorne indvendigt 20 Camphordraaber, eller 40 Draaber af en velomrystet Blanding af lige Dele Camphordraaber og bittre Rhabarbradraaber (Tinct. rhei vinosa), hver tredie Time, i heftigere Tilfælde hver anden eller hver Time. Børn under 16 Aar gives saa mange Camphordraaber, som de ere Aar gamle, eller af Blandingen med Rhabarbradraaber dobbelt saa mange. Aftage Tilfældene, gives Medicinen sjeldnere.

Gaaer Sygdommen over i den sande Cholera, fortsættes med de ovenfor nævnte Indgnidninger med uldne Klæder eller Børster paa hele Maven og især paa Lemmerne med Kraft og stor Vedholdenhed, indtil Kramperne ophøre og Varmen vender tilbage.

Flasker eller Krukker, fyldte med hedt Vand, eller Poser, fyldte med varm Havre eller Sand, kunne ogsaa lægges paa flere Steder imellem Sengklæderne omkring den Syges kolde Legeme.

En Senepskage, lavet af stødt Senep og varmt Vand, som en Deig, der udbredes tykt paa Lærred, kan med Gavn lægges paa hele Maven og i Hjertekulen 1 a 2 Timer, eller saalænge, at Huden bliver rød og Svien stærk.

Med den indvendige Medicin kan derhos fortsættes, saafremt ingen Lægehjælp kan erholdes; dog bør strax ophøres dermed, naar Varmen i Legemet vender tilbage.

Den Syges Drikke bør, foruden de nævnte Midler, i Begyndelsen kun bestaae af tynde Supper, kogt paa Riis, Havre- eller Byg-Gryn, til hvilke kan sættes noget Portviin, Madeiraviin eller anden god Viin, især om den Syge ellers er vant til at nyde Viin eller spirituøse Drikke. Senere i selve Sygdommen forlange de Syge i Almindelighed kun koldt Vand, som kan nydes efter Behag.

Naar Bedring indtræder, ere de nysnævnte Grynsupper og efterhaanden en mild nærende Diæt, især af Suppemad, tilraadelig.

Fremfor Alt maa det dog erindres, at alene en Læge kan med mere Sikkerhed bedømme den Syges Tilstand, og forordne den kraftigste Hjælp, hvorfor lægekyndig Veiledning bør søges snarest muligt.

Selv efterat den egentlige Cholera er ophørt, indtræde ofte heftige Efterſygdomme, som ogsaa gjøre en Læges Hjælp nødvendig.

---

*Figur 12.2. Koleraplakat 1848, originalutførelse (transkripsjon Figur 12.3).*

# Anviisning for Ulægekyndige

*til at kjende og behandle den ondartede Cholera,*
*indtil Lægehjælp kan erholdes.*
*Efter Foranledning af Cholera-Sentral-Commisjonen udarbeidet af det medisinske Selskab i Christiania*
*og udgiven*
*af den Kongelige Norske Regjerings Departement for det Indre den 25 October 1848.*

*Den ondartede Cholera beynder enten plutselig med stor Heftighed eller efter forudgaande Ildebefinnende, der i Almindelighed ytrer sig med* ***tynde Stolgange****, ofte forbundne med Qvalme, Mathed og Tyngde i Legemet. Disse Tilfælde kunne igjen tabe sig ved en passende Behandling, eller overgaae til den sande Cholera. Selve Cholera giver sig tilkjende ved Brækninger af en tynd Væske og tynde hyppige Stolgange, brændede Tørst og Trykning for Brystet, Kramper i Been og Arme, forandrede Ansigtstræk, slap, kold Hud, standset Urinladning, hæs Stemme, svag Puls og stor Svækkelse uden Tab af Bevidsthed.*

*Under en Choleraepidemie bør man iagttage Maadehold i Mad og Drikke, uden for meget at afvige fra den vanlige Levemaade. I Særdeleshed bør Alt undgaaes, som efter Enhvers egen Erfaring pleier at frembringe tynde Afføringer. Ligesom det i det Hele er nødvendigt at klæde sig godt, naar man er udsat for Indvirkning af kold Luft, saaledes er det især vigtigt at holde Maven varm; i hvilken Hensigt det er gavnligt at anlægge et uldent Bælte.*

*Saasnart de første Tegn til Ildebefindende og især tynde Stolgange bemærkes, bør den Syge gaae til sengs, eller i det mindste afholde sig fra kold Luft, nyde varme Drikke, saasom Congothe, The af Melisse, Hylde- eller Kameel-Blomster, samt indgnide hele Maven, og især Hjertekulen, med uldendt Tøi, vædet med Camphorspiritus, Terpenthinolie eller stærkt Brændeviin.*

*Vedvare besuagtet Afføringen og Qvalmen, tages af Vorne indvendigt 20 Camphordraaber, eller 40 Draaber af en velomrystet Blanding af lige Dele Camphordraaber og bittre Rhabarbradraaber (Tinct. Rhei vinosa), hver tredje Time, i heftigere Tilfelde hver anden eller hver Time. Børn under 16 Aar giver saa mange Camphordraaber, som de er Aar gamle, eller af Blandingen med Rhabarbradraaber dobbelt saa mange. Aftage Tilfældene, gives Medicinen sjeldnere.*

*Gaar Sygdommen over i den sande Cholera, fortsættes med de ovenfor nævnte Indgnidninger med uldne Klæder eller Børster på hele Maven og især på Lemmerne med Kraft og stor Udholdenhed, indtil Kramperne ophøre og Varmen vender tilbake.*

*Flasker eller Krukker, fyldte med hedt Vand, eller Poser, fyldte med varm Havre eller Sand, kunne ogsaa lægges paa flere Steder imellom Sengklæderne omkring den Syges kolde Legeme.*

*En Senepskage, lavet av stødt Senep og varmt Vand, som en Deig, der udbredes tynt paa Lærred, kan med Gavn lægges paa hele Maven og i Hjertekulen 1 a 2 Timer, eller saalenge, at Huden bliver rød og Svien stærk.*

*Med den indvendige Medicin kan derhos fortsettes saafremt ingen Lægehjelp kan erholdes; dog bør strax ophøres dermed, naar Varmen i Legement vender tilbake.*

*Den Syges Drikke bør, foruden de nævnte Midler, i Begyndelsen kun bestaae af tynde Supper, kogt på Riis, Havre- eller Byg-Gryn, til hvilke kan sættes noget Portviin, Madeiravinn eller anden god Viin, især om den Syge ellers er vant til at nyde Viin eller spirituøse Drikke. Senere i selve Sygdommen forlange de Syge i Almindelighed koldt Vand, som kan nydes efter Behag.*

*Naar Bedring indtræder, ere de nysnævnte Grynsupper og efterhaanden en mild nærende Diet, især af Suppemad, tilraadelig.*

*Fremfor Alt maa det dog erindres, at alene en Læge kan med mere Sikkerhed bedømme den Syges Tilstand, og forordne den kraftigste Hjælp, hvorfor Lægekyndig Veiledning bør søges snarest muligt.*

*Selv efterat den egentlige Cholera er ophørt, indtræde ofte heftige Eftersygdomme, som ogsaa gjøre en Læges Hjælp nødvendig.*

*Figur 12.3. Koleraplakat 1848 transkribert.*

Pumpehåndtaket kom på plass igjen. Det kom nye utbrudd i 1862, 1864 og i 1866, da man omsider sluttet å bruke brønnen.

Snow fortsatte sine epidemiologiske studier. Mange steder i London var det parallelle vannledninger fra forskjellige vannverk. Southwark and Vauxhall Waterworks Company hadde rør fra en kloakkforurenset del av Themsen. Hos abonnentene som fikk vann derfra, oppsto kolera. De beboerne som fikk drikkevann fra ledningsnettet til det konkurrerende Lambeth Waterworks Company, gikk fri. Dette vannet kom fra en mindre forurenset del av Themsen.

Det var ikke overraskende at Snows oppdagelser vakte motstand. Verken vannverket eller myndighetene likte hans forskningsfunn. Snow døde i 1858 og opplevde ikke at hans resultater ble fullt ut akseptert.

Historien om Broad Street-pumpen og Snows bruk av kartografisk dataanalyse er blitt ansett som et vendepunkt i samfunnsmedisinsk forskning. Nettopp kartleggingen av sykdomstilfellene viste viktigheten både av tallmessige vurderinger og av å trekke sammenhengen med omgivelsene inn i medisinen.

Og i medisinhistorien er både Ignaz Semmelweis og John Snow nærmest blitt kanonisert.

*Koleraplakaten – en norsk tilnærming*

Så sent som i 1848 var fortsatt den alminnelige smitteforståelsen i det norske samfunnet nokså vag. Med tanke på neste koleraepidemi publiserte myndighetene i 1848 en såkalt koleraplakat, beregnet på den allmenne befolkningen, se figur 12.2. og 12.3. Les plakaten.

Medisinhistorisk sett gjenspeiler plakaten en påfallende forvirring om sykdommens karakter og også en bemerkelsesverdig hjelpeløshet i behandlingen av dem som var blitt syke. De mange rådene om behandling, som blant annet inkluderer bruk av remedier som neppe uten videre fantes i de tusen hjem, ser ut til å forutsette at sykdommen hadde en viss *varighet*. Det stemmer ikke overens med hva vi vet om forløpet av ekte, asiatisk kolera. På grunn av det enorme og hurtige væsketapet gjennom diaré er infeksjonen gjerne raskt dødelig, hvilket man visste. Det trengtes ingen statistikk for å bli forferdet over hvor mange av de angrepne som døde, og hvor få som overlevde når epidemien slo til.

Formuleringene på plakaten kan tyde på uklar atskillelse fra de hyppige andre diarésykdommene. I medisinalberetningene finner vi ofte betegnelsen *cholera nostras,* en diarésykdom som ikke var så livstruende, og der behandling som angitt i Koleraplakaten og andre steder virker rasjonell. Anbefalingene om væsketilførsel i form av te, supper mv. tyder på en empirisk forståelse av at gjenoppretting av

væskebalansen kunne hjelpe. I andre av anbefalingene skimter vi tidens irritabilitetslære, f. eks. rådene om å legge en grøt av sennepspulver på "hjertekulen", dvs. like nedenfor brystbeinet,

Plakaten minner oss også om avstanden mellom den medisinske vitenskapen med dens resonnementer og teorier og virkelighetens hverdag, når disse skulle omsettes i praktiske tiltak.

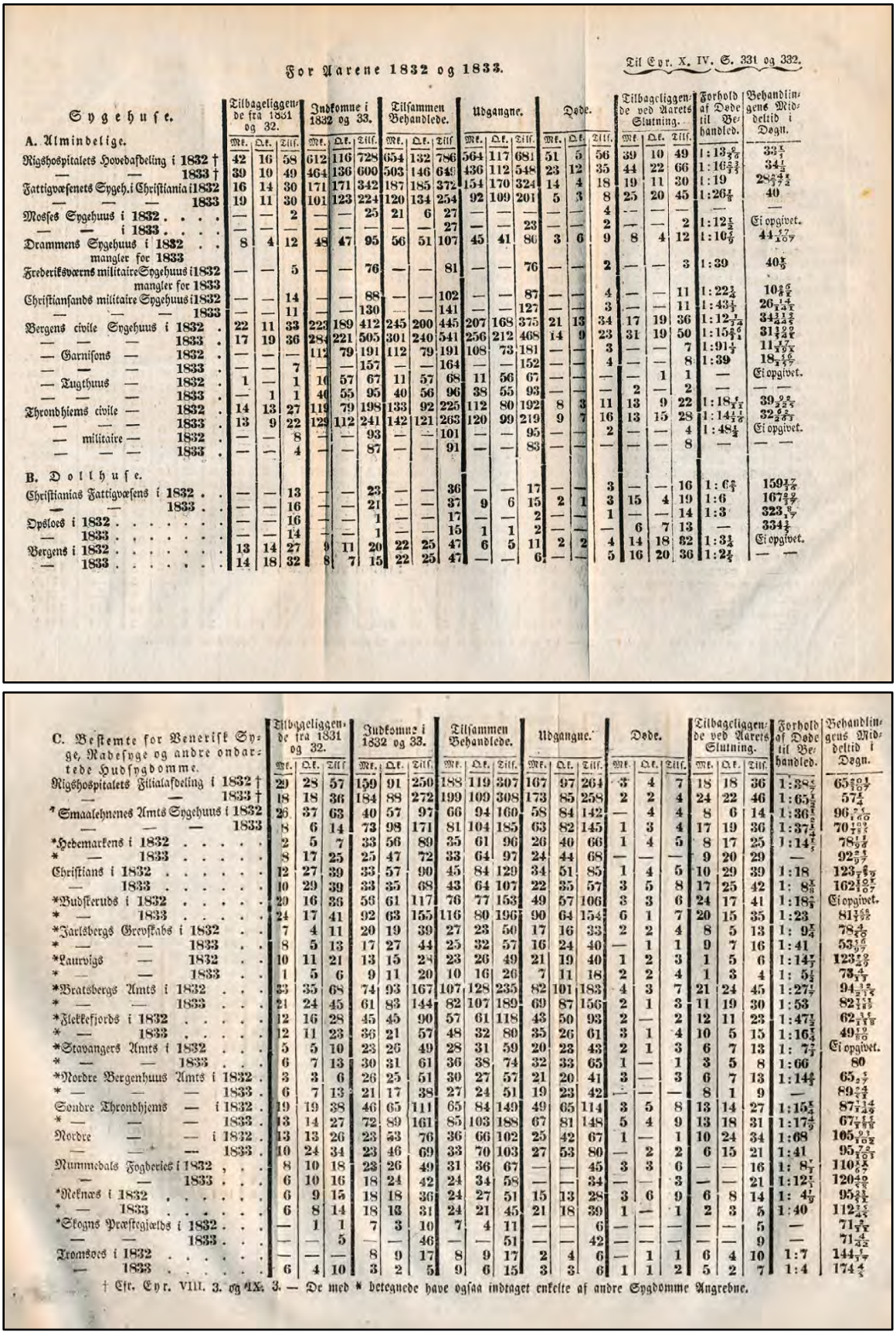
På 1800-tallet bygde oppfatningene om helse og sykdom hos folk flest på flere kilder og tradisjoner. Det kunne være en folkemedisin som var tuftet på egne og overleverte erfaringer, kanskje også iblandet magiske elementer, slik man kunne treffe på hos f. eks. kloke koner eller andre med spesielle helbredende egenskaper.[iv] Det kunne dessuten være helsekunnskap som var formidlet gjennom skolen eller tidens bøker og populærmedisinske tidsskrifter. Oppfatningene kunne dessuten inneholde elementer av den vitenskapelige medisin man var kommet i kontakt med gjennom egne eller andres besøk hos eller av legen. Resonnementene hos lek og lærd på feltet kunne nok være forskjellige, men når det gjaldt praktiske tiltak, behøvde det ikke være stor forskjell på det legen tilrådde og det folk hadde skjønt av seg selv.

Noe man kan undres over når man ser i historiens bakspeil, er hvor stor betydning koleraplakaten og annen slik informasjon faktisk hadde i samtiden. Koleraplakaten er kronglete å lese i dag, og var det sikkert også i 1848 – hvis man da faktisk *fikk sett* plakaten et eller annet sted.

*Geografi og medisin*

I diskusjonene om helse og omgivelser midt på 1800-tallet var det mange flere som tenkte og skrev om dette, enn som tok på seg den tunge oppgaven å skaffe til veie *harde fakta* til underbygging av teorier og meninger.

Dette var et problem som imidlertid var klart oppfattet i samtiden. I 1853 kom det ut en *medisinsk geografi* i Berlin, skrevet av Caspar Friedrich Fuchs, en offentlig lege fra bortgjemte Brotterode i Thüringen.[v] Boken ble straks slaktet av en annen tysk lege fra en annen del av periferien, August Hirsch (1817-1894) i Danzig. Han mente blant annet at medisinsk geografi var et *medisinsk* fag, men at medisinerne manglet tilstrekkelige kunnskaper både i sykdommers historie og i geografi. Hirsch arbeidet selv innenfor feltet og strevde med å samle data.[vi] Hirsch opplevde de samme hindringene som Fuchs, blant annet inkomplette helsedata og mangelfull tilgang til bibliotektjenester. Han sto likevel på, forsket om infeksjonssykdommer og tropesykdommer og kunne i årene 1859 til 1864 gi ut det som skulle bli første utgave av hans *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.* Men det skjedde mye



For Aarene 1832 og 1833.

Til Eyr. X. IV. S. 331 og 332.

| Sygehuse. | Tilbageliggende fra 1831 og 32. Mk. | Ok. | Tilf. | Indkomne i 1832 og 33. Mk. | Ok. | Tilf. | Tilsammen Behandlede. Mk. | Ok. | Tilf. | Udgangne. Mk. | Ok. | Tilf. | Døde. Mk. | Ok. | Tilf. | Tilbageliggende ved Aarets Slutning. Mk. | Ok. | Tilf. | Forhold af Døde til Behandled. | Behandlingens Middeltid i Dogn. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A. Almindelige.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rigshospitalets Hovedafdeling i 1832 † | 42 | 16 | 58 | 612 | 116 | 728 | 654 | 132 | 786 | 564 | 117 | 681 | 51 | 5 | 56 | 39 | 10 | 49 | 1:13 $\frac{6}{7}$ | 33 $\frac{1}{7}$ |
| — — 1833 † | 39 | 10 | 49 | 464 | 136 | 600 | 503 | 146 | 649 | 436 | 112 | 548 | 23 | 12 | 35 | 44 | 22 | 66 | 1:16 $\frac{3}{5}$ | 34 $\frac{1}{2}$ |
| Fattigvæsenets Sygeh. i Christiania i 1832 | 16 | 14 | 30 | 171 | 171 | 342 | 187 | 185 | 372 | 154 | 170 | 324 | 14 | 4 | 18 | 19 | 11 | 30 | 1:19 | 28 $\frac{4}{7}$ |
| — — 1833 | 19 | 11 | 30 | 101 | 123 | 224 | 120 | 134 | 254 | 92 | 109 | 201 | 5 | 3 | 8 | 25 | 20 | 45 | 1:26 $\frac{1}{8}$ | 40 |
| Mosses Sygehuus i 1832 . . . . | — | — | 2 | — | — | 25 | 21 | 6 | 27 | — | — | — | — | — | — | 4 | — | — | — | — |
| — — i 1833 . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | 27 | — | — | 23 | — | — | — | 2 | — | — | 1:12 $\frac{1}{2}$ | Ei opgivet. |
| Drammens Sygehuus i 1832 . . | 8 | 4 | 12 | 48 | 47 | 95 | 56 | 51 | 107 | 45 | 41 | 86 | 3 | 6 | 9 | 8 | 4 | 12 | 1:10 $\frac{6}{7}$ | 44 $\frac{57}{107}$ |
| mangler for 1833 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frederiksværns militaire Sygehuus i 1832 | — | — | 5 | — | — | 76 | — | — | 81 | — | — | 76 | — | — | 2 | — | — | 3 | 1:39 | 40 $\frac{1}{9}$ |
| mangler for 1833 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Christiansands militaire Sygehuus i 1832 | — | — | 14 | — | — | 88 | — | — | 102 | — | — | 87 | — | — | 4 | — | — | 11 | 1:22 $\frac{1}{4}$ | 10 $\frac{6}{7}$ |
| — — — 1833 | — | — | 11 | — | — | 130 | — | — | 141 | — | — | 127 | — | — | 3 | — | — | 11 | 1:43 $\frac{1}{3}$ | 26 $\frac{1}{14}$ |
| Bergens civile Sygehuus i 1832 . | 22 | 11 | 33 | 223 | 189 | 412 | 245 | 200 | 445 | 207 | 168 | 375 | 21 | 13 | 34 | 17 | 19 | 36 | 1:12 $\frac{1}{14}$ | 34 $\frac{13}{44}$ |
| — — — 1833 . | 17 | 19 | 36 | 284 | 221 | 505 | 301 | 240 | 541 | 256 | 212 | 468 | 14 | 9 | 23 | 31 | 19 | 50 | 1:15 $\frac{6}{11}$ | 31 $\frac{1}{14}$ |
| — Garnisons — 1832 . | — | — | — | 112 | 79 | 191 | 112 | 79 | 191 | 108 | 73 | 181 | — | — | 3 | — | — | 7 | 1:91 $\frac{1}{2}$ | 11 $\frac{7}{10}$ |
| — — — 1833 . | — | — | 7 | — | — | 157 | — | — | 164 | — | — | 152 | — | — | 4 | — | — | 8 | 1:39 | 18 $\frac{16}{157}$ |
| — Tugthuus — 1832 . | 1 | — | 1 | 16 | 57 | 67 | 11 | 57 | 68 | 11 | 56 | 67 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | Ei opgivet. |
| — — — 1833 . | — | 1 | 1 | 40 | 55 | 95 | 40 | 56 | 96 | 38 | 55 | 93 | — | — | — | 2 | — | 2 | — | — — |
| Throndhjems civile — 1832 . | 14 | 13 | 27 | 119 | 79 | 198 | 133 | 92 | 225 | 112 | 80 | 192 | 8 | 3 | 11 | 13 | 9 | 22 | 1:18 $\frac{4}{11}$ | 39 $\frac{9}{25}$ |
| — — — 1833 . | 13 | 9 | 22 | 129 | 112 | 241 | 142 | 121 | 263 | 120 | 99 | 219 | 9 | 7 | 16 | 13 | 15 | 28 | 1:14 $\frac{1}{16}$ | 32 $\frac{6}{23}$ |
| — militaire — 1832 . | — | — | 8 | — | — | 93 | — | — | 101 | — | — | 95 | — | — | 2 | — | — | 4 | 1:48 $\frac{1}{2}$ | Ei opgivet. |
| — — — 1833 . | — | — | 4 | — | — | 87 | — | — | 91 | — | — | 83 | — | — | — | — | — | 8 | — | — — |
| **B. Dolhuse.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Christianias Fattigvæsens i 1832 . . | — | — | 13 | — | — | 23 | — | — | 36 | — | — | 17 | — | — | 3 | — | — | 16 | 1: 6 $\frac{4}{7}$ | 159 $\frac{17}{36}$ |
| — — 1833 . | — | — | 16 | — | — | 21 | — | — | 37 | 9 | 6 | 15 | 2 | 1 | 3 | 15 | 4 | 19 | 1:6 | 167 $\frac{2}{3}$ |
| Opsloes i 1832 . . . . . | — | — | 16 | — | — | 1 | — | — | 17 | — | — | 2 | — | — | 1 | — | — | 14 | 1:3 | 323 $\frac{8}{9}$ |
| — 1833 . . . . . | — | — | 14 | — | — | 1 | — | — | 15 | 1 | 1 | 2 | — | — | — | 6 | 7 | 13 | — | 334 $\frac{1}{2}$ |
| Bergens i 1832 . . . . . | 13 | 14 | 27 | 9 | 11 | 20 | 22 | 25 | 47 | 6 | 5 | 11 | 2 | 2 | 4 | 14 | 18 | 32 | 1:3 $\frac{1}{4}$ | Ei opgivet. |
| — 1833 . . . . . | 14 | 18 | 32 | 8 | 7 | 15 | 22 | 25 | 47 | — | — | 6 | — | — | 5 | 16 | 20 | 36 | 1:2 $\frac{1}{4}$ | — — |

| C. Bestemte for Venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme. | Tilbageliggende fra 1831 og 32. Mk. | Ok. | Tilf. | Indkomne i 1832 og 33. Mk. | Ok. | Tilf. | Tilsammen Behandlede. Mk. | Ok. | Tilf. | Udgangne. Mk. | Ok. | Tilf. | Døde. Mk. | Ok. | Tilf. | Tilbageliggende ved Aarets Slutning. Mk. | Ok. | Tilf. | Forhold af Døde til Behandled. | Behandlingens Middeltid i Dogn. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rigshospitalets Filialafdeling i 1832 † | 29 | 28 | 57 | 159 | 91 | 250 | 188 | 119 | 307 | 167 | 97 | 264 | 3 | 4 | 7 | 18 | 18 | 36 | 1:38 $\frac{5}{7}$ | 65 $\frac{21}{107}$ |
| — — 1833 † | 18 | 18 | 36 | 184 | 88 | 272 | 199 | 109 | 308 | 173 | 85 | 258 | 2 | 2 | 4 | 24 | 22 | 46 | 1:65 $\frac{1}{2}$ | 57 $\frac{1}{4}$ |
| *Smaalehnenes Amts Sygehuus i 1832 | 26 | 37 | 63 | 40 | 57 | 97 | 66 | 94 | 160 | 58 | 84 | 142 | — | 4 | 4 | 8 | 6 | 14 | 1:36 $\frac{1}{2}$ | 96 $\frac{7}{10}$ |
| — — — 1833 | 8 | 6 | 14 | 73 | 98 | 171 | 81 | 104 | 185 | 63 | 82 | 145 | 1 | 3 | 4 | 17 | 19 | 36 | 1:37 $\frac{1}{4}$ | 70 $\frac{10}{13}$ |
| *Hedemarkens i 1832 . . . . . | 2 | 5 | 7 | 33 | 56 | 89 | 35 | 61 | 96 | 26 | 40 | 66 | 1 | 4 | 5 | 8 | 17 | 25 | 1:14 $\frac{1}{5}$ | 78 $\frac{1}{9}$ |
| * — 1833 . . . . . | 8 | 17 | 25 | 25 | 47 | 72 | 33 | 64 | 97 | 24 | 44 | 68 | — | — | — | 9 | 20 | 29 | — | 92 $\frac{2}{9}$ |
| Christians i 1832 . . . . . | 12 | 27 | 39 | 33 | 57 | 90 | 45 | 84 | 129 | 34 | 51 | 85 | 1 | 4 | 5 | 10 | 29 | 39 | 1:18 | 123 $\frac{6}{7}$ |
| — 1833 . . . . . | 10 | 29 | 39 | 33 | 35 | 68 | 43 | 64 | 107 | 22 | 35 | 57 | 3 | 5 | 8 | 17 | 25 | 42 | 1: 8 $\frac{1}{8}$ | 162 $\frac{10}{107}$ |
| *Budskeruds i 1832 . . . . . | 20 | 16 | 36 | 56 | 61 | 117 | 76 | 77 | 153 | 49 | 57 | 106 | 3 | 3 | 6 | 24 | 17 | 41 | 1:18 $\frac{1}{2}$ | Ei opgivet. |
| * — 1833 . . . . . | 24 | 17 | 41 | 92 | 63 | 155 | 116 | 80 | 196 | 90 | 64 | 154 | 6 | 1 | 7 | 20 | 15 | 35 | 1:23 | 81 $\frac{165}{192}$ |
| *Jarlsbergs Grevskabs i 1832 . . | 7 | 4 | 11 | 20 | 19 | 39 | 27 | 23 | 50 | 17 | 16 | 33 | 2 | 2 | 4 | 8 | 5 | 13 | 1: 9 $\frac{1}{4}$ | 78 $\frac{3}{10}$ |
| * — — 1833 . . | 8 | 5 | 13 | 17 | 27 | 44 | 25 | 32 | 57 | 16 | 24 | 40 | — | 1 | 1 | 9 | 7 | 16 | 1:41 | 53 $\frac{16}{57}$ |
| *Laurvigs — 1832 . . | 10 | 11 | 21 | 13 | 15 | 28 | 23 | 26 | 49 | 21 | 19 | 40 | 1 | 2 | 3 | 1 | 5 | 6 | 1:14 $\frac{1}{7}$ | 123 $\frac{12}{49}$ |
| * — — 1833 . . | 1 | 5 | 6 | 9 | 11 | 20 | 10 | 16 | 26 | 7 | 11 | 18 | 2 | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1: 5 $\frac{1}{2}$ | 73 $\frac{1}{13}$ |
| *Bratsbergs Amts i 1832 . . . | 33 | 35 | 68 | 74 | 93 | 167 | 107 | 128 | 235 | 82 | 101 | 183 | 4 | 3 | 7 | 21 | 24 | 45 | 1:27 $\frac{1}{7}$ | 94 $\frac{12}{215}$ |
| * — — 1833 . . . | 21 | 24 | 45 | 61 | 83 | 144 | 82 | 107 | 189 | 69 | 87 | 156 | 2 | 1 | 3 | 11 | 19 | 30 | 1:53 | 82 $\frac{11}{185}$ |
| *Flekkefjords i 1832 . . . . . | 12 | 16 | 28 | 45 | 45 | 90 | 57 | 61 | 118 | 43 | 50 | 93 | 2 | — | 2 | 12 | 11 | 23 | 1:47 $\frac{1}{2}$ | 62 $\frac{1}{118}$ |
| * — 1833 . . . . . | 12 | 11 | 23 | 36 | 21 | 57 | 48 | 32 | 80 | 35 | 26 | 61 | 3 | 1 | 4 | 10 | 5 | 15 | 1:16 $\frac{1}{4}$ | 49 $\frac{19}{80}$ |
| *Stavangers Amts i 1832 . . . | 5 | 5 | 10 | 23 | 26 | 49 | 28 | 31 | 59 | 20 | 23 | 43 | 2 | 1 | 3 | 6 | 7 | 13 | 1: 7 $\frac{1}{7}$ | Ei opgivet. |
| * — — 1833 . . . | 6 | 7 | 13 | 30 | 31 | 61 | 36 | 38 | 74 | 32 | 33 | 65 | 1 | — | 1 | 3 | 5 | 8 | 1:66 | 80 |
| *Nordre Bergenhuus Amts i 1832 . | 3 | 3 | 6 | 26 | 25 | 51 | 30 | 27 | 57 | 21 | 20 | 41 | 3 | — | 3 | 6 | 7 | 13 | 1:14 $\frac{1}{2}$ | 65 $\frac{5}{27}$ |
| * — — — 1833 . | 6 | 7 | 13 | 21 | 17 | 38 | 27 | 24 | 51 | 19 | 23 | 42 | — | — | — | 8 | 1 | 9 | — | 89 $\frac{14}{42}$ |
| Søndre Throndhjems — i 1832 . | 19 | 19 | 38 | 46 | 65 | 111 | 65 | 84 | 149 | 49 | 65 | 114 | 3 | 5 | 8 | 13 | 14 | 27 | 1:15 $\frac{1}{4}$ | 87 $\frac{114}{149}$ |
| * — — — 1833 . | 13 | 14 | 27 | 72 | 89 | 161 | 85 | 103 | 188 | 67 | 81 | 148 | 5 | 4 | 9 | 13 | 18 | 31 | 1:17 $\frac{4}{9}$ | 67 $\frac{11}{188}$ |
| Nordre — — i 1832 . | 13 | 13 | 26 | 23 | 53 | 76 | 36 | 66 | 102 | 25 | 42 | 67 | 1 | — | 1 | 10 | 24 | 34 | 1:68 | 165 $\frac{21}{102}$ |
| — — — 1833 . | 10 | 24 | 34 | 23 | 46 | 69 | 33 | 70 | 103 | 27 | 53 | 80 | — | 2 | 2 | 6 | 15 | 21 | 1:41 | 95 $\frac{72}{103}$ |
| Nummedals Fogderies i 1832 , . | 8 | 10 | 18 | 28 | 26 | 49 | 31 | 36 | 67 | — | — | 45 | 3 | 3 | 6 | — | — | 16 | 1: 8 $\frac{7}{7}$ | 110 $\frac{8}{67}$ |
| — — 1833 . . | 6 | 10 | 16 | 18 | 24 | 42 | 24 | 34 | 58 | — | — | 34 | — | — | 3 | — | — | 21 | 1:12 $\frac{1}{3}$ | 120 $\frac{40}{58}$ |
| *Næknæs i 1832 . . . . . | 6 | 9 | 15 | 18 | 18 | 36 | 24 | 27 | 51 | 15 | 13 | 28 | 3 | 6 | 9 | 6 | 8 | 14 | 1: 4 $\frac{1}{9}$ | 95 $\frac{23}{51}$ |
| * — 1833 . . . . . | 6 | 8 | 14 | 18 | 13 | 31 | 24 | 21 | 45 | 21 | 18 | 39 | 1 | — | 1 | 2 | 3 | 5 | 1:40 | 112 $\frac{25}{45}$ |
| *Skogns Præstegjælds i 1832 . . | — | 1 | 1 | 7 | 3 | 10 | 7 | 4 | 11 | — | — | 6 | — | — | — | — | — | 5 | — | 71 $\frac{1}{11}$ |
| — — 1833 . . | — | — | 5 | — | — | 46 | — | — | 51 | — | — | 42 | — | — | — | — | — | 9 | — | 71 $\frac{4}{42}$ |
| Tromsoes i 1832 . . . . . | — | — | — | 8 | 9 | 17 | 8 | 9 | 17 | 2 | 4 | 6 | — | 1 | 1 | 6 | 4 | 10 | 1:7 | 144 $\frac{1}{7}$ |
| — 1833 . . . . . | 6 | 4 | 10 | 3 | 2 | 5 | 9 | 6 | 15 | 3 | 3 | 6 | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 7 | 1:4 | 174 $\frac{4}{5}$ |

† Cfr. Eyr. VIII. 3. og IX. 3. — De med * betegnede have ogsaa indtaget enkelte af andre Sygdomme Angrebne.

*Figur 12.4. Tabell over norske sykehus 1832-1833 (dobbeltsidig plansje i* Eyr *1835; 10, mot side 332)*

*Sygehuse.*

*A. Almindelige.*

Rigshospitalet Hovedafdeling, Fattigvæsenets Sygeh. I Christiania, Mosses sygehus, Drammens sygehus, Fredrikværns militarie Sygehus, Christianssands militarie Sygehus, Bergens civile Sygehus, Bergens Garnisons Sygehus, Bergens Tugthus Sygehus, Throndhjems civile Sygehus, Throndhjems Militarie Sygehus.

*B. Dollhuse.*

Christianias Fattigvæsens, Opsloes, Bergens.

*C. Bestemte for Venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme.*

Rigshospitalets Filialafdeling, Smaalenenes Amts Sygehus, Hedemarkens Amts Sygehus, Christians Amts Sygehus, Buskeruds Amts Sygehus, Jarlsbergs Grevskabs Sygehus, Laurvigs Grevskabs Sygehus, Bratsbergs Amts Sygehus, Flekkefjord Amts Sygehus, Nordre Bergenhus Amts Sygehus, Søndre Throndhjems Amts Sygehus, Nordre Throndhjems Amts Sygehus, Nummedals Fogderis Sygehus, Reknæs Sygehus, Skogns Præstegjælds Sygehus, Tromsøes Sygehus.

Tallene taler for seg selv, men i kolonnehodene står det fra venstre:

Tilbageliggende fra 1831 og 32; Indkomne i 1832 og 33; Tilsammen Behandlede; Udgangne; Døde; Tilbageliggende ved Aarets Slutning; Forhold af Døde til Behandlede; Behandlingens Middeltid i Døgn.

Hver kolonne er delt i tre, og over står det:

Mk, (= Mandkjøn), Qk (= Qvindekjøn), Tils. (= Tilsammen),

*Figur 12.5. Tegnforklarung for tabellen i figur 12.3.*

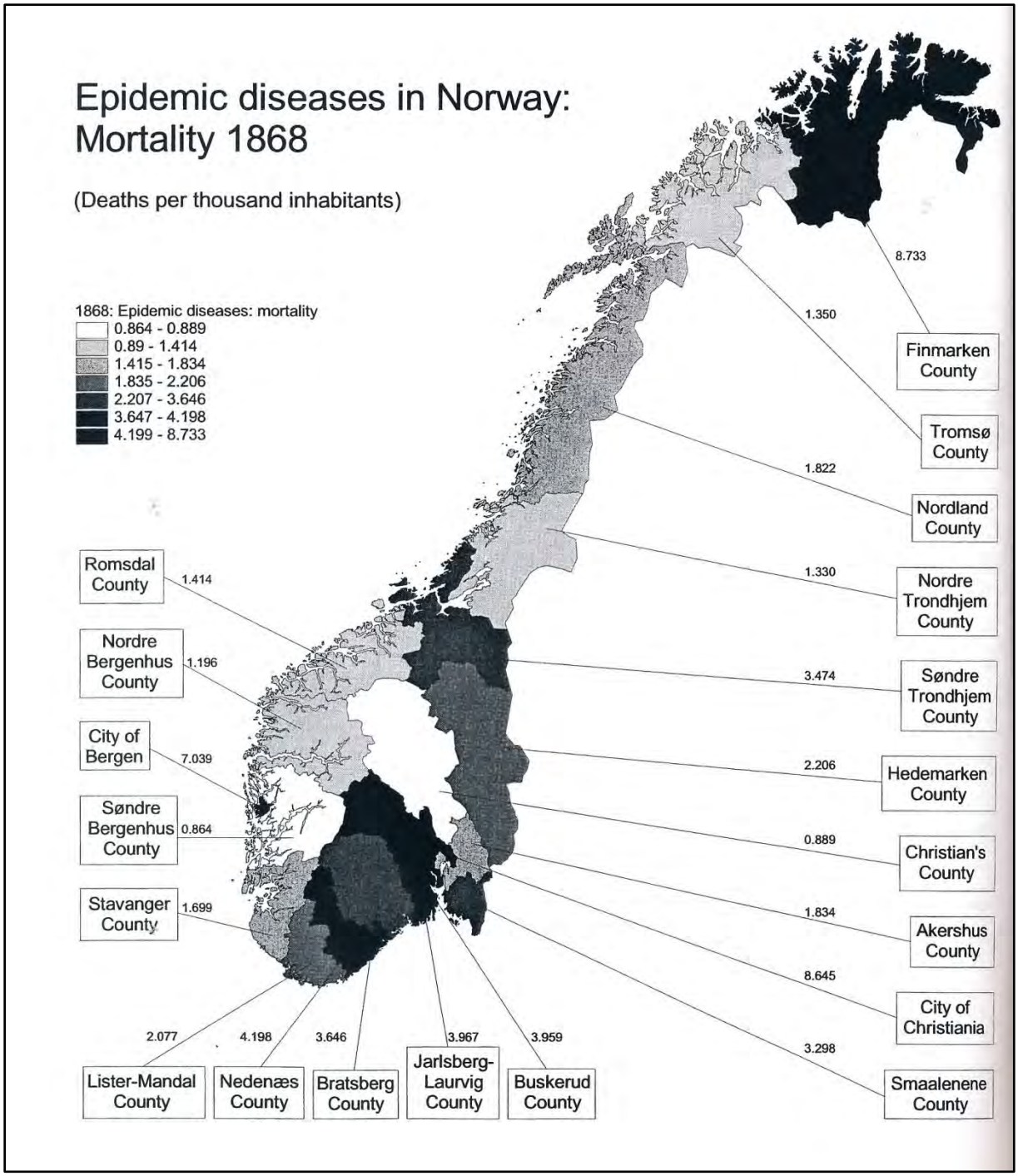
på feltet. Blant annet ble det mer klarhet i smitteforholdene. Dette gjorde at det snart var behov for en ny utgave, og den kom i 1881-1886.

Dette verket går gjennom historien og utbredelsen av de fleste aktuelle sykdommene. Det fikk fort internasjonal spredning og stor betydning. Hirsch ble professor i Berlin i 1863 – riktignok ikke uten motstand fra det medisinske fakultet. Var dette fagområdet akademisk vitenskap? Selveste ministeren måtte skjære gjennom i ansettelsesprosessen og Hirsch ble utnevnt.

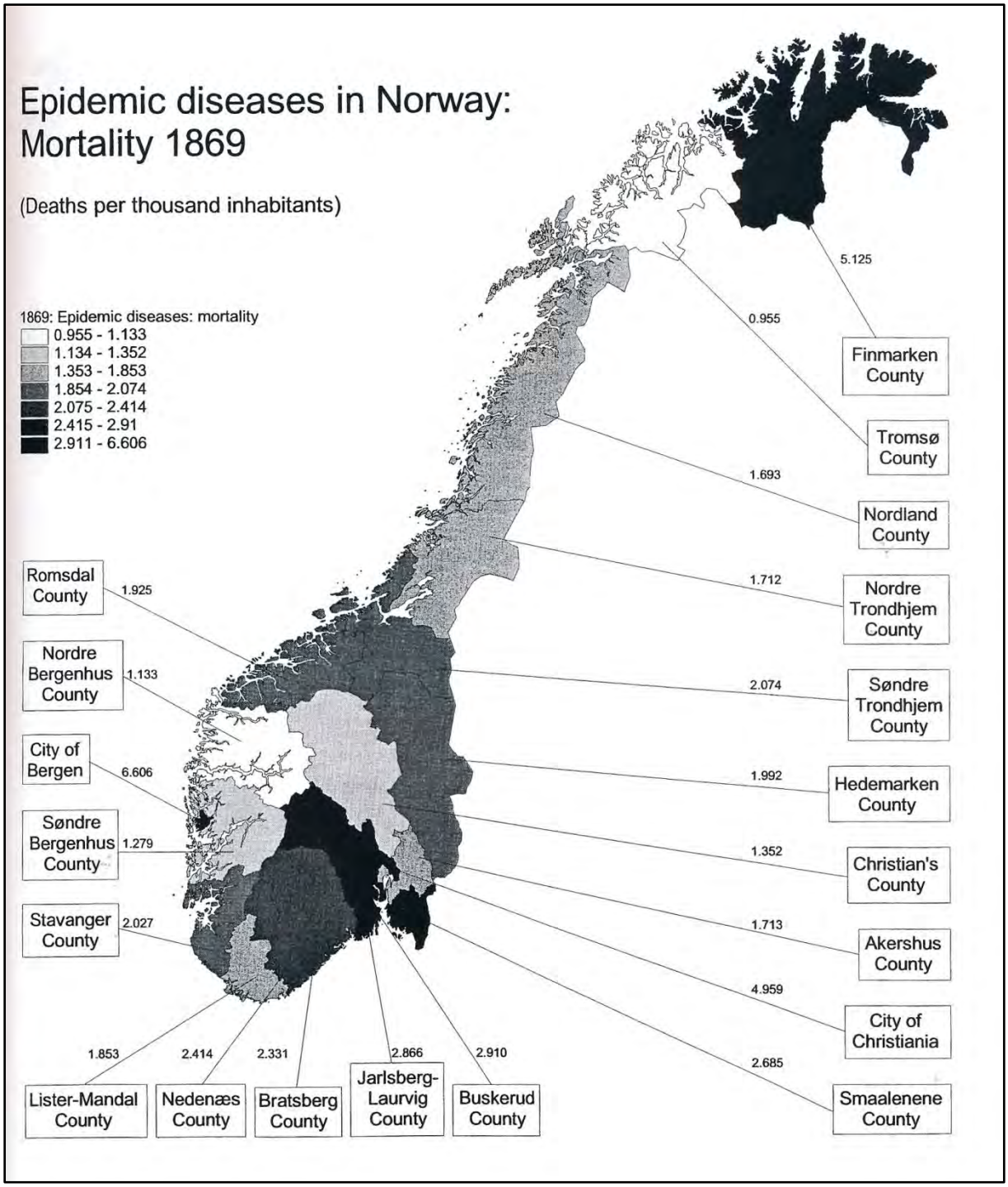
Faget var i gang.[vii]

*Hvorfor kontroversielt?*

I ettertid skulle man tro at å få tallmessige oversikter og beskrivelser av samfunnet, herunder innsikt i folkehelse og helsetjenester, skulle bli positivt




*Figur 12.6. Dødelighet av epidemiske sykdommer 1868. Fra Larsen 2000, beregnet på grunnlag av tallene i medisinalberetningene. Det var påfallende forskjeller landet over.*




*Figur 12.7. Dødelighet av epidemiske sykdommer 1869. Legg blant annet merke til hvordan tallene er økt fra forrige år (figur 12.5) både i Stavanger og i Christians Amt (Oppland). Fra Larsen 2000. beregnet på grunnlag av tallene i medisinalberetningene.*

oppfattet og betraktet som det framskrittet det objektivt sett var.[viii] Tidligere tiders beskrivelser av steder, land og folk hadde gjerne konsentrert seg om det spektakulære, og ofte om slike forhold som skilte studieobjektet positivt ut fra andre steder. Nå var det det alminnelige og vanlige man gjerne ville vite mer eksakt om. For Norges vedkommende var f. eks. juristen, og fra 1832 sorenskriver i Mandal, Jens Kraft (1784-1853) en sentral person. I beste nasjonsbyggingsånd publiserte han bindsterke beskrivelser av Norge. Men hans arbeid slo likevel ikke særlig an. En kortversjon fra 1845-1848 som var på mer enn 700 sider, måtte gis ut på eget forlag.

Interessen for kvantifiserende framstillinger av medisinske forhold var der likevel. En av de begrensende faktorene var vanskelighetene med å få fram pålitelige data. Landphysicus i Skien Hans Munk (1770-1848) var i så måte en pioner. Han publiserte alt i 1826 en kvantitativ oversikt (*Eyr* 1826; 1: 219-239).

Ved midten av århundret var tall blitt et medisinsk verktøy i større grad enn før. Noen land var lengre framme i dette enn andre. Men når det gjaldt helse og befolkning, lå Norge hundre år etter Sverige i sin deskriptive statistikk.

Årsaken til det kontroversielle gjaldt blant annet at tallene med sin virkelighetsbeskrivelse liksom trakk et teppe til side. Nå så man hvordan *det faktisk var*, hvordan levekår og mye annet var dårligere, eventuelt bedre, enkelte steder enn andre. Man så ulikhetene. Man så hvor og hvem sykdommene rammet som verst - og man så hvem som kom seg unna. Selv om viten om dette kunne være positiv for bekjempelsen av sykdommene, var de også bevis på oppgaver samfunnet ikke hadde klart å løse eller hadde lukket øynene for. Og eventuelt bevis for at noen hadde løst sine oppgaver bedre - eller dårligere - enn andre.

Gammeldagse topografiske beskrivelser viste hvordan naturforholdene og de tilhørende samfunnsforholdene *var* – underforstått at dette var det *normale,* det var slik det *burde være*. I det minste kunne tekstene tolkes slik.

Da den deskriptive statistikken, også angående helse, utviklet seg, ble den av interesse blant annet for verdens nye *kolonimakter*. Helsestatistikken beskrev og visualiserte hvordan det var *der* i forhold til *her*. Den historisk-geografiske patologien er derfor i ettertid blitt kritisert for å være imperialistisk og for å legitimere forskjellstenkning. Kolonier lå ofte i tropiske strøk, og den deskriptive helsestatistikken for disse landene ble særlig viktig og gikk da inn under fagområdet *tropical medicine*.[ix]

På samme vis som i tidligere merkantilistisk tenkning ble også helsestatistikken en beskrivelse av samfunnets ressursforvaltning. Helsestatistikken ble dermed en slags avsløring som nok kunne være internt hjelpsom, men som myndighetene ikke alltid satte like stor pris på å flagge, verken utad eller innad.

Helsestatistikkens avslørende karakter gjorde seg også gjeldende internt i de enkelte land, slik som i Norge. I *Eyr* for 1835 står det f. eks. en sammenlikning av sykehus for venerisk syke, radesyke og andre ondartede hudsykdommer gjennom årene 1822-1831.[x] Hvert år og hvert amt er beskrevet. Redaktøren, Frederik Holst, sto åpenbart bak. Forholdene varierte påfallende. Der var det forskjeller. Dette vakte reaksjoner, særlig fra de sykehusene som kom dårligst ut.

*Eyrs* årgang 1835 har også en tabell over driften ved norske sykehus i 1832-1833, trykket på begge sider av et innstukket ark, se figur 12.4. og 12.5. I tillegg til forskjellene er det også interessant å se hvor små enkelte tall er og hvor lang liggetiden for hver pasient kunne være. Det dokumenterer blant annet kapasiteten.

*Medsinalberetningene*

Det forelå et pålegg fra myndighetene i København allerede i 1803 om at offentlige leger skulle sende inn årlige rapporteringer om helsetilstanden i sitt distrikt. Det gikk tregt å få gjennomført dette.[xi] Rapporter fra de første årtiene er litt vanskelig tilgjengelige. Først fra 1853 kom det årlige, ensartet redigerte medisinalberetninger som ble publisert som en del av Norges offisielle statistikk.

Disse beretningene hadde noen "barnesykdommer". Men især fra 1868 og framover finnes det kvalitetssikrede data for folkehelse, helsetjenester m.v., supplert med verbale beskrivelser av hvordan situasjonen ble oppfattet. Fra nå av ble det mulig å gjøre både tverrsnittstudier på grunnlag av det innkomne materialet av tall og tekst, og å gjøre langsgående epidemiologiske studier. Det ble også gjort i samtiden, og det finnes av og til separate oversikter og lokale beskrivelser som vedlegg til amtets trykte medisinalberetninger. Ellers frambyr medisinalberetninger fra kommunenivå til riksnivå seg som et eminent historisk kildemateriale til dagliglivet i Norge – *slik det virkelig var*.

Figurene 12.6. og 12.7. viser et eksempel på hvordan slike tallmessige data kan vise både en frapperende geografisk spredning og også indikere et tidsforløp hvis man sammenlikner år for år. Selv bare fra det ene året til det andre er det forandringer – vi forstår hvordan alvorlige smittesykdommer bølget fram og tilbake.[xii] Folkehelsen var i seg selv som en levende organisme i bevegelse.

## Noter

[i] Om Holst, se f. eks. *Michael*; hefte 4, 2017, årgang 14. Hele heftet belyser Holst fra forskjellige vinkler.

[ii] Larsen Ø. Time and space perspectives in medical teaching in Oslo. *Norsk epidemiologi* 2015; 25 (1-2): 11-19.

[iii] Larsen Ø. Kolerapuben i London. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1995; 115: 2865,2867, 2869, forside.

[iv] F. eks. Bø O. *Folkemedisin og lærd medisin.* Oslo: Det Norske Samlaget, 1972.
Kfr. også arbeider av medisinhistorikeren og legen Ingjald Reichborn-Kjennerud (1865-1949) for den eldre tid og av etnologen Bente Gullveig Alver (1941-2020) for nyere tid.

[v] Fuchs CF. *Medizinische Geographie*. Berlin: Alexander Duncker, 1853.

[vi] Om Hirsch og medisinsk geografi, se blant annet Barrett FA. August Hirsch: As critic of, and contributor to, geographical medicine and medical geography. *Medical History* 2000, supplement 20: 98-118. Om dette fagets historie, se: Valencius CB, Histories of medical geography. *Medical History* 2000, supplement 20: 3-20.

[vii] En god, populær innføring i medisinsk geografi er Henschen F. *Sjukdomarnas historia och geografi.* Stockholm: Bonniers, 1962.

[viii] Lie E, Roll-Hansen H. *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge.* Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

[ix] Det store instituttet på fagområdet public health i London, opprettet 1899, heter da også *London school of hygiene and tropical medicine.*

[x] Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831. *Eyr* 1835; 10: 1-44.

[xi] Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17, spesielt kapittel 11, 186-202.

[xii] Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change.* Oslo: Unipub forlag, 2000.

**Kapittel 13**

## Medisinsk omveltning ute og hjemme

*Ved midten av 1800-tallet skjedde det internasjonalt sett forandringer i medisinsk tenkning som fikk følger for vitenskap, pasientbehandling og oppbygging av helsevesenet, også i Norge. Her hadde den store koleraepidemien som rammet hovedstaden i 1853, satt lærdommene fra epidemien 20 år tidligere på prøve. Epidemiologi, studiet av sykdommer på gruppenivå og i sin sammenheng med tid og sted, var nå blitt en etablert tilnærming. Dessuten endret patologen Rudolf Virchow (1821-1902) i Tyskland grunnlaget for forståelsen av de biologiske prosessene i kroppen, da han presenterte nye tanker om dette i en forelesningsserie og fulgte opp med boken Cellularpathologie i 1858. Virchow så cellene som det basale biologiske element og studieobjekt, framfor væsker, organer og vev, slik det hadde vært tidligere.*

*I universitetsmiljøet i Christiania var relasjonen mellom helse og samfunn et sentralt interesseområde. Man hadde faget hygiene som et verktøy i folkehelsearbeidet, først og fremst for å tilrettelegge samfunnet for helse.*

*I det medisinske miljøet i Bergen utviklet man på samme tid en mer klinisk og laboratoriemessig orientert tilnærming til helse og samfunn. Den var en konsekvens av de kliniske og epidemiologiske studiene av spedalskhet som var i gang der. Overlege D.C. Danielssen (1815-1894) publiserte i 1840-årene banebrytende arbeider om smittsomme hudsykdommer, især spedalskhet. Opprettelsen av det epidemiologiske lepraregisteret i 1856 knyttet klinikk, laboratoriestudier og epidemiologi sammen på en slagkraftig måte. Danielssens svigersønn Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912) førte denne forskningstradisjonen videre. Han kombinerte klinikk og laboratoriestudier og ble selv leprabasillens oppdager i 1873.*

*Det skjedde også noe generelt og overordnet med tilliten til autoritetene: Da Charles Darwin (1809-1882) ga ut The origin of species i London i 1859 og der introduserte prinsippet om den naturlige seleksjon, ble det legitimt å stille spørsmål ved de mest etablerte sannheter, ikke bare i biologisk vitenskap, men også ellers. Og kanskje betydde også Krim-krigen 1853-1856 og den følgende utvikling av sykepleie som fag et endret syn på menneskelivs verdi.*

Diskusjonene omkring koleraepidemiene i 1832-1833 hadde gått høyt. Koleraen hadde utfordret rådende teorier både om hvordan smittsomme sykdommer spredte seg, og om hvordan sykdommen skulle behandles. Hvordan ville de tanker man

hadde gjort seg fungere, når neste store epidemi helt sikkert kom? Og den kom i 1853.[i]

I 1853 var det kolera i København. Enda danskebåten på grunn av denne epidemien hadde sløyfet København og anløp Helsingør isteden, ble en kolerasyk matros fra skipet lagt inn på Rikshospitalet i Christiania. Dermed var en epidemi i gang også her. I Christiania og Ager Landsogn (Aker) ble 2 453 personer syke, hvorav 1 597 døde i løpet av fire måneder. Det var 5% av befolkningen. Blant de angrepne var letaliteten hele 65,1%. At det samtidig ble meldt 6 512 tilfelle av diaré, hvorav 220 angis å ha blitt til kolera, gir et bilde av hvordan det må ha vært i Christiania i 1853. Dertil kom en spredning til Østlandet og Sørlandet. Da året var omme, var det meldt 3 803 koleratilfelle med 2 500 dødsfall. Og så var det alle de lettere diarétilfellene som ikke ble meldt.

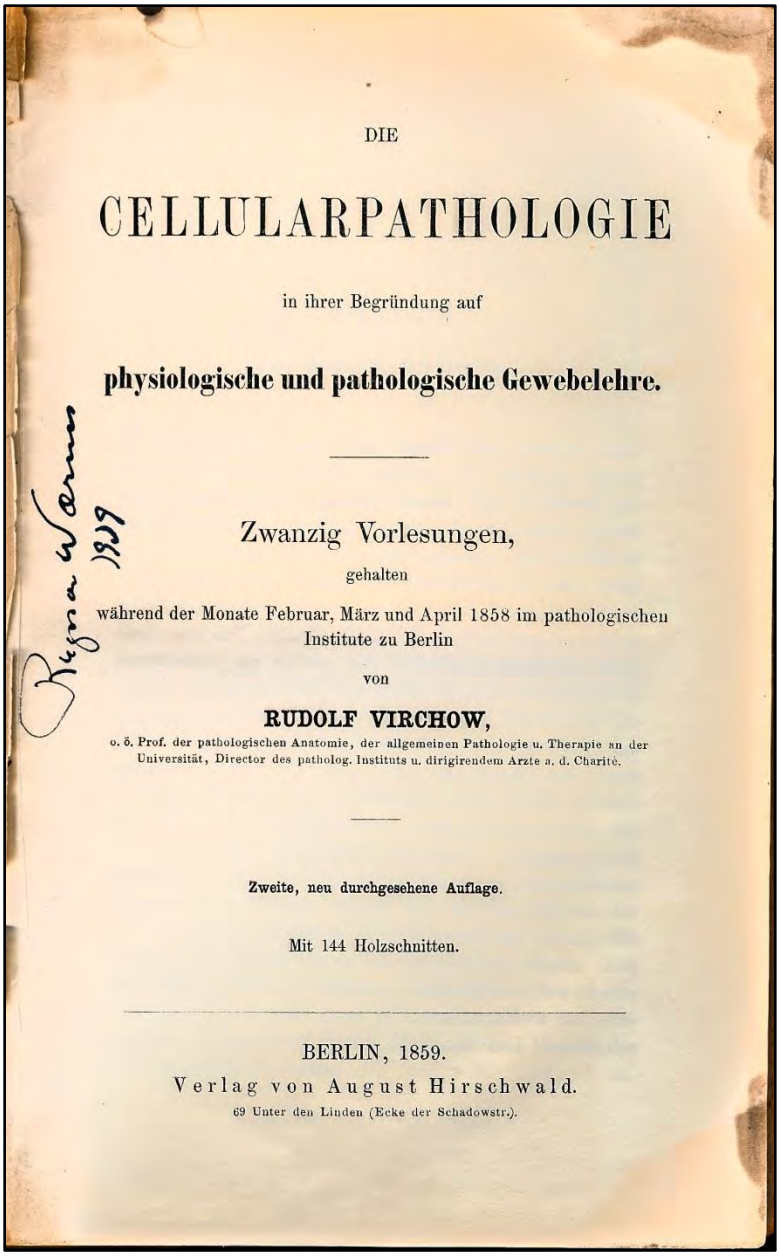
Akkurat som John Snow gjorde i England, ble koleratilfellene omhyggelig registrert og analysert for tid og sted. Viktigste forståelse var at sykdomsoverføringen hadde med forurenset *vann* å gjøre. Koleraen utløste derfor arbeidet med *Sundhedsloven av 1860.*[ii]

*Rudolf Virchow – samfunnsmedisiner og patolog*

I 1840-årenes Berlin arbeidet den unge militærlegen Rudolf Ludwig Carl Virchow (1821-1902) ved Charité-hospitalet, der han ble prosektor i patologi i 1846. [iii] Bare 26 år gammel hadde han startet tidsskriftet *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, et tidsskrift som fortsatt eksisterer under navnet *Virchows Archiv*. Han markerte seg med andre ord allerede tidlig i fagmiljøet og ble snart en medisinsk tungvekter.

På nyåret 1848 var det en flekktyfusepidemi i Oberschlesien, dvs. ved elven Oders øvre løp, der blant annet industribyen Kattowitz (nå:Katowice) ligger. Virchow ble sendt av sted for å undersøke situasjonen. Han fant fort ut at årsaken her lå i fattigdom og elendige sosiale forhold. Han dro straks tilbake til Berlin og deltok i marsrevolusjonen med sitt radikale budskap. Han anså legen som pasientens advokat, medisin som en sosial vitenskap, og politikk som medisin. Medisin som akademisk fag måtte være basert på *empiri*, mente han. Fra juni 1848 og ett år framover ga han til og med ut det politiske ukeskriftet *Medicinische Reform* sammen med sin kollega og meningsfelle Rudolf Leubuscher (1822-1861).

Dette var revolusjonært i datidens Preussen. Slikt kunne ikke passere. Det kostet Virchow stillingen ved Charité. I 1849 ble han isteden professor i patologi i Würzburg. Hans sosialmedisinske idéer fikk betydelig gjennomslag både for utviklingen innenfor medisinsk undervisning og for utbygging av praktisk omsorg og helsetjeneste. For hygienefaget ble Virchows virke begynnelsen på en overgang



DIE

CELLULARPATHOLOGIE

in ihrer Begründung auf

**physiologische und pathologische Gewebelehre.**

Zwanzig Vorlesungen,

gehalten

während der Monate Februar, März und April 1858 im pathologischen Institute zu Berlin

von

**RUDOLF VIRCHOW,**

o. ö. Prof. der pathologischen Anatomie, der allgemeinen Pathologie u. Therapie an der Universität, Director des patholog. Instituts u. dirigirendem Arzte a. d. Charité.

**Zweite, neu durchgesehene Auflage.**

Mit 144 Holzschnitten.

BERLIN, 1859.

Verlag von August Hirschwald.

69 Unter den Linden (Ecke der Schadowstr.).

*Figur 13.1. Annen utgave av* Cellularpathologie *kom allerede i 1859, og dette eksemplaret fant veien til Norge.*

til noe bredere – en samfunnsmedisin som både var laboratorieforankret og baserte seg på praksisnær forskning og undervisning. Denne trenden kom først til Kristiania i 1890-årene – hvorfor skal vi drøfte senere.

Virchow hadde en usedvanlig stor faglig bredde og fikk etter hvert en nærmest eksplosiv karriere. Men han var først og fremst patolog. I Würzburg utviklet han sine tanker om *cellularpatologien* – at det var enkeltcellene i kroppen som var det basale studieobjekt. Han offentliggjorde dette foreløpig i 1855. Sykdommer var cellenes reaksjoner på endrede funksjonsbetingelser, mente han. Kroppen var en

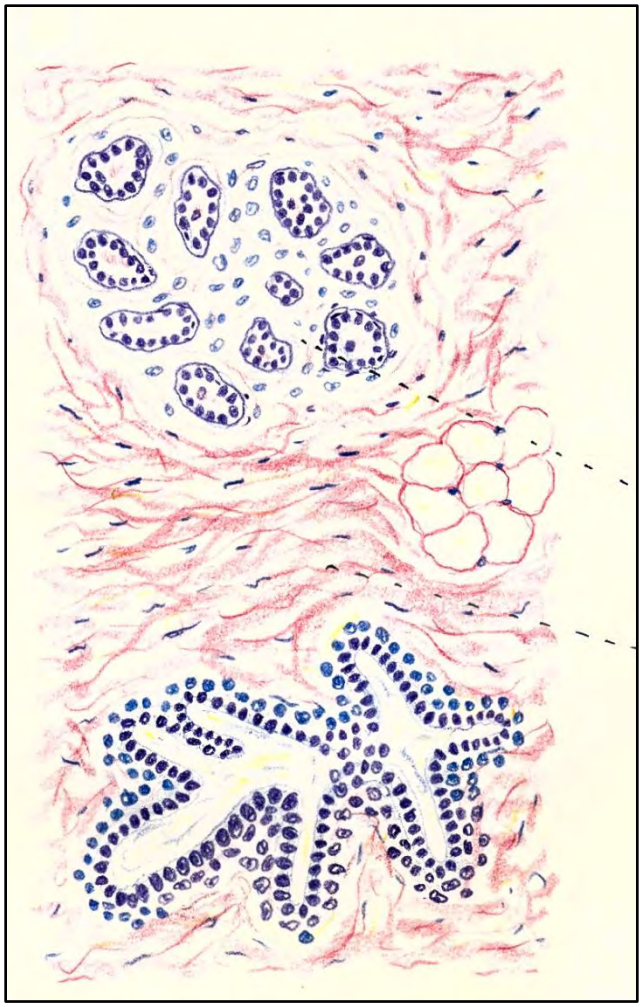
slags stat, der cellene hadde fått ulike oppgaver og arbeidet sammen. Dette var også opprørske tanker i vid forstand. For medisinerne satte de nye tankene i gang en forandring av patologifaget. Det ble nå til et laboratoriefag som hadde c*ellen* som grunnelement. Dette varte i ca. hundre år, inntil hovedinteressen gikk over mot noe enda mindre - cellenes indre strukturer.

I 1856 vendte Virchow tilbake til Berlin og Charité, nærmest i triumf. I 1858 holdt han en serie på 20 forelesninger, der han presenterte sin *Cellularpathologie.* Samme år kom forelesningene på trykk, og nye utgaver måtte til. *Mikroskopet* hadde nå fått sin plass i medisinsk forskning.

Mikroskopene hadde hittil vært nokså enkle. Det nye behovet førte til at den optiske industri svingte seg raskt. Snart var høykvalitetsinstrumenter fra flere produsenter klare til innsats. Medisinen var ikke den eneste vitenskapen som nærmest eksploderte på denne tiden. For medisinen var især *optikken* et viktig fag. Fysikeren Carl Kellner (1826-1855) grunnla i 1847 den optiske bedriften for høykvalitetsoptikk som etter hvert ble til Leitz Wetzlar. Allerede i første halvdel av 1850-årene var Norge blant bedriftens eksportland. Fra 1847 kunne man også kjøpe Zeiss-mikroskoper, som fra 1857 fant sin form. Den virkelige nyvinningen i produksjonen av optikk skyldtes Zeiss-medarbeideren Ernst Karl Abbe (1840-1905) som innførte matematisk beregning av hvordan objektivlinser skulle slipes. Det sikret en ensartet og høy kvalitet.

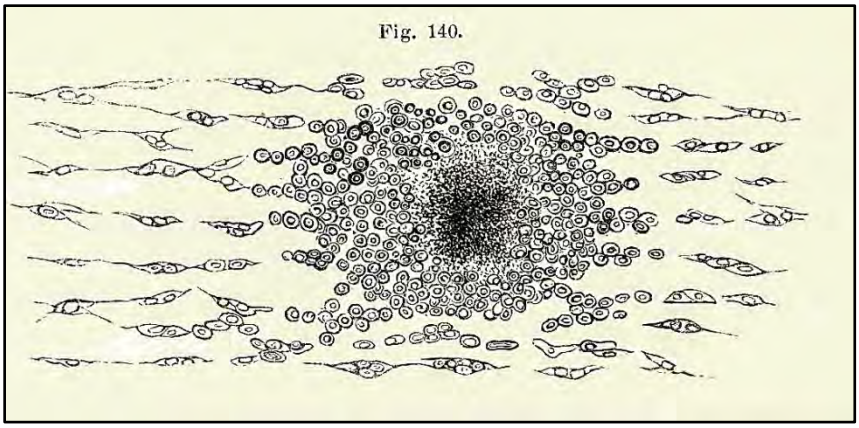
En vevsbit lagt under et mikroskop som den er, forteller sjelden så mye. Det er gjerne en fargeløs masse man ser. Her kom kjemikernes utvikling av fargestoffer til hjelp. I 1847 ble det oppdaget at hvis man farget de mikroskopiske preparatene med egnede stoffer, festet de enkelte fargene seg til forskjellige strukturer i preparatet og kunne dermed identifisere dem. Fargeindustriens utvikling førte med seg store framskritt innenfor medisin og helse. Ironisk nok var det samme industris utvikling av nye farger som hos oss hadde ført til Modum Blaafarveværks død. De fargede preparatene man nå kunne studere gjennom mikroskopenes okularer og objektiver, åpnet en ny verden som ventet på utforsking.

Og man måtte *se* – med øynenes hjelp. Først tretti år senere, i 1887, kunne Zeiss markedsføre et brukbart kamera som kunne *fotografere* det man så i mikroskopet. Inntil da var man henvist til å *tegne* helt nøyaktig hva man så. Dette kunne være nokså omstendelig, men det var også en *lærerik prosess for den som gjorde det.* Tegning gjennom mikroskop har derfor alltid vært et viktig element i medisinerundervisningen, også lenge etter at andre visualiseringsteknikker forelå. Å lære anatomi er å lære *å se.*



*Figur 13.2. Tegning av mikrosnitt av normalt kvinnelig brystvev farget med fargestoffet hematoxylin-eosin. Siden Virchows tid har såkalte mikrokurs med tegning av mikrosnitt vært en lærerik pliktøvelse for legestudenter. (Tegning Ø.L. 1956)*

Virchows forelesninger var ledsaget av tegninger, Mikroskopet hadde avslørt stadig mer detaljerte strukturer. Mikroskopi av snitt viste også viktigheten av *fortolkningen* av det man så. Et eksempel: En av Virchows mange mikroskopitegninger viser et snitt av en tuberkuløs knute fra en brysthinne, ca 300 ganger forstørret. Virchow mente ifølge den tilhørende teksten å kunne se alle utviklingsgrader her, fra hvordan bindevevscellene ytterst i knuten utvikler seg og til sist henfalt som en osteaktig masse i midten (Figur 13.3.). Virchow resonnerte rent morfologisk. Han oppdager nye strukturer og hvordan de utvikler seg. Det kan ikke sees at han her har vurdert om noe av det han så, kunne være *årsaken* til prosessen.




*Figur 13.3. Tuberkuløs knute fra plevra, forstørret ca. 300 ganger. Fra Virchow R.* Cellularpathologie, *2. utg. 1859.*

En viktig forandring innen praktisk medisin som vi kan gi Virchow æren for, går egentlig på en endring av *legerollen.* Virchow argumenterte for legens forpliktelse til å være pasientenes hjelper og advokat. Dette var basert på hans samfunnsmedisinske erfaringer fra observasjonene i Schlesien i yngre år og fra hans politiske virksomhet. Biografiene både om ham og om flere av hans samtidige kolleger understreker dette.

Den andre medisinske forandringsprosessen Virchow satte i gang, har vi alt omtalt, nemlig at han gjennom *cellulærpatologien* så å si flyttet den medisinske forskningsoppmerksomheten "ned" et nivå – til *cellene.* Dette åpnet for å se veien videre i ytterligere jakt på mikroskopiske detaljer ned mot stadig mindre strukturer etter hvert som den tekniske utviklingen tillot det.

Virchow besøkte for øvrig Norge i 1859.[iv]

*To medisinske miljøer i Norge – Christiania og Bergen*

Den medisinsk-faglige utviklingen i Norge ved midten av 1800-tallet fant egentlig sted på to forskjellige steder og med to forskjellige tilnærminger. Riktignok var det i Christiania at universitetsmiljøet var. Det var der landets nye leger ble utdannet, slik at etter hvert samtlige leger i Norge hadde sine eksamenspapirer derfra. Men hovedstadsmiljøet var likevel ikke enerådende, selv om det må regnes som det sentrale i norske medisin. Det var også et tungt medisinsk miljø i Bergen, der man arbeidet på en litt annen måte. La oss kaste et raskt blikk på de to miljøene:

*Christiania*

Rikshospitalet fra 1826 hadde fått en ny murbygning i klassisk stil, tatt i bruk i 1842. Her foregikk pasientbehandling, undervisning og forskning. Målsettingen var å

utvikle en institusjon som tilsvarte det beste i utlandet. Man fulgte opp intensjonene så godt man kunne.

Det var minst to skjær i sjøen for det medisinske fakultetet i hovedstaden. Det ene var at Rikshospitalets nybygg som var blitt ferdig i 1842 etter lang planlegging, viste seg å være lite egnet helt fra begynnelsen. Blant annet holdt de sanitære forholdene ikke mål. Koleraen i 1853 spredte seg fra Rikshospitalets kloakk.

Det andre problemet var at undervisningen var svært ressurskrevende, blant annet på grunn av plassforholdene, særlig i de ikke-kliniske fagene. Det i utgangspunktet fåtallige vitenskapelige personalet fikk lite tid til vitenskapelig arbeid. De prekliniske fagene kom først inn i tidsmessige lokaler da universitetsbygningen ved Karl Johans gate var ferdig i 1852. Forskningen ved fakultetet kom egentlig ikke ordentlig i gang før rundt 1870.




*Figur 14.4. Rikshospitalet i Grubbegata kort tid før riving. Regjeringskvartalets nye høyblokk i bakgrunnen. (Foto: Sverre Heiberg 1959)*

Universitetet som sådant, inklusive det medisinske fakultet, var før dette, slik vi har omtalt, først og fremst en *skole*. Dessuten fungerte det medisinske fakultetet som et fagkonsulentmiljø for forvaltningen. Oppbyggingen av det nye Norge medførte mange tidkrevende offentlige oppgaver der fakultetet medvirket.

Den samfunnsmedisinske tilnærmingen til befolkningens helseproblemer var særlig viktig på denne tiden, ikke minst fordi behandlingsmulighetene ofte var mangelfulle. Vel var professor Frederik Holst energisk og dynamisk som samfunnsmedisiner og oppnådde å få gjennomslag for viktige reformer innen fagutvikling, helselovgivning, psykiatri og fengselsvesen. Men hans felt var først og fremst *teoretisk*, selv om han også arbeidet som lege ved siden av.

I sitt universitetsarbeid hadde Holst en oppgave som i ettertidens lys må ha vært en klamp om foten. Han hadde ansvaret for den farmakologiske drogesamlingen og tilhørende undervisning og eksamen i farmakologi og toksikologi.[v] Dette ble mer og mer krevende ettersom drogesamlingen vokste. Nye klassifikasjonsprinsipper som kom til, gjorde at registreringsarbeid måtte gjøres om igjen. Det ga en mengde ekstraarbeid. I 1850 var Holst dessuten 59 år, en høy alder på denne tiden.

Hvor belastende arbeidet med den farmakologiske samlingen må ha vært for den nå godt voksne Holst, kom egentlig først for dagen i 2019. Under rydding på Universitetet fant man Holsts håndskrevne katalog over samlingen. Den inneholdt også en lang tekst, der Holst forteller om det møysommelige arbeidet. Dette funnet ga et nytt perspektiv på Holsts biografi.

Det hadde vært en "kronprins" ved fakultetet i Christiania, Ernst Ferdinand Lochmann (1820-1891). Han hadde tatt medisinsk embetseksamen med toppkarakterer og innstilling til kongen i 1843 og var regnet som en faglig stjerne. Lochmann ble universitetsstipendiat og forventningene til ham var høye. Kanskje kunne han bli Holsts etterfølger? Men i 1845 brøt Lochmann av sitt arbeid ved Universitetet og flyttet til hjembyen Christianssand. Der fikk han en 20 års blomstrende karriere som lege og samfunnsstøtte. Han ble militærlege, privatpraktiserende lege, bystyremedlem, satt etter hvert i sunnhetskommisjonen og hadde mange andre verv.

Lochmann var en ivrig debattant. Han kom gjerne med opposisjonelle synspunkter om mange av tidens diskusjonstemaer. Blant annet forsvarte han contagionteorien i smittedebatten, noe han hadde gjort helt siden studietiden, da han blant annet publiserte en artikkel om den i 1842. Her fikk Lochmann rett. Contagionteorien viste seg i ettertid å være riktig, men det kan ikke sees at Lochmann selv hadde utført noen egen naturvitenskapelig forskning som underbygde dette.[vi]

Lochmanns flytting til Christianssand tolkes ofte som at det var hans opprør mot hovedstadens gammeldagse tenkning. Mon det. Det kan hende Lochmann følte et sosialt liv i hjembyen Christianssand mer tillokkende enn å være lærer og å bakse med farmakologiske glasskrukker ved Universitetet i hovedstaden.

Lochmann regnes av mange for å ha vært modell for Ibsens folkefiende, doktor Stockmann, Hvor treffende dette er, om Lochmann virkelig var som Stockmann eller omvendt, kan nok diskuteres.

Henrik Ibsen (1828-1906) ga ut skuespillet "En folkefiende" i 1882 og det gikk rett inn i tidens samfunnsdebatt. I stykket har hovedpersonen, dr. Stockmann, vært pådriver for at den lille sørlandsbyen skal bygge en badeanstalt. Så viser det seg at vannet som det nye badet bruker, er forurenset med mikrober. Doktoren slår alarm, men har ikke tenkt på reaksjoner og konsekvenser av dette. Mange på stedet har økonomiske interesser knyttet til badet og vil ikke høre om den potensielle helsefaren. Det oppstår en rekke forviklinger som går ut over dr. Stockmann, og han utbryter til slutt at "Den stærkeste Mand i Verden, det er han, som står alene".

Uansett hvem som har vært Ibsens modell, illustrerer historien om dr. Stockmann mange av de dilemmaer som man kom til å møte i hopetall innenfor forebyggende medisin i tiden som fulgte.

*Bergen*

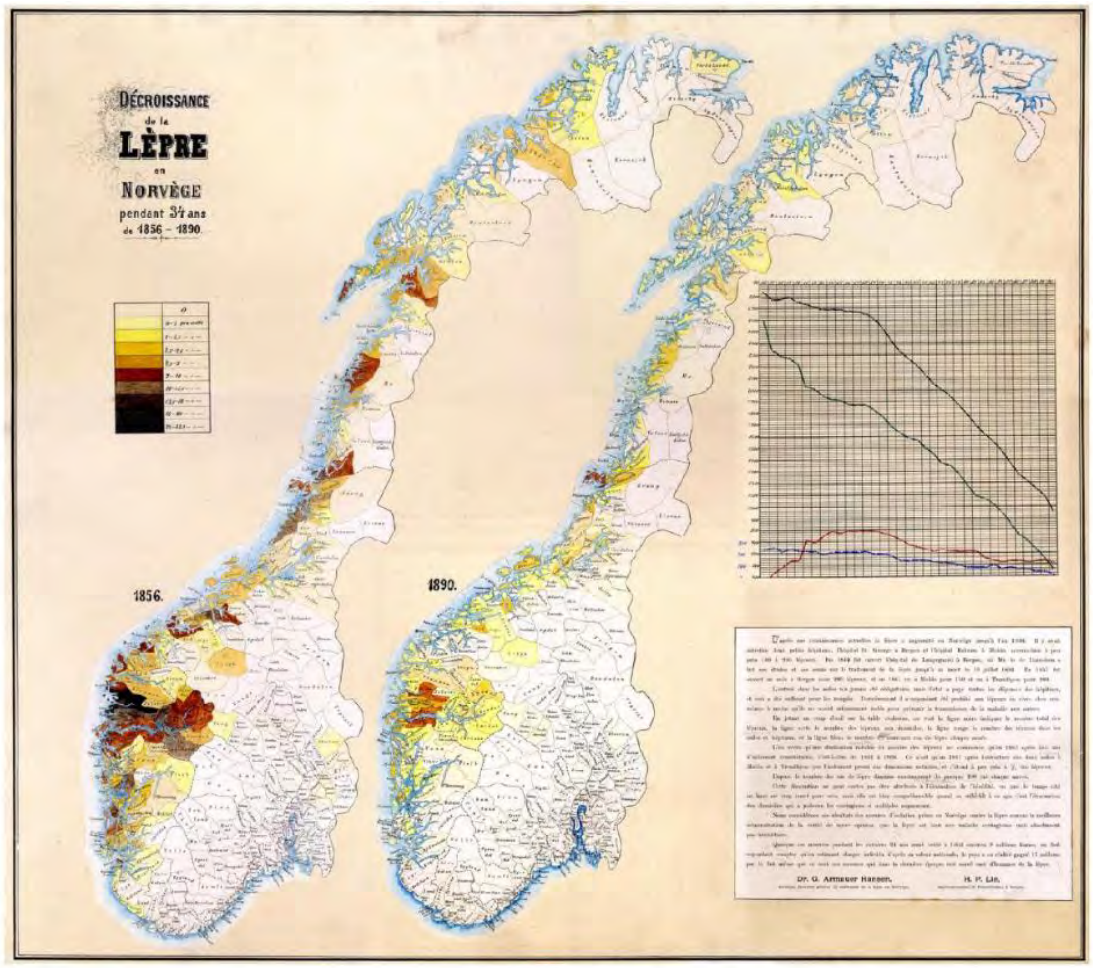
I Bergen var tilnærmingen til folkehelseproblemene midt i 1800-årene litt annerledes. Man hadde der et landsdelsspesifikt helseproblem, nemlig lepra, dvs. *spedalskhet,* se figur 13.5. Sykdommen forekom især i kyststrøk på Vestlandet og nordover og var som oftest en medisinsk og sosial katastrofe for dem som ble rammet. Helt siden 1400-tallet hadde Bergen hatt St. Jørgens Hospital for spedalske. Bygningene som står der nå og er museum, ble bygd på 1700-tallet. Senere ble Lungegaardshospitalet (innflyttingsklart 1849, nedbrent 1853, gjenreist 1858) forskingssykehus vedrørende lepra. Den nye Pleiestiftelse nr. 1 som var bygd i Kalfarveien i1857, overtok denne funksjonen da det var ferdig. Her var det plass til 200 pasienter og et medisinsk miljø som sto midt oppe i de praktiske konsekvensene av tidens sykdomsforståelse og smitteteorier. Og lepra var ikke bare av lokal interesse, det opptok også mange i utlandet, noe om betydde mye for fagutviklingen.

Hva som skjer innenfor vitenskapelige fag, er ofte personavhengig. I Bergen hadde man i så måte Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) som en skjellsettende person. Han gikk i apotekerlære, men fikk en tuberkuløs betennelse i et hofteledd. Det invalidiserte ham i halvannet år. Da han var bra igjen, tok han preliminæreksamen i januar 1835 og var deretter med botanikeren Mathias Numsen

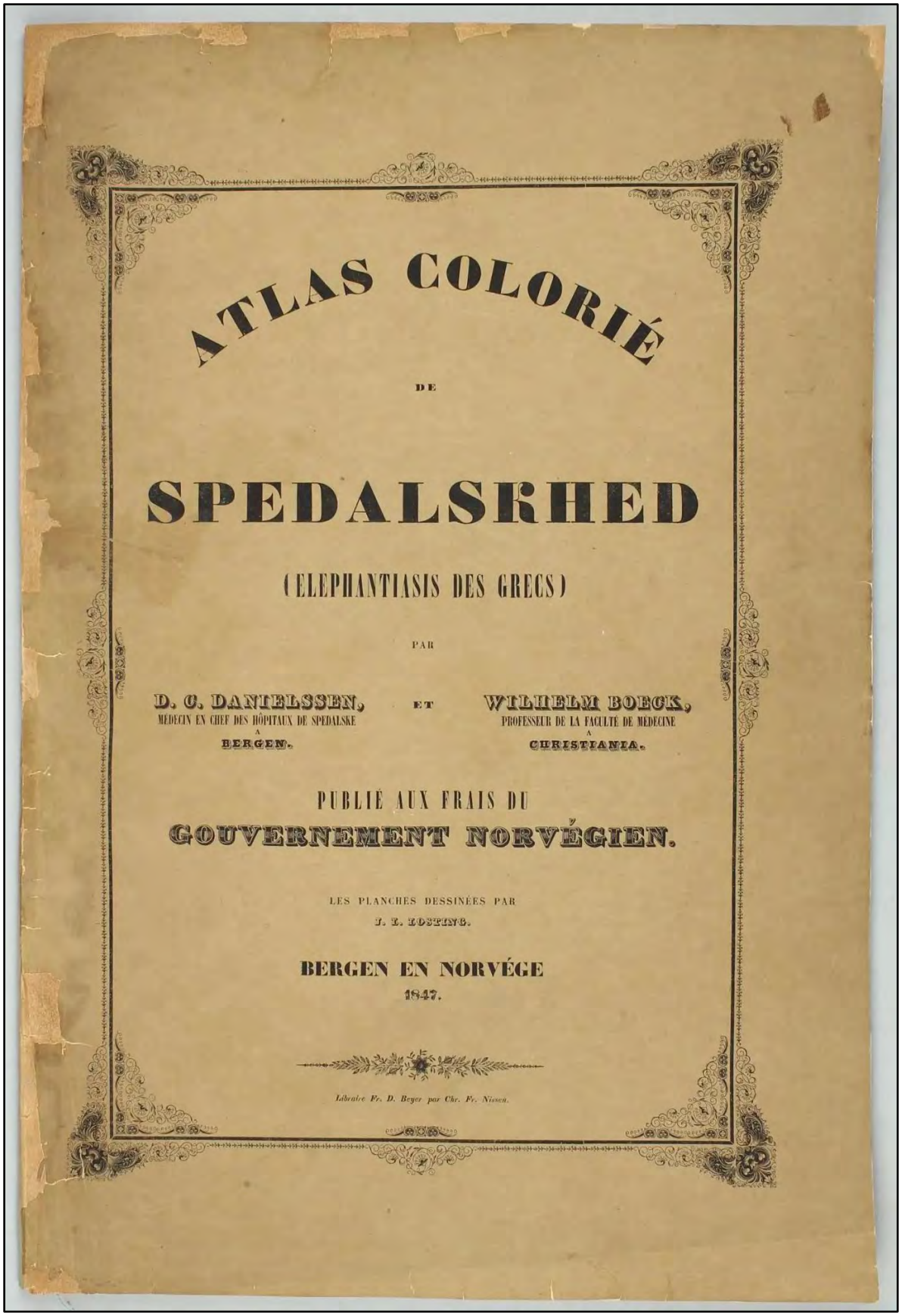
Blytt (1789-1862), professor i botanikk fra 1837, på botaniseringsekspedisjon på Dovre. Danielssens naturvitenskapelige interesser brakte ham da også ganske langt – han ble preses for Bergens Museum i 1864, hadde vært med på vitenskapelige ekspedisjoner og hadde publisert flere naturvitenskapelige arbeider.

Danielssen begynte imidlertid å studere medisin i 1835 og ble *examinatus medicinae* i 1838. Han ble militærlege, distriktslege, etterutdannet seg i hudsykdommer m.v., og kom i 1839 tilbake til Bergen, der han begynte å arbeide ved leprahospitalet – St. Jørgens Hospital, fra 1842 i fast stilling.

Danielssens biografi er omfattende, ikke minst fordi han hadde to parallelle karrierer – som lege og som naturforsker – og med stor anseelse og store kontaktnett i begge leire.[vii] Berglege Wilhelm Boeck (1808-1875) var 1840-1841 i Bergen og studerte spedalskhet sammen med Danielssen, før han dro på en omfattende stipendreise til utlandet med samme formål. Danielssen og Boeck publiserte flere arbeider sammen, blant annet det store plansjeverket i 1847. (Figur 13.6 og 13.7.)




*Figur 13.5. Lepra i Norge 1850-1890 (Etter G.H. Armauer Hansen og H.P. Lie)*


ATLAS COLORIÉ

DE

SPEDALSKHED

(ELEPHANTIASIS DES GRECS)

PAR

D. C. DANIELSSEN,
MÉDECIN EN CHEF DES HÔPITAUX DE SPEDALSKE
A
BERGEN.

ET

WILHELM BOECK,
PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A
CHRISTIANIA.

PUBLIÉ AUX FRAIS DU
GOUVERNEMENT NORVÉGIEN.

LES PLANCHES DESSINÉES PAR
J. L. LØSTING.

BERGEN EN NORVÉGE
1847.

*Libraire Fr. D. Beyer par Chr. Fr. Nissen.*

*Figur 13.6. Danielssen og Boecks atlas fra 1847 fikk stor oppmerksomhet i utlandet.*



*Figur 13.7. Kvinne med lepra fra* Atlas colorié. *Tegningene var utført av kunstneren Johan Ludvig Losting (1810-1876.)*

Opprettelsen av det epidemiologiske Lepraregisteret i Bergen i1856 ved en kongelig resolusjon var et tiltak som viste seg å få internasjonale dimensjoner.[viii] Ideen sies å ha kommet fra legen Ove Høegh (1814-1863). Han hadde arbeidet

med leprapasienter i Nord-Norge. Lepraregisteret ble knyttet til miljøet i Bergen og startet i 1856. Distriktslegene ble pålagt å rapportere om tilfelle i sitt distrikt. De innkomne opplysningene ble så bearbeidet etter den historisk-geografiske metode. Kartleggingen skulle tjene flere formål. Den var både et verktøy for å studere sykdommens *årsaker* og for å kunne se *effekten av tiltak*. Registeret regnes som verdens første i sitt slag og står på Unescos verdensarvliste.

Den tredje, store begivenhet i Bergen skyldtes Danielssens medarbeider og svigersønn, Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), som i sitt laboratorium beskrev leprabasillen i 1873. I årene fra rundt 1850 kan man si at grunnlaget ble lagt for en ny forståelse av infeksjonssykdommene. Spedalskhet var en egnet inngangsport, der forskningsmiljøet i Bergen kom til å sette internasjonale spor.

Det er også en politisk grunn til at smitteforholdene ved lepra hadde en så stor internasjonal interesse. Dette var kolonimaktenes glanstid. *Kolonier* var ofte i strøk av verden der det var spedalske. Kunne leprasmitte fra koloniene ramme Europa og kanskje sette hele sivilisasjonen i fare?

*Også andre viktige hendelser*

Autoritetsopprør er, som vi har sett, en slags undertone på denne tiden. Da Charles Darwin (1809-1882) ga ut *The origin of species* i 1859, var det nesten som om han tok et oppgjør med skapelsesberetningen. De omfattende diskusjonene som fulgte av hans teori om den naturlige seleksjon må nevnes her, fordi de fikk stor betydning for norsk samfunnsmedisin - hvordan skal vi komme tilbake til.

Den blodige Krim-krigen 1853-1856 med de mange falne og sårede er viktig i medisinhistorien fordi *sykepleien* som moderne fag kan sies å ha sitt utspring der gjennom Florence Nightingales (1820-1910) arbeid. På den andre siden av frontlinjen arbeidet den innflytelsesrike russiske militærkirurgen Nikolay Pirogov (1810-1991), som innførte nye kirurgiske metoder og også benyttet erfaringene fra krigen til utviklingen av faget *topografisk anatomi* – kroppens organer og vev i forhold til hverandre, essensiell kunnskap når en kirurg skulle arbeides raskt og presist.

Erfaringene fra Krim-krigen innledet sannsynligvis også et nytt syn på menneskeliv. Ikke mange år senere var det krig i Italia. Det store slaget ved Solferino i 1859, der mer enn 200 000 soldater kjempet, var blodig og grusomt. Der begynte historien om Røde Kors-bevegelsen, takket være initiativet fra sveitseren Henri Dunant (1828-1910). Kanskje våknet det på denne tiden en *respekt for liv* som ikke hadde vært særlig uttalt tidligere, i det minste ikke under krig og konflikt – en ny holdning som i historiens videre forløp har vist seg å være en skjør spire til humanitet.

## Noter

[i] I tidsskriftet *Michaels* hefte 4, 2020 "Koleraen i 1853 – et aktuelt gjensyn" (*Michael* 2020; 17: 609-912)finnes Lizzie Irene Knarberg Hansens doktoravhandling *Koleraen i Christiania i 1853* fra 1986, side 660-911. Om epidemiene i 1853, se spesielt sammenfatningen side 688-689.

[ii] Larsen Ø. red. Sundhedsloven 150 år. Lov og forarbeider. *Michael* 2010; 7: Supplement 8.

[iii] Det er mye litteratur om Virchow. En kortfattet, men fyldig biografi finnes på nettet: *Deutsche Biographie* NDB 28 (2116). Virchow, Rudolf Ludwig Carl.

[iv] En episode fra en bildefattig tid om Virchows besøk i Norge: Folk hadde hørt om den berømte professor, men hvordan så han ut? En lurvete lurendreier på Vestlandet benyttet seg av dette. Han reiste rundt, sa han var lege og utsendt for å studere spedalskhet, skrev ut resepter og snøt folk for penger. Kunne det være den berømte Virchow? Merkelig, mente folk – han hadde jo ikke støvler. (!) Men så forsvant han. Lepthien FIH. *Rudolf Virchow und die Erforschung der Lepra in Norwegen.* Rostock; Medizinische Fakultät, 2016, referert i *Michael* 2016; 13: 227-229.

[v] Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. red. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18 : Supplement 27.

[vi] Nerland EM. I utakt med samtiden, i pakt med fremtiden – Ernst Ferdinand Lochmann 1820-1891.*Michael 2007; 4: 529–556*.

[vii] Helle KB. *D.C. Danielssen – en kjempe for sin tid.* Bergen: Fagbokforlaget, 2014; Danielssen DC i : Larsen Ø. *Norges leger 1996* I-IV. Oslo: Den norske legeforening, 1996.

[viii] En samlet framstilling av Bergens leprahistorie finnes i: Irgens LM, Nedrebø Y, Sandmo S, Skivenes A. red. *Lepra.* Førde: Selja forlag, (2006). Les også anmeldelsen av denne boken: Lie AK. Å tallfeste lidelse. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2006; 126: 3328-3329. Se ellers i Hove LM, Glambek I, Lærum OD. *Glimt fra den medisinske historie sett fra Bergen.* Bergen: Bodoni forlag, 2016.

**Kapittel 14**

## Urolig tid, framgang, folkehelse og sterkere sosial avhengighet

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

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

*Demografi og samfunnsutvikling*

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

*Nasjonsbygging og kontakter utad*

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

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

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

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

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

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

*Modum Blaafarveværk – en sosialantropologisk studie*

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

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

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

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

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



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

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

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

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

*Jernbanen – mer enn et transportmiddel*

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

*Infrastruktur og endringer i levekår*

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

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

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

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

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

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

*Intern migrasjon og helse*

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

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

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

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

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

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

Det var de *nye samfunnene som var det nye* og som utfordret tidens medisin og helsevesen.[vii]

*De som dro ut*

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

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

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

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

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

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

*Nasjonale forskjeller*

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

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

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

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

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

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

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

*Folkehelsen – hvor langt ved midten av den demografiske transisjonen?*

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

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

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

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

*Å stå imot vansker*

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

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

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

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

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

*Medisinalberetningene som sannhetsvitner*

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



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

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

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

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

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

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

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

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

*Yrket som folkehelserisiko*

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

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

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

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

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



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

*Industrireising og arbeidsmiljø*

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

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

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

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

## Noter

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

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

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

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

[v] Tangeraas A. *Sauda sjukehus 1917-1999*. Sauda: Tangeraas forlag, 2024.

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

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

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

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

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

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

[xii] Johansen O. *Øyelegekunstens historie i Norge*. Oslo: Norsk Oftalmologisk Forening, 1978.

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

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

**Kapittel 15**

# 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 sykelighet som beskrives her, tar utgangspunkt i tre elementer: 1. Hvordan sykelighet forekommer hos individene i en befolkning, 2. Hvilke former sykeligheten har i samfunnet og 3. Hvem har den sykdomsoppatningen som betyr mest som premiss 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.[i] 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?*

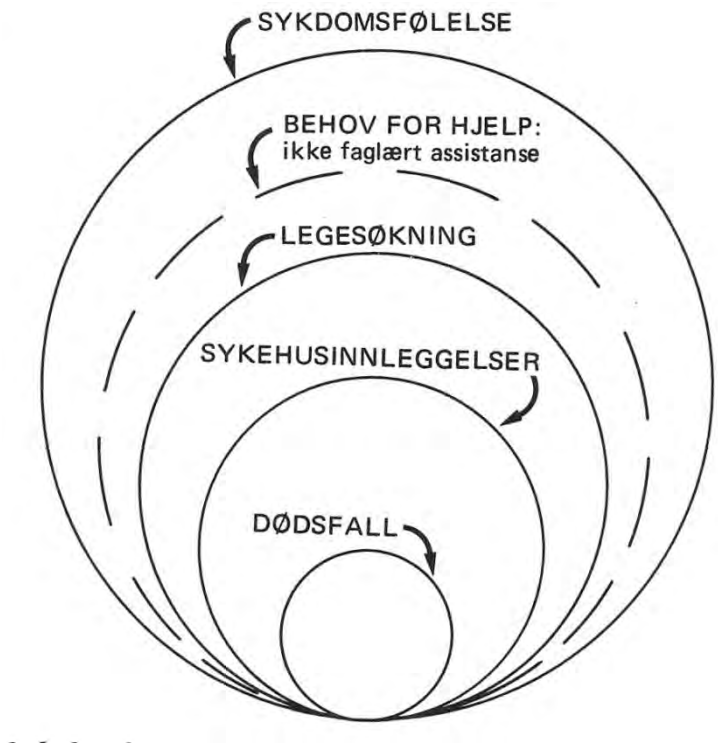
Drøftinger av folkehelsen, f. eks. i Norge på 1800-tallet, viser et konglomerat av faktorer og utviklingslinjer for helse, sykdom, helsepåvirkninger, medisinske fagkunnskaper, folkelige forestillinger og samfunnsmessige betingelser. Sammen danner disse elementene *premissene* for både atferd og tiltak. 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.[ii]

*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 sykeligheten 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 inntrer 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 sykeligheten i en historisk periode, må vi også se på de andre "løkbladene". Dem vet vi som regel mindre eksakt om enn om dødeligheten.

*Sykehusinnleggelser* 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 sykehusinnleggelser 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 sykelighet finnes da etter hvert for dette "løkbladet", for dette nivået av sykelighetsbildet. Men bla tilbake til figur 12.4 (s. 118). Tabellen over sykehusinnleggelser 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. *Kvakksalver* 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.[iii] 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.

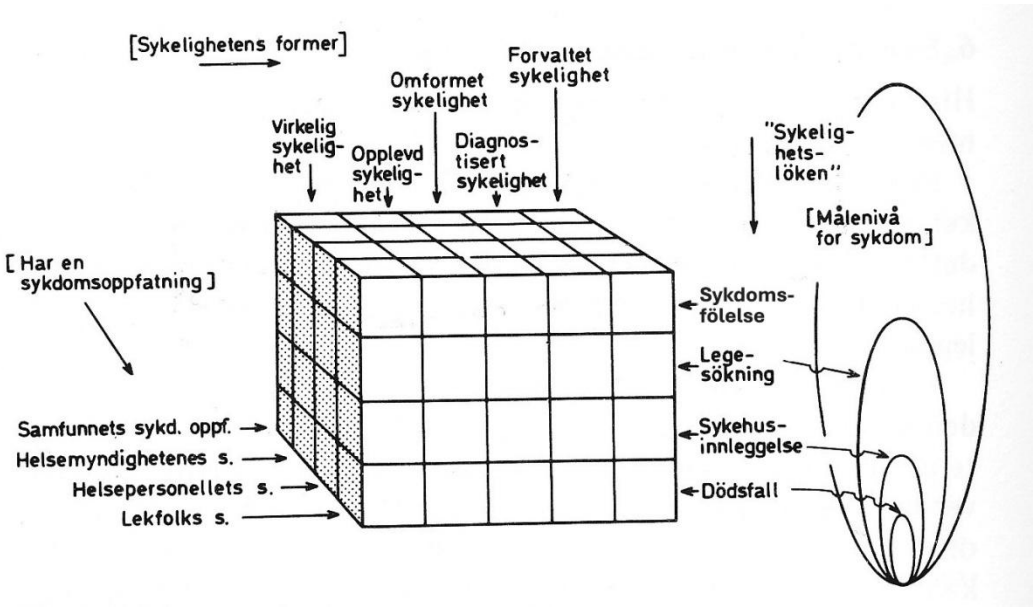
Og hvor viktig er opplevelsen av å være syk? For den person det gjelder? For de pårørende? For samfunnet? For helsestatistikken?

*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?*[iv]

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.[v]

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, sykelighetens former og hvem som har den sykdomsoppfatningen som veier mest til enhver ted. (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 sykelighet både må være oppdatert og samkjørt med medisinens kunnskapsnivå ellers.

Sykelighet gir seg ikke utslag før den *oppleves* av noen. *Opplevd sykelighet* er en form for sykelighet som i helsehistorien får stadig større betydning. Det er i de fleste tilfelle når man selv eller i nærmiljøet opplever sykelighet, 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 sykelighet vi hører om i fortid og nåtid *omformet sykelighet.*

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 sykeligheten*, f. eks. her i eksemplet hudinfeksjon, den lettbehandlede infeksjonen, som danner vår oppfatning om sykdommen og dens farklighetsgrad, 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 sykelighet* er en egen kategori i figur 15.2. Ords makt gjelder også i vårt bilde av helsesituasjonen. Som vi har skjønt 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.[vi] Og *tuberkulose?* Først da bakterien ble påvist, fikk ordet *tuberkulose* en forankring som var basert på årsak.[vii] 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 Tabellvärket 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 forandringsprosesser* 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 *helsepersonellets 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 sykelighet. Kontrasten ses i vår tid, 200-250 år seinere. De ytre lag av sykelighetsløken (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 sykelighetens *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 sykelighet/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 sykelighet/dødelighet* (og tilsvarende for sykehusinnleggelse og legesøkning) er grunnleggende premissgivere for fagspråk og diagnoser til systemene for sykdomsklassifikasjon. Et eksempel fra nyere tid er KOLS, kronisk obstruktiv lungesykdom, som økte i allmenn oppmerksomhet, med derav følgende innsats mot lidelsen, da klassifikasjonen 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 sykdomsklassifikasjon. 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.[viii] Se på kategoriene i modellen på figur 15.2. Den formen folkehelsen framstår i medisinalberetningene på, må regnes som kategorien *diagnostisert sykelighet*. 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 sykeligheten* 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 sykelighetsløken, 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.

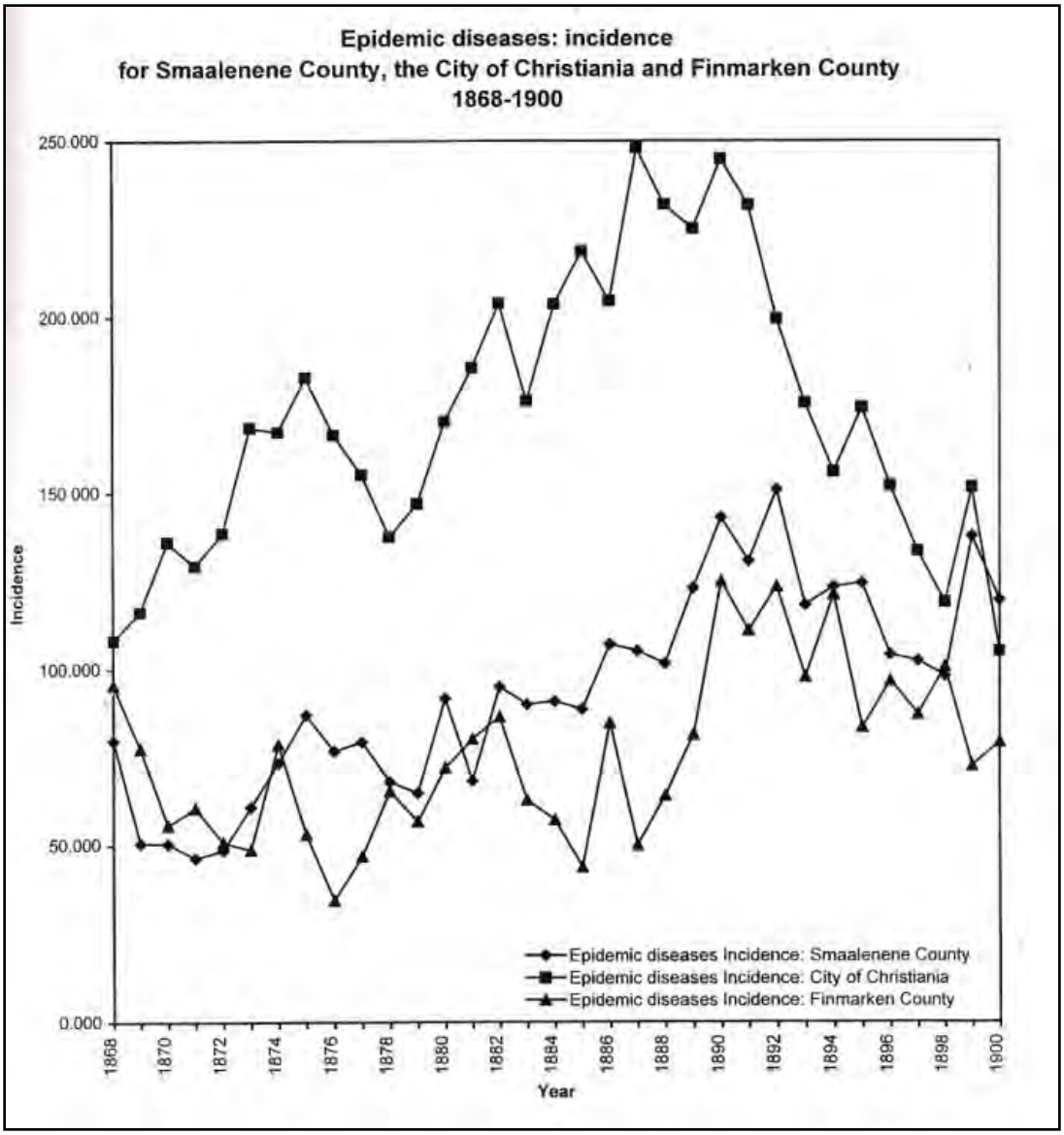
Det er også interessant å se at dødeligheten av denne sykdomsgruppen, altså *mortaliteten*, nok økte litt, men på langt nær så mye som forekomsten, insidensen, antall meldte tilfelle. Et spørsmål som da reiser seg, gjelder den feilkilden vi har nevnt, hvorvidt forandringene i helsestatistikken skyldes 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. [ix] 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.

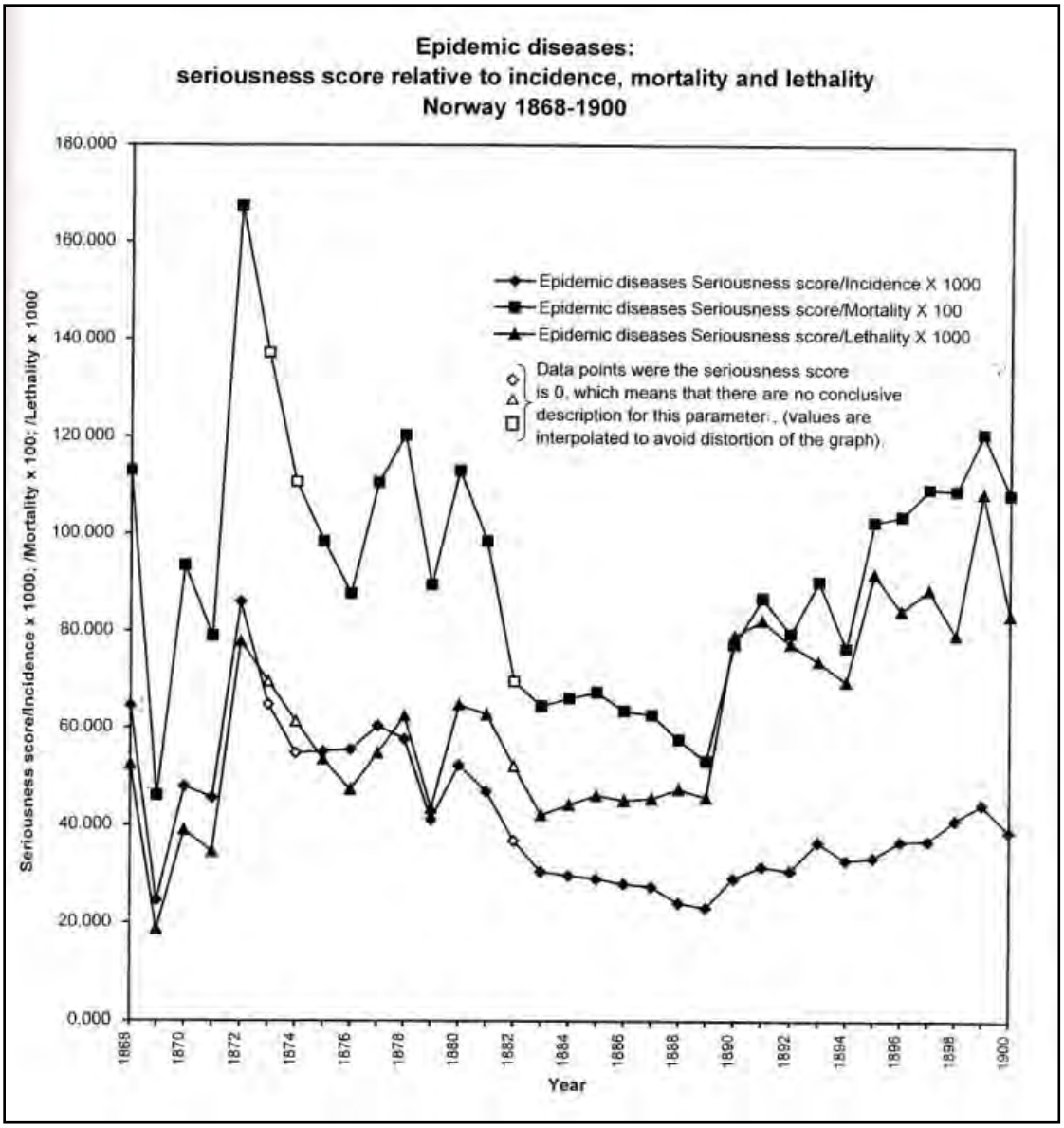
Dette understrekes av tallene for *lokal insidens* av epidemiske sykdommer som vises i figur 15.4. Vi ser at den raskt voksende hovedstaden skiller seg negativt ut, sammenliknet med resten av landet, her representert ved det fjerntliggende Finnmark og det nærliggende Smaalenene (Østfold). Fallet i sykdomsforekomst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

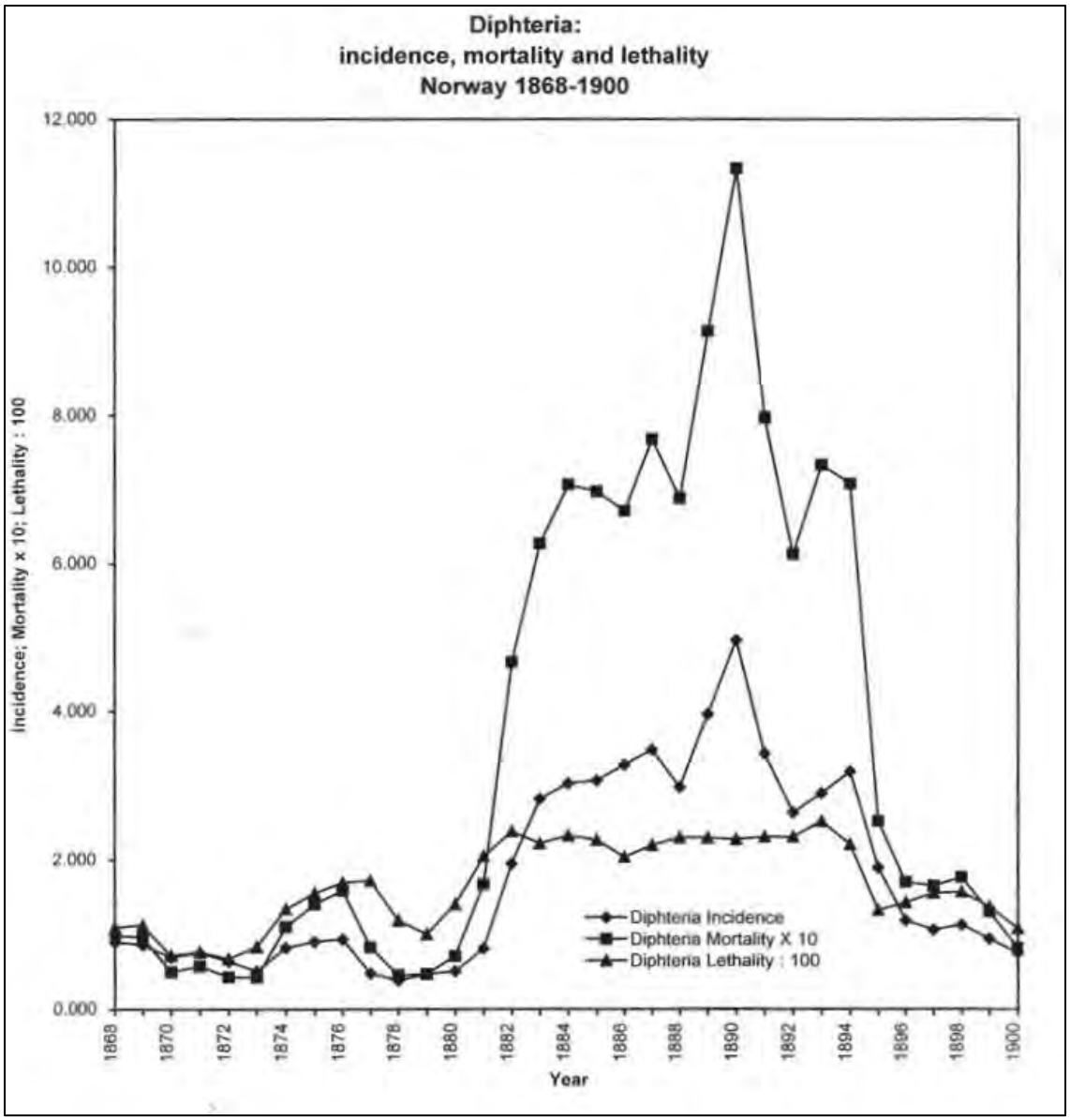
Så var det en tid rundt 1890 da man begynte å bli mer bekymret. Var ikke de positive sidene ved samfunnsomveltningene så positive lenger at de kompenserte for helsebelastningene? Hva skyldtes i så fall det? Det virker åpenbart som om det på denne tiden skjedde noe med de ulike samfunnsforandringene som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




*Figur 15.5. Helseoppfatningens epidemiologi. Epidemiske sykdommer i Norge 1868-1890 – indeks for hvor alvorlig medisinalberetningsskribentene 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.

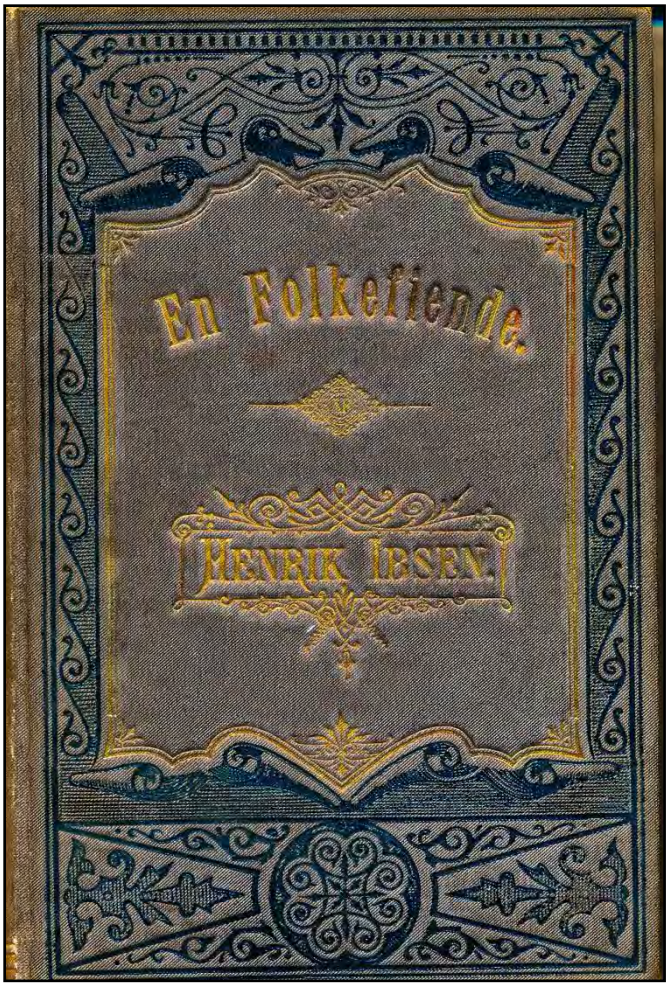
Ernst Ferdinand Lochmann, samfunnsdebattant og professor i hygiene i Christiania fra 1866, hadde helt fra 1850-årene vært en ivrig bidragsyter til det offentlige ordskiftet om smitte. Vi har alt beskrevet hvordan Lochmann fikk rett da han som flammende contagionist gikk inn for teorien om spesifikke 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.*[x]

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.[xi] 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.

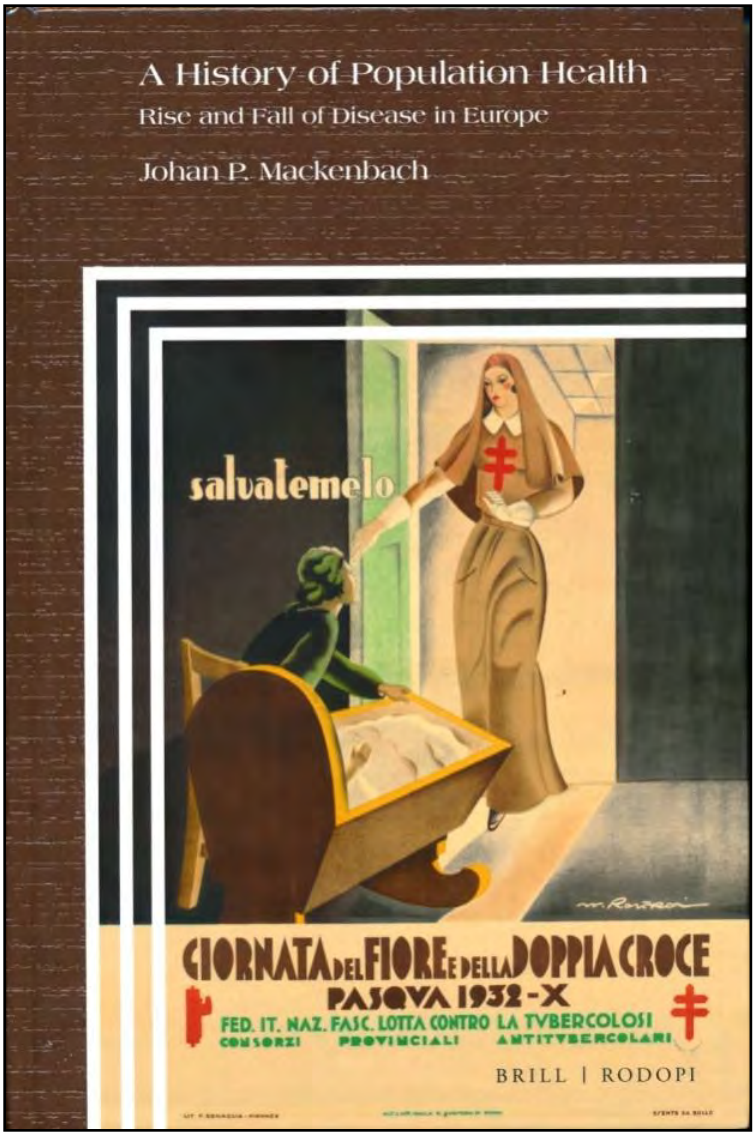
Lochmann er, som tidligere nevnt, antatt å ha vært Ibsens modell for doktor Stockmann. Contagionisten Lochmann markerte seg senere som en *motstander* av mikroorganismenes betydning i tuberkulosedebatten i 1889: "Epidemierne kommer ligesom fra en ukjendt Baggrund og jeg tror, at vi kan ligesaa lidt udrydde Sygdomme, som vi kan fjerne de moralske Onder".[xii] 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.[xiii] (Figur 15.8.) Han kan ha rett i at det var en *økning* i sykelighet innenfor denne perioden, men *fallet* kan diskuteres. Det avhenger av øynene som ser. Kanskje har forandringen først og fremst bestått i at sykeligheten er blitt *annerledes*. Sykelighet 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

[i] Tode JC. Kiærlighed betragtet som en Sygdom. *Sundhedstidende* 1779; 2: 75-77.

[ii] 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.

[iii] 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.

[iv] Imhof AE red. *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien.* Stuttgart – Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 1978.

[v] Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795-1799*. Oslo: Universitetsforlaget, 1968. (dr. avh.)

[vi] Lie AHK. *Radesykens tilblivelse.* Oslo: Universitetet i Oslo, 2008. (dr. avh.)

[vii] Gradmann C. *Laboratory disease.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.

[viii] Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change 1868-1900*. Oslo: Unipub forlag, 2000.

[ix] 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.

[x] 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.

[xi] Ibsen H. *En Folkefiende.* København: Gyldendal, 1882.

[xii] Moseng OG. Tuberkulose: Kampen mot bekjempelsen. *Heimen* 2019; 54: 39-53.

[xiii] 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.

**Kapittel 16**

## Fra gal til syk

*I Norge var første halvpart av 1800-tallet årene da de sinnslidende kom fram i lyset og ble betraktet som en pasientgruppe med samme behov for helsetjeneste og omsorg som andre syke. Også her var det tankegods fra 1700-tallets opplysningstid og den franske revolusjonens frihetsidealer som slo inn. Mange psykiatriske pasienter hadde vært holdt innesperret i primitive "dollhus" eller "dårekister" som skilte seg lite fra arrester og fengsler. Professor Frederik Holst gjennomførte en kartlegging av norsk sinnsykeomsorg og konkluderte med at den var uverdig og måtte reformeres. En omfattende rapport fra 1828 inneholdt blant annet et forslag til et stort asyl basert på utenlandske forbilder. Dette skulle være en såkalt panoptisk bygning, der selve arkitekturen var ment som et hjelpemiddel i behandlingen. I løpet av de årene det tok å ordne finansiering, endret internasjonal psykiatri seg, slik at da Gaustad Asyl ble åpnet i 1855, var det en annen type terapeutisk arkitektur som var blitt valgt. Fortsatt gjaldt ønsket om å tilpasse arkitekturen til pasientenes tilstand. Synet på sinnslidende undergikk en tydelig langsom forandring – fra at man betraktet folk med uforståelige tanker og bisarr atferd som gale, til å anse dem som syke.*

Fra den første tiden med medisinsk undervisning ved Universitetet hører vi lite eller intet om sinnslidelser og psykiatri som fag. Var det ikke psykiatriske pasienter i landet?

For å svare på dette spørsmålet, la oss kombinere våre kunnskaper om helse i kontekst med vår forestillingsevne og se på hvordan slike pasienter kunne ha det i 1700-tallets Norge. Befolkningen bodde stort sett spredt eller i mindre bygdelag eller tettsteder. Miljøene man tilhørte, var mindre og mer isolerte enn senere. Den sosiale atferden var vanligvis styrt av de tre faktorene vi alt har drøftet, nemlig lover og regler, kirkens normer og skikk og bruk og sedvane på stedet. Vi må regne med at presset for konformitet ofte var ganske stort og at aksepten for avvik kunne være liten. Da kunne det bli vanskelig for den som stakk seg ut, blant annet folk som hadde slike tanker og slik atferd som vi i senere tider ville ha regnet som psykiatrisk.

Psykiske lidelser kan være så mangt. Det kan være tankeprosesser som foregår inne i pasienten hode og er lite observerbare for andre. Men det kan også være utagerende atferd og sosiale avvik som er synlige for alle og som krever tiltak både av hensyn til personen selv og til omgivelsene. I historien ser det ut til at

holdningene til disse to gruppene er noe forskjellig. Tvangstanker, hallusinasjoner og andre sinnsforstyrrelser kunne enten bli akseptert eller forsøkt forklart og korrigert i miljøet. Men det vi vet lite om, er hvordan *aksepten for slike avvik* var rundt omkring. Den var sannsynligvis forskjellig. Noen steder var det greit å ha en "bygdetulling" i miljøet, andre steder ikke. Det samme gjelder for aldersdemens, selv om alder ikke er noen sykdom.

Verre var det for de uregjerlige med atferd og symptomer som for samtiden tok seg ut som ulydighet, villelse og galskap. Mange psykiatriske pasienter var ofte svært urolige helt fram til effektive, spesifikke medikamenter kom i bruk så sent som rundt 1950. Derfor var det lenge ikke noen annen løsning ved uro og voldelighet enn å sperre pasienten inne slik man gjorde med kriminelle, eller bruke tvangsmidler for å roe ned, uten at dette i seg selv behøvde bety at man hadde menneskefiendtlige holdninger. Tvangsmidler kunne være nødvendige når man ikke hadde annet til rådighet.

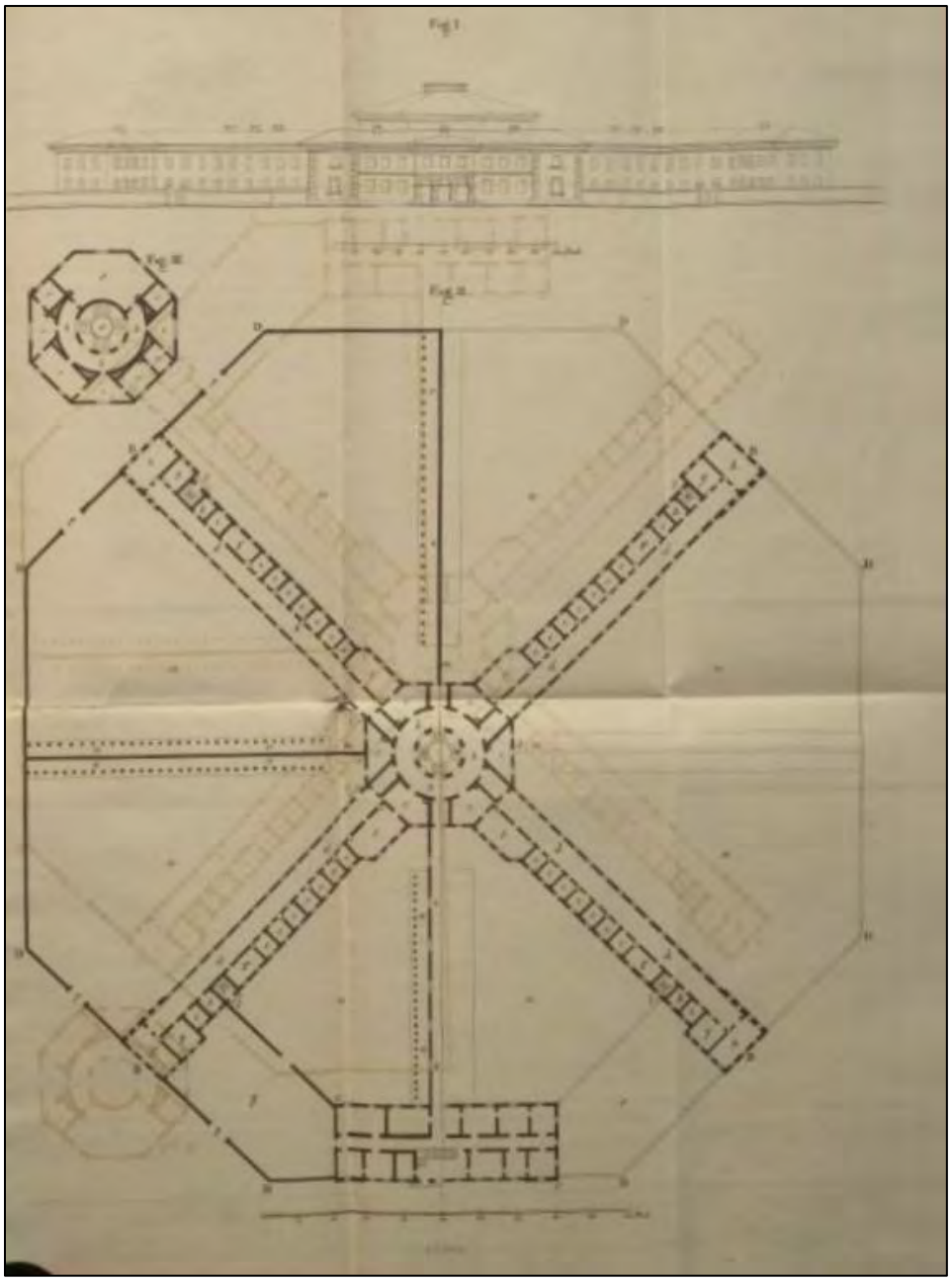
*Frederik Holst og de sinnslidende*

Samfunnsmedisineren Frederik Holst tok opp både de sinnslidendes kår i Norge og soningsforholdene i fangehull og fengsler. I 1819, allerede før han ble professor i 1824, reiste han ut i Europa for å studere blant annet sinnssykepleie og fengselsvesen og et nær beslektet område, nemlig fattigvesenet. Han kartla forholdene i Norge og la fram grundige rapporter om dette.[i]

Holst fikk gjennomslag for sine ideer. Han hadde helt konkrete forslag til hva man burde gjøre, både at man burde bygge asyler etter utenlandsk mønster for de sinnslidende, og tilsvarende fengsler som oppfylte samtidens krav til human fangebehandling.

Holst hadde lagt fram en tegning til et sinnssykeasyl, utarbeidet av tidens store arkitekt, den unge Christian Heinrich Grosch (1801-1865). Det nye synet på sinnssykdom tilsa at målet for omsorgen måtte *være behandling med sikte på helbredelse.* Det kunne være vanskelig. Det var viktig at sykehusarkitekturen generelt var egnet for psykiatriske pasienter, men også slik at man kunne individualisere tiltakene overfor pasientene - samtidig som man beholdt kontroll over dem. Holst hadde landet på en modell han hadde sett i utlandet, *det panoptiske sykehus.* Det hadde et rundt sentralbygg der fløyer strakte seg ut til fire kanter. Utenfor pasientrommene i fløyene var det korridorer som var synlige fra vaktrommet i sentralbygget. Dermed kunne et tallmessig begrenset personale holde øye med et stort antall syke og straks se om noen kom ut i korridoren (Figur 16.1.)

Holst innså imidlertid at det ikke var alle pasienter som det ville være mulig å behandle med utsikt til bedring. Det ville fortsatt være behov for innesperring av



*Figur 16.1. Holsts og Grosch's utkast til et psykiatrisk behandlingssykehus i Christiania. Bilag til: Holst F.* Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring i Aaret 1825 naadigst nedsat kgl. Commission. *Christiania: Jacob Lehmanns Enke, 1828.*

uregjerlige. Derfor forutsatte hans plan også et bygg for innkvartering av slike pasienter.[ii]

Men tiden gikk. Selv om ideene og viljen var der, var det mange forskjellige oppgaver i det nye norske samfunnet som konkurrerte om ressursene, så spesielt

finansieringen av asylbygging tok tid. Det var foreslått bygging av fire asyler for å kunne dekke hele landet, dvs. ved Christiania, Christianssand, Bergen og Trondhjem. Man måtte begynne med å bygge et av dem. Og det ble altså asylet som skulle ligge ved Gaustad gård utenfor Christiania.

Vi merker oss at sinnsykepleien ble regnet som en så tung oppgave at den ble lagt på statlig nivå og derved hevet over prinsippet fra 1837 om kommunalt selvstyre.

*Neste generasjon kommer: Herman Wedel Major*

Så skjedde det noe. Den unge legen Herman Wedel Major (1814-1854), med medisinsk eksamen fra 1842, kom inn i norsk psykiatri, visstnok foranlediget av at hans forlovede ble alvorlig psykiatrisk syk. Han fulgte henne til asylet i Slesvig. Der ble han ble så fascinert av faget psykiatri at han valgte å satse på det selv. Han reiste på egen kostnad til utlandet og studerte moderne behandling av sinnslidende. Major var også med på å utarbeide sinnsykeloven av 1848.

Major hadde laget sitt eget utkast til hvordan et sinnssykeasyl skulle bygges for å ha en "terapeutisk arkitektur". Hovedforskjellen mellom Holsts og Majors tenkning var at for Major hadde *alle syke* i prinsippet krav på behandling med helbredelse som mål, og arkitekturen måtte gjenspeile og tilpasse seg dette.

Major var 23 år yngre enn Holst og tilhørte sånn sett neste pulje leger som kom til å forme norsk medisin og helsevesen. Major levde og åndet for et fagområde som var under rask utvikling. Mye skjedde med psykiatrien som fag. Dessuten hadde dette noe å gjøre både med utviklingen av menneskesynet og av den alminnelige sykdomsoppfatningen. Det var langsomme forandringer på gang.

Men Major hadde en stor fordel. Han kunne bygge videre på Holsts arbeid. Holst hadde beskrevet sinnssykeproblemets omfang og karakter slik at Major allerede hadde et kunnskapsgrunnlag for å foreslå tiltak. Det hadde ikke foreligget en generasjon tidligere. Psykiatrihistorikeren Svein Atle Skålevåg kalte i sin doktoravhandling fra 2003 avsnittet om Holst og psykiatrien *Frederik Holst og sentimentale reiser på 1820-tallet.* Han beskriver Holst som representant for "sinnssykesentimentalismen" og hevder at det som kom ut av hans virke, var en opptelling av syke og avgivelse av en rapport. [iii] Dette var neppe oppfatningen i samtiden.

Det var ikke overraskende at det var Majors oppdaterte utkast til arkitektur som ble valgt framfor Holsts, da asylbyggingen ble konkret og Gaustad asyl skulle bygges (Figur 16.2.). Det var Majors svoger, arkitekten Heinrich Ernst Schirmer (1814-1887) som fikk oppdraget, og Gaustad Asyl sto ferdig i 1855.



*Figur 16.2. Gaustad Asyl ble åpnet i 1855. Tårnet danner enden på en midtakse som går bakover i bildet. Fra aksen strekker det seg ut på begge sider fløyer som ligger bak hverandre. De har forskjellig strenghetsgrad, slik at pasienter kan plasseres og flyttes fram og tilbake slik det passer best med tilstanden. Det var menn og kvinner på hver sin side av midtaksen. Gårdsbruket omkring ble brukt i arbeidsterapien. Anlegget heter nå Gaustad sykehus og er fredet. (Foto: Øivind Larsen 2025)*

Major gikk inn for humane, så vidt mulig tvangsfrie behandlingsmetoder og regnes derfor som en av de største i norsk psykiatri. Han var tiltenkt stillingen som direktør for Gaustad Asyl. Major mente selv at denne oppgaven ville være for stor for ham og han søkte ikke. Han valgte isteden å emigrere til Amerika. I 1854 omkom han og familien da emigrantskipet forliste på vei dit.

*Hva videre?*

Hva så med Holsts panoptiske modell? Den ble lagt til grunn for Botsfengselet i Christiania, oppført 1843-1851, riktignok nå under neste generasjons arkitekt Heinrich Ernst Schirmers ledelse.

Og hva med de andre planlagte asylene? Det gikk ikke så fort. Rotvold Asyl ved Trondheim åpnet i 1872 og Eg Asyl ved Christianssand i 1881. I Bergen kom det ikke noe, for der hadde byen allerede ordnet opp på egen hånd og åpnet Bergen Mentale Sygehus i 1833.[iv] Psykiatrien var kommet inn i et nytt spor. Ikke minst betydde det mye at sinnssykepleien med Sinnssykeloven av 1848 var blitt skilt ut fra fattigvesenet og blitt *medisinsk*.

For psykiske sykdommer og psykiatri som fag kan vi se tydelige langsomme forandringer med flere faser. I løpet av et halvt århundre ble de sinnslidende i større grad forstått som syke, ikke bare avvikende. I tråd med dette ble psykiatri etablert som et medisinsk fagfelt også i Norge. Men det tok likevel mange årtier før utviklingslinjene hadde samlet seg, slik at oppfatningen av psykiske sykdommer og av psykiatri var blitt som for andre deler av sykdomspanorama, medisin og helsetjeneste. Universitetet hang f. eks. på bemerkelsesverdig vis etter, men mer om dette senere.

## Noter

[i] Om reformene innen psykiatri og fengselsvesen i første halvdel av 1800-årene, se følgende utdypende artikler: Larsen Ø. Psykiatrien inn i norsk medisin. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2016; 136: 1060, og Larsen Ø. Frederik Holst og fengslene. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2001; 121: 3556-3560.

[ii] For mer detaljer, se Kringlen E. Frederik Holst og psykiatrien. *Michael* 2017; 14: 288-293.

[iii] Skålevåg SA. *Fra normalitetens historie – Sinnssykdom 1870-1920.* Bergen: Rokkansenteret rapport 10, 2003 (dr. art. avhandling).

[iv] Hammerborg M. "Mentalen" – fra mentalsykehus til dollhus i Bergen. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2016; 136: 1120-1124.

**Kapittel 17**

## Uønsket atferd og forbudte tanker

*De fleste framstillinger av norsk 1800-tall berører de store endringene som fant sted i siste halvdel av århundret. Industrialisering, urbanisering og modernisering av samfunnet ga nye betingelser også for helse. I den økende befolkningen kom nye generasjoner til som hadde hatt en oppvekst som var nokså forskjellig fra foreldrenes. Utviklingen førte også med seg endringer i folks atferd og i deres måte å tenke på. Dette hadde kanskje like stor betydning for folkehelsen som forandringene i de fysiske omgivelsene. Alkoholforbruk kan sees som en indikator på holdninger og atferd som kan ha vide konsekvenser for individ, familie og samfunn. Forbruket på slutten av 1800-tallet var høyt. Prostitusjon hadde vært en mer eller mindre stilltiende godtatt aktivitet – men var prostitusjon akseptabelt lenger? I kunst og kultur trengte temaer seg fram som hadde vært tabubelagt og som man ikke hadde snakket så mye om. At tanker man tidligere hadde holdt for seg selv, nå kom fram i lyset, fikk blant annet betydning for utviklingen av psykiatri som fag.*

I Drammen Museum finnes, blant mye annen interessant kunst, maleriet *Champagnepiken* av Hans Heyerdahl (1857-1913) fra 1880-1881. Bildet er ganske lite. Det har postkortstørrelse (10,2 x 16,2 cm) og er utført i olje på en treplate. Tross sin beskjedne størrelse er dette maleriet et sterkt vitnemål om sosiale forhold i samtiden (figur 17.1.).[i]

Tiden bildet stammer fra, er en av de mest vibrerende periodene, spesielt i hovedstadsmiljøet. Normer var under press. Noen mennesker hadde mye penger, andre hadde ingen. Noen levde på livets skyggeside og hadde nok med å streve med dagens krav. Mange ønsket seg opp og vekk - med større og mindre hell. Andre befant seg på solsiden – om enn, for noen av dem, bare så lenge det varte.

Se godt på maleriet. Den unge piken sitter på noe som kan være en uryddig seng. Det er dagen derpå. Håret er tafsete. Blikket er vassent og fjernt. Holdt sammen med de litt sammenknepne leppene, formidler ansiktsuttrykket også trass. I sin venstre hånd holder hun et fullt champagneglass. Hennes grep er klumsete og uelegant, kanskje fordi det simpelthen er slik hun er, kanskje fordi hun er ruset. Klesdrakten, en kjole eller bluse, er istykkerrevet. Undertøy har hun åpenbart ikke. Blåmerkene på hennes høyre skulder og på halsen forteller sin egen historie.



*Figur 18.1. Hans Heyerdahl* Champagnepiken *(1880-1881) (Foto: Øivind Larsen)*

*Alkohol og prostitusjon*

Festen gikk over store deler av Norge i siste del av 1800-årene. I byene lå det til rette for urbant uteliv. På landet var hjemmebrenning og ølbrygging vanlig. Det høye alkoholforbruket var en virkelighetsflukt mange nok kunne trenge, men det var kulturelle og sosiale forskjeller. Hele skalaen var der, fra skogskoienes karsk til borgerskapets årgangsviner. Noen drakk også champagne – eller fikk påspandert champagne.

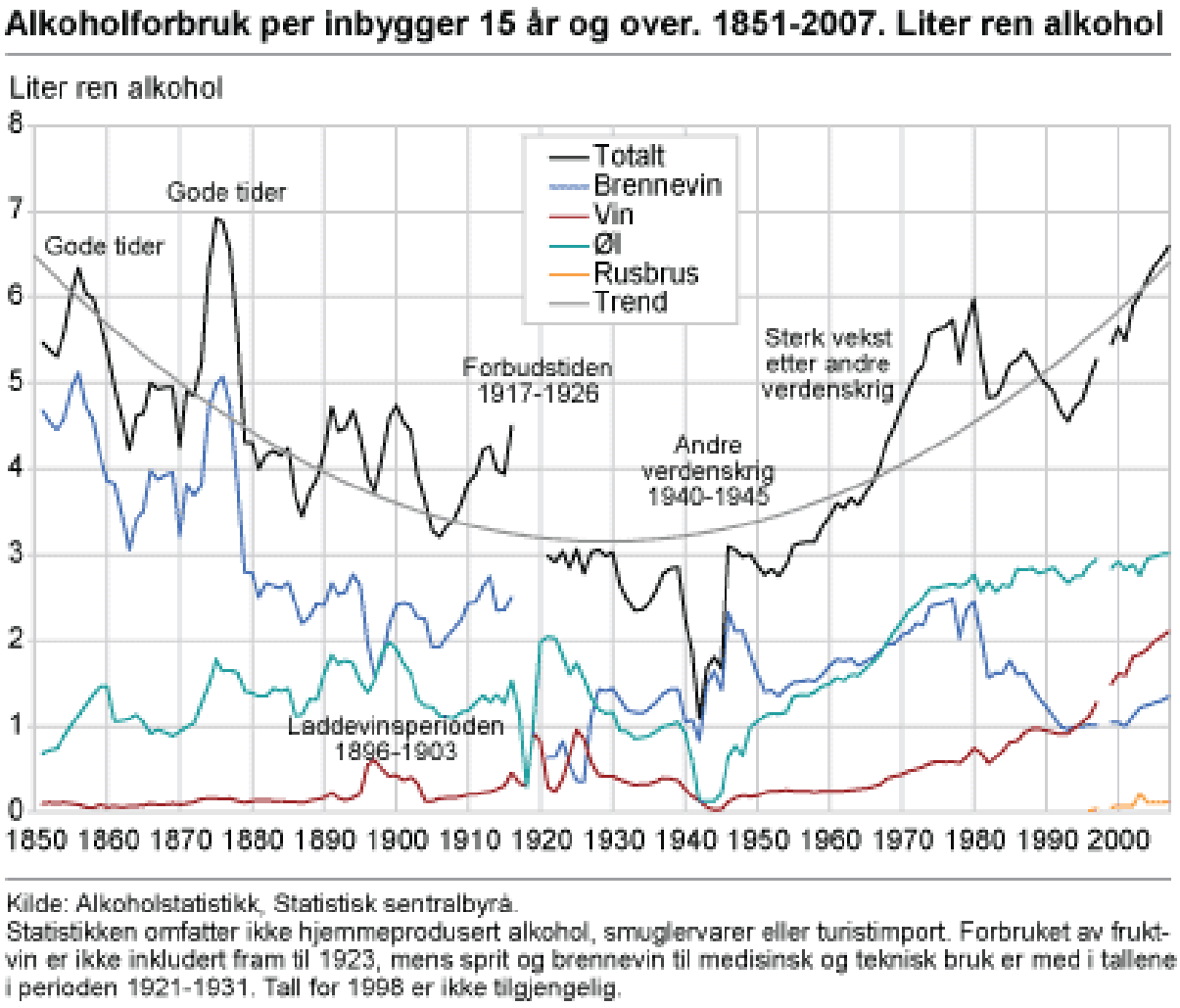
I 1830-årene oppsto en voksende avholdsbevegelse. Når brennevinsforbruket i 1843 lå på 8,7 liter ren alkohol per person og år, og attpåtil var skjevt fordelt, aldersmessig og sosialt, skjønner vi at *noen* drakk *mye*. Og brennevin var bare en del av forbruket. I gode tider var konsumet høyt. I *Champagnepikens* tid var det gode tider (figur 17.2).

Gode tider betydde raske penger for dem som hadde mulighet for å skaffe seg slike. I det klassedelte samfunnet, for eksempel i Kristiania, hadde færreste slike muligheter. Det var en sosial avgrunn mellom de nybygde herskapsvillaene på Drammensveien og Pipervikas ydmyke trehus noen hundre meter unna. For unge jenter kunne det være forlokkende å prøve å finne en vei opp og ut av uføret gjennom å gjøre som *Champagnepiken* - forsøke å delta i festkulturen i de høyere sjikt.

Alkoholforbruket ble forsøkt redusert på flere måter, blant annet gjennom å pålegge avgifter. Det var især *brennevinet* myndighetene var ute etter. Men fra 1850 skjedde det en urban og kontinental dreining i drikkemønsteret – *øl,* bayersk øl, ble fra nå av industrielt produsert i store kvanta ved nyopprettede bryggerier. Et godt eksempel er Frydenlunds Bryggeri i Christiania fra 1859. Bak dette sto den tidligere skipskapteinen fra Lillesand Mads Langaard (1815-1891). Han var blant de første gründerne som så de økonomiske mulighetene som produksjon av øl ga i det nye og voksende storskalamarkedet som samfunnsforandringene hadde skapt.

Det var først og fremst forretningsmann Langaard var, ikke primært ølbrygger – til produksjonen ansatte han fagfolk. Langaards kompetanse var som gründer. Han satte blant annet i gang Follum Tresliperi på Hønefoss i 1873. Men i Christiania ble øl kjørt ut til en voksende forbrukerkrets med Langaards bumerke -ML-logoen på vognene. Ølvognene hadde også noe annet som ble en del av bryggeriets profil – de var trukket av svarte hester. Sansen for "branding" var allerede velutviklet.

Alkoholen var forlengst et erkjent sosialt problem. Alkoholforbruket vakte bekymring i mange kretser. Og det var ikke middelhavslandenes jevne vindrikking man så utvikle seg, men fridagenes flatfyll. Dette var en atferd som var tiltakende uønsket. En følge var blant annet slagsmål og kroppsskader som ga den lokale legen oppgaver fra å plastre og forbinde til å være rettsmedisinsk sakkyndig.




*Figur 17.2. Alkoholforbruk i Norge (SSB.* Alkoholstatistikk i 150 år. Store svingninger – klar trend *(2008)*

Veien fra fyll var kort til et annet problem – *prostitusjon.*[ii] Nordmenns kjønnsliv var styrt av de samme kreftene som gjaldt omtrent alt, nemlig av lover og regler, av kirkens normer og av sedvanen - skikk og bruk på stedet. Styrke og innbyrdes betydning for disse kreftene varierte da som nå med tid og sted.

I det dynamiske 1800-tallsamfunnet var det fortsatt slik i Norge at *utukt*, dvs. seksuell omgang før ekteskapet, var forbudt med lov fra 1842. Sedvanen varierte sterkt på dette området. Ungdommens "natteløberi" var alminnelig over hele landet.

Eilert Sundt hadde, slik vi har omtalt tidligere, gitt ut en bok om sedelighetstilstanden i 1857 og fant tilstanden betenkelig. Kirkens normer var klart restriktive, men i praksis var det slik mange steder i landet at når man var konfirmert, var det fritt fram for voksenlivet. Det sier seg selv at promiskuitet ikke

bare førte til uplanlagte graviditeter og kunne ha andre uheldige konsekvenser, men også bidro til å spre seksuelt overførbare sykdommer.

*Prostitusjon,* forstått som bytte av seksuelle tjenester mot penger eller annen form for godtgjørelse, er i helsehistorisk sammenheng noe annet. Prostitusjon hørte først og fremst byene til, og byene vokste i siste halvdel av århundret. Især vokste hovedstaden. I disse nye bysamfunnene var det simpelthen også et voksende, strukturelt betinget *marked* for seksuelle tjenester. Befolkningen var ung. Det var også ofte slik at menn ventet med å gifte seg til de hadde fått fast arbeid, eventuelt var ferdig med utdannelsen, var etablert og klare til å stifte et hjem og forsørge en familie. Derfor var det mange ugifte, unge menn omkring.

I en tid da normene generelt ble utfordret, kom det også nye elementer inn i samfunnet som påvirket den eksisterende balansen mellom kreftene som styrte atferden. Vi fikk Universitetet og andre videregående skoleslag, der studentliv var noe nytt. Vi har nevnt hvordan dette begynte allerede kort tid etter at Universitetet var opprettet.

Det var inntil slutten av århundret bare mannlige studenter, mange fattige, men også noen velstående som riktig kunne slå seg løs. Byens voksende industri hadde mye kvinnelig, lavtlønnet arbeidskraft. Med andre ord: Slik dette klassesamfunnet fungerte, var det for seksuelle tjenester både etterspørsel og tilbud.
Derfor aksepterte myndighetene, i det minste i Christiania, at det foregikk prostitusjon, en virksomhet som hadde et betydelig omfang.

Det ble innført en registreringsordning og i 1880-årene var det 6-700 prostituerte i byen. Mange av de prostituerte var å finne i byens bordeller. Man regner med at det var enda flere enn dette, i og med at det utenfor bordellene, f. eks. i høyere samfunnslag, var elskerinner og holddamer som fikk sine motytelser på andre måter enn med sedler.

De fleste prostituerte var fattige jenter fra arbeiderklassen. Mange pådro seg kjønnssykdommer. Fordi slike sykdommer både kunne smittes videre og krevde langvarig behandling, var prostitusjonen blitt et betydelig samfunnsproblem. Kjønnssykdommene florerte. 1882 var et toppår for venerisk sykdom. Mikrober som årsak til smittesykdommer var på dette tidspunkt i helsehistorien vel kjent, og prostitusjonen var en erkjent risiko for spredning av seksuelt overførbare sykdommer.

Prostitusjon var med andre ord uønsket atferd. Fra 1889 trådte en lovendring i kraft, slik at det ble slutt med den offentlige prostitusjonen i Kristiania. Slutt på kjøp av seksuelle tjenester ble det neppe, men nå var det i det minste ikke lenger slik at samfunnet la til rette for det.

Fra et helsehistorisk ståsted – hva var det som utløste denne forandringen? En holdningsendring som åpenbart var til beste for folkehelsen? Var det noe innenfor medisinen? Eller utenfor – i samfunnet ellers? La oss se på noen trekk fra kulturlivet.

*Kultur som kom til hjelp*

I 1883 ga Bjørnstjerne Bjørnson (1832-1910) ut skuespillet *En Handske*. Det ble først satt opp i Hamburg samme år og fra 1886 på nordiske scener. Historien er enkel: Piken Svava skal gifte seg med forloveden Alf, men så vil hun ikke likevel, fordi hun oppdager at han har hatt tidligere forhold. Stykket ble oppfattet som et oppgjør med skikken at kvinner skulle være ærbare før ekteskapet, men enda mer et oppgjør med at tidens moral var ulik for menn og kvinner. Det var greit at brudgommen hadde seksuelle erfaringer, men ikke at bruden hadde det. Som stykkets sannsigende lege, dr. Nordan sier i en av de siste replikkene: *Nøiagtig uttrykt: Kvinden skylder Manden baade sin Fortid og Fræmtid; Manden skylder Kvinder bare sin Fræmtid.* Dette nørte opp under den pågående debatten om samfunnets dobbeltmoral.

Juristen, maleren, journalisten og forfatteren Christian Krohg (1852-1925) satte søkelys på problemet meget effektivt fra flere vinkler og på en tidsmessig godt koordinert måte. I 1887 var hans store maleri av den fattige piken *Albertine i politilægens venteværelse* ferdig. Da det ble utstilt, valfartet folk for å se det. Det kan være vanskelig for oss som lever nå å forestille oss at utstilling av et maleri knne vekke slik oppsikt. Men tiden var bildefattig, så slik var det. Kunstutstillinger ble viktige arenaer i samfunnsdebatten.

*Albertine* var også hovedpersonen i en roman med samme navn som han hadde skrevet og gitt ut året før, i 1886.[iii] Romanen er en trist fortelling om en nokså naiv ung sypike fra et fattig hjem. Hennes hverdag besto i å sitte bøyd over symaskinen. Broren hadde tuberkulose. Hennes eldre søster var blitt prostituert. Tross sine moralske anfektelser ble Albertine også det, etter at hun var blitt voldtatt av politiinspektør Winther. Det gikk etter hvert helt galt med Albertine.

Romanen var blitt beslaglagt av politiet dagen etter utgivelsen. Det ble en større skandale av det. I 1887 kom saken opp i Høyesterett. Der førte juristen Krohg saken sin selv. Han leste da opp en forsvarstale som inneholdt de påklagede avsnittene fra den beslaglagte boken. Det var presse til stede i retten. Rettsreferat kom i avisen *Verdens Gang* - og dermed var det forbudte budskapet kommet ut likevel!

Selv lest i dag, nær 150 år senere, er Krohgs tekst ganske eksplisitt. Den skildrer ganske intenst hvordan Albertine opplever at alt hun har lært og trodd på om.




*Figur 17.3. Christian Krohgs ikoniske maleri* Albertine i politilægens venteværelse *(1885-1887) (Nasjonalmuseet, Oslo)*

bluferdighet, dyd og moral ikke gjelder lenger, ikke minst i møtet med politilegens visitasjon - før hun lar all skam fare og lar det skure. Krohgs pekefinger er rettet mot fattigdommens og klassesamfunnets konsekvenser.

Krohg ble bøtelagt, men det minsket ikke hans innflytelse, tvert imot. Hans stemme ble hørt, også internasjonalt. *Albertine* kom f. eks ut i Østerrike-Ungarn i 1888.[iv] I 1890 kom boken til og med ut i USA – på svensk![v] Saken om *Albertine* fikk konsekvenser også for den alminnelige politiske utvikling i Norge – den menes blant annet å ha virket befordrende på organiseringen av arbeiderbevegelsen. Arbeiderpartiet ble stiftet i 1887.

Både alkoholmisbruk og prostitusjon var altså blitt uønsket atferd som nå ble tatt opp og gjort noe med. Det er interessant at det å sette ord på samfunnsforhold som alle visste var der, ble slått ned på som forbudte tanker som det ikke var stuerent å komme ut med. Beskrivelser av sosial misère var tabuisert, særlig slike forhold som hadde med de tre implisitte styringsfaktorene å gjøre – lover og regler, religion og sedvane.

*Å slippe ut sine tanker*

Naturalismen, sosialrealismen og andre nye retninger innen kunst og kultur åpnet også opp for andre temaer som man visste var der i det skjulte, som hadde sin betydning for de enkeltes liv, men som man ikke snakket så mye om. Det hadde konsekvenser. Drømmer, fantasier, vonde og gode følelser ble nå også emner i offentligheten. Sjelslivet var ikke lenger bare ens eget.

Bildende kunst, skjønnlitteratur og teaterscener tok opp tanker som kunne være både plagsomme og forvirrende, men som man til nå mest hadde holdt for seg selv. Denne kulturelle dreiningen fikk betydning for folkehelsen, blant annet fordi *psykiske* plager nå mer ble betraktet som nettopp det – psykiske *plager*.

Paradoksalt nok ble psykiatri ble egentlig ikke akademisk fag i Norge før så sent som i 1915 da Ragnar Vogt (1870-1943) ble professor ved Universitetet.[vi] Det hadde riktignok vært gitt studentundervisning om sinnssykdom for medisinere helt fra Gaustad Asyl åpnet i 1855, men både sinnsykepleien og psykiske sykdommer hadde ligget litt på siden av medisin og helsevesen ellers.

Internasjonalt hadde det skjedd mye som hadde brakt det usagte og ubevisste inn i både medisinen og kulturen. I 1880-årenes Wien introduserte legen Sigmund Freud (1856-1939) den metoden for undersøkelse ved psykiske plager som etter hvert ble til det store feltet *psykoanalyse.* Pasienten – eller klienten, hvis det var en frisk person - lå avslappet på en divan og assosierte fritt, mens legen noterte og analyserte det som ble sagt og lette etter mønstre og forklaringer. Det var i en slik intervjusituasjon fritt fram for alle typer tanker, også de forbudte fra sinnets mørke dybder. Dermed oppsto en ny forståelse av sjelslivet og en ny form for legebehandling.

Det utviklet seg en psykiatri som var annerledes enn den til da hadde vært – nemlig mest å ta vare på "gale", avvikere og asylenes kronikere. Det oppsto nye pasientgrupper, ikke nye i den forstand at de ikke hadde vært der før, tvert i mot, men nå søkte folk hjelp for plagsomme tanker de ikke hadde snakket om tidligere. Også drømmetydning ble lagt stor vekt på i Freuds tilnærming - drømmer, en tilstand da sinnets krefter fikk flyte fritt.

Freuds tanker og praksis ga gjenklang i den kulturelle utviklingen. Freud hadde en litt yngre kollega i Wien, legen Arthur Schnitzler (1862-1931). Han drev innen samme felt, også med drømmetydning. Schnitzler valgte imidlertid en annen vei videre. Han avsluttet sin legepraksis og ble skjønnlitterær forfatter og dramatiker isteden, med temaer fra den nye psykiatrien. Han ble en av samtidens største forfattere i Østerrike gjennom sine romaner og skuespill.

Oppmerksomheten Freud og Schnitzler vakte, hver på sin måte, stimulerte både utviklingen av psykiatrien og den alminnelige interesse for sjelens

irrganger. Schnitzlers bok *Traumnovelle* fra 1925 om seksuelle fantasier ble en stor og vedvarende suksess. Blant annet ble en modernisert versjon filmatisert i USA i 1999 av regissøren Stanley Kubrik (1928-1999). Filmen heter *Eyes Wide Shut.*[vii] *Traumnovelle* er også filmatisert i 1969 og i 2025 – hundre år etter at boken kom ut.

Det er interessant at filmatiseringen møtte omtrent samme reaksjoner som *Albertine* hadde gjort i mindre format i Norge litt over hundre år tidligere. Romanen og Kubriks film tok opp slike tanker som man ikke snakket om, men som bare var der likevel. Tabugrenser er også fenomener som er underlagt langsomme forandringer og hvor det kommer til syne lange historiske linjer. Dette har skjedd litt ulikt i ulike samfunn – hvordan det har blitt legitimt å dele også forbudte tanker.

Den voksende åpenheten ga også vår kategori *opplevd sykelighet* en ny dimensjon. I et folkehelseperspektiv kunne det være hjelp for plager i dette. Har kompliserte, skremmende og kanskje uanstendige tankemønstre knytt seg og kverner i sjelen, kan det hjelpe å snakke om dem, få en forklaring og å høre at andre har det likedan. Det kunne man nå.

## Noter

[i] Drammen Museum har en stor samling av Hans Heyerdahls bilder som anbefales for sosialhistorisk interesserte. *Champagnepiken* er en testamentarisk gave i 1947 fra forretningsmannen P.H. Matthiessen (1856-1947).

[ii] Om prostitusjonen på 1800-tallet se f. eks. Aina Schiøtz (1947-2020) *Prostitusjonen i Kristiania ca 1870-1890: en sosialhistorisk undersøkelse.* Masteroppgave, Oslo: Universitetet i Oslo, 1977.

[iii] Krohg C. *Albertine.* Kristiania: Huseby & Co., 1886.

[iv] Krohg C. *Albertine.* Budapest: Grimm, 1888.

[v] Krohg C. *Albertine.* Minneapolis, Minn.: Svenska Folkets Tidnings Förlag, 1890.

[vi] Kringlen E. *Norsk psykiatri gjennom tidene.* Oslo: N.W. Damm & Søn, 2007.

[vii] *Eyes Wide Shut* (1999) kan (pr. 2025) sees på *Youtube.* Der er versjonen som har spilletid 2:39 mest fullstendig. Filmen forekommer i flere utgaver, alt etter hva som er blitt akseptabelt å vise i forskjellige land.

**Kapittel 18**

## Tuberkulose – sykdom mellom skjebne og samfunn

*Tuberkulose har sannsynligvis eksistert siden langt tilbake i historien. På grunn av sykdommens mange forskjellige former, smittemønsteret og avhengigheten av sosiale forhold, utviklet den seg først til å bli en svøpe over store deler av verden i forbindelse med folkevekst og urbanisering. For eldre tider er det vanskelig å følge tuberkulosens historie, fordi sykdommens mange utslag gjorde at den ble blandet sammen med andre sykdommer med tilsvarende symptomer, tegn og forløp. Det er først i 1880-årene, etter Robert Kochs beskrivelse av bakterien i 1882 som biologisk årsak, at tuberkulose ble en definert sykdomskategori. Tuberkulose fikk etter hvert utbredelse også i det norske samfunnet og den grep inn i nesten alt som foregikk - dagligliv, kunst og kultur.*

I Norge vises tuberkuloseproblemets størrelse seg ved at i årene omkring 1900 skyldtes ca. 20% av alle dødsfall tuberkulose i en eller annen form, og ca 60% av dem som døde av sykdommen var under 30 år. Behandlingstiltak, bygging av sanatorier og sykehjem kunne nok hjelpe enkeltpasienter til en viss grad, men selv ikke da det spesifikke smittestoffet *mycobacterium tuberculosis* var beskrevet, fikk det noen umiddelbar virkning for tuberkuloseomsorgen. Var tuberkuloseepidemien en situasjon som i virkeligheten var en omkostning ved moderniseringen av samfunnet?

Tuberkulose ble i Norge bekjempet med forebyggende og sosiale tiltak. Behandlingen av de enkelte syke var ofte krevende og rettet seg mest mot å bremse videre sykdomsutvikling. Tuberkulose gikk i siste del av 1800-årene inn i kulturen på ulike måter, blant annet fordi toneangivende kulturpersoner selv hadde erfaringer med sykdommen.

Medisinhistorisk demonstrerer tuberkulosen hele skalaen av *sykdomsnivåer* fra den forestående død til den murrende angst for å bli syk. Se systematikken i kapittel 15. Tuberkulose forekommer i alle *former,* fra opplevelse av sykdom hos pasienten selv eller andre, via *diagnose* med sosial belastning til sykelighet, slik samfunnet hadde tillatt den å bli, dvs. *administrert sykelighet*. Og *hvem* som har hatt de meningene om sykdommen som har hatt størst betydning, har variert. Derfor blir tuberkulose et helt sentralt element når man vil se på de langsomme forandringene og de lange linjene i folkehelsehistorien, slik vi gjør her i denne boken.

*Tuberkulose fra folkedypet*

En gammel skillingsvise[i] om tuberkulose begynner slik:

I en sal på hospitalet
Hvor de hvite senger står
Lå en liten brystsvak pike
Mild og god med gyllent hår
Siste vinter dengang sneen
Smeltet for den milde vind
Tentes også håpets stråler
I den lille pikens sinn

I den lange og triste visen følger vi den lille tuberkulosepasientens drømmer og håp om å bli frisk. Til slutt dør hun i sin sykeseng. På oss virker sangen både banal og melodramatisk, men det skremmende ved den er at den beskriver virkeligheten i en fortid som ikke er så fjern. I siste del av 1800-årene og helt fram til etter den annen verdenskrig var slike pasienthistorier en del av dagliglivet i Norge. Det var ett spøkelse som var til stede over alt og preget det meste – *tuberkulose.* Usikkerheten var der alltid. Jeg hoster – får også jeg *tæring?*

Siden den tyske legen Robert Kochs (1843-1910) oppdagelse av tuberkulosebasillen i 1882 vet vi hva tuberkulosesykdommen skyldes, nemlig en mikroorganisme som kan forårsake infeksjoner nesten over alt i kroppen. Symptomer, sykdomstegn og forløp blir da avhengig av hva som er rammet.

*Lungetæring*

Den hyppigste og mest smittsomme formen var lungetuberkulose. Hoste kunne da spre smitte. I lungene blir det da etter hvert gjerne dannet *kaverner,* dvs. hulrom i lungevevet. Kaverner er en videreutvikling av det såkalte tuberkuløse primærkompleks i lungene, der hulrommet er oppstått ved henfall av vevet i midten av knuter som er blitt dannet ved tuberkuløs infeksjon. Når slike kaverner brister, kan pasienten hoste opp store mengder smittsomt materiale. Hvis en blodåre også er affisert og brister, kan den syke hoste opp blod og få en såkalt blodstyrtning som kan være dødelig.

Tuberkulose er smittsom og mange blir smittet, men langt færre enn de smittende blir klinisk syke. Mange som er smittet, vil ikke merke noe i det hele tatt. Verre er det hvis det utvikles åpen sykdom. Forløpet av tuberkulose kan strekke seg fra et kort, dramatisk, dødelig sykdomsbilde ved tuberkuløs hjernehinnebetennelse, til over mange år for andre former, kanskje livet ut, til man dør av noe annet.

Karakteristisk for tuberkulose, især lungetuberkulose, er en ofte jevnt nedadgående allmenntilstand. Derfor ble sykdommen også kalt for *svinnsott* eller

*tæring*. Pasienten kunne liksom svinne hen og tæres bort. Slik allmenn svekkelse kan også ha andre årsaker enn tuberkelbasillen, men kombinasjonen av hoste, oppspytt, feber og svettetokter var kjent og fryktet som *tæring*.

*Tuberkulose – til det motsatte er bevist*

Tuberkulose kan også angripe nyrer, bein, ledd, hud eller vev andre steder i kroppen. Da er ikke sykdomsbildet så typisk, i ethvert fall ikke den første tiden, og tuberkulose kan forveksles med annen sykdom. Helt opp til vår tid må derfor undersøkende lege alltid ha tuberkulosemistanke i bakhodet hvis et sykdomstilfelle er uklart.

Hos de angrepne kan sykdommen kapsle seg inn og stoppe opp, for eventuelt å bryte ut igjen mange år senere. Eldre folk som i våre dager kommer til legen og har lungesymptomer som ved nærmere undersøkelse viser seg å være tuberkulose, forekommer fra tid til annen. Det kan da være oppblussing av en tuberkuloseinfeksjon pasienten hadde i en fjern ungdom, den gang tuberkulosesmitte var en trussel nesten over alt. Så hadde infeksjonen kapslet seg inn, roet seg og kanskje blitt glemt, helt til pasientens alder og svekkede allmenntilstand fikk den ulmende sykdommen til å slå ut igjen.

*Tuberkuloseforekomst – en faseforskyvning*

Tuberkulosen i Norge og sammenliknelige land er egentlig et spesialtilfelle hvis man ser på tuberkulose på verdensbasis, der sykdommen fortsatt herjer og er en viktig dødsårsak. Det er således en geografisk og sosial faseforskyvning i tuberkulosebekjempelsen. Denne kan gi nyttig, praktisk lærdom.

Tuberkulose finnes i Norge på 2000-tallet især hos innvandrere som kommer fra land der sykdommen er vanlig forekommende. Som i Norge på 1800-tallet er det land hvor tuberkulose forekommer endemisk, dvs. er til stede hele tiden. I den norske befolkningen er derimot tuberkulose *forvaltet sykelighet* – og effektivt forvaltet, omtrent forvaltet bort.

Fordi smitte fra pasienter med lungetuberkulose er luftbåren, blir smittetrykket særlig stort ved trangboddhet og dårlige kår. Denne sammenhengen mellom tuberkulose og levekår har bidratt til å gi tuberkulosen en sosial profil. Fattigdom og tuberkulose henger derfor nøye sammen i folkehelsehistorien og er gjensidig forsterkende faktorer. Dette gir også en politisk profil – bekjempelse gjennom tiltak mot fattigdom.

Kalkavleiringer i vev eller lymfeknuter som sees på et røntgenbilde, kan være eneste tegn på at en person har gjennomgått en tuberkuløs infeksjon, f. eks. i brysthinnen. Pasienten har med seg et minne for alltid.

*Tuberkulose i gammel tid*

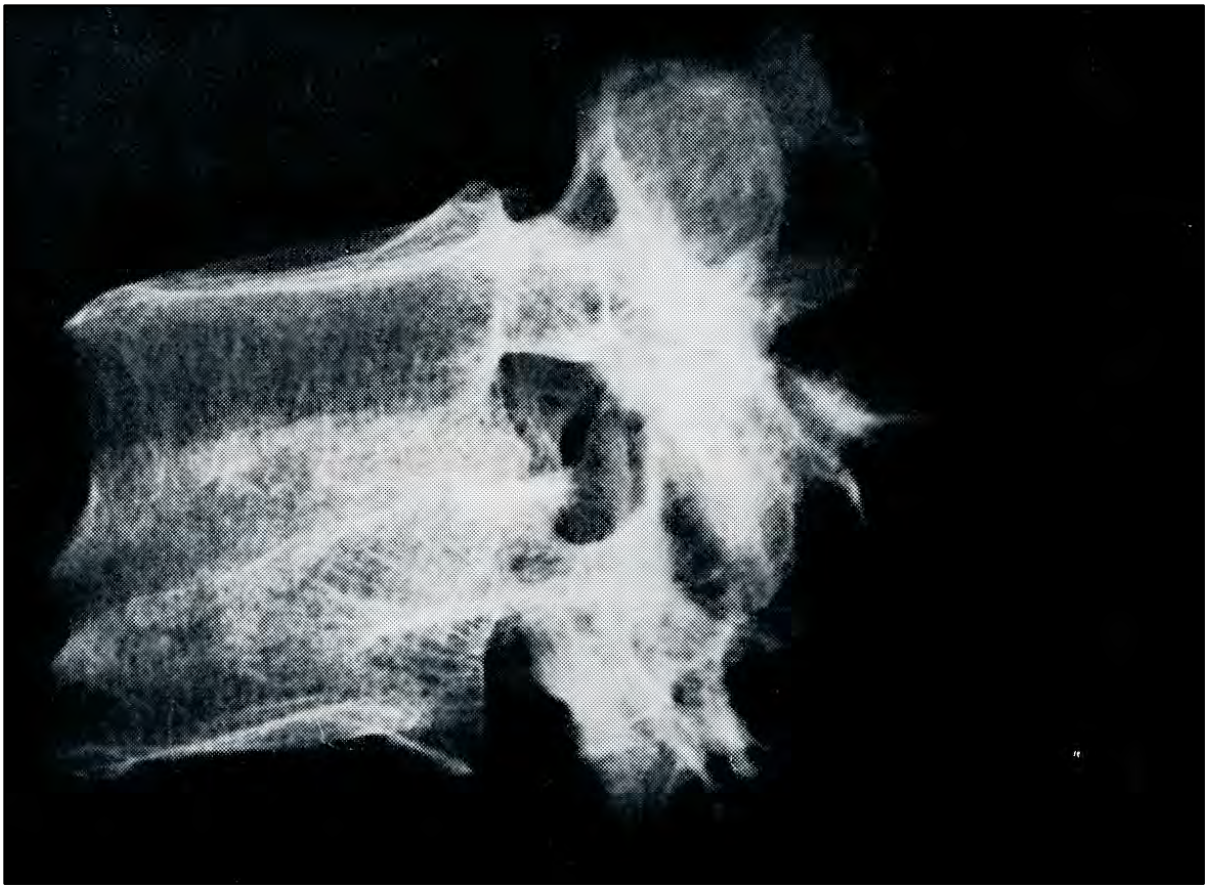
At det virkelig er tuberkulose som feiler en pasient med symptomer og sykdomstegn som likner på dette, vet man egentlig først hvis det kan påvises bakterier hos pasienten. Og om man har vært smittet, kanskje uten å ha fått noen åpen sykdom, vet man først hvis tuberkulinreaksjonen er positiv, dvs. hvis immunapparatet har reagert på tuberkulosesmitte. Tuberkulosens mange ytringsformer gjør den derfor vanskelig å følge i historien i tiden før laboratorietestene ga sikre svar.

En kompliserende faktor: Selv etter at laboratorieundersøkelser var blitt rutine for å stille en diagnose, kunne disse ta *tid* – spørsmålet om det virkelig forelå tuberkulose hos pasienten, kunne ikke besvares med en gang. Dyrking av tuberkulosebakterier, å få det endelige bevis, kunne ta flere uker. Mye smitte kan spres i denne ventetiden.

Når og hvordan tuberkulose oppsto, vet vi ikke. Så langt tilbake som vi har skriftlige kilder, er beskrivelser av sykdommens ytringsformer det vi har å holde oss til. Slike beskrivelser er opp til 1800-tallet som regel sjeldne, vage og upresise, og lite egnet til å vurdere den graden av forekomst vi må anta har eksistert.

Generelt kan *gravfunn* være nyttige kilder til sykdommers eldste historie. Det gjelder imidlertid nesten utelukkende dersom det dreier seg om sykdommer som etterlater forandringer i skjelettet. Det er bare enkelte typer tuberkulose som gjør det, nemlig bein- og leddtuberkulose. Den viktige lungetuberkulosen gjør det ikke, med visse unntak. Lungetuberkulose kan nemlig etterlate forkalkede lymfeknuter i vevet i brysthulen og forkalkninger på plevrahinnen. I en gammel grav er slike strukturer små og skjøre og vanskelige å oppdage for arkeologen. Bløtdelsforkalkninger av denne type finner man derfor sjelden ved vanlig arkeologisk teknikk. Den danske medisinhistorikeren og osteoarkeologen Vilhelm Møller-Christensen (1903-1988) som sto bak utgravinger av flere middelalderkirkegårder, utviklet en prosedyre der han avdekket restene av den avdøde som om graven var et obduksjonsbord. Da kunne han finne tuberkuløse forkalkninger der de var forventet å være, og også nyresteiner og andre sykdomsrester som arkeologene ville ha gått glipp av ved å bruke de gjengse metodene. For tuberkulosens vedkommende forteller derfor knokkelfunn bare deler av historien. Kalkfunn kan supplere.

Basert på knokkelfunn er det eldste tilfellet av tuberkulose vi kjenner hittil i Skandinavia et skjelett fra Gisløy i Øksnes i Vesterålen. Det er datert til merovingertiden, dvs. 600-800 e. Kr. (Figur 18.1.)[ii]



*Figur 18.1. Skjelett fra Øksnes, innkommet til Anatomisk Institutt i Oslo i 1941. Det var flere skjelettdeler med tuberkuløse forandringer, Her sees et røntgenbilde av de to sammenvokste og forkalkede lendevirvlene L4 og L5. (Larsen 1973)*

.

Det finnes en rikholdig historisk litteratur om tuberkulose. Oppsummert forteller den at tuberkulosen i vestlige land herjet verst fra midten av 1800-tallet og i hundre år framover til midten av 1900-tallet.[iii] For store deler av den øvrige verden hører vi intet eller lite om tuberkulose i landenes eldre historie, men det behøver ikke bety at sykdommen ikke har eksistert der.

For Norges vedkommende dokumenteres diagnostisert tuberkulose gjennom den offentlige helsestatistikken.[iv] Hvis vi ser på dødelighetsstatistikken (figur 18.2.), er det interessant og lærerikt at tuberkulosesykdommen nærmest var gått helt tilbake *før* det tidspunktet spesifikk antibiotikabehandling ble tilgjengelig i 1940-årene. Hva kom det av? Sannsynligvis skyldtes suksessen de målrettede forebyggende tiltakene som vi skal drøfte senere – og den alminnelige velferdsøkningen.

For tuberkuloseutviklingen i Norge har det således foregått en langsom forandring som har hatt andre komponenter enn bare sykdomsbehandling. I store deler av verden er tuberkulose i moderne tid fortsatt en svøpe av samme karakter

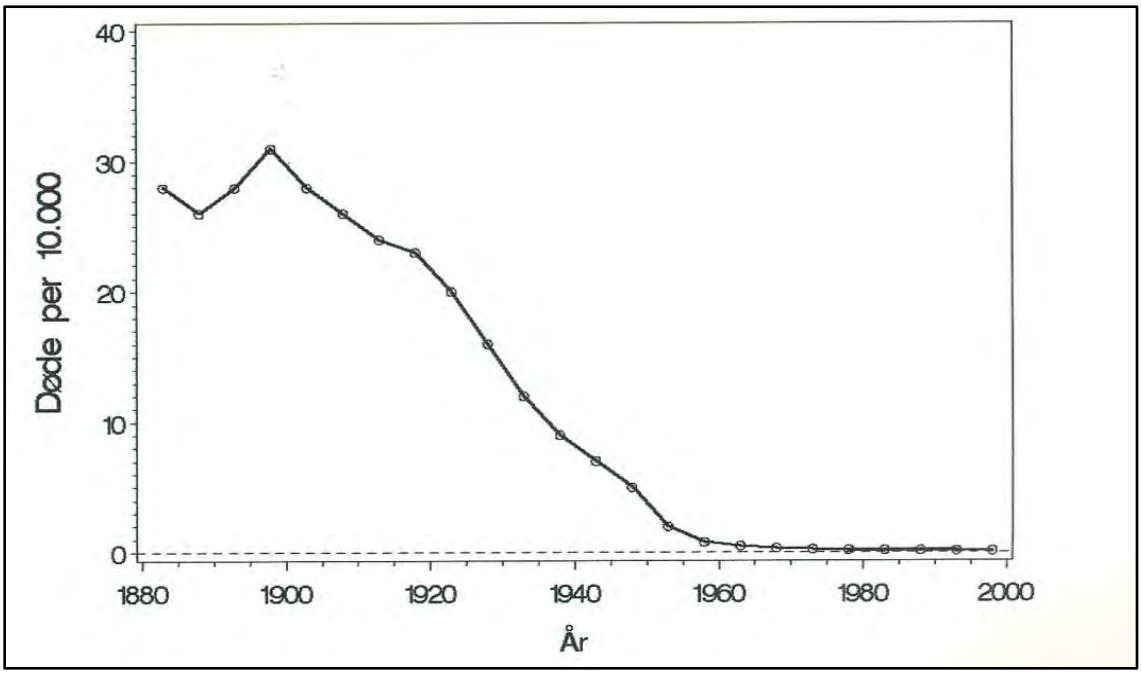
som den var i det vi kaller vestlige land tre-fire generasjoner tidligere. Derfor kan kunnskaper om hva som foregikk hos oss, være til nytte for forebyggende arbeid og sykdomsbehandling andre steder. Og hva var det som *satte i gang* denne forandringen hos oss? Og hvordan endte den?

*Sykdom og stigma*

En selvopplevd historie: Tidlig på 1960-tallet arbeidet jeg som lege et sted i utkant-Norge. En dag var det en eldre mann som hadde tatt turen fra grenda der han bodde og inn til legekontoret på tettstedet. Pusten var blitt ugrei. Hoste gjorde han også. Dette viste seg ved nærmere undersøkelse å være en gjenoppblussing av tuberkulose fra fjerne år. Min sjef, distriktslegen, sa at denne saken må du ordne opp i. Dette blir ubehagelig. Jeg så formodentlig ut som et stort spørsmålstegn. - Du skal reise igjen, sa han. Jeg skal være her. Han hadde rett. Saken ble ubehagelig for alle den berørte. Men jeg skulle reise.

Jeg ordnet med å sende pasienten til et spesialsykehus. Der ble det satt i gang spesifikk antibakteriell behandling. Etter noen uker kom han hjem og var frisk. Ingen tuberkulose mer. Ingen smittefare heller.

Det skremmende, ubehagelige og lærerike som hendte videre, skyldtes arkivskapet som sto i hjørnet på distriktslegekontoret. Det var fullt av rundskriv fra Helsedirektoratet. Skapet ble kontinuerlig oppdatert med nye versjoner av rundskriv som ankom i brune konvolutter. Nye rundskriv inn på rett plass. De




*Figur 18.2. Dødelighet av tuberkulose i Norge 1880-2000 (Etter Bore 2007)*[v]

gamle ut og i papirkurven. I arkivskapet fant man således alltid nyeste viten om hva den offentlige lege skulle gjøre i forskjellige situasjoner, f. eks. når det ble oppdaget et nytt tilfelle av tuberkulose. Den offentlige lege var altså i denne saken *jeg*. Jeg satte derfor i gang lovpålagt smittekartlegging osv. i pasientens miljø. Han kunne jo ha smittet noen før han kom til lege.

Pasienten og hans familie drev det lille stedets landhandel. Datteren arbeidet som dagmamma. Både kundene i butikken og barna hos dagmammaen forsvant øyeblikkelig da gamlefars diagnose var blitt stilt. For familien ble det en sosial katastrofe. Butikken, familiens levebrød, måtte legges ned. Det ble både gråt og sinne. Hvordan det gikk til slutt, kjenner jeg ingen detaljer om, for jeg skulle jo altså reise igjen noen måneder senere.

Folk vek unna tuberkulosepasienter. De ble ofte sosialt isolert. Siden man visste at fattigdom og dårlige kår gjorde smitteforhold og sykdomsforløp verre, og var redde for å havne der, kunne angsten for *diagnosen* føles vel så reell som for sykdommen. [vi] Det var ikke bare angsten for sykdommen, men også angsten for den isolasjon, utstøtning og de sosiale vansker diagnosen kunne medføre. Tuberkulosens sosialt sett kanskje verste side var *stigmatiseringen*.

*Tuberkulose inn i kulturen*

I løpet av siste del av 1800-tallet ble både sykdom og sosiale forhold temaer innen kunst og kultur på en annen måte enn før.[vii] F. eks. innen bildekunsten: Avbildninger av syke som kunstuttrykk, som formidling av et annet budskap enn bare å dokumentere sykdommen, kommer inn. Gå tilbake til figur 13.7, Johan Ludvig Lostings portrett av en pike med lepra fra 1847. Det er rett nok en kunstnerisk utført avbildning, men det er helt klart at her er det *lepra* som medisinsk tilstand som er motivet. Det er ikke piken i hennes sosiale kontekst.

Sammenlikn Lostings bilde av leprapiken med portrettet av den tuberkuløse piken i figur 18.3., utført av Christian Krohg (1852-1925). På bildet "Syk pike" fra 1880/1881 ser vi en blek, medtatt og bekymret pasient, satt opp i en stol med en pute i ryggen og et ullteppe over seg. Symbolikken er tung. De lyserøde bladene av den visnende ungdommens rose faller ut over teppet som hun er bundet til å ha over seg. Men kjernen i portrettet er hennes anklagende blikk: Hvorfor er jeg blitt rammet av dette? Hvorfor kan dere ikke hjelpe meg? Hvorfor har dere latt samfunnet bli slik at vi unge får tæring? Bildet har brodd mot tidens *forvaltede sykelighet*.



*Figur 18.3. Christian Krohg:* Syk pike. *(1880-1881) NG*

Krohg representerte kunstnere som med en ny orientering ga det pene, opplysende og illustrerende i bilder og tekst en sosial bismak. Denne bismaken skulle vekke samfunnets samvittighet – og gjorde det. Trenden var internasjonal. Sykdom og nød kom opp og fram i det offentlige lyset og fikk dermed politisk sprengkraft. Tuberkulose var det sentrale tema i dette. Hvis det skulle kunne sies



*Figur 18.4. Edvard Munch:* Det syke barn. *1885-1886.*

noe godt om tuberkulosens herjinger 1850-1950, er det kanskje nettopp dette. Sykdommen vekket samfunnet og den sosiale bevissthet.

Bla tilbake til figur 15.2. (s. 161) og se på systematikken for sykdomsoppfatning en gang til. På slutten av 1800-tallet skjedde det forskyvninger av hva som var viktigst for det som skjedde: *Opplevd sykelighet* ble tillagt større vekt. Man forsto i større grad enn før at folkehelsen egentlig er en *omformet sykelighet* som utvikler seg i retning av en *forvaltet sykelighet* – en folkehelse som var blitt slik samfunnet hadde latt den bli. Og mens tidligere *helsepersonellets* oppfatninger i større grad hadde vært utslagsgivende for offentlig politikk og forvaltning, kom nå *lekfolks* erfaringer,

kunnskaper, holdninger, verdier og meninger sterkere inn og fikk innflytelse på storsamfunnets prioriteringer.

Et annet syk-pike-bilde som også er blitt ikonisk, er Edvard Munchs (1863-1944) bilde av sin tuberkuløse, døende søster, sittende i sin stol i Fossveien 7 i Kristiania, figur 18.4. Motivet finnes i mange versjoner. Det avbildede maleriet er fra 1885-1886 og er således presentert fem år senere enn Krohgs syke pike. En fortolkning av Munchs "Det syke barn" er at sykdommens sosiale og emosjonelle side var blitt enda tydeligere – tuberkulosens virkning på familien, miljøet, og på de pårørendes bunnløse fortvilelse.

Tuberkulosens inntreden i kulturen hadde en åpenbar positiv side. Sykdommen kom i offentlighetens synsfelt på en ny måte. Vi har sett hvordan dette bidro til forståelsen for de sykes situasjon, til medfølelse og til samfunnets ansvarsfølelse overfor dem. Det kan imidlertid også være en negativ side ved dette. Sammenholdt med stigma og tabu som omga tuberkulosen, blant annet sammenhengen med fattigdom og nød, kan romantiserte kunstneriske framstillinger også bidra til ytterligere stigmatisering – de tuberkuløse blir *de andre*. De er en gruppe vi ikke vil tilhøre – det motsatte av empati og ivaretaking.

*Trøst og angst*

Skillingsvisen om piken "i en sal på hospitalet" ble sunget til trøst og til påminnelse som livets forgjengelighet og medisinens avmakt. Dikteren Herman Wildenvey (1885-1959) tok opp samme tema i sangen *Eventyr til Ellen* (1907). Til melodi av Eyvind Alnæs (1872-1932) er denne blitt en klassiker. Også denne visen er sentimental og i tidens stil. Den har syv vers. Det første og det siste verset lyder slik:

Du kjære, lille pike, som ligger og skal dø,
la mig digte dig et eventyr, - det sidste.
Du skal snart faa sejle, sejle paa en stor og ukjendt sjø.
Og din baat skal bli din blomsterhvite kiste.

…..

Og i himlen, hist i himlen skal din barndom aldrig dø,
og eventyret der, det blir ingen gang det sidste.
Men det ene, du kan huske fra dit jordlivs lille sjø,
Er vel angsten for den blomsterhvite kiste.

Det er to budskap som kommer fram i Wildenveys vers. Det ene går på *religionens og gudstroens betydning* for tilpasning og akseptering av en medisinsk sett håpløs helsesituasjon. Dette er sannsynligvis en generelt sett undervurdert faktor i vurderingen av hvordan fortidens folkehelse ble mestret.

Det andre poenget går fram av siste linje i siste vers: Wildenvey peker på en egen virkning som en sykdom som tuberkulose innebærer. Denne effekten er der, enten man er rammet av sykdommen eller ikke. Siste verselinje peker på en stor og uklart avgrenset sirkel som ligger utenfor den ytterste i "sykelighetsløken" i figur 15.1., utenfor ringen som betegner sykdomsfølelse.

Det er *angsten.*

## Noter

[i] Skillingsvisen er muligens skrevet av den legendariske overlege i Namsos Nicolay Batt (1865-1932), men den forekommer også i Danmark og Sverige.

[ii] Larsen Ø. Ein Fall von Tuberkulose aus Nordnorwegen in der Merowingerzeit. *Medizinhistorisches Journal* 1973; 8: 77-88.

[iii]Smith FB. *The retreat of tuberculosis 1850-1950.* London/New York/Sydney: Croom Helm, 1988.

[iv] Liestøl K, Tretli S, Tverdal Aa, Mæhlen J. Hvem fikk tuberkulose – og var de generelt skrøpelige? S. 120-134 i: Bore RR. red. *På liv og død – Helsestatistikk i 150 år.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2007.

[v] Bore RR. *På liv og død: Helsestatistikk i 150 år.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007.

[vi] Ofte er sosiale situasjoner vel så godt beskrevet i skjønnlitteraturen som i fagbøkene, Forfatteren Dag Skogheim (1928-2015), selv tuberkulosepasient, har skrevet flere bøker om tuberkulose og tuberkuloseomsorg i Norge. Les f. eks. boka Skogheim D. *Tæring.* Oslo: Tiden norsk forlag, 1988.

[vii] Larsen IF. Bildekunst – nyttig for leger og legestudenter? *Michael* 2009; 6: 460-468.

**Kapittel 19**

## Tuberkulosen og årsakstenkningen

*Det tok flere tiår, også internasjonalt, fra man hadde begynt å skjønne betydningen av spesifikt smittestoff, dvs. av et levende contagion for overføringen av smittsomme sykdommer. Parallelt med dette hadde man en samfunnsmedisinsk tenkning som la vekt på forebyggende, hygieniske tiltak. Forståelsen av årsakssammenhenger og samvariasjon later til å ha vært lite utviklet, og det kan være en forklaring på langsomheten. Her var det en interessant langsom forandring i gang. Da tuberkulosen slo til som samfunnsproblem fra 1850 og utover, ble årsakstenkningen utfordret, fordi den hadde konsekvenser for hvordan mottiltakene skulle være. I Norge spisset diskusjonen seg til i 1880-årene, spesielt da den såkalte Tuberkuloseplakaten fra 1889 skulle utarbeides og tuberkuloseloven av 1900 ble forberedt.*

Det var i 1880-årene at tuberkulosen for alvor kom fram i lyset og man fikk et bilde av dette helseproblemets omfang. Robert Koch hadde beskrevet tuberkulosebakterien i 1882, så man visste medisinsk sett hva som var årsaken. Det var nå gått ca 40 år fra man hadde begynt å drøfte spesifikke smittestoff ved overførbare sykdommer i 1840-årene. En ny generasjon hadde meldt seg på i debatten. Den var slett ikke var over, på tross av Kochs oppdagelse, Dette har sannsynligvis med utviklingsnivået for tidens årsakstenkning å gjøre. Det er en tidslinje her. Den går fra 1700-tallets empiriske observasjoner for å *underbygge* oppsatte årsaksteorier, via den medisinske geografi og statistikks tallfesting av sammenhenger, til bruk av empiriske data for å *utvikle* årsaksteorier.

### *Årsak – en intellektuell utfordring*

De epidemiologiske observasjonene på 1800-tallet ga ny kunnskap om *samvariasjon.* Det man ikke var så god til, var å vurdere *årsakssammenhenger.* Eksempel: Ved skabb, utslettet med eksemaktige hudforandringer mellom fingrene - der man kunne se levende skabbmidder selv uten å ha avansert utstyr – kom middene *fordi* det var eksem, eller var eksemet *forårsaket* av middene? Cellularpatologien som hadde mikroskopet som verktøy, aksentuerte årsak-virkning-problemet. Når man så noe atypisk, var dette årsak eller virkning? Og er det slik at en sykdom bare har én årsak, eller kan det være flere? Når enkelte sykdommer var ledsaget av fattigdom og nød, hvilken rolle spilte dette som årsak?

Anatomen Jakob Henle (1809-1885), kjent for flere anatomiske oppdagelser ved hjelp av mikroskopet, ga ut en omfattende bok i 1840 der han drøftet miasmer versus contagier.[i] Han mente at hvis man så små, levende organismer som kunne være sykdomsårsak, måtte de isoleres og studeres nærmere. Mwen likevel - et omforent system for å vurdere årsak og virkning i de etter hvert mange mikrobiologiske studiene, lot vente på seg.

Louis Pasteur (1822-1895) arbeidet i Paris fra 1850-årene med vinprodusentenes store problem – uønsket fermentering. Han viste at en kort oppvarming av vinen - "pasteurisering" - drepte fermentene og gjorde vinen holdbar. Det var i seg selv en indikasjon på en kausal sammenheng mellom tiltak og virkning. Pasteur isolerte dessuten smittestoff ved hønsekolera og miltbrann og framstilte vaksiner. At de virket, var også bevis på årsakssammenheng.

Robert Koch (1842-1910) ansees som medisinsk mikrobiologis grunnlegger, blant annet fordi han i 1883 sammen med sin yngre medarbeider Friedrich Löffler (1852-1915) satte opp kriterier som måtte oppfylles for at man skulle kunne konstatere en årsak-virkning-sammenheng ved smitte. Dette var de såkalte Kochs postulater.[ii] Disse kriteriene ble noe modifisert og forekom i noe forskjellige former etter hvert[iii], men de gjennomgående poengene de tilsier er at:

(1) Mikroorganismen skal kunne isoleres og dyrkes i kultur fra alle med sykdommen.

(2) Mikroorganismen må ikke forekomme ved andre sykdommer.

(3) Den isolerte mikroorganismen må kunne framkalle sykdommen hos forsøksdyr og mikroorganismene må gjenfinnes der.

(4) Mikroorganismen skal fortsatt kunne gi sykdom etter å ha vært dyrket gjennom flere generasjoner.

Dette hjalp for studiene av smittsomme sykdommer. Nå fikk man klare krav til når koplingen mellom et mikrobiologisk funn og en sykdom var en *årsakssammenheng.* Flere og flere av folkesykdommene fikk nå sine årsaker klarlagt, noe som ganske snart fikk betydning for forebyggende tiltak og for spesifikk behandling. Det ble også ryddet opp i nomenklaturen.

Postulatenes krav skapte også metodeproblemer: Dyrking kunne være vanskelig, slik som ved lepra. At mikroorganismen ikke skal kunne gjenfinnes ved andre sykdommer, kan også være problematisk, for folk kan ha flere sykdommer samtidig. En symptombasert diagnose som dekket en kombinasjon av sykdommer med ulike årsaker, var lite egnet for drøftinger av en mulig felles årsak. Likevel så

man epidemiologisk opphopning også for sykdommer som åpenbart hadde andre årsaksmekanismer. Hvordan ble disse sykdommene spredt? Diskusjonene fortsatte.

*Samvariasjon uten årsakssammenheng* kunne forekomme, så her var det viktig å holde hodet klart. I historien treffer vi på dette problemet i tiltakende grad når vi studerer folkehelse og levekår i Norge på 1800-tallet. Samfunnet blir tiltakende komplisert. Folkehelsen hang sammen med en rekke faktorer, det var tydelig å se. Men hva var årsak, hva var virkning og hva var samvariasjon mellom uavhengige fenomener? Utviklingen og akademiseringen av årsakstenkningen kom egentlig først med det oppsvinget innenfor epidemiologien som skjedde langt inn i vår tid.[iv]

For lungetuberkulosens vedkommende var situasjonen den at den franske legen René Laënnec (1781-1826) allerede i 1816 hadde lansert *stetoskopet,* instrumentet som tillot den trenede lege å lokalisere og identifisere lungeforandringene ganske presist ved å lytte til lungelydene. Robert Kochs påvisning av tuberkelbasiller i de tuberkuløse kavernene i lungene kan sees som en videreføring av eksisterende diagnostikk. Samfunnsmedisinsk sett innsnevret dette årsakstenkningen vedrørende lungetuberkulose.

*Behandling versus forebygging, individrettet versus gruppetiltak?*

Dokumentasjon av norsk medisinsk tenkning i 1800-årene finnes især i legetidsskriftene. Først var det *Eyr* (1826-1837), deretter *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* fra 1840. Historikeren, professor Ole Georg Moseng (f. 1958) har gått gjennom årgangene av *Magazinet* for 1840-1900 og studert diskusjonene omkring tuberkulose og årsakene til sykdommen, slik de forekommer der. *Magazinet* var gitt ut av Det norske medicinske Selskab i Christiania, og inneholdt i tillegg til artiklene referater fra medlemsmøtene, der førende personer i norsk medisin møttes.

I sin artikkel *Kampen mot bekjempelsen* har Moseng oppsummert interessante trekk ved argumentasjonen for og mot en behandlings- og forebyggingsstrategi.[v] Han trekker opp de lange linjer fram mot en forståelse av at tuberkulosen måtte håndteres som et samfunnsproblem som fordret restriktive tiltak på samfunnsnivå. Slik ble det da også, sementert gjennom tuberkuloseloven av 1900 som legitimerte grupperettede tiltak av betydelig omfang.

Stoffet i *Magazinet* viser at det var en oppsiktsvekkende konservatisme innen norsk medisin helt til tuberkuloseloven var klar. Selv om tuberkulose må ansees som en diagnostisk enhet først fra Kochs oppdagelse i 1882, hadde *Magazinet* artikler om tæring, skrofulose og andre tilstander som vi i ettertid vil regne som tuberkulose. Det viser at gamle oppfatninger levde sine liv i det norske medisinske miljøet, tross framskrittene. *Miasmene* var ikke døde, selv da Koch hadde fått

gjennomslag for *contagion. Sykdomsoppfatningen* er en nøkkel til forståelsen av veien videre, i tillegg til *årsakstenkningen.*

Oppfatninger om arvelighet og om at tuberkulose var endemisk, altså blant sykdommer som bare var til stede hele tiden, gikk igjen også helt på slutten av århundret.

Mosengs artikkel og hans bakgrunnsstoff, innleggene i *Magazinet,* forteller hvem som mente hva. Det er f. eks. interessant at den aldrende hygieneprofessor Ernst Ferdinand Lochmann var meget skeptisk til den bakteriologiske tilnærmingen som ville kunne være basis for inngripende tiltak på samfunnsnivå.

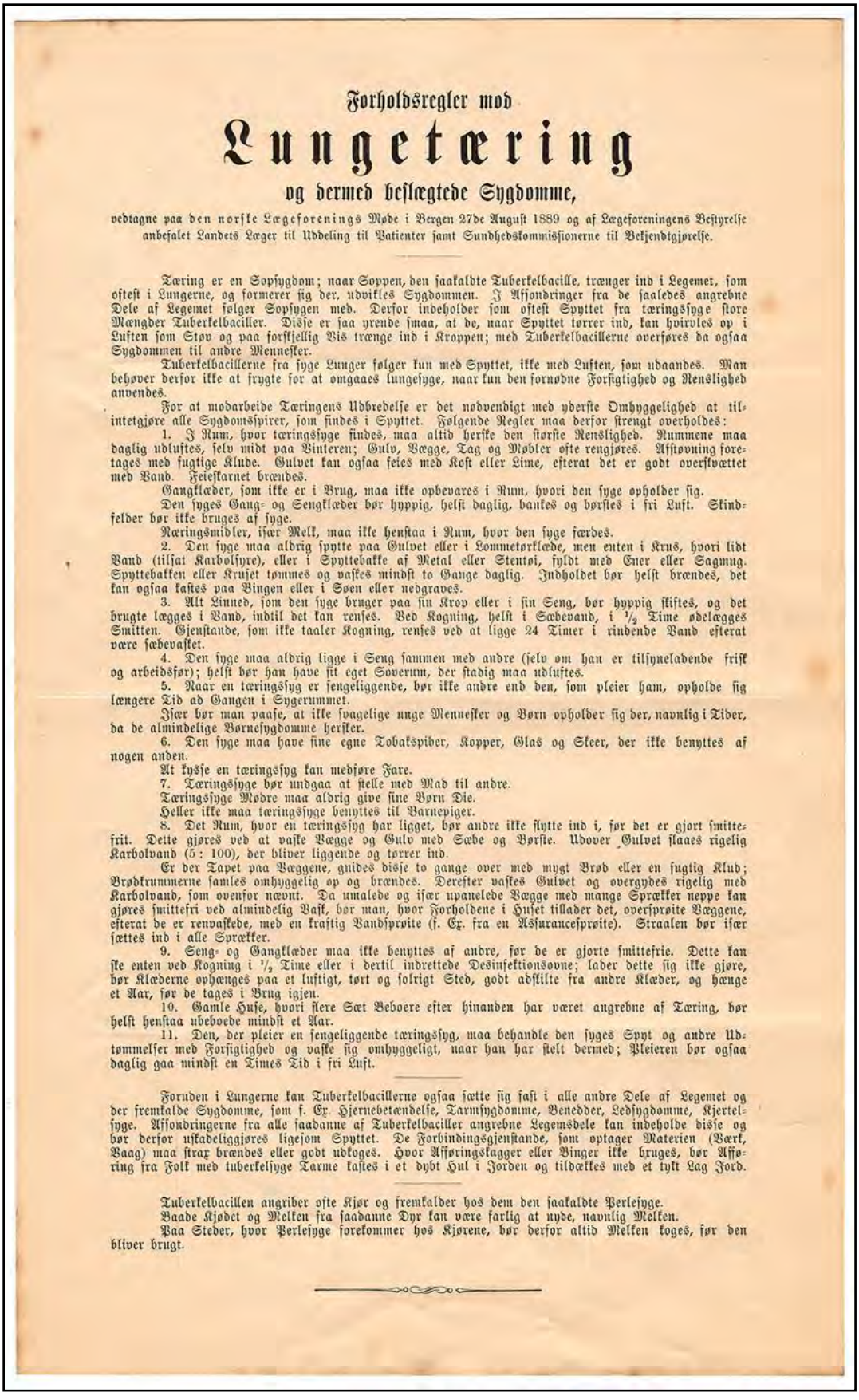
*Sykdom i tilbakegang og mottiltak i vekst*

Bergenslegen Klaus Hanssen (1844-1914), Gerhard Henrik Armauer Hansens bror, hadde utredningsoppdrag i forbindelse med offentlige tiltak mot tuberkulose. Det var dette som var blitt inngående drøftet i Det norske medicinske Selskab i Christiania. Legene, blant annet gjennom Den norske Lægeforening som var stiftet i 1886, hadde engasjert seg. Lægeforeningen sto blant annet bak distribusjonen av en plakat om *Forholdsregler mod Lungetæring* i 1889, se figur 19.12 og 19.13.

Et av problemene med tuberkulosearbeidet i 1880-årene var altså at den gamle smittedebatten ikke var over. I likhet med for spedalskhet var det ulike synspunkter på om sykdommen var arvelig, eller om den skyldtes et spesifikt smittestoff, i dette tilfelle tuberkelbasillen som Koch hadde beskrevet i 1882. Disse diskusjonene var ikke bare av teoretisk interesse. De hadde ulike konsekvenser for håndteringen av problemet. Hvis sykdommen var *smittsom,* kunne dette legitimere inngripende forebyggende tiltak i samfunnet, og overfor de smittede begrunne restriktive tiltak og tvang, slik som for spedalskhet. Hvis sykdommen var *arvelig,* var det rimelig å sette individets frihet høyest. Saken hadde med andre ord også politiske overtoner.

Ved Legeforeningens møte i Bergen i 1889 la legene Klaus Hanssen, patologen og indremedisineren Fredrik Georg Gade (1855-1933) og Legeforeningens medstifter og lege på Kongsvinger Hans Lemmich Juell (1839-1899) fram et forslag til en tuberkuloseplakat. De skar gjennom diskusjonene, krevde praktisk handling og plakaten ble enstemmig vedtatt, se figur 19.1. og 19.2. Den ble distribuert i 10 000 eksemplarer og sendt ut via justisdepartementet til sunnhetskommisjoner m.v. over hele landet for opphenging på offentlige steder.

Hvis vi følger vår systematikk, er teksten i tuberkuloseplakaten et uttrykk for *helsepersonellets sykdomsoppfatning,* altså "skiven" for dette på figur 15.2.



Forholdsregler mod

# Lungetæring

## og dermed beslægtede Sygdomme,

vedtagne paa den norske Lægeforenings Møde i Bergen 27de August 1889 og af Lægeforeningens Bestyrelse anbefalet Landets Læger til Uddeling til Patienter samt Sundhedskommissionerne til Bekjendtgjørelse.

Tæring er en Sopsygdom; naar Soppen, den saakaldte Tuberkelbacille, trænger ind i Legemet, som oftest i Lungerne, og formerer sig der, udvikles Sygdommen. I Afsondringer fra de saaledes angrebne Dele af Legemet følger Sopsygen med. Derfor indeholder som oftest Spyttet fra tæringssyge store Mængder Tuberkelbaciller. Disse er saa yrende smaa, at de, naar Spyttet tørrer ind, kan hvirvles op i Luften som Støv og paa forskjellig Vis trænge ind i Kroppen; med Tuberkelbacillerne overføres da ogsaa Sygdommen til andre Mennesker.

Tuberkelbacillerne fra syge Lunger følger kun med Spyttet, ikke med Luften, som udaandes. Man behøver derfor ikke at frygte for at omgaaes lungesyge, naar kun den fornødne Forsigtighed og Renslighed anvendes.

For at modarbeide Tæringens Udbredelse er det nødvendigt med yderste Omhyggelighed at tilintetgjøre alle Sygdomskimer, som findes i Spyttet. Følgende Regler maa derfor strengt overholdes:

1. I Rum, hvor tæringssyge findes, maa altid herske den største Renslighed. Rummene maa daglig udluftes, selv midt paa Vinteren; Gulv, Vægge, Tag og Møbler ofte rengjøres. Afstøvning foretages med fugtige Klude. Gulvet kan ogsaa feies med Kost eller Lime, efterat det er godt overskvættet med Vand. Feieskarnet brændes.

Gangklæder, som ikke er i Brug, maa ikke opbevares i Rum, hvori den syge opholder sig.

Den syges Gang- og Sengklæder bør hyppig, helst daglig, bankes og børstes i fri Luft. Skindfelder bør ikke bruges af syge.

Næringsmidler, især Melk, maa ikke henstaa i Rum, hvor den syge færdes.

2. Den syge maa aldrig spytte paa Gulvet eller i Lommetørklæde, men enten i Krus, hvori lidt Vand (tilsat Karbolsyre), eller i Spyttebakke af Metal eller Stentøi, fyldt med Eter eller Sagmug. Spyttebakken eller Kruset tømmes og vaskes mindst to Gange daglig. Indholdet bør helst brændes, det kan ogsaa kastes paa Bingen eller i Søen eller nedgraves.

3. Alt Linned, som den syge bruger paa sin Krop eller i sin Seng, bør hyppig skiftes, og det brugte lægges i Vand, indtil det kan renses. Ved Kogning, helst i Sæbevand, i ½ Time ødelægges Smitten. Gjenstande, som ikke taaler Kogning, renses ved at ligge 24 Timer i rindende Vand efterat være sæbevasket.

4. Den syge maa aldrig ligge i Seng sammen med andre (selv om han er tilsyneladende frisk og arbeidsfør); helst bør han have sit eget Soverum, der stadig maa udluftes.

5. Naar en tæringssyg er sengeliggende, bør ikke andre end den, som pleier ham, opholde sig længere Tid ad Gangen i Sygerummet.

Især bør man paase, at ikke svagelige unge Mennesker og Børn opholder sig der, navnlig i Tider, da de almindelige Børnesygdomme herster.

6. Den syge maa have sine egne Tobakspiber, Kopper, Glas og Skeer, der ikke benyttes af nogen anden.

At kysse en tæringssyg kan medføre Fare.

7. Tæringssyge bør undgaa at stelle med Mad til andre.

Tæringssyge Mødre maa aldrig give sine Børn Die.

Heller ikke maa tæringssyge benyttes til Barnepiger.

8. Det Rum, hvor en tæringssyg har ligget, bør andre ikke flytte ind i, før det er gjort smittefrit. Dette gjøres ved at vaske Vægge og Gulv med Sæbe og Børste. Udover Gulvet slaaes rigelig Karbolvand (5 : 100), der bliver liggende og tørrer ind.

Er der Tapet paa Væggene, gnides disse to gange over med mygt Brød eller en fugtig Klud; Brødkrummerne samles omhyggelig op og brændes. Derefter vaskes Gulvet og overgydes rigelig med Karbolvand, som ovenfor nævnt. Da umalede og især upanelede Vægge med mange Sprækker neppe kan gjøres smittefri ved almindelig Vask, bør man, hvor Forholdene i Huset tillader det, overspröite Væggene, efterat de er renvaskede, med en kraftig Vandspröite (f. Ex. fra en Assurancespröite). Straalen bør især sættes ind i alle Sprækker.

9. Seng- og Gangklæder maa ikke benyttes af andre, før de er gjorte smittefrie. Dette kan ske enten ved Kogning i ½ Time eller i dertil indrettede Desinfektionsovne; lader dette sig ikke gjøre, bør Klæderne ophænges paa et luftigt, tørt og solrigt Sted, godt adskilte fra andre Klæder, og hænge et Aar, før de tages i Brug igjen.

10. Gamle Huse, hvori flere Sæt Beboere efter hinanden har været angrebne af Tæring, bør helst henstaa ubeboede mindst et Aar.

11. Den, der pleier en sengeliggende tæringssyg, maa behandle den syges Spyt og andre Udtømmelser med Forsigtighed og vaske sig omhyggeligt, naar han har stelt dermed; Pleieren bør ogsaa daglig gaa mindst en Times Tid i fri Luft.

Foruden i Lungerne kan Tuberkelbacillerne ogsaa sætte sig fast i alle andre Dele af Legemet og der fremkalde Sygdomme, som f. Ex. Hjernebetændelse, Tarmsygdomme, Benedder, Ledsygdomme, Kjertelsyge. Afsondringerne fra alle saadanne af Tuberkelbaciller angrebne Legemsdele kan indeholde disse og bør derfor uskadeliggjøres ligesom Spyttet. De Forbindingsgjenstande, som optager Materien (Værk, Vaag) maa strax brændes eller godt udkoges. Hvor Afføringskagger eller Binger ikke bruges, bør Afføring fra Folk med tuberkelsyge Tarme kastes i et dybt Hul i Jorden og tildækkes med et tykt Lag Jord.

Tuberkelbacillen angriber ofte Kjør og fremkalder hos dem den saakaldte Perlesyge.

Baade Kjødet og Melken fra saadanne Dyr kan være farlig at nyde, navnlig Melken.

Paa Steder, hvor Perlesyge forekommer hos Kjørene, bør derfor altid Melken koges, før den bliver brugt.

*Figur 19.1. Tuberkuloseplakaten 1889.*

*Forholdsregler mod*

# *Lungetæring*

*og dermed beslægtede Sygdomme*

*vedtagne paa den norske Lægeforenings Møde i Bergen 27de August 1889 og af Lægeforeningens Bestyrelse anbefalet Landets Læger til Uddeling til Patienter samt Sundhedskommisjonerne til Bekjendtgjørelse.*

*Tæring er en Sopsygdom; naar Soppen, den saakaldte Tuberkelbacille, trenger ind i Legemet, som oftest i Lungerne, og formerer sig der, udvikles Sygdommen. I Afsondringer fra de saaledes angrebne Dele av Legemet følger Sopsygen med. Derfor inbeholder som oftest Spyttet fra tæringssyge store Mængder Tuberkelbaciller. Disse er saa yrende smaa, at de, naar Spyttet tørrer ind, kan hvirvles op i Luften som Støv og paa forskjellig Vis trænge ind i Kroppen; med Tuberkelbacillerne overføres da ogsaa Sygdommen til andre Mennesker.*

*Tuberkelbacillerne fra syge Lunger følger kun med Spyttet, ikke med Luften, som Udaandes. Man behøver derfor ikke at frygte for at omgaaes lungesyge, naar kun den fornødne Forsigtighed og Renslighed anvendes.*

*For at modarbeide Tæringens Udberedelse er det nødvendigt med yderste Omhyggelighed at tilintetgjøre alle Sygdomsspirer, som findes i Spyttet. Følgende Regler maa derfor strengt overholdes:*

*1. I Rum, hvor tæringssyge findes, maa altid herske den største Renslighed. Rummene maa daglig udluftes, selv midt paa Vinteren; Gulv, Vægge, Tag og Møbler ofte rengjøres. Afstøvning foretages med fugtige Klude. Gulvet kan ogsaa feies med Kost eller Lime efter at det er godt overskvættet med Vand. Feieskarnet brændes.*

*Gangklæder, som ikke er i brug, maa ikke opbevares i Rum, hvori den syge opholder sig.*

*Den syges Gang- og Sengklæder bør hyppig, helst daglig, bankes og børstes i fri Luft. Skindfelder bør ikke brukes af syge.*

*Næringsmidler, især Melk, maa ikke henstaa i Rum, hvor den syge færdes.*

*2. Den syge maa aldrig spytte på Gulvet eller i Lommetørklæde, men enten i Krus, hvori lidt Vand (tilsat Karbolsyre), eller i Spyttebakke af Metal eller Stentøi, fylt med Ener eller Sagmug. Spyttebakken eller Kruset tømmes og vaskes mindst to Gange daglig. Indholdet bør helst brændes, det kan ogsaa kastes på Bingen eller i Søen eller nedgraves.*

*3. Alt Linned, som den syge bruger paa sin Krop eller i sin Seng, bør hyppig skiftes, og det brugte lægges i Vand, indtil det kan renses. Ved Kogning, helst i Sæbevand, i ½ Time ødelægges Smitten. Gjenstande, som ikke taaler Kogning, renses ved at ligge 24 Timer i rindende Vand efterat være sæbevasket.*

*4. Den syge maa aldrig ligge i Seng sammen med andre (selv om han er tilsyneladende frisk og arbeidsfør); helst bør hanhave sit eget Soverum, der stadig maa udluftes.*

*5. Naar en tæringssyg er sengeliggende, bør ikke andre end den, som pleier ham, opholde sig længre Tid ad Gangen i Sygerummet.*

*Her bør man paase, at ikke svagelige unge Mennesker og Børn opholder sig der, navnlig i Tider da de almindelige Børnesygdomme hersker.*

*6. Den syge maa have sine egne Tobakspiber, Kopper, Glas og Skeer, der ikke benyttes af nogen anden.*

*At kysse en tæringssyg kan medføre Fare.*

*7. Tæringssyge bør undgaa at stelle med Mad til andre.*

*Tæringssyge Mødre maa aldrig give sine Børn Die.*

*Heller ikke maa tæringssyge benyttes til Børnepiger.*

*8. Det Rum, hvor en tæringssyg har ligget, bør andre ikke flytte ind i, før det er gjort smittefrit. Dette gjøres ved at vaske Vægge og Gulv med Sæbe og Børste. Udover Gulvet slaaes rigelig Karbolvand (5:100), der blir liggende og tørrer ind.*

*Er der Tapet på Væggerne, gnides disse to ganger over med mykt Brød eller en fugtig Klud; Brødkrummerne samles omhyggelig op og brændes. Derefter vaskes Gulvet og overgydes rigelig med Karbolvand, som ovenfor nævnt. Da umalede og især upanelede Vægge med mange sprekker neppe kan gjøre smittefri ved alminnelig Vask, bør man, hvor hvor Forholdene i Huset tillader det, oversprøite Væggene, efterat de er renvaskede, med en kraftig Vandsprøite (f. Ex. fra en Assurancesprøite). Straalen bør især sættes ind i alle Sprækker.*

*9. Seng- og Ganglæder maa ikke benyttes aaf andre, før de er gjorte smittefrie. Dette kan ske enten ved Kogning i ½ Time eller i dertil indrettede Desinfeksjonovne; lader dette sig ikke gjøre, bør Klæderne ophænges paa et luftig, tørt og solrigt Sted, godt adskilte fra andre Klæder, og hænge et Aar, før de tages i Brug igjen.*

*10. Gamle Huse, hvori flere Sæt Beboere efter hinanden har været angrebne af Tæring, bør helt henstaa ubeboede mindst et Aar.*

*11. Den, der pleier en sengeliggende tæringssyg, maa behandle den syges Spyt og andre Udtømmelser med Forsigtighed og vaske sig omhyggeligt, naar han har stelt hermed; Pleieren bør ogsaa daglig gaa mindst en Times Tid i fri Luft.*

---

*Foruden i Lungerne kan Tuberkelbacillerne ogsaa sætte sig fast i alle andre Dele af Legemet og der fremkalde Sygdomme, som f. Ex. Hjernebetændelse, Tarmsygdomme, Benedder, Ledsygdomme, Kjertelsyge. Afsondringene fra alle saadanne af Tuberkelbaciller angrebne Legemsdele kan indeholde disse og bør derfor uskadeliggjøres ligesom Spyttet. De Forbindingsgjenstande, som optager Materien (Værk, Vaag) maa strax brændes eller godt udkoges. Hvor Afføringskagger eller Binger ikke brukes, bør Afføring fra Folk med tuberkelsyge Tarme kastes i et dybt Hul i Jorden og tildækkes med et tykt Lag Jord.*

---

*Tuberkelbacillen angriber ofte Kjør og fremkalder hos dem den saakaldte Perlesyge.*

*Baade Kjødet og Melken fra saadanne Dyr kan være farlig at nyde, navnlig Melken.*

*Paa Steder, hvor Perlesyge forekommer hos Kjørne, bør derfor altid Melken koges, før den bliver brugt.*

*Figur 19.2. Tuberkuloseplakaten av 1889 i transkripsjon*

### *Tuberkuloseplakaten av 1889*

Plakaten inneholder i konsentrert form hva tuberkulose er og hvordan den skal forebygges. Dels er den meget detaljert. *Spytt* er i teksten angitt som den største smittesprederen. Skikken å spytte var utbredt og i seg selv et hygienisk og estetisk onde, men for spredning av tuberkuløse var spytt den store faren. Spytt som tørker inn, kan gi et smittefarlig støv som må bekjempes med alle midler, leser vi. De hygieniske råd om renhold er meget drastiske. Essensen av plakatens 11 punkter er da også egentlig bare bekjempelse av spytt og støv fra spytt. Dessuten: ”At kysse en tæringssyg kan medføre Fare”, heter det lakonisk.

Nest nederste avsnitt på plakaten handler ikke om lungetæring, men forteller noe annet viktig: Tuberkulose kan også forekomme i andre organer, bein, ledd, tarm osv., der det også kan spres smitte, slik at tilsvarende hygieniske tiltak er nødvendige også ved disse tuberkuloseformene.

Siste avsnitt påpeker at dyr kan ha tuberkulose, for eksempel kuer, slik at melk fra steder hvor dette er aktuelt, må kokes.

Det var denne plakaten som ble videreført få år seinere i form av *Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme* av 8. mai 1900. Nå var plakatens råd blitt lovhjemlet. Det var mange tvangstiltak som nå var blitt mulige og pålagt – meldeplikt, tvangsinnleggelse og mye annet. Individuell, smittsom sykdom var blitt et offentlig anliggende som loven skulle verge samfunnet mot. Dette var politisk radikalt i et liberalt samfunn og det dannet mønster for senere smittevernlovgivning, også i utlandet. Medisinhistorisk var tuberkulose blitt *forvaltet sykelighet*.

I tuberkulosehistoriens lys trer analogien med *koleraplakaten* av 1848 fram, se figur 12.2. og 12.3. Det er interessant å se at mens koleraplakaten fra førti år tidligere nesten utelukkende handlet om dem som *var blitt syke*, var tuberkuloseplakaten konsentrert om å *forebygge* at folk skulle bli syke.

En tross alt positiv side ved tuberkulosen var at sykdommen knesatte *hygienisk atferd* i befolkningen. Dette var bra for det meste av dagliglivet. Tuberkulosefaren ble brukt for hva den var verdt for å fremme orden og renslighet. Barnesangene til distriktslegedatteren og lærerinnen Margrethe Munthe (1860-1931) har oppdratt generasjoner av barn: "Hånden den er ganske ren, ansiktet som solen…".

Spyttebakkene forsvant og spytting ble *ut.* [vi]

Lovgivningen ga tuberkulosen en spesiell status, der det var en blanding av omsorg og kontroll. Dette var nok medisinsk bra, men det var en god del sosiale bivirkninger. Omsorgen skapte og vedlikeholdt stigma. F. eks. ga de mange lokale tuberkulosehjemmene tilhørighet og *inklusjon* for pasientene i det samfunnet hvor de hørte hjemme. På den annen side var det også et sterkt element av *eksklusjon* – de syke var på en måte utstøtt og ventet bare på å dø. De store sanatoriene kunne i denne henseende være enda verre enn lokalsamfunnenes tuberkulosehjem.

Tuberkulosen knesatte imidlertid *fellesskapstenkning* innenfor medisin og helsetjeneste. Det var viktig for utviklingen videre.

## Noter

[i] Henle J. *Von den Miasmen und Contagien und von den miasmatisch-contagiösen Krankheiten*. Berlin: Hirschwald, 1840.

[ii] For en oppdatert oversikt over dette vanskelige feltet anbefales Gradmann C. *Laboratory disease – Robert Koch's medical bacteriology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.

[iii] I artikkelen Gradmann C. "Common sense, proper training and sound reasoning" – Koch's postulates and 20th century medicine. *Michael* 2008; 5: 217-228. Her sier Gradmann:*"... it is not surprising that references to Koch's postulates in the 20th century usually refer to the spirit rather than the literal meaning of the postulates."*

[iv] Den britiske statistikeren og epidemiologen Sir Austin Bradford Hill (1897-1991) lanserte i 1965 et nytt sett med kriterier for medisinske årsakssammenhenger i sin alminnelighet, ikke bare for infeksjonssykdommer. Hill AB. (1965). The Environment and Disease: Association or Causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* , 1965: 58 (5): 295–300. doi:10.1177/003591576505800503. PMC 1898525.
En sentral forfatter på dette området er ellers Boston-epidemiologen Kenneth J. Rothman (f. 1945). Se f. eks. Rothman KJ. Causes. *American Journal of Epidemiology* 1976; 4: 587-592.

[v] Moseng OG. Tuberkulose: Kampen mot bekjempelsen. *Heimen,* 2019; 56: 39-53.

**Kapittel 20**

## 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 medisinens 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 sykelighet* 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 klassedelte 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.

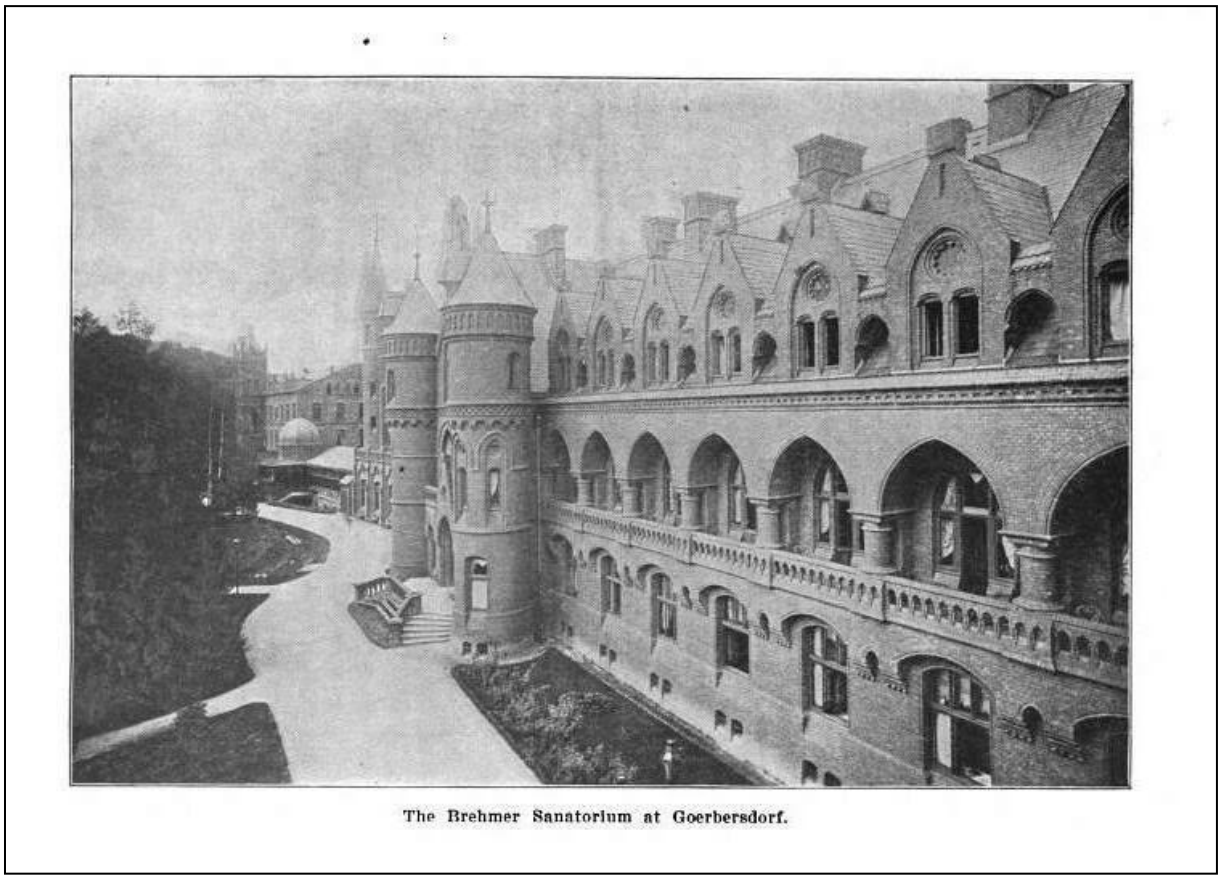
*Tuberkulosesanatoriene – en kultur for seg selv*

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 utskeielser. 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.

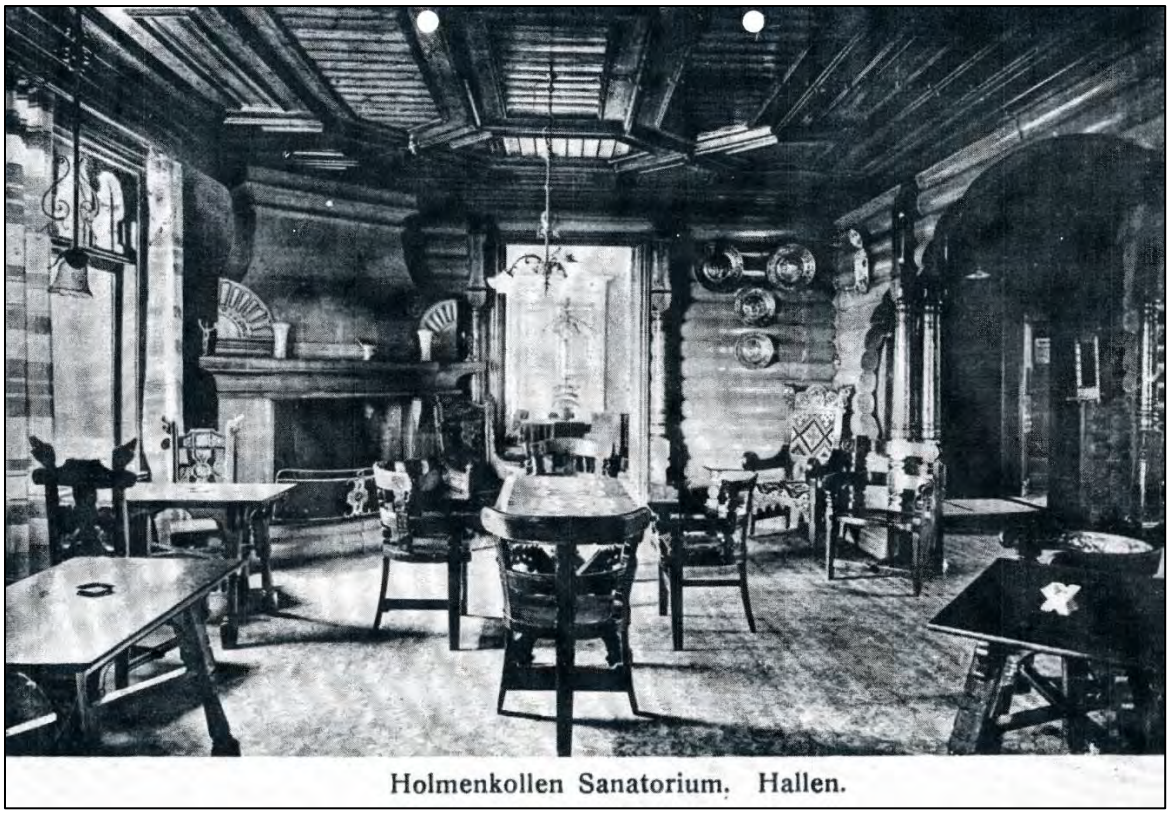
Etter hvert kom det flere og flere slike sanatorier for tuberkuløse i europeiske fjell- og skogstrakter. Det ble en egen sanatoriekultur, der man i og for seg kunne leve godt og med stil, men med sykdommens damoklessverd over seg hele tiden. Alvoret kunne ikke romantiseres bort, verken av dem som levde 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 1924[iii] 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 kolonimaktenes hjemland. Dette gjelder også tuberkulose[v].


The Brehmer Sanatorium at Goerbersdorf.

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




*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. **F**or en stor del av tidens klassedelte 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 bekledde 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. Strenge 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 legevirksomhet 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 Harastølen er bygd på en fjellhylle 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 tuberkulosehospitaler. 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 fjellplatået, 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 Helserådet, 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 sykelighet* 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 langtrukken. Denne prosessen skremte også, fordi den bare gikk gradvis nedover, men uansett - *nedover*.

Virkningene av tuberkulosen kan ikke bare måles i høy sykelighet 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 tilgjengeluig. 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. *Revnatisme – gamle plager – ny viten.* Oslo: Tano, 1987.

[ii] Larsen Ø. ed. *The shaping of a profession.* Canton MA: Science Histoty 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 tuberkuløse 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.

**Kapittel 21**

## Forandringene i helsevesenet – en løypemelding for legene

*De langsomme forandringene innenfor norsk helsevesen ble særlig synlige i årene da den demografiske transisjonen tok fatt på avslutningsfasen og vi rundet århundreskiftet 1900. Norge hadde da et helsevesen som stort sett holdt samme standard som i andre europeiske land på samme tid, og nærmere skulle vi komme denne standarden ganske snart. Fram til rundt 1890 hadde helsevesenet vært nokså beskjedent, men nå begynte en ekspansiv utvikling. Sykehusbyggingen fra denne tiden står fortsatt som et synlig historisk bevis på hva som skjedde. Folkehelsen, forstått som samlet omfang og alvorlighetsgrad av uhelse i befolkningen, var også blitt bedre, til tross for at det ennå var betydelige problemer, f. eks. med tuberkulosen. Hvilken rolle hadde helsevesenet inntil da spilt for folkehelseutviklingen, i forhold til alle de andre faktorene som hadde formet det nye samfunnet? Det kan være av interesse å stoppe opp for å drøfte dette på et tidspunkt før de store terapeutiske triumfene meldte seg i medisinen og før samfunnsutviklingen var blitt for rask og komplisert. Viktige trekk ved balansen mellom forebyggende tiltak og individuell pasientbehandling kommer best fram da. I denne drøftingen bør man skille mellom effekten av helsetjenesten for den enkelte pasient og for helsetilstanden for de mange - folkehelsen.*

Hvis vi ser på utviklingen av helsevesenet som en pågående langsom forandring – fra å være et minimum først på 1800-tallet til å ha antatt store dimensjoner på 2000-tallet – hvordan lå det an i årene rundt 1900? Hadde dette vært et skirenn, hadde man spurt etter en *løypemelding*. Hvor langt var prosessen kommet?

Bla tilbake til kapittel 3 og se på figur 3.1. en gang til, diagrammet som viser rs befolkningsutviklingen i Norge i det lange perspektiv. Før den demografiske transisjonen i Norge var "i mål", hadde befolkningen ved hundreårsskiftet 1899/1900 lagt bak seg en helsemessig og samfunnsmessig modernisering som hadde begynt å gi seg synlige utslag i helsestatistikken – til tross for blant annet tuberkulosens herjinger. Hvilken rolle hadde den *utøvende* delen av norsk helsevesen hatt i forhold til andre faktorer fram til endringene fra rundt 1890? I forhold til endringene i materiell og sosial kontekst?

Helsevesenets oppgave er å fremme helse for enkeltindividene og å bidra til bedre folkehelse på samfunnsnivå. Dette ivaretas av personer med utdanningsmessig bakgrunn for dette og en posisjon for å utøve et helseyrke, dvs.

hvor de kan omsette sine helsefaglige kunnskaper i praksis. Sykehus og andre helseinstitusjoner kan sees som hjelpemidler i dette arbeidet. La oss se på de enkelte gruppene av medisinsk skolerte aktører innenfor den perioden da den demografiske transisjon pågikk, hvilket i hovedsak er 1800-tallet Lenge var personellgruppene i helsevesenet få, nemlig først de utdannede legene, deretter kom jordmoryrket og i siste del av århundret sykepleierne. Og først da kom utbyggingen av sykehus og institusjoner i stand for alvor. Utviklingen fram mot vår tids mange forskjellige helseyrker kom først i neste århundre.

*Legene*

I kapittel 8 så vi på hvordan medisin som universitetsfag vokste fram i Norge fra 1814. Det ble fra da av utdannet leger i Norge som var tilpasset de daværende norske behov. Legene som var yrkesaktive før utdanningen ved Det kongelige Frederiks universitet i Christiania var kommer i gang, hadde stort sett sin utdanning fra København. Det var ca. 100 leger da prosessen begynte først på 1800-tallet og ca 1200 da århundret var omme. Samtidig hadde riktignok befolkningen doblet seg fra ca. 1 million til 2 millioner, men likevel var økningen av legedekning betydelig.

Utdanningen var en kombinasjon av teori og praksis. Det nasjonale medisinstudiet måtte kvalifisere de ferdige kandidatene til å ta seg av helseproblemer de kunne møte ute blant folk – i det grisgrendte Norge. Disse helseproblemene kunne være mangfoldige og legene måtte i stor grad være forberedt på å arbeid selvstendig og stole på egne kunnskaper og ferdigheter.

Profesjonshistorisk kan vi si at legens rollebilde overfor omgivelsene har fire aspekter: Legen som livredder, legen som trøster og hjelper, legen som forvalter av helsehjelp og legen som samfunnsaktør.

Legens arbeidsoppgaver faller også i fire kategorier. Det består for det første, og tradisjonelt, i hovedsak å arbeide med pasienters helse (”serve the sick”). Dernest skal legen omsette medisinsk kunnskap slik agt det er til beste for samfunn og folkehelse (”serve the society”). Tredje oppgave er å samle erfaringer for å skaffe til veie ny kunnskap (”serve the science”).. Fjerde oppgave er mer prosaisk – legen må arbeide slik at han får et trygt utkomme for seg og familien. (”serve yourself”) [i]

Både rollebilder og oppgaver gjennomgikk langsomme historiske forandringer. Hva som var mest framtredende og hva som var viktigst, vekslet. Selv om legeoppgavene var varierte, er det likevel klart at en leges primæroppgave i befolkningens – og også i de fleste legers egne øyne, var *behandlingsfunksjonen.* Status og tillit i samfunnet var da i stor grad avhengig av den nytte befolkningen syntes de fikk gjennom legens hjelp. De var også gjerne forutsatt å skulle betale for denne hjelpen. Dette kunne, kanskje irrasjonelt, kurre overfor oppfatninger og idealer om

å hjelpe et medmenneske i nød. Følgene var at spesielt på 1800-tallet var det ikke alltid lett å slå seg gjennom med privat praksis rundt om i landet. Dette fikk innflytelse å på legeyrkets sosiale status.

Offentlige leger som tok seg av samfunnsmedisinske spørsmål hadde vi hatt siden tidlig 1600-tall med forskjellige stillingsbetegnelser, f. eks. landphysicus eller distriktslege. I 1836, med de erfaringer koleraen hadde gitt angående nødvendigheten av offentlige leger, ble distriktslegeordningen formalisert og definert, noe som ble ytterligere styrket gjennom sunnhetsloven av 1860. Med denne loven i ryggen var distriktslegene *ex officio* ledere for sunnhetskommisjonene, dvs. helserådene. De hadde derved et verktøy for gjennomføring av ofte upopulære tiltak. Fram til 1912 var distriktslegene *embetsmenn*, hvilket hjalp på respekten i samfunnet. Trass i det offentlige helsearbeidets viktighet, var det mye motvind for forebyggende medisin, i ethvert fall fram til slutten av 1800-tallet.[ii] De fleste distriktsleger hadde sykdomsbehandling som hovedgeskjeft og dette definerte også befolkningens syn på hva distriktslegerollen var. Mange dyktige og samfunnsengasjerte distriktsleger kunne bli samfunnsstøtter og få velfortjent anseelse for dette. Da var det imidlertid ofte innsats utenfor den egentlige legerollen som hadde gitt resultater – innsats i folkehelsens *kontekst*.

Vi har lagt merke til at vinklingen i legeutdanningen lenge var sterkt militærmedisinsk preget. Legerollen som handlekraftig livredder sto sterkt. Som vi allerede har beskrevet, var militærmedisinske legestillinger blant de få faste stillingene for leger, før sykehusmedisinen tok til å vokse i omfang ved slutten av århundret. Unntaket var især distriktslegestillingene, som i primsippet hadde en offentlig lønnet og offentlig hjemlet samfunnsmedisinsk komponent, i tillegg til at legen drev praksis for egen regning.

Det er påfallende lite historisk kildemateriale som kan grunnlag for å vurdere detaljene i hvordan den enkelte praktiserende leges arbeid artet seg i denne pionerperioden. Legegruppen var økende. De måtte finne en praksisform som lunne gi et egnet utkomme, samtidig som de måtte sørge for at de utførte medisinsk arbeid med den kvalitet som var forventet – av pasientene, av kollegene, av myndighetene og av dem selv. Det er åpenbart at de økonomiske forholdene var vanskelige for mange leger og la føringer for hvordan det måtte legge an arbeidet.

Vi må anta at de fleste av de praktiserende legene på 1800-tallet var rimelig faglig oppdaterte. Ved vurderingene av dette må vi huske at f. eks. den kirurgien og den indremedisinen som i sin tid var blitt undervist ved Universitetet, egentlig lenge hadde vært nokså gammeldags. Noe fast system for videre- og etterutdanning var det ikke. Pasientene måtte stole på at legen fulgte faglig med på eget initiativ, og



*Figur 21.1. Jacob Gløersen (1852-1912)* Doktorbesøg *(1885)*[iii] *Moren ser tillitsfullt på den pelskledde legen som er i rollen som trygg bamse, mens skepsisen hos den lille pasienten lyser ut av øynene hans. (P.e.)*

legen måtte stole på at han eller etter hvert også *hun,* ervervet økte ferdigheter gjennom den jobben de gjorde.

Kirurgi på 1800-tallet gjaldt fortsatt mest skader og utvendige sykdommer, bare sjelden noe innvortes. Selv ved Rikshospitalet og ved de øvrige sykehusene var antall kirurgiske inngrep lavt – så lavt at de gjerne ble omtalt spesielt i de årlige medisinalberetningene. På den annen side var det innimellom dels avanserte operasjoner som ble utført – uten infeksjonsbekjempelse eller særlig virksom anestesi. Hvis vi ser på de kirurgiske instrumentene som ble brukt, er det ofte ikke store forskjeller fra tidligere århundrer. F. eks. gir Lorentz Heisters (1683-1758) kirurgibok fra 1747 og senere utgaver faktisk et godt sammenlikningsgrunnlag hvis man er på et medisinsk museum og ser på hva som der er av instrumenter fra eldre og nyere tider.

Aktivitetsbegrensningene i kirurgien skyldtes dårlige erfaringer. Inngrep i indre organer kunne blant annet gi kompliserende infeksjoner med dødelig utfall. Det visste man.

Sammenhengen mellom infeksjoner hos mennesker og mikroorganismer ble etablert kunnskap i perioden, ikke minst gjennom Louis Pasteurs (1822-1895) oppdagelser. Dette ble fulgt opp innen kirurgien av Joseph Lister (1827-1912) som arbeidet i Skottland og England. Han innførte karbolspray i 1870. Såområdet og alt som kom i kontakt med operasjonsfeltet, ble da desinfisert ved dusjing med karbolsyre (fenol). Dette hjalp og ble også anvendt i Norge.

Denne såkalt *antiseptiske* metoden ble fort upopulær på grunn av at karbolsyren irriterte huden og var ubehagelig å arbeide med. Derfor gikk man over til den *aseptiske* metoden som har vært anvendt siden. Da skal alt som kommer i forbindelse med sårfeltet være gjort pinlig rent på forhånd. Man koker instrumenter og utstyr, vasker alt som vaskes kan, operasjonspersonalet foretar "kirurgisk vask" av hendene, tar på seg sterile klær og hansker osv. forut for inngrepet, slik at det ikke skal være infiserende mikroorganismer tilstede. Historiske instrumenter kan for øvrig tidfestes gjennom denne reformen i kirurgien – et instrument som har et tradisjonelt, vanskelig desinfiserbart *treskaft* er eldre enn aseptikken! Ute i allmennpraksis var erkjennelsen av den alminnelige renslighetens betydning, og spesielt ved sårbehandling, en viktig konsekvens.

Det var også vanskelig å utføre større inngrep på grunn av smertene. Smertene kunne være uutholdelige for pasienten. De kompliserte også arbeidet for kirurgen på grunn av muskelstramningene. Tidens kirurger arbeidet raskt og med sikker hånd. Raskheten var i seg selv et tiltak mot smerte f. eks. ved en amputasjon – smerten varte kortere.

16. oktober 1846 regnes som *anestesiens* fødselsdag, da tannlegen og legen William Thomas Green Morton (1819-1868) holdt en demonstrasjon ved Massachusetts General Hospital i Boston, der han opererte vekk en halstumor med pasienten i eternarkose. Allerede 4. mars 1847 ble en operasjon i eternarkose utført ved Rikshospitalet i Christiania. Norsk medisin fulgte med!

Brudd i armer og bein var vanlige. For at et brudd skal gro skikkelig, er det en forutsetning at bruddendene fikseres og holdes i ro i forhold til hverandre. Det var vanskelig å få til. Forskjellige strekkanordninger og oppheng ble benyttet, se for eksempel figur 8.5. Kvantespranget i bruddbehandlingen inntraff i 1852. Da lanserte den nederlandske legen Antonius Mathijsen (1805-1878) *gipsbandasjen.* Oppfinnelsen spredte seg raskt over hele verden, også til Norge.

Vi forstår at for *enkeltpasienter* kunne en ofte risikabel og smertefull kirurgisk behandling bety forskjellen på liv og død. Før ca 1870 var det paradoksalt nok



*Figur 21.2. Maske til eternarkose. Fra museet, Ullevål sykehus, Oslo. (Foto: Øivind Larsen)*

usikkert hvor stor betydning tidens kirurgi hadde i et *folkehelseperspektiv*. Annet ble viktigere på gruppenivå – forebyggende innsats og generell samfunnsbygging.

*Indremedisinen,* som omfattet det meste av legenes pasientarbeid som ikke trengte bruk av kniv, var basert på bruk av medikamenter. Det var ingen "Felleskatalog" på denne tiden, men det forelå en såkalt farmakopé, en offentlig, faglig autorisert oversikt og oppskriftsbok for medikamenter, beregnet på apotekere og leger. Den aktuelle utgaven midt på 1800-tallet var fra 1854. Revisjonen og utgivelsen av denne var en av arbeidsoppgavene professor Frederik Holst hadde hatt i siste del av sin karriere, da hans forpliktelser innen farmakologien ble særlig tyngende.[iv] Vi har allerede omtalt hvordan legestudentene hadde omfattende farmakologisk undervisning og eksamen i praktisk bruk av droger, legeplanter m.v. – og om forgiftninger.

Nasjonale farmakopéer fantes i de fleste land. De måtte revideres i samsvar med den vitenskapelige utviklingen innen medisinen, og også på grunn av at botanikken som fag forandret seg. Teorien bak legenes anvendelse av medikamentene ser ut til å ha vært mer statisk. Det ser vi blant annet på forelesningsreferatene fra professoren i indremedisin, Nils Berner Sørenssen (1774-1857). De er nokså like, eventuelt helt like, gjennom mange år. Kanskje er de avskrifter av hverandre? Men i så fall fratar det ikke referatene informasjonsverdi, for hvis det som står der til enhver tid var aktuell kunnskap, gikk utviklingen langsomt.

Behandlingen var gjerne rent symptomatisk, stimulerende eller dempende i henhold til den rådende lære ved Universitetet, John Browns system. Behandlingen kunne også sikte mot gjenoppretting av væskebalansen i kroppen. Hostemidler, brekkmidler og avføringsmidler hadde sin plass her For fjerning av det man mente var for mye blod i kroppen, var årelating løsningen. Dette kunne være supplert med andre teknikker, f. eks. bruk av blodigler som sugde blod og derfor var et alternativ til årelating.[v] Selv om påsetting av igler etter hvert ble gammeldags, var anvendelse av igler ansett som god og internasjonalt anerkjent medisinsk praksis ved midten av 1800-tallet. Ute i Europa hadde behandling med igler stort omfang på denne tiden. Særlig er igler knyttet til den innflytelsesrike franske legen Francois-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) som mente å ha teoretisk grunnlag for å anbefale å sette på et tosifret antall igler ved en lang rekke sykdommer.

Det lå altså et gjennomtenkt rasjonale bak den indremedisinske behandlingen tidens leger forordnet, selv om remediene som ble brukt ofte var enkle og resultatene mindre gode. Det kunne derfor være en glidende overgang til *folkemedisinen*, for det kunne godt være at erfaringsbasert bruk av medisinplanter og husråd kunne være like virksomme, eventuelt like lite virksomme som de midlene legen forordnet. Det kan hende, men er riktignok vanskelig å dokumentere, at slektskapet mellom den medisinske behandlingen legen kunne tilby, det som sto i populærmedisinske legebøker og de folkemedisinske tradisjonene folk hadde, minsket behovet for legekontakt.

Å ta andre i kur uten å være utdannet lege, var forbudt gjennom kvakksalverlovgivning av både 1672 og 1795. Slik virksomhet var kvakksalveri og i prinsippet forbudt. I 1871 ble det lempet på dette. Først i 1936 og senest i 2004 er kvakksalverlovgivningen blitt innstrammet og nærmere regulert.

1800-tallet var en økonomisk liberal tid med fritt fram for private initiativer. Det gjaldt også innenfor medisinen. Og det var legitimt å innrette sin medisinske aktivitet slik at det ble et godt levebrød av det. Det fantes imidlertid leger som var faglig nyfikne og ville noe mer enn å behandle trivielle sykdommer på tradisjonell



*Figur 21.3. Sugende blodigle. (Foto: Øivind Larsen 1991)*

måte. Derfor foregikk det atskillig interessant medisinsk arbeid for eksempel ved privatklinikker utenfor Rikshospitalet og de andre offentlige institusjoner. Også universitetslærerne hadde ofte privat praksis i byen. Dette ga nok faglige muligheter, men også begrensninger, blant annet av økonomisk art.

Et eksempel på medisinsk innovasjon på privat basis er behandlingsmetoden til legen Gunder Nielsen Kjølstad (1794-1860).[vi] Han opprettet et institutt for korrigering av ryggskjevheter på Lillehammer i 1838, i 1844 flyttet til Christiania. Ryggskjevheter var ganske hyppige. De kunne blant annet skyldes tuberkulose og rakitt. Kjølstads prinsipp var at pasientene skulle gjennomgå en fysisk og mental trening, slik at de benyttet sin egen muskulatur til å rette opp skjevheten. Idéen var faglig god og allerede etablert ute i Europa.

Selv om Kjølstad var vel ansett blant norske kolleger, fikk han store vanskeligheter med å få praksisen til å gå økonomisk. En bidragende årsak kan riktignok ha vært alt hemmelighetskremmeriet som var blitt etablert rundt behandlingen – pasientene måtte blant annet avlegge taushetsløfte om hva metoden gikk ut på. Det var ikke greit å være outsider, verken faglig eller sosialt fpr lege og pasient i datidens medisinske verden i Norge.

Også når det gjelder den indremedisinske sykdomsbehandlingen, er det grunn til å stille spørsmål om effekten på *folkehelsen,* selv om behandlingen kunne være god

og nyttig for *enkeltpasientene*. I medisinsk behandling av folkesykdommene hadde det på teorisiden skjedd et hamskifte i 1850-årene, i og med at smittemekanismene for de så hyppige overførbare sykdommene var blitt klarlagt.

Det er viktig å merke seg at oppdagelsen av mikroorganismene ikke umiddelbart førte til at man fikk spesifikk *terapi*. Derimot hadde man fått sikrere grunnlag for *forebyggende tiltak*, fra offentlig stedsplanlegging til personlig håndvask. Selv for tuberkulosen gjaldt det samme, sykdommen var på det nærmeste bekjempet i Norge da spesifikk behandling ble tilgjengelig.

Effekten av forebyggende innsats ga som nevnt det å arbeide som *distriktslege* spesiell betydning, fordi denne rollen innebar ansvar både for lokalsamfunnet og for de enkelte syke.[vii] Distriktslegens samfunnsmedisinske innsats kunne være forskjellig, alt ettersom lokalsamfunnet var, og varierte også med legenes motivasjon. 1800-talls norsk landsbygd har ord på seg for å ha vært konservativ og nølende, spesielt overfor nye tiltak, især hvis de kostet penger. Distriktslegens personlighet kunne da være av avgjørende betydning. Vi har allerede omtalt hvordan flere distriktsleger sannsynligvis gjorde mer for sitt samfunn gjennom innsats utenom det strengt medisinske, og ble både populære og høyt aktet på grunn av det. Et kroneksempel i så måte er distriktslege Brostrup Marius Müller (1841-1908) som var distriktslege på Røros 1878-1908 og deltok aktivt i samfunnsutvklingen i kommunen i denne perioden. Han var så populær at da han plutselig døde under en praksisreise, ble det reist et grandiost monument over ham på stedet der det hadde skjedd. Sleden hadde veltet. Hjertet hans tålte ikke sjauen med å få den opp på veien igjen.

Det var stor spredning innenfor legestanden. Mye av primærhelsetjenesten var basert på privat praksis. Dette både var en del av den sosiale ulikheten og systemet befestiget den, også blant legene. I byene, der det i det klassedelte samfunnet ofte var velstående pasienter, kunne enkelte leger bygge seg opp både sosialt og økonomisk. Noen leger kunne på grunn av sin dyktighet, sin personlighet og andre forhold nå de store sosiale høyder, mens andre kolleger kunne ha det mer nøkternt. Og de var mange.

Midten av 1800-tallet representerer noen skjæringspunkter i forholdet mellom samfunn og helse – mellom helse som et individuelt og sosialt anliggende, og mellom helsehjelp som en moralsk forpliktelse og som en kommersielt utnyttbar kompetanse.



*Figur 21.4. Obelisk over en avholdt distriktslege – Brostrup Marius Müller (1841-1908). Ved Glåmos nord for Røros. (Foto: Øivind Larsen 1989)*



*Figur 21.5. Christian Krohg* Bud efter Lægen *(1880). Trondhjems Kunsforening. Foto: Øivind Larsen)*

Christian Krohgs maleri *Bud efter Lægen* fra 1880 er en bitende kommentar til enkelte sider ved legerollens utvikling. Den festkledde legen i det mondene middagsselskapet ser på sitt gullur for å kunne fortelle den bekymrede verten hvor lenge han ville komme til å være borte på grunn av budet den fattige kvinnen bringer. Krohg viser hvordan den sosiale avstanden mellom legen og hans klientell kunne være en avgrunn. Men legen tar på seg frakken – han sier ikke nei.

Hvis vi ser på Universitetets historie med et litt kritisk blikk, har vi alt drøftet at det fram til rundt 1870 var lite forskning, dvs. produksjon av ny kunnskap ved det medisinske fakultet - f. eks. målt i antall doktorgrader som var minimalt.[viii] På det samfunnsmedisinske området hadde imidlertid den organisatoriske innsatsen vært formidabel, slik at grunnlaget likevel var lagt for oppbygging av et helsevesen i tidens stil og med kvalitet som tålte sammenlikning med andre land.

For *legenes* vedkommende skjedde en glidning i rollebildet - rollen som *livredder* ble mer utvidet med oppgaver som *trøster* og *hjelper*. *Forvalterrollen* ble først utviklet

senere, især da trygdeordninger ble en mer allmenn del av legens verktøy. Oppgavene ble også mer nyansert, selv om de for de fleste var mest konsentrert om håndtering av enkeltpasienter, med unntak for distriktslegene som hadde et lovpålagt samfunnsansvar. Videreutviklinng av det medisinske kunnskapsgrunnlaget var foreløpig en norm som mest angikk legene innenfor den akademiske medisin.

Lege-pasientforholdet var på denne tiden en-til-en, fordi det meste av den medisinske virksomheten foregikk utenfor sykehus. Arbeidet legen da utførte, hadde to ulike elementer. Det ene var hans medisinske kunnskaper og ferdigheter. De kunne være gode, selv om det medisinsk-faglige nivået foreløpig ga begrensninger. Det andre elementet som preget konsultasjonssituasjonen var legens personlighet. En *paternalistisk holdning* overfor pasienten og familien passet med tidens ånd. Trøstende ord kunne ha en spesiell virkning når de kom fra en person med autoritet – som fra den travle distriktslegen som ankom med slede og pels. Status i lokalsamfunnet, opparbeidet også som samfunnsaktør på andre felter enn de snevert medisinske, kunne forsterke den paternalistiske autoriteten og gjøre ryet som en god lege enda mer grunnfestet. Paternalisme er kontekstavhengig og måtte anvendes med forsiktighet som medisinsk hjelpemiddel. Man måtte finne en balanse.

Den gode lege var også ofte karakterisert ved å ha et *kall,* en spesiell moralsk forpliktelse overfor sine pasienter. Dette kunne være en effektiv drivkraft til å utføre et samvittighetsfullt pasientarbeid. Kombinasjonen med paternalistisk autoritet kunne da bli vanskelig.

Sammenliknet med andre yrkesgrupper som også hadde et kall, var det for legene litt annerledes.[ix] Vi vet lite eksakt om hvordan 1800-talls-legene så på sin tilværelse. Mange av tidens leger hadde problemer med å få økonomien til å gå rundt. I hvilken grad kunne man da ha et altruistisk *kall* i bunnen som en dominerende drivkraft? Vi skulle gjerne hatt mer kunnskap om dette. For det forelå åpenbart en kallsideologi blant legene, men hvordan artet den seg? Hadde de selvoppofrende nestekjærlighet som en internalisert norm som trumfet egne behov og preferanser? All respekt for alle som ledes av en hellig overbevisning om å skulle hjelpe andre. Men i en profesjonshistorisk sammenheng kan det være interessant å spørre om ikke *kall* og tilhørende tankegang også undertiden har vært dyrket fram som en *profesjonsmarkør?*

Fra 1880-årene ble legeyrket i Norge annerledes enn det hadde vært. Det ble flere leger. Ettersom de fleste utenom sykehusene arbeidet privat, ble det konkurranse. Hadde man spesielle kunnskaper og ferdigheter kunne dette være et fortrinn i konkurransen med kollegene. Man kunne f. eks. avertere og markedsføre

spesiell kompetanse innen visse sykdommer. Basis for dette kunne være så ymse - å ha utvist interesse for en faglig retning, ha opparbeidet erfaring innenfor et fagområde, ha vært på studiereise, gått på kurs eller liknende. Dette virvaret var uholdbart. Faste spesialistregler ble innført i 1918. I ethvert fall en del av landets legearbeid var blitt nokså business-preget. Det er et spørsmål om *kall* også kan ha blitt brakt inn som et konkurransefortrinn.

Legerollen hadde innebygd en nokså stor grad av *autonomi*. Det tillå legen å ta vanskelige avgjørelser, raskt og på egen hånd. Vi har alt nevnt at autoritet kunne være et nødvendig hjelpemiddel i legearbeidet. Men spesielt overfor sårbare pasienter kunne autoritet og autonomi, kombinert med en aura av nestekjærlighet, føre galt av sted. Et grelt eksempel: Maleren Christian Skredsvig (1854-1924) og hustruen Maggie Plathe (1863-1955) befant seg i Paris, hvor de fikk datteren Daisy. Da hun var19 måneder gammel, i januar 1885, fikk Daisy lungebetennelse. Den svenske legen Axel Munthe (1857-1949) kom for å tilse henne. Hans råd til de bekymrede foreldre var at det beste ville være å spare henne for mer lidelse og la henne dø. Med sin autoritet og autonomi visste han best – i en høyst asymmetrisk mellommenneskelig situasjon. I sin fortvilelse samtykket foreldrene og legen ga en overdose morfin.[x] Skredsvig kom aldri over dette dødsfallet. Flere av hans kunstverk er hans bearbeidelser av denne hendelsen – for de øynene som ser det. Axel Munthe ble på sin side motelege i Paris, Roma og på Capri og ble nærmest kanonisert i samtid og ettertid for den legerollen han representerte..

Vi har alt omtalt hvordan opprettelsen av Den norske lægeforening i 1886 var et resultat av den nye tid. I rollebildet som da utviklet seg, var det også en komponent av *kall*, men det er blitt supplert med andre profesjonsnormer og kjennetegn, så som en *plikt* til å holde seg oppdatert og en plikt til også å *ta hensyn til samfunnsmessige forhold.*[xi] Legeforeningen må tilskrives det meste av æren for den systematiske oppbyggingen av standens status som skjedde fra slutten av 1800-tallet.

Medisinens fagutvikling flyttet etter hvert mer og mer inn i de nyopprettede sykehusene og helseinstitusjonene. Den faglige prestisjen beveget seg vekk fra tradisjonell solopraksis. Da fikk kall, autonomi og autoritet nye rammer. Institusjonene fikk sine egne normer. Alt dette representerte en langsom forandring – faktisk en overgang til en ny normal som synes å være irreversibel - en transisjon.

*Oppdatering*

Blant mange av legene var det stor interesse for å holde seg faglig oppdatert – i hovedstaden særlig gjennom aktiviteten i Det norske medicinske Selskab, ved studiereiser, tidsskriftlesning m.v. Også på dette feltet var det store ulikheter innen legestanden, fordi man manglet et system for oppdatering og videreutdanning.

Legerollens innebygde autonomi og selvstendighet kunne være nyttig, men også være en faglig sovepute. Å være privatpraktiserende kunne være vanskelig, både for å skaffe en rimelig inntekt og å opparbeide den sosiale anseelsen som også kunne være et arbeidsredskap når sykdomsbehandlingen måtte begrense seg til beroligelse og trøstende ord.

Det norske medicinske Selskab hadde vært det samlende faglige forum, men i 1886 skjedde det altså noe: En utbrytergruppe i Selskabet dannet *Den norske Lægeforening*. Den fungerte som en fagforening på linje med andre fagforeninger.[xii] Legene ble nå forandret fra å ha en sosial profil som en yrkesgruppe primært preget av sitt fag og sitt ansvar for pasientene, til å bli en *legestand* som også hadde klare krav til sin egen identitetsbygging, sine egne arbeidsvilkår og sin egen innplassering i samfunnet.

*Kvinnelige leger*

Legene på 1800-tallet var i all hovedsak *menn*. !880-årene var en tid da spesifikke kvinneyrker vokste fram, f. eks. læreryrket som tiltrakk mange unge damer som ville ha utdanning. For i det hele tatt å studere ved Universitetet, måtte man imidlertid ha avlagt examen artium, og det hadde norske kvinner ikke fått anledning til før i 1882. På grunn av artiumskravet kunne de første kvinnelige akademikerne ikke bli uteksaminert før senere enn dette årstallet. En lang studietid måtte gjennomføres først.

De første kvinnene med universitetseksamen var ikke mange, først en jurist, så en realist, men så avla Marie Spångberg (1865-1942) sin medisinske embetseksamen i 1893. Fram til 1900 ble det 19 kvinnelige leger i Norge. Legen og forfatteren Cecilie Arentz-Hansen (f. 1963) ga i 2018 ut en bok der hun går gjennom liv og virke for disse kvinnelige legene, og ikke minst dokumenterer og forteller den litt merkelige historien om hvorfor det lenge var en slik innbitt motstand mot å utdanne kvinnelige leger ved Universitetet.[xiii] Det var fakultetsmedlemmene, dvs. professorene, som diskuterte spørsmålet med argumenter som for ettertiden virker nokså spesielle. Det var en alminnelig mening at kvinner ikke passet som leger - heller ikke som leger for kvinnelige pasienter. Debattantene kan til en viss grad unnskyldes, fordi datidens legepraksis ofte medførte lange sykebesøksreiser og andre elementer som både kunne være fysisk strevsomme og fordre "bakkemannskap", og kanskje kunne være vanskelig å drive for en kvinne i datidens samfunn. Men det var ikke langs disse linjer drøftingene gikk. Det var argumenter som f. eks. studiets og legearbeidets skadelighet for kvinneligheten. Man drøftet kvinners biologiske og mentale egnethet for legestudium og legevirksomhet osv.

Professor Jacob Munch Heiberg (1843-1888) var den blant fakultetskollegene som slo et slag *for* å ta opp kvinner som medisinstudenter. Det er også interessant å merke seg hvem som markerte seg mest ved å være *mot*. Det var for det første, litt overraskende, professoren i fødselsvitenskap Edvard Schønberg (1831-1905). For det andre var det hygienikeren og farmakologen professor Ernst Ferdinand Lochmann. Det var ikke overraskende. Her i teksten har vi omtalt ham tidligere. Lochmanns varemerke var å være høylydt *mot* – nå også *mot kvinnelige leger*. Tross dette fikk kvinner likevel adgang til legestudiet og Marie Spångberg fikk sitt eksamenspapir i 1893.

Saken om de kvinnelige legene var en del av noe større, av kvinnefrigjøringen i sin alminnelighet. Kvinnekampen har vært en del av de store langsomme forandringene som har fått samfunnet til å endre seg over tid. Men kvinnelig rekruttering til legeyrket har ikke gått fort. Eksempel: I 1956, drøye 60 år etter at den første kvinnelige legen hadde vært gjennom studiet, var det fortsatt svært få kvinnelige medisinere. Da 1956-medisinernene startet opp ved Universitetet, var det bare 16 kvinner blant 100 nye studenter.[xiv] Og tre av disse kvinnene sluttet i løpet av studiet og begynte med noe annet. Overgangen til at legestudiet og legeyrket ble dominert av kvinner, kom senere – forbausende sent. I dagens generasjoner av legestudenter og leger er det et flertall av kvinner.

## Noter

[i] Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet.* Oslo: Den norske legeforening, 1986. Larsen Ø. red. *The shaping of a profession.* Canton MA: Science history publications /US, 1996, spesielt s. 12-14.

[ii] Myhre JE. "Askepotterne blant landets embetsmænd" – legenes vei til samfunnstoppen 1811-1960. *Michael Quarterly* 2011; 8: 532-544; Sandvik H. Distriktslegen (1836-1984). *Tidsskrift for den norske legeforening* 2000; 120: 3160 - 3161.

[iii] Nærmere om dette bildet, se tidsskriftet *Michael* nr. 1/2024, forside og baksidetekst. (www.michaeljournal.no)

[iv] Holst F, Boeck C, Møller P. *Pharmacopoea norvegica.* Christiania: Brøgger & Christia, 1854.

[v] Larsen Ø, Lærum F. Blodiglen – en medarbeider i aksjon. *Tidsskrift for den norske legeforening* 1991; 111: 2233 og forsidebilde.

[vi] Lyngstadaas S, Larsen Ø. Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungsmethode zur Behandlung von Rückgratverkrümmungen. *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 41-47, og Grosch G. Bemerkungen zu „Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungmethode" von Ståle Lyngstadaas und Øivind Larsen. *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 314-315.

[vii] Schiøtz A. *Doktoren*. Oslo: Pax 2003, og Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003. En drøfting av virkningen av distriktslegenes og sunnhetskommisjonenes offentlige helsearbeid i siste del av 1800-tallet, blant annet basert på arkivmateriale fra sunnhetskommisjonene, finnes i dr. philos.-avhandlingen: Storesund A. Akutt sykelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860-1900. *Michael* 2005; 2: 3-112.

[viii] Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; 11: Supplement 15.

[ix] Larsen Ø. red. *The shaping of a profession.* Canton MA: Science history publications /US, 1996.

[x] Hassel B, Sætre E. Drap og kognitiv dissonans i Nasjonalmuseet. *Michael* 2024; 21: Supplement 33, 93-101.

[xi]Larsen Ø. Legerollen – verktøy som må voktes. *Michael* 2022; 19: 215-224.

[xii] Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet.* Oslo: Den norske legeforening, 1986.

[xiii] Arentz-Hansen C. *"Kvinder med Begavelse for Lægevirksomhed" – Norges første kvinnelige leger og tiden de virket i.* Oslo: Cappelen Damm, 2018.

[xiv] I 1956 var det medisinstudium i Oslo og Bergen, men alle måtte ta studiets første avdeling i Oslo.

**Kapittel 22**

## Legens medhjelpere – eller ikke?

*Gjennom hele 1800-tallet var det egentlig bare tre yrkesgrupper med medisinsk fagbakgrunn i det norske helsevesenet, legene, jordmødrene og sykepleierne. Hvordan forholdt disse tre gruppene seg til hverandre? Jordmødrene var en selvstendig yrkesgruppe. Da det ble sykepleierutdanning fra 1868, var det en diskusjon om hvorvidt sykepleierne skulle utdannes med mål om å skulle være legenes medhjelpere, eller om de skulle være en egen faggruppe med egne normer og eget kunnskapsgrunnlag.*

*Jordmødrene*

Fram til det ble organisert sykepleierutdanning i 1868, var det bare én formelt godkjent yrkesgruppe i helsestellet i Norge i tillegg til legene – *jordmødrene.* På 1700-tallet var det, blant annet ut fra merkantilistisk tenkning, atskillig offentlig oppmerksomhet rundt *fødsler.* Det gjaldt å legge til rette for trygge forløsninger av nye borgere. I en lavteknisk tid var mange nye hender en viktig samfunnsressurs. Derfor trengte man barn.

Innenfor den nye samfunnsmedisinen på slutten av 1700-tallet, *die medicinische Polizey,* var fødselsomsorg viet stor plass. Myndighetene i Danmark-Norge hadde fulgt med i dette, så fra 1787 var det en jordmorskole i København. Fram til 1818 ble 65 norske jordmødre utdannet der. Det året ble det opprettet jordmorutdanning ved Fødselsstiftelsen i Christiania.

Fra 1810 hadde vi en jordmorlov som blant annet delte inn landet i jordmordistrikter som skulle ha en utdannet jordmor. Avlønningen var en kombinasjon av fast lønn og betaling fra den fødende. Jordmorvesenet ble således den første, norske, medisinske fagutdanningen for kvinner og de første offentlige stillingene for kvinner. Mens det ved inngangen til 1800-tallet var om lag 100 leger i Norge, var det rundt 50 jordmødre, så gruppen var relativt sett ganske stor.

I sin bok om jordmorvesenet i Norge på 1800-tallet fulgte Kristina Kjærheim en av de første norskutdannede jordmødrene gjennom hennes yrkesliv.[i] Sørine Eriksdatter Aaseie (1822-1903) kombinerte arbeid som landsens jordmor med et kvinneliv i samtiden – familie, to kompliserte ekteskap og arbeid utenom



*Figur 22.1. Karoline Elisabeth Cornelia Rosing (1810-1902) arbeidet som jordmor ved Åmdals kobberverk i Telemark og var altså tilknyttet et industrisamfunn. Hun hadde for øvrig ni barn selv. (Vest-Telemark museum VTM.F.ÅVG.0164, lisens CC NC-BY-SA).*

jordmorfaget. Men hun klarte seg bra. En jordmor kunne også være tilknyttet en bedrift, på samme måte som en verkslege. Se figur 22.1.

Eksemplet Sørine illustrerer en del vanskeligheter som jordmødrene møtte i arbeidet. De var egentlig ikke så velkomne i mange lokalsamfunn. Fødsler var noe man hadde ordnet med selv. Slik var sedvanen. Nabokonene trådte gjerne til når dagen var kommet. På den annen side kunne det være et behov for profesjonell hjelp, selv om fødslene ofte forløp greit. Eksempelvis kunne engelsk syke, altså rakitt på grunn av D-vitaminmangel, forekomme, med deformiteter i kvinnens bekken som følge. Og barnet kunne – da som nå – ligge i stillinger som krevde kyndige hender for at det skulle gå bra. Keisersnitt med heldig utfall var foreløpig ingen mulighet. Instrumenter til uthenting av fostre bitevis ser grusomme ut, men kunne være nødvendige for å redde kvinnens liv.

Etterspørselen etter jordmortjenester kunne være såpass lav at det ble en faglig underbeskjeftigelse. Det var ikke bare et økonomisk problem. Å være jordmor var et håndverk som fordret vedlikehold av kunnskaper og ferdigheter. Det kunne knipe. Distriktene måtte ofte være store, hvilket i seg selv også hadde negative sider – de lange reisene.[ii]

Utdanningen av jordmødre hadde tradisjonelt vært ettårig, men fra 1952 har autorisasjon som sykepleier vært opptakskrav for utdanningen fram til en egen autorisasjon som jordmor. Det var i 2022 ca. 6800 autoriserte jordmødre i Norge, hvorav ca. 3000 var yrkesaktive.

Opprinnelig var det bare fødselen jordmoren hadde noe med å gjøre. Svangerskap og alt rundt dette lå på 1800-tallet utenfor en jordmors ansvarsområde. Ekstraarbeid av medisinsk karakter kunne f. eks. være koppevaksinering, men det lå unektelig på siden av en jordmors arbeid. I 2025 har en jordmor oppgaver som strekker seg fra lenge før fødselen til lenge etterpå. De forebyggende oppgavene er blitt vel så viktige som selve fødselshjelpen. Jordmødre finnes i 2025 i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten (sykehusene) og noen praktiserer privat. Jordmoryrket har med andre ord gjennomgått en betydelig forandring fra 1810 og framover. De største av disse endringene har imidlertid skjedd etter den andre verdenskrig. Begynnelsen av 1900-tallet var fortsatt den gamle tid for jordmødrene.

Ved Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo forsøkte vi å se om effekten av jordmødrenes virksomhet ga utslag på helseparametrene som var angitt i medisinalberetningene, f. eks. i tallene for spedbarndødeligheten, men det kom ikke noe konkret ut av dette. Det var åpenbart altfor mange andre faktorer som spilte inn. Dette betyr selvsagt slett ikke at jordmødrene arbeidet forgjeves, men

kanskje heller at effekten av innsatsen må måles på annen måte – f. eks. er *trygghetsfølelse* for den enkelte fødende vanskelig å tallfeste.

*Sykepleiere*

Det var egentlig ikke faglig utdannede sykepleiere i Norge før Diakonisseanstalten i Christiania startet en sykepleieskole i 1868. Fra gammelt av hadde klostrene riktignok drevet hospitaler med pleie av syke som en del av sin religiøse profil, men i det protestantiske Norge var det ikke så mye av dette på 1800-tallet.

De få sykehusene som fantes, også Rikshospitalet fra 1826, var foruten med leger, bemannet med ufaglært personale. Ved Rikshospitalet var det blant annet et hierarki med fast ansatte såkalte gangkoner, supplert med assistenter i løsere arbeidsforhold. Gangkonene hadde vanligvis ingen spesiell utdanning. Arbeidet besto i vasking, feiing, fyring og andre hushjelpoppgaver. Mange av dem var regnet som "kvinner av folket" og sto lavt på rangstiden. Et argument for å opprette utdanning for en ny medarbeidergruppe, sykepleierne, rekruttert fra den dannede middelklasse, var da også å få en erstatning for gangkonenes brokete skare.

Mange pasienter trengte en grundig vask ved innkomst. Derfor hadde f. eks. Rikshospitalet en *bademester*. Overlegen på kirurgisk avdeling, professor Christen Heiberg (1799-1872) var meget begeistret for hospitalets bademester, herr A. Olsen. Bademesteren utførte også andre oppgaver enn bare å sørge for at pasientene var rene, han var med på sykevisitten, hadde ansvar for bandasjekurven osv. Fra 1850-årene og utover ble det en utbredt misnøye med gangkonesystemet. Gangkonene ble hevdet å være upålitelige og at de slurvet i arbeidet. For å bøte på dette ble det forslått å ansette en "overgangkone", altså i vår språkbruk en oversykepleier, til å få orden på forholdene. Heiberg argumenterte *mot* dette – man hadde da allerede den utmerkede bademester Olsen.

Standardhevingen av pleiepersonalet ble forsøkt løst gjennom rekrutteringsprinsippene, ikke først og fremst gjennom utdanning til arbeidsoppgavene. Man ønsket kvinner fra borgerlige lag av befolkningen inn i sykepleien, unge kvinner fra gode hjem og som hadde oppdragelse og dannet atferd.

Diskusjonen gikk om hvordan en sykepleier skulle være. Det var lenge liten enighet om dette. Skulle sykepleieren være profilert som legens assistent, slik legene ønsket? Skulle de også ha oppgaver som brukte sykehuset som arena for religiøs misjon, slik Indremisjonens leder, pastor Julius Bruun (1820-1899) ønsket? Resultatet ble at det i første omgang ble opprettet en sykepleieskole med religiøs profil ved Diakonisseanstalten i Christiania i 1868, ledet av forstanderinnen



*Figur 22.2. Cathinka Guldberg (1840-1919) fotografert ca. 1915 i diakonisseuniform. Diakonissene ble forbilder for andre sykepleiere og deres uniformer. (Foto: Thea Nilsen. Oslo Museum OB.F20800a, lisens CCCC0 1.0.)*

Cathinka Guldberg (1840-1919). Dermed hadde Norge fått en tredje, definert yrkesgruppe i helsevesenet - *sykepleierne.*[iii]

*Kall og profesjon*

Bibelens barmhjertige samaritan var verken lege eller forkynner.[iv] Lignelsen kan tolkes forskjellig. Det er rimelig å anse den som en illustrasjon på en etisk norm: Du har plikt til å hjelpe en som trenger det - uansett. Slik er det fortsatt i 2000-tallets sekulære Norge – i visse tilfelle har man simpelthen en juridisk plikt til å hjelpe et medmenneske i nød og kan pådra seg straff om man ikke gjør det.

Denne normen kan undertiden være utviklet til et *kall,* dvs. slik at man er sosialisert inn i en livsoppgave og en holdning som blir udiskutabel, setter andre normer til side og som ens tilværelse formes etter. Å følge et kall innenfor medisin og helse vil inkludere en viss selvutslettelse og prioritering av sin nestes behov framfor ens egne. Det vites ikke så mye om i hvilken grad 1800-tallets helsepersonell oppfattet sitt virke som et *kall,* utover å følge en allmenn norm om å gjøre sitt arbeid så godt som mulig, i respekt for dem som trengte hjelp og i tråd med samfunnets normer yte slik hjelp. Vi har alt drøftet dette for legenes vedkommende, men hvordan har situasjonen vært ellers i helsevesenet?

Da Diakonisseanstaltens sykepleierutdanning kom i gang, er det liten tvil om at den bygde opp et rollebilde preget av *kall* for den nye yrkesgruppen. Dette var delvis et religiøst kall og et kall overfor syke, lidende og trengende mennesker. Sykepleierrollen som ble dannet både her og ved andre sykepleieskoler i tiden som fulgte, inneholdt regler og pålagt atferd som understreket at man var underlagt et kall. Streng opplæring under nøkterne, materielle forhold, internatliv med få muligheter for avvik, norm om å leve i sølibat, dårlig eller ingen lønn. Et krevende uniformsreglement stilte f.eks. konkrete krav til kontinuerlig *stell av tøy*. Dette kan også tolkes som en konstant påminnelse om hvem man var og hvor man hørte hjemme i systemet.

Å kunne utdanne seg til sykepleier var en del av tidens selvstendiggjøring for kvinner. Det kan til dette spørres om ikke sykepleieskolenes strenge kustus kunne oppfattes som en annen form for kvinneundertrykkelse. Hvilken tjeneste 1800-tallets sykepleierpionerer gjorde sine yngre medsøstre i samtiden og yrkesgruppens videre utvikling ved å bygge opp dette underkastende rollebildet, må kunne diskuteres i historisk perspektiv.

Nyere definisjoner av hva en profesjon består i, omfatter blant annet at gruppen selv skal definere det faglige grunnlaget for sin virksomhet. Det gjorde sykepleierne da de fikk sin egen fagutdannelse med sin egen faglighet. Spesielt i den første tid var denne var knyttet til et religiøst normsett. Kallet ble da en del av sykepleierens

rollebilde. Mange år senere kom utviklingen av sykepleie som eget akademisk fag med egen kunnskapsproduksjon og eget kunnskapsgrunnlag. Da passer sykepleieryrket bedre inn i definisjonen av en *profesjon*.

Til overskriftens spørsmål om jordmødre og sykepleiere skulle være legens medhjelpere eller ikke, eller om det var selvstendige yrker: På 1800-tallet var jordmødrene en uavhengig, selvstendig gruppe og har egentlig vært det siden. Sykepleierne var på denne tiden legenes medhjelpere, men det forandret seg med tiden. Opp mot vår tid ble sykepleie mer og mer et selvstendig eget fag med egen identitet.

## Noter

[i] Kjærheim K. *Mellom kloke koner og kvitkledde menn.* Oslo; Samlaget, 1987.

[ii] Farstad A. *På liv og død – distriktsjordmødrenes historie.* Oslo: Samlaget, 2016.

[iii] Sykepleiens historie i Norge er omfattende beskrevet i læreboken Mathisen J. *Sykepleiehistorie – ideer – mennesker – muligheter.* Oslo: Gyldendal, 2. utgave, 7. opplag, 2020. Om den første tid, se også Martinsen K. *Freidige og uforsagte diakonisser.* Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli, 1984. (Dr. avh. Universitetet i Bergen 1984). Om diskusjonene om sykepleierens rolle ved midten av 1800-tallet; Moseng OG. "En forstaaelsesfuld sykepleierske at arbeide sammen med" – Legen som regissør av sykepleierens rolle. *Michael* 2008; 5: 206-2016.

[iv] *Bibelen.* Lukas 10: 25-37.

**Kapittel 23**

## Sykehus og helseinstitusjoner – flere mulige utviklingsveier

*Da den demografiske transisjon gikk mot slutten ved utgangen av 1800-årene, var Norge blitt et moderne samfunn etter tidens standard. Noe som den gang også var nokså tilsvarende som i land det var naturlig å sammenlikne med, var utviklingen av sykehus og helseinstitusjoner. En større utbyggingsfase var i gang, men forholdene var fragmenterte. Dette skyldtes i stor grad varierende eierskap, ulike finansieringsprinsipper og mangelen på en sterk, sentral styring. Selv om tilbudene økte i kvantitet og kvalitet, forble situasjonen slik mer enn femti år inn i det neste århundret.*

Hvis man ble syk i 1890-årene, var det ingen selvfølge å bli innlagt på sykehus. Det avhang selvsagt av hva slags sykdom det var, men normen om å være syk hjemme, tilsett av en lege som kom på sykebesøk med sin rikholdige doktorveske, gjaldt, spesielt i landdistriktene, der tross alt fortsatt de fleste nordmenn bodde.Vi har alt omtalt hvordan de nye bysamfunnene etter hvert gjorde denne ordningen uhensiktsmessig, og hvordan både den medisinske utviklingen og boforholdene presset på for at man skulle få flere sykehus og institusjoner som kunne ta seg av de syke –til beste både for pasientene og for samfunnet rundt.

*Flere mulige modeller*

Det var flere tenkelige veier å gå for å møte behovet for sykehusplasser. Men først måtte man tenke gjennom *hvilke* behov som skulle dekkes. Skulle det være en hovedvekt på pleie og omsorg, altså på å ha et *allmennt* sykehus som var en erstatning for mulighetene for å ligge syk hjemme – for å bli frisk igjen? Eller for ikke å bli frisk igjen, men forpleies den tid man hadde igjen. Det var med andre ord en gråsone her overfor ulike typer eldreomsorg, noe som også tradisjonelt var basert på hjemmene, men der private organisasjoner, menigheter og andre grupperinger også tok ansvar. På overordnet, kommunalt nivå var gjerne det man kalte sykehus samordnet med fattigvesenet, hvilket var en åpenbar hemsko for utviklingen.

Skulle det være sykehus først og fremst beregnet på terapi, altså på at pasientene skulle gjenvinne sin helse på best mulig måte? Vi har alt omtalt dette i forbindelse med psykisk sykdom, der man klart så at det var to grupper pasienter, kronikerne



*Figur 23.1. Et ideal - omsorg for syke ved århundreskiftet 1900 – men* hvor *og* hvordan*? (Oslo Museum. (Foto: A. B. Wilse 1904. Lisens CC CC 0.1.0)*

og de der helbredelse var målet, noe som kunne kreve tilpasset arkitektur. Vi har også sett det samme vedrørende tuberkulose – enkle tuberkulosehjem med forpleiningsoppgaver og sanatorier og kysthospital med bedring eller helbredelse som mål.  Skulle det være sykehus for spesielle pasientgrupper? Norge hadde lang erfaring med radesykehus, leprasykehus og sykehus (eventuelt sykehusavdelinger) for venerisk syke. Spesialsykehus for pasienter med epidemiske sykdommer var



*Figur 23.2. Det kommunale Krohgstøtten sykehus i Christiania var da det ble åpnet i 1859 en blanding av sosial anstalt og alminnelig sykehus med 257 plasser for "fattiglemmer" og 106 plasser for kronisk syke. (Foto: Einar Onsum 1910-20. Oslo Museum)*

høyst aktuelt i helseomsorgen. Og hva med sykehus til bruk i undervisningen av helsepersonell, nå som legestudentene hadde fått selskap av sykepleierelever?

På den organisatoriske siden kunne man tenke seg å satse på privat virksomhet. I det minste hovedstaden hadde erfaringer med privatklinikker, der f. eks. kirurger hadde behandlingstilbud.

Skulle nyetablerte bedrifter kunne pålegges å drive helsetjeneste? I den store gründertiden rundt århundreskiftet var det en relevant problemstilling. Og hva med å ha helsetjeneste med utspring i militærhospitaler m.v.?

Noen medisinske felter var ansett som så kompliserte og tyngende at statlig drift var det mest praktiske. Kommuner og fylker kunne ikke klare så omfattende prosjekter. Statlig drift gjaldt derfor store sinnssykeasylene, men også Rikshospitalet. for her var undervisningsoppgavene rasjonalet for hele konseptet, og det var ikke det samme som å dekke et behov for sykehussenger..

I utlandet kunne man se eksempler på både de her nevnte modellene og også andre. Hvilken vei videre skulle man velge?

Demografien og de epidemiske sykdommene kom til å angi retningen. Det var åpenbart at man trengte spesialsykehus, og især i de voksende byene tiltak mot smittesykdommene var overhengende. Dette måtte være en fellesskapsoppgave for å få rasjonell drift – altså *kommunal.*

I årene rundt århundreskiftet 1900 begynte det derfor viktig forandring av norsk helsevesen fordi det ble bygd en rekke store sykehus og helseinstitusjoner rundt om i landet, oftest i *kommunal* regi. Slike hadde det vært få av før. Det å ligge syk flyttet seg for flere og flere fra den hjemlige seng til kommunens. Dette skjedde i større og mindre grad over hele landet, fra industribyer til fiskevær. I lokalhistorisk litteratur, i medisinalberetningene og i annen relevant statistikk kan man se hvordan sykehus og institusjoner tok form og ble tatt i bruk. Disse nye helseinstitusjonenes *funksjon* tilhører imidlertid først og fremst 1900-tallet, perioden etter at den demografiske transisjonen hadde begynte å klinge av, slik at befolkningspresset letnet.

*Broket system*

Det ble et konglomerat av institusjoner og ordninger som først ble til et felles system med integrerte funksjoner så seint som etter den annen verdenskrig. Tradisjonelt var altså sykehus blitt opprettet etter forskjellige prinsipper.

I det protestantiske Norge fantes det etter reformasjonen bare sporadisk katolske menigheter, før dette ble tillatt igjen i Christiania i 1843. Helt siden reformasjonen hadde ikke noen opprettholdt tradisjonen med katolske sykehus og helseomsorg. Fra 1843 ble det igjen opprettet katolske menigheter flere steder i landet. Søstrene der sto gjerne bak sykehus og helseinstitusjoner som begynte i det små under nøkterne forhold. Eksemplet i figur 23.3. er fra Fredrikstad, der det katolske sykehuset opp gjennom årene fikk flere nybygg og vokste til å bli et av byens mest ansette sykehus. Det var blant annet fødeavdeling der. Det katolske sykehuset ble i 1972 innlemmet i den store naboen fra 1950-årene, Sentralsykehuset. Da var S. Joseph et helt moderne sykehus.

Selv en forholdsvis liten by som Fredrikstad hadde midt på 1900-tallet også flere andre sykehus, blant annet det private Bethesda, det var et kommunalt sykehus, et epidemilasarett, foruten det gamle amtssykehuset fra 1795.

Generelt var det en glidende overgang mellom sykehus og privat legepraksis, ettersom leger undertiden disponerte senger for sine pasienter på private sykehus og tok seg av dem der.

Det blir et definisjonsspørsmål hvorvidt private fødestuer der gravide kunne komme for å føde, eventuelt hvis dette føltes nødvendig i all diskresjon, og - i den andre enden av aldersspekteret – gamlehjem og tilsvarende omsorgsinstitusjoner, skulle regnes med til helsevesenet, men de fantes. Helsevesenet var helt fram til etter den annen verdenskrig en palett av tilbud som man måtte velge i, avhengig av blant annet geografi og økonomiske muligheter. Noe overgripende og koordinerende *system* var det foreløpig ikke.




*Figur 23.3. St. Josephs hospital i Fredrikstad, opprettet i 1887 i sogneprestens bolig av tre Josephssøstre. Det hadde plass til fire pasienter. Etter hvert flyttet de over i huset på bildet. Dette postkortet er skrevet av et av den første eierens barn og er fra 1900-1910. Teksten under bildene er et lite stykke sosialhistorie om fødselstall og dødelighet. Fem av barna som nevnes døde som mindreårige. (Fra Arne Stangebyes samling, Fredrikstad museum. FM 1973/1:0584, lisens CC BY-NC-ND.)*

Økonomien var en begrensende faktor. Utbyggingen av sykehus og helseinstitusjoner ved slutten av 1800-tallet må sees i lys av opprettelsen av *trygdeordninger*. Der var det også et konglomerat av ordninger, kommunale og private, stort sett drevet etter et forsikringsprinsipp, der enkeltpersoner kunne ha forskjellig dekning når helseproblemer oppsto. Vi må helt fram til Folketrygden kom i 1968 før helsetjenesten ble en heldekkende samfunnsoppgave.

*Kommunale sykehus – storbyene tok ledelsen*

Et naturlig eksempel fra den store utbyggingsfasen for kommunale sykehus er Ullevål sykehus i Kristiania/Oslo.[i] Det ble åpnet i 1887 som epidemisykehus etter internasjonalt mønster. Det var paviljonger, i første byggetrinn utført i tre, med arkitektur tilpasset smitteoppfatningen. Det var underjordiske luftekanaler fra små luftinntakstårn for miasmeutlufting Frisk luft utenfra skulle da passere opp gjennom de høyloftede sykesalene og ta med seg miasmene ut gjennom luftepiper over tak. Dette ventilasjonssystemet var ganske avansert, men vi merker oss at det allerede da var lenge siden miasmeteorien var blitt forlatt.

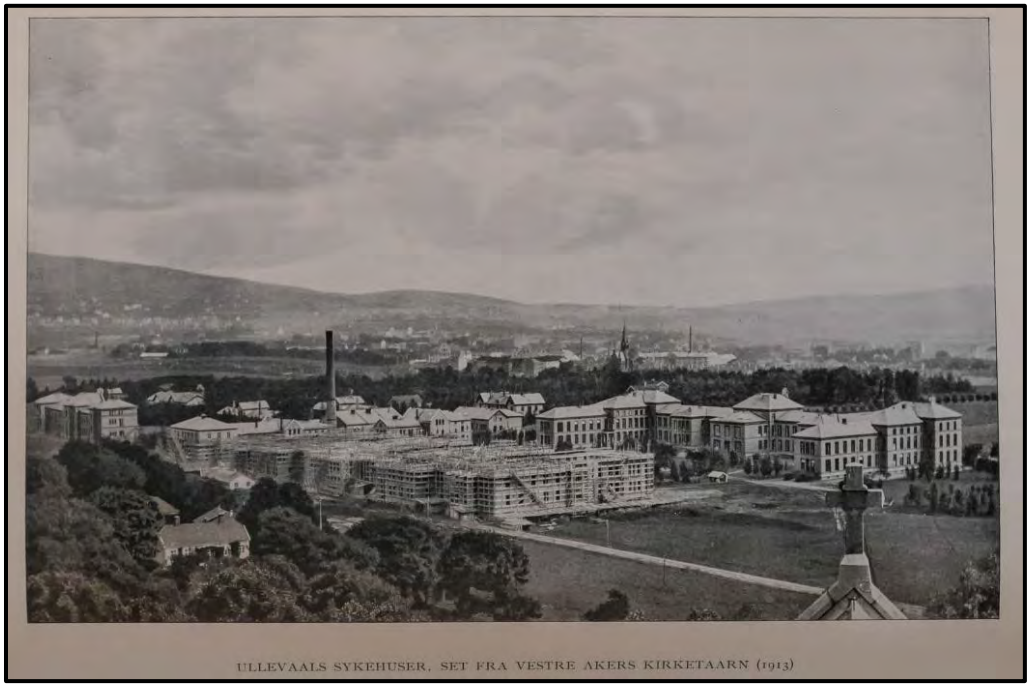
I neste byggetrinn kom etter hvert avdelinger også for andre sykdommer enn de smittsomme. I løpet av Ullevåls første femti år ble bygd et også i nordisk målestokk enormt sykehusanlegg. [ii] Sengeantallet var stort, men funksjon og effektivitet må også sees i lys av at liggetidene kunne være lange i forhold til i senere perioder.

Et annet eksempel: Haukeland sykehus i Bergen ble åpnet i 1912 og utviklet seg på samme måte som Ullevål sykehus i Oslo til å bli et storsykehus.[iii]

Denne første fasen av omfattende sykehusutbygging fra slutten av 1800-tallet var en *transisjon for helsevesenet*. Transisjonsbegrepet passer fordi dette er en sannsynligvis permanent overgang fra én normaltilstand for håndtering av helseproblemer til en annen Vi har sett at å bli innlagt i sykehus ble i økende grad det foretrukne eller nødvendige alternativet til å ligge syk hjemme, eventuelt det selvfølgelige alternativet, den nye normalen. Denne forandringen forandret forholdene for helsetjenesten og helsepersonellet som arbeidet der, især for legene. Tyngdepunktet i medisinsk praksis flyttet seg gradvis fra enkeltpasienter i hjemmene til de profesjonelt drevne sykerommene. Hvorvidt nyere tiders overgang til stadig kortere liggetider i sykehus, mer poliklinisk virksomhet, dagkirurgi, hjemmesykepleie m.v. vil bety en reversering av denne transisjonen, vi bare tiden vise, men medisinens faglige kompleksitet tilsier at vi likevel har en ny normaltilstand der sykehusets rolle er fast definert.

| | | |
|---|---|---|
| Avd. I. | Epidemiavdelingen (i virksomhet siden 1887) som i 1903 hadde tat i bruk sin nye difteripaviljong og dermed raadet over . . . . . | 320 senger |
| Avd. II. | Medicinsk avdeling for voksne og barn i den sydlige halvpart av den store hovedpaviljong med normalt sengeantal av . . . . . | 121 — |
| Avd. III. | Kirurgisk avdeling i samme bygnings nordlige halvpart med 129 sengepladser . . . . . | 129 — |
| Avd. IV. | Avdeling for hudsygdommer og kroniske syke (medicinske og kirurgiske pleiepatienter) i de to for hudsygdommer opførte paviljonger, en for mænd og en for kvinder. I mandsavdelingen opsattes 53 senger for hudsygdommer (hovedsagelig veneriske) og 71 for pleiepatienter, — i kvindeavdelingen 49 for veneriske og 65 for pleiepatienter. Ialt . . . . . | 238 — |
| Avd. V. | Krohgstøttens sykehus, avdeling for tuberkuløse og andre medicinske sygdommer. Antal . . | 135 — |
| | Desuten bibeholdtes som filialavdelinger: | |
| | Bellevue ved Tøien (tuberkuløse kvinder) . . . . . | 35 — |
| | Blekøen med 20 sengepladser vil vinterbruk foruten sommer-paviljongen med 25 pladser . . . . . | 20 — |
| | ialt . . | 998 senger |

*Figur 23.4. Fordelingen av de 998 sykehussengene i Kristiania pr. august 1903. (Fra* Kristiania kommune *(1913) s. 141)*




*Figur 23.5. Ullevål sykehus 1913. (Fra* Beretning om Kristiania kommune for aarene 1887-1911. *Kristiania: J. Chr. Gundersens boktrykkeri, 1914.)*

Denne langsomme forandringen av sykehusenes plass i helsetjenesten fortsatte langt inn i tiden etter den perioden vi har lagt hovedvekten på her i denne boken. Etter den annen verdenskrig, spesielt i 1950-årene, begynte neste fase, de medisinen definitivt ble *definert inn* i tidens mange nybygde sykehus og institusjoner. Det var der det foregikk. Det var der medisinen *var*. Selv primærmedisinens tradisjonelle varemerke, legens hjemmebesøk, ble gradvis erstattet med legesentre, der pasienten kom til legen, ikke omvendt. Mer komplisert medisin kunne tilbys.

Men allmennmedisinen måtte fornyes.

Å få fatt på en lege når det trengtes, spesielt om kvelden og på nattestid, var ikke alltid lett på slutten av 1800-tallet, særlig ikke i byene hvis man ikke hadde personlige kontakter. Det var ønskelig med vaktordninger, kanskje endog med en poliklinikk.[iv]

*Legevakt som hybrid*

Legevakten i Kristiania var opprinnelig en ordning for å få praktiserende leger til å ha vakt utenom vanlig arbeidstid. Legevakten som poliklinikk ble opprettet i 1900 i tilslutning til det gamle Krohgsstøtten sykehus fra 1859. Dette var som vi har hørt i sin tid bygd som byens første kommunale sykehus.[v] Det ble Legevakten man oppsøkte med forstuet ankel, brukket håndledd eller akutt magevondt. Enten dro man dit, eller så ordnet Legevakten med at det kom en lege hjem. Legevakten, i det minste i Oslo, ble en *hybrid,* en overgang mellom allmennlegen og sykehuset.




*Figur 23.6. Haukeland sykehus i Bergen, åpnet 1912. (Foto: Knudsen & Co.)*

Fastlegeordning, der folk hadde formell tilhørighet, fantes ennå ikke rundt 1900 – unntaket var egentlig i landdistriktene, der distriktslegen uformelt var det faste punktet, også fordi det ikke var noen annen lege i nærheten.

For medisinen som fag hadde transisjonen mot sykehusmedisin viktige effekter. Personellet fikk for det første samarbeid med kolleger inn i faste former. For det andre fikk de "mengdetrening" i medisinsk problemløsning. Se tidligere i teksten hvordan det f. eks. kunne være et problem for jordmødre i distrikter med få fødsler. Og for den praktiserende lege: Det hjalp ikke hvor velfylt instrumentvesken var, hvis hun eller han bare hadde utført det aktuelle inngrepet et par ganger før, kanskje for lenge siden – eller aldri. Samspillet mellom de ulike yrkesutøverne ble på de nye sykehusene stabilisert ved at man omgikkes daglig. Sykehusene ble formelt og uformelt utdanningssted for helsepersonell av alle kategorier. Det var også bedre muligheter for forskning enn før, dvs. vitenskapelig arbeid for å skaffe ny kunnskap som også var til nytte for andre. Mulighetene for systematisk utnytting av erfaringer ble en betydelig gevinst.

Institusjonaliseringen av medisinen hadde også et ikke-medisinsk samfunnsperspektiv. Her ble det arbeid for mange flere. Helsevesenet ble over hele landet en voksende yrkesarena, spesielt for kvinner. Her er også transisjonsbegrepet anvendbart – utvikling av de mange helseyrker fram mot en ny normaltilstand – helsevesenet som en av landets største *arbeidsplasser*.

## Noter

[i] *Tobias* (Informasjonsblad fra Oslo Byarkiv), spesialnummer om sykehus i Kristiania/Oslo, nr. 3, 2000.

[ii] Kristiansen K, Larsen Ø. (red.) *Ullevål sykehus i hundre år*. Oslo: Oslo kommune, 1987.

[iii] Hammerborg M, Ryymin TS. *Veien til Haukeland: Haukeland universitetssykehus 1912-2012*. Bergen: Fagbokforlaget, 2019. Se også professor Ole Trond Bergs anmeldelse av denne: *Heimen;* 2020; 57: 348-358.

[iv] Hunskår S, Sandvik H. *Legevaktens historie: fra barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt senter for legevaktmedisin, 2018.

[v] Larsen Ø. *Legevakten*. Oslo: Oslo kommune, 2000.

**Kapittel 24**

## Bomiljø og folkehelse

*I løpet av 1800-tallet endret de fysiske livsbetingelsene i Norge seg helt vesentlig. Det gjaldt især for de voksende byene, der det ble boligforhold som var nye og uvante for store deler av befolkningen. Dette medførte en langsom forandring av betingelsene for folkehelsen, og også for de demografiske endringene som foregikk. Den store interne migrasjonen i Norge, og spesielt byveksten i og rundt hovedstaden i siste halvdel av 1800-årene, skapte et stort, nytt boligbehov. Befolkningsøkningen i Christinaia (fra 1877 Kristiania) er det fra ca. 50 000 ved midten av århundret til om lag 250 000 femti år senere gjorde at de aller fleste av de nye byboerne nødvendigvis var innflyttere. Sosiologisk betyr dette at de første årtienes innflyttere hadde det opprinnelig hjemstedet som referanseramme, mens det etter hvert kom en ny generasjon som hadde vokst opp i uferdige bymiljøer.*

Boligstandarden i 1800-årenes siste del hadde betydelig innflytelse på helserisikoen, blant annet fordi det fortsatt var de smittsomme sykdommene som dominerte. Boforholdene la også føringer for hvordan beboernes liv kunne arte seg. Dette gjaldt ikke bare den somatiske helsen, men også faktorer som påvirket trivselen. Byen som samfunn gjennomgikk flere langsomme forandringer, ikke bare veksten fra småby til storby. Selve bybildet skiftet, fordi gammel bebyggelse ble erstattet med ny og åpen mark ble bebygd. Bolighus fikk nye standarder, men de var likevel av ulik kvalitet og gjenspeilte blant annet klassedelingen i datidens samfunn.

Det store omfanget av byggevirksomheten medførte over tid en utvikling av en byggeindustri som hadde mange forskjellige ledd som var avhengige av hverandre. Boligbyggingen i siste halvdel av 1800-tallet var i hovedsak *markedsstyrt*. Boligkrakket i 1899, da konkursbølgen rammet og den hektiske byggevirksomheten plutselig stoppet opp, ble derfor et sviende slag for mange, også langt ut i storbyens periferi. På den annen side medførte byggestoppen at det ble tid for refleksjon over byplanlegging og arkitektur - med bedre prosjekter som følge.

### *Viten man hadde og viten man trengte*

At boligforholdene man lever under, har innvirkning på helse og trivsel, er så selvsagt at det ikke behøver å drøftes nærmere her.[i] Vi *vet* at overbefolkede,

uhygieniske, kalde og trekkfulle boliger gir dårlig helse. Vi *vet* også at utformingen av bomiljøer har innflytelse på trivselen, dvs. hvordan miljøet samsvarer med beboernes preferanser, følelse av trygghet, mestring og andre mer udefinerbare forhold som sammen virker inn på hvordan vi *trives*. For folkehelsen i Norge var



*Figur 24.1. Kalle Løchen (1865-1893):* Hustak. *(1885). (Nasjonalmuseet. Foto: Jacques Lathion)*

dette spesielt viktig fordi migrasjonen på slutten av 1800-tallet var så omfattende. En stor del av befolkningen trengte nye boliger. Det måtte planlegges, eksisterende kunnskaper om boligers helseeffekter måtte mobiliseres, og ny kunnskap måtte skaffes.

Urbaniseringen hadde skutt i været noe tidligere ute i Europa, slik at det forelå forbilder for hvordan byplanlegging og boligutforming kunne være. Det forelå også erfaringer om nye boområders funksjon i folkehelsesammenheng, men disse måte tilpasses de lokale forholdene, blant annet fordi forskjellige grupper hadde ulike behov. Og også det norske samfunnet var klassedelt. Idyll eller slum avhenger av øynene som ser, kfr. maleriet fra Kristiania i 1885 (figur 24.1.). I det vibrerende liberale samfunnet var det også grenser for hva bygningsmyndighetene hadde muligheter og kapasitet til å følge med på.

Vi har omtalt 1800-tallets migrasjonsbølger før, men må rekapitulere noen hovedpunkter når vi drøfter boligsituasjonen i Norge. Den store emigrasjonen til USA er gjerne den delen av flyttebølgen som tiltrekker seg størst oppmerksomhet i historien. Den begynte i smått i 1825. og fortsatte i tiden som fulgte. De årene da særlig mange dro over Atlanteren var etter den amerikanske borgerkrig 1861-1865. Utvandringen varte inntil det ble full stopp av politiske grunner i 1930. Det dreide seg da om over 800 000 som hadde utvandret. En del av dem kom riktignok tilbake igjen, men 800 000 er mange, tatt i betraktning at folketallet i Norge ved århundreskiftet 1900 var ca. 2,2 millioner.

Det var også *samtidig* en betydelig *intern migrasjon*, overveiende slik at folk flyttet fra land til by. Den totale migrasjonen ble derfor summen av dem som flyttet utenlands og dem som flyttet innenlands. Det var med andre ord *mange* som skiftet miljø i løpet av 1800-tallet. Tenker vi på ringvirkningene av hver enkelt utflytting, vil det si at så å si hver eneste norske borger ble påvirket av migrasjonen på en eller annen måte. Og hver borger hadde et nettverk og et miljø som ble affisert.

Migrasjonsbølgen utspant seg i en periode som omfatter ca. tre generasjoner. Den første hadde røtter i det gamle samfunnet. Folk i den andre levde hele sitt liv i en dels hektisk omvandlingsprosess. Den tredje generasjonen opplevde den nye tid, tiden som den kom til å bli som det normale. Befolkningen var med andre ord *en annen* ved århundrets slutt enn ved dets begynnelse – og omvandlingen fortsatte.

Det er grunn til å dvele ved denne store omflyttingen av befolkningen i et folkehelseperspektiv, fordi mange i begge grupper, både utvandrere og interne flyttere, etablerte seg i nye miljøer som nok kunne ha mye positivt ved seg, men der blant annet *boligsituasjonen* ofte var mer uheldig for helsen enn det miljøet de reiste fra. For emigrantene vises til utvandrerlitteraturen, og vi konsentrerer oss her om

forholdene som møtte flytterne i Norge, især dem som dro til Norges "Big Apple" – hovedstadsregionen.

*Vekst og voksesmerter*

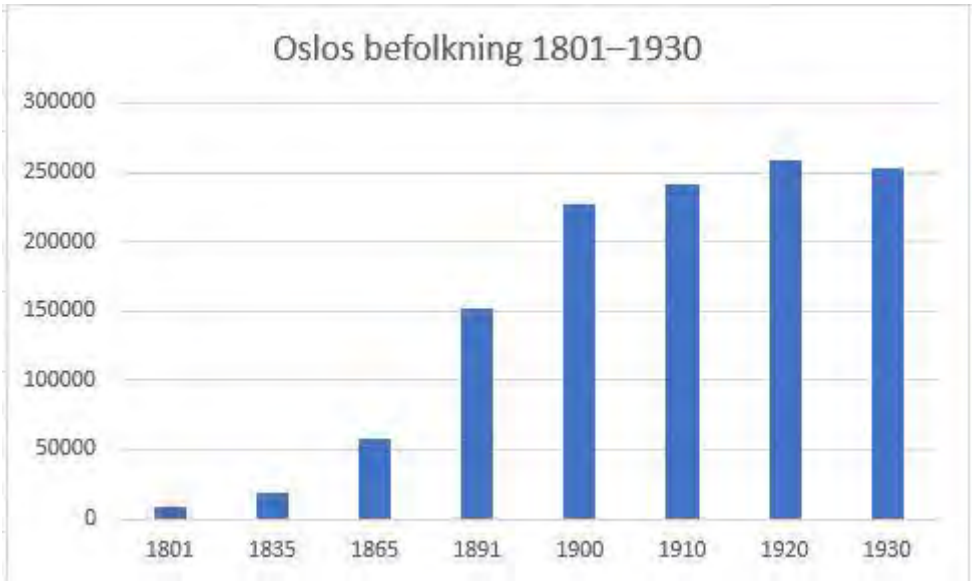
Særlig stor var veksten i hovedstadsområdet. Derfor ser vi spesielt på hva som foregikk der. Christiania hadde rundt 50 000 innbyggere i 1850. Ved århundreskiftet var tallet ca. 250 000. Her trengtes boliger. Det måtte bygges.[ii] Det var særlig i de siste årtiene at byggingen ble mer og mer intens, med 1890-årene som et klimaks. I 1875 hadde Christiania 3 302 hus. I 1900 var det 8 021.

Det betyr at i tiden før byveksten akselererte, besto bykjernen av gammel, bymessig bebyggelse, oppført fra Christian IV's tid, dvs. fra grunnleggelsen av Christiania i 1624 og framover. Lave hus med utmurt bindingsverk hadde vært typisk byggestil både for boliger og andre formål. Det var murtvang fra 1624 av hensyn til brannfaren. Fordi murhus var svært dyre, ble det gitt dispensasjon for å bygge med utmurt bindingsverk, som også ga brannbeskyttelse. Særlige muligheter for å utvide kapasiteten hadde disse eldste bygningene ikke. Derfor ble de gradvis, og især mot slutten av attenhundreårene, erstattet av større bygårder i vanlig mur og i kontinental stil.

Den store boligbyggingen skjedde i forskjellige faser. Dette ga seg utslag i arkitektur og utforming. I folkehelsesammenheng er hygienisk standard særlig viktig. I den første vekstperioden midt i århundret ble det bygd mange boliger beregnet på den voksende arbeiderklassen. Disse var forholdvis enkle. Senere i århundret, og især i 1890-årene, var boligbehovet for den nå voksende middelklassen mer presserende og det ble bygd gårder av høyere standard, tilpasset dette. Det tynne øverste sjikt bygde seg påkostede flerfamiliehus, noen til og med luksusvillaer med parkmessige hager, men slike boliger ble aldri typisk Kristiania – tross klasseforskjellene var det norske samfunnet over tid mer egalitært og jordnært enn i de utenlandske byene man prøvde å kopiere.

I utkantene av det daværende bysentrum, på områder som ikke var regulert, fant man flere strøk med små, enkle trehus med lav standard. Det foregikk altså en stor og overgripende overgang – en langsom forandring av byen fra småby til storby. Og denne overgangen hadde flere kortere overganger innebygd – blant annet bygninger og bomiljøer som kom og forsvant innenfor perioden.

Den store tilflyttingen til hovedstaden gjennom hele siste halvdel av 1800-tallet kom fra hele landet. De demografiske "pull"-faktorene var at man i Christiania kunne finne arbeid, utdanningsmuligheter og alt en moderne by kunne by på – dersom man hadde de økonomiske mulighetene. Kanskje var disse "pull"-faktorene vel så sterke som de "push"-faktorene som gjorde seg gjeldende. Fortsatt høye




*Figur 24.2. Befolkningen i Christiania/Kristiania/Oslo. (SSB)*



*Figur 24.3. Utmurt bindingsverk var typisk Christiania-arkitektur. Eksemplet her er Anatomigården på Christiania torg fra 1640-årene. På bildet sees utmuringen i annen etasje, mens veggene ellers har fått heldekkende murpuss. (Foto: Øivind Larsen)*




*Figur 24.4 Blant tegningene til den mangfoldige fyrdirektør, kunstner m.v. Carl Frederik Diriks (1814-1895) finner vi dette bildet fra Vaterland ved Akerselva. Her sees kontrasten mellom kondemnable gamle trehus og nyoppførte bygårder – som først senere ble kondemnable. (Etter Collett 1893)*

fødselstall på landet kombinert med synkende dødelighet ga befolkningsøkning og et press på mulighetene for å komme seg opp og fram i det tradisjonelle samfunnet i periferien. For distriktene var migrasjonen blitt en nødvendighet.

Christiania (etter 1877 stavet med "K", Kristiania) hadde et gammelt borgerskap som nå ble supplert med en økende befolkning av "lavere klasser", for å holde oss til klassesamfunnets struktur og nomenklatur. Å huse disse innflytterne var ikke så enkelt. Dessuten ble Kvadraturens boliger etter hvert erstattet med næring og kontorer. Gamle hus utenfor det gamle byområdet - gjerne lave trehus med små rom - hadde liten kapasitet for å ta mot flere innvånere. Det *måtte* bygges nytt.

*Urbanisering som forming av levekår – offentlig styring og markedskreftenes spill*

Helt siden gammel tid hadde det vært former for regulering av byggevirksomhet også i Norge. Christian IV bestemte f. eks. på 1600-tallet hvordan både Christiania og Christianssand skulle se ut. København hadde en såkalt stadskonduktør helt fra 1690. Christiania fikk stadskonduktør i 1740 og Bergen i 1830. Stadskonduktøren var tidens "Plan og bygg" og hadde et overordnet ansvar for blant annet tinglysing av eiendommer, oppfølging av byggevirksomhet m.v. Han var embetsmann som forvaltet bygningslovgivningen, som Christiania hadde fått i 1827 og Bergen i 1830.

I hovedstaden var stadskonduktøren fra 1827 den meget dynamiske arkitekten Christian Heinrich Grosch (1801-1865). Han tegnet selv et stort antall offentlige bygninger og kom til å prege det arkitektoniske bildet av det nye Norge. Imidlertid begynte den store boligbyggingen først etter hans tid. Kommersielle og sosiale krefter tiltok i styrke, så de nye boligområdene fikk en annen stil – Kristiania ble mer eller mindre en kopi av Berlin. Spørsmålet er imidlertid i hvilken grad de sosiale og helsemessige erfaringene fra kontinentet også var blitt tatt med til Norge.

Bygårdene som reiste seg, var i den første tiden lave. Tre etasjer var det vanlige. Fra 1880-årene var det imidlertid fire etasjer som ble standarden. Det er de fire etasjes leiegårdene som er blitt typiske for det gamle Kristiania. Gitt løpende tilpasning av disse til behov og standarder, har både historien og senere boligforskning vist at denne arkitekturen i stor grad later til å samsvare med folks preferanser, også over generasjonsgrensene. Det kan ha noe å gjøre med arkitekturens estetiske balanse mellom strenghet og mykhet og dimensjoner



*Figur 24.5. 1890-årenes importerte byarkitektur viste seg i ettertiden å ha mange elementer som stemte overens ned basale betingelser for trivsel og helse. Her et eksempel fra Oslo. (Foto: Øivind Larsen 2025)*

som er fattbare, identitetsskapende og ikke truende.[iii] At det i spekulativt øyemed også ble reist slike gårder av lav kvalitet og som raskt utviklet seg mot overfylt slum, er en annen del av dette bildet.

Utførelsen kunne nemlig variere, blant annet fordi utbyggerne vendte seg mot ulike klasser i befolkningen. Leiegårdene i vest, fra århundrets siste år, kunne være rikt utsmykket og ha store leiligheter med plass til tjenerskap, f. eks. i en fløy innover på baksiden. Mot gaten kunne leilighetene ha salonger til å ta imot gjester. Det var ofte en baktrapp til kjøkkenregionen og et snirklete skilt ved hovedinngangen: "Bud bedes gaa Kjøkkenveien" sto det ofte på emaljeskiltet. Klasseskillene var allerede sementert i bebyggelsen. Dette fortsatte, noe som kom til å skape problemer senere.

I andre strøk av byen, i nord og øst, var de fleste nye leilighetene små og enkle. Det kunne til og med være klasseskille *i samme gård,* med en hovedoppgang for de bedrestilte og en annen oppgang for de mer beskjedne. Dette kunne ironisk nok slå paradoksalt ut når det gjaldt sanitæropplegget. I de litt finere gårdene var det ofte bøttetoaletter i trappeoppgangene. Bøttene ble tømt av folk fra Renholdsverket – ikke uten søl og lukt. Dette var, sett i bakspeilet, mer uhygienisk enn de enklere gårdene som hadde utedo nede i gårdsrommet, eller en "dumpedass" med fritt fall fra etasjene og ned i en binge som ble tømt av renovasjonsfolk med hest og vogn av og til.

Vannklosetter ble først alminnelige i nyoppførte bygg da vi kom over på 1900-tallet, mens det tok ytterligere et halvt hundreår før hele den gamle bebyggelsen var modernisert og hadde fått vannklosett. Dotømmervognene var blitt erstattet med dotømmerbiler, men også disse forsvant. Dette var en langsom forandring av stor betydning for folkehelsen. Og den skjedde i det stille.

Sanitærforholdene i de nye byene hadde for avtredenes vedkommende vært preget av at vaner fra landsbygda var tatt med til byen. Utedoen på landet kunne være grei nok, men i infeksjonssykdommenes tid holdt ikke utedoer mål i en tett by. Luktproblemet og estetikken var én ting. Overføringsmulighetene for smittsomme sykdommer var en annen og viktigere.

Gårdenes søppelkasser ble tømt med hest og vogn fra Renholdsverket. Hygienisk mest betenkelig var de åpne metallkassene for "skyller", dvs. matavfall som skulle hentes for å brukes til dyrefor. Det ble byrottenes eldorado.

Selv om det forelå regulering for gateløp og andre overordnede strukturer, var mye av byggingen *bestemt av utbyggerne* – og deres krav til inntjening. Tomtene kunne bli maksimalt utnyttet, især ved at det ble bygd bakgårder inne i kvartalet, bakom huset som hadde fasade mot gaten. Der kunne det bli sparsomt med både lys og luft.



*Figur 24.6. Nedenfor St. Hanshaugen i Oslo. Selv i dette "bedre strøk" ble tomtene på 1800-tallet utnyttet maksimalt på bekostning av lys og luft for beboerne. Skikken med å bygge bakgårder inne i gårdsrommene sees midt på bildet til høyre. For de nedre etasjene blir gårdsrommene som mørke sjakter og utsikten fra vinduene rett inn til naboen få meter borte. Til venstre for dette sees et trekantet kvartal der det også er lite lys og luft, selv uten bakgård. (Foto: Oslo kommune Plan og bygg, nedlastet 9.8.2025.)*

Vannforsyning var fra tidlig av gjerne anlagt med *brannberedskap* for øye. Dette vannet fylte ikke nødvendigvis de hygieniske kravene den nye tid stilte. Omlegginger måtte til. Brannfaren var imidlertid meget stor i gamle dagers tettbygde strøk. Vann til brannslokking var det man prioriterte høyest. Årsakene til dette sier seg selv. Ildsteder for ved, kull og koks fantes i alle hus, foruten stearinlys og etter hvert parafinlamper. Slik var det også i årene da Kristiania begynte å vokse, selv om strøm, i det minste nok til belysning, kom i 1890-årene. Christiania Elektricitetsværk ble etablert i 1892 og Hammeren kraftverk i Maridalen i 1900.

Det var også en sosial side ved bybrann for beboerne i tillegg til den alltid truende faren for å bli husløs – eiendeler kunne forsvinne for godt. Det finnes en bok om norske bybranner fram til 1920-årene, og den er skremmende lesning.[iv] Min bestemor fortalte så lenge hun levde om bybrannen i Larvik i 1902. Hun var datter av en musiker og komponist. Hun glemte aldri haugen av ståltråd i asken på branntomten. Den var det som var igjen av hennes fars flygel.



*Figur 24.7. Hovedstadens bolighistorie i konsentrat:* Fredensborgveien. *Midt i bildet sees den gamle forstadsbebyggelsen Bergfjerdingen fra 1700-og 1800-tallet, først innlemmet i Christiania i 1859. Her var det overbefolkning og fattigdom. På 2000-tallet er det blitt en ettertraktet idyll, her under skrenten mellom Damstredet og Fredensborgveien. Idyllen er vakker, men er egentlig en ahistorisk romantisering, Til venstre i bildet, på hjørnet, sees Dops gate 11, oppført i 1871, en typisk gård med tre etasjer fra den tidlige storutbyggingen i byen. Til høyre to gårder i 1880-1890-stil. De har fire etasjer. Gården til venstre er "finere" enn den til høyre. Ofte var annen og tredje etasje markert på fasaden, for her var det ansett som mest attraktivt å bo. Helt til venstre i bildet skimtes et lite industriområde, der det blant annet har vært pølsemakeri. På toppen av åsryggen ligger høyblokkene i Westye Egebergs gate. De har funksjonalistisk stil, er reist i 1930-1939 og ligger rundt en åttekantet plass. (Foto: Øivind Larsen 2023)*



*Figur 24.8. Typisk indre av et 1890-års-kvartal i Kristiania, her fra nederst i Sofies gate. Hjørnegården, der bildet er tatt fra kjøkkenvinduet i en tre værelsers leilighet i fjerde etasje, hadde også en sideoppgang med seks små toværelsers leiligheter. Hovedoppgangen hadde bøttetoaletter i oppgangen, mens avtrede for sideoppgangen var det lille huset nederst i bildet. WC ble lagt inn i 1946 og bad senere. Leiegården helt bakerst til høyre har "do-tårn" med toaletter utenfor trappeoppgangen. Nabogården som vi ser litt av nærmest til høyre, var bygd for et annet marked. Den besto av fire herskapelige leiligheter med en tjenerfløy bakover som vi skimter i høyre bildekant. Bygningen midt inne i kvartalet har huset forskjellige håndverksbedrifter. (Foto: Øivind Larsen 2023)*

*Slum uten mur og vann*

Murtvang og utbygging av offentlig vann og avløp var blant de regulerende tiltakene som kunne gjøre både brannsikring og hygieniske forhold bedre. Et av problemene med dette var at reglene ikke var like over alt. Utenom bykjernen i Kristiania var det områder der man kunne bygge fritt. Det fantes spekulanter som gjorde nettopp det. F. eks. ble det senere slumstrøket Enerhaugen øst for Grønlands torg tett bebygd med primitive trehus. Der var det ikke innlagt vann. Vann måtte hentes ved en vannpost helt fram til ca. 1960. På det meste bodde det ca. 1800 personer her. Strøket ble først sanert i 1963. Noen hus derfra er gjenreist på Folkemuseet på Bygdøy. Som romantiserte utstillingsobjekter i en turistifisert kontekst forteller de der en annen historie enn den virkelighetens Enerhaugen gjorde. Nå på 2000-tallet er det få som husker hvordan det var der.

Nye hus var dyre, også i 1890-årene. Trangboddheten var stor.

*Strukturell bolignød*

Overbefolkningen skyldtes svært ofte at beboerne var nødt til å ta inn hybelboere for å dekke sin egen husleie. Det var bolignød – men igjen et paradoks: Bolignøden var nemlig også *strukturell.* Det kunne periodevis være nok ledige boliger, men de sto tomme fordi de var for dyre. De var ikke nødvendigvis dyre på grunn av at noen skulle ta ut en ublu fortjeneste, men fordi den nå påkrevde standarden var for kostbar. Da kunne det simpelthen bli for dyrt for de boligsøkende. Og en bolig som er for dyr i forhold til dem som den er beregnet for, er en dårlig bolig - uansett.

1800-talls-byenes boligstrøk var basert på *utleie.* Bare ganske få byboere eide sin egen leilighet. Det var det en *gårdeier* som gjorde. Og gårdeierne kunne komme i kraftig klemme når husleier ikke kom inn. Utgiftene var der, tross sviktende inntekter.

Husbyggingen krevde mange arbeidshender, ikke bare på byggeplassene. Det ble en etterspørsel etter byggevarer som strakk seg inn i dype skoger og nedover fløtningselver. Trematerialer ble fraktet inn fra sagbrukene, en virksomhet som beskjeftiget mange. Murstein ble av hensyn til transporten helst produsert lokalt ved byens mange leireforekomster og større og mindre teglverk. Trestillaser ble reist. Murstein og andre materialer ble båret eller heist opp manuelt. Innredning ble lagd på stedet. Kjøkkenskap ble snekret på kjøkkenet før kjøp av ferdig utstyr ble vanlig. Selv små leiligheter måtte ha ovner og svartkomfyrer, så støperiene hadde en glanstid. Avtrekkspiper og røykpiper måte mures side om side. Det *måtte* myldre av folk og hester i tungt arbeid for hvert hus som ble reist. Nye hus var det mange av, og hvert hus som ble bygd hadde sosiale ringvirkninger langt utover landet.

*Hus og miljø*

Hvordan var boligmiljøet i det gamle Kristiania? Igjen er det nyttig med skjønnlitteraturen. Som alltid må man også tenke å øynene som ser. Les Knut Hamsuns (1859-1952) *Sult* fra 1890![v] Første setning i *Sult* er berømt: "Det var i den Tid, jeg gikk og sulted i Kristiania, denne forunderlige By, som ingen forlader, før han har faaet Mærker af den."

Det er imidlertid også grunn til å merke seg bokens siste setning. Hovedpersonen har omsider fått seg jobb ombord på en båt som er på vei vekk: "Ude i Fjorden retted jeg mig op engang, vaad af Feber og Mathed, saa indad mod Land og sagde Farvel for denne Gang til Byen, til Kristiania, hvor Vinduerne lyste saa blankt fra alle Hjem."

*Sult* beskriver byens nød og umenneskelighet, men også dens muligheter og tiltrekning. Var kjennetegnet ved "denne forunderlige By" dens *blanding* av folkevekst, fattigdom, liberalisme og framtidstro?

*Da alt ble stille*

Byggeboblen sprakk tirsdag 13. juni 1899.

Det var byggeprosjekter i gang, nær sagt over alt i byen. Det var en summende aktivitet. Lørdag 10. juni 1899 hadde bankbudet til firmaet Chr. Christophersen, eid av den mektige industrigründer og grosserer Christian Eilert Rasch Christophersen (1840-1900) gått rundt i byen og betalte regninger, dvs. han løste inn veksler. I to banker skal han ha mumlet noe om at disse nok var de siste som kunne innfris. Det var alarmerende! Mandag 12. juni 1899 sto det en artikkel i *Morgenbladet* som antydet en kommende krise. Den kom altså neste dag. Firmaet Chr. Christophersen var konkurs. Det måtte overlates til skifteretten 19. juni 1899 og hadde da trukket med seg mange andre i dragsuget, deriblant flere banker. Alt stoppet med ett slag.

Virkninger og ettervirkninger varte i mange år. Mange aktører ble rammet så det sved – og det sved hardt.[vi] Noen av dem hadde imidlertid bedrevet en finansakrobatikk som bare måtte gå galt til slutt. I folks øyne ble Christophersen syndebukk for alt som hadde skjedd, men økonomihistorikeren Fritz Hodne (1932-2009) mente i sin artikkel om ham i *Norsk Biografisk Leksikon* at dette neppe var riktig. Det var høykonjunkturen som hadde kollapset.

Egentlig fikk det meste av norsk næringsliv et baugskudd ved krakket i 1899. I ethvert fall merket man det. Det var ikke bare Kristiania som fikk sjokk. Mange mennesker mistet sitt utkomme. Det kom til syne at *boligindustrien* var blitt en selvstendig politisk faktor som blant annet hadde som mål å holde seg selv oppe – ved å holde byggevirksomheten i gang. Slik har det egentlig vært siden, selv om det



*Figur 24.9. Typisk sveitserhus fra årene rundt århundreskiftet 1900. Dette huset er fra stasjonsbyen i Rakkestad ved Østfoldbanens østre linje og bygd ca. 1910. Det er nå revet og erstattet med en boligblokk. (Foto: Øivind Larsen 1955)*

ikke snakkes så mye om det. Det er et historisk tema for seg selv. Det gikk flere tiår før boligreisningen kom ordentlig i gang igjen etter katastrofen i1899.

Men krakket ga også pusterom for ettertanke – hvordan bør boligbygging egentlig være for å tjene samfunnet best mulig, og samtidig sikre helse og trivsel hos beboerne? [vii] Det var mye å lære av det som hadde skjedd.

*Kulturmigrasjon den andre veien*

Vi har til nå drøftet strømmen av mennesker og varer fra landdistriktene til byene. Det var også en flyt den andre veien. Blant annet medførte tidens omfattende jernbanebygging at distriktenes kontakt med urbane miljøer ble sterkere. Det vokste fram stasjonsbyer der banene var anlagt. Da trengtes boliger for dem som arbeidet ved jernbanen, og det kom butikker, håndverksbedrifter og industri. Ved de nye jernbanestasjonene vokste det fram små tettsteder, ofte med meieri, post, bank, skole, legekontor, landbruksverksteder og mye annet. Derfor ble det også et landsens boligbehov for noe vi kanskje kan kalle en ny tjenesteytende middelklasse.

Nye arkitektoniske idealer spredte seg utover. Trehus i sveitserstil var populære ved slutten av århundret og inn på 1900-tallet. De hadde gjerne borgerlige idealer og flere stasjonsbyer fikk et preg som liknet storbyenes nye forsteder.

I tillegg til at slike hus oftest ble bygd av lokale håndverkere, gjorde de nye og bedre kommunikasjonene at man kunne kjøpe *ferdighus,* f. eks. fra Strømmen Trevarefabrik. Den var opprettet i 1884 og leverte allerede fra 1887 sommerhus og bolighus, ferdige til oppsetting. Bedriftens beliggenhet ved jernbanen var ideell.

Folkehelsemessig var slike sveitserhus ofte mindre egnet, tross sitt utseende. Økonomien satte grenser. Sveitservillaene var ofte dårlig isolert. Tradisjonelle hus av tømmer, eventuelt med kleding utenpå og inni, holdt vinterkulda mye bedre ute. Datidens bolighus hadde en fordel når det gjaldt oppvarmingen. Det var gjerne et stort kjøkken og ett eller to rom som behøvde å varmes opp når vinteren var som verst. Til resten av huset kunne man lukke dørene.

En annen sak var vann, kloakk og sanitære forhold. De sto ikke i stil med de nye husenes utseende – ofte tvert i mot. På et småsted gikk det bare ikke hvis skikken var brønn i hagen og utedo. For mange slike bebyggelser over hele landet kunne det ta mange tiår før vann, kloakk og renovasjon var brakt i orden.

Var folkeforflytningen og all utviklingen på slutten av 1800-tallet *bærekraftig,* i den forstand at ressurser ikke ble overbeskattet? Det kommer an på hvordan man regner. All byggingen, eksporten av tømmer og sagbruksprodukter, all vedfyring i gamle og nye boliger og alt utmarksbeite hadde blant annet ført til at skogressursene var blitt overutnyttet. Avvirkningen hadde vært større enn tilveksten. Med Landskogtakseringen fra 1919 ble det derfor innført et offentlig tilsynssystem for å ivareta langsiktig balanse.

*Axel Holsts boligundersøkelser – og hans grunn til bekymring*

Da Ernst Ferdinand Lochmann var død i 1891, overtok Axel Holst (1860-1931) professoratet i hygiene ved Universitetet i 1893. Han var sønn av professor Frederik Holsts sønn, korpslege Axel Holst (1826-1880) og hadde samme navn som sin far. Unge Axel Holst hadde etter medisinsk eksamen i 1884 blant annet kvalifisert seg i mikrobiologi og patologi, og sto klar til å ta over hygienefaget, slik det på denne tiden tok form ute i Europa. Det var en bred sosialhygienisk tilnærming til folkehelse som der var i emning. Denne fagretningen hadde foreløpig ikke våknet hos oss, på tross av de åpenbart innfløkte helseproblemene som blant annet urbaniseringen hadde ført med seg.

Noe av det første professor Axel Holst kastet seg over, var å undersøke boligstandarden i Kristiania. Initiativet til undersøkelsen var tatt av Den Sosialdemokratiske Forening. Det praktiske arbeidet skjedde i regi av Kristiania

Sundhetskommisjon.[viii] Undersøkelsen ble publisert i en bok og i en serie artikler i *Tidsskrift for den norske lægeforening* i 1895,[ix] og også internasjonalt, slik at Axel Holst ettertrykkelig nådde fram til de norske, engelskspråklige og tyskspråklige fagmiljøene.[x]

Holst hadde undersøkt i alt 1 946 boliger i Kristiania. Han kunne ikke undersøke samtlige byens boliger, så han hadde foretatt et utvalg. En rekke faktorer ble registrert. En moderne epidemiolog ville kanskje foretatt utvalget av boliger noe annerledes for å sikre representativiteten for byen som helhet, men det svekker verken Holsts hovedfunn eller konklusjoner. Metodene for å avdekke

| Gaard i | Gaardens „Klasse". | Bygnings-maade og Antal Etager | Mangler. | Ant. unders daarl. Leil. i Gaarden. | Af de daarl. Leiligh. er | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | yderst daarlige | daarl. i snevrere For-stand. |
| | | | Transport . . | 362 | 167 | 195 |
| Lakkegaden | 2 | Tømmerhus, 2 Etager. | Daarlig vedligeholdt, utæt, tildels særdeles mørkt paa Grund af omgivende Bygninger, tildels særdeles fugtigt (i 1ste Etage) 1 Leilighed har en Høide af 2.0 m. | 7 | 5 | 2 |
| — | 1 | Murgaard, 3 Etager. | 2 Leiligheder i 1ste Etage, der vender mod Forgaarden, er meget mørke, (trangt Gaardsrum), den ene tillige temmelig kold (ved Siden af Porten), og Forgaardens Priveter er anbragte lige udenfor Vinduerne. | 2 | - | 2 |
| — | 2 | Tømmerhus, 2 Etager. | Noget utæt, fugtigt og mørkt, Høiden i 3 Leiligheder 1.95—2.2, i 1 Leilighed 2.3 m. | 4 | - | 4 |
| — | 2 | Do. | Meget fugtigt, meget koldt og mørkt; Høiden 2.0 m. | 2 | 2 | - |
| — | 2 | Do. | Meget mørkt, Høiden er 1.9 m. | 1 | 1 | - |
| — | 1 | Murgaard, 3 Etager. | Meget mørk Alkove og Kjøkken (den førstes Vindusflade $^1/_{70}$, Kjøkkenets $^1/_{35}$ af Gulvfladen; Kvistleilighed). | 1 | - | 1 |

*Figur 24.10. Utsnitt fra en av Axel Holsts mange tabeller over undersøkte boliger, hentet fra hans bok (side 48). Her er det leiligheter i to trehus og to murhus. De to trehusene er åpenbart nokså dårlige. De to murgårdene er sannsynligvis nyere, men det er ikke særlig bedre der. Nr. 2 på listen forteller om en bakgård inne i et trangt kvartal med mørke og stank fra doene.*

årsakssammenhenger med epidemiologiske metoder var foreløpig ikke så gode. Uansett: I Kristiania fant Holst mye miserable boforhold. Kanskje hadde Holst foretatt sitt utvalg av studiemateriale med faglig omhu for å få fram nettopp dette?

Holst var især opptatt av trangboddhet. Det målte han blant annet gjennom å vurdere *tilgjengelig romvolum* for hver enkelt beboer. Det måtte være nok luft i leilighetene. Måling av takhøyde var således et av punktene.

Holst kom fram til av ca. 9% av byens beboere levde under et minimumsnivå for allment aksepterte hygieniske krav. Store barnefamilier ser ut til å ha kommet særlig dårlig ut. Det var i disse årene at barnekullene begynte å synke. Kanskje var det en sammenheng?

Det var boligbygging med moderne idealer som foregikk. Likevel gikk det ikke så bra. Selv nybygde hus hadde mangler som man i samtiden *måtte vite* var lite akseptable og i ethvert fall ikke ville være akseptable framover i tid. Hvorfor var det blitt slik?

*Behov og funksjon*

Det er komplisert å få grep om hvordan boliger fungerer for dem som skal bruke dem, fordi det er så mye som spiller inn. Det er særlig vanskelig for historiske

Tabel VII.

| | Antal Leiligheder, hvis Leiere var: | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ensl. Pers. eller Mand og Kone uden Børn. | Familie med 1 Barn. | 2 Børn. | 3 Børn. | 4 Børn. | 5 Børn. | 6 Børn. | 7 eller fl. Børn. |
| Saml. Antal undersøgte Leiligh. | 352 | 369 | 362 | 327 | 229 | 160 | 86 | 61 |
| „Yderst stærkt" overfyldte Leiligh. | 30 (8,5 %) | 39 (10,5 %) | 63 (17,4 %) | 67 (20,5 %) | 63 (27,5 %) | 53 (33,1 %) | 38 (44,2 %) | 32 (52,4 %) |
| „Stærkt" overfyldte Leiligh. | 82 (23,3 %) | 67 (18,2 %) | 58 (16,0 %) | 69 (21,1 %) | 49 (21,4 %) | 36 (22,5 %) | 25 (29,1 %) | 14 (23 %) |
| Andre Leiligheder. | 240 (68,2 %) | 263 (71,3 %) | 241 (66,6 %) | 191 (58,4 %) | 117 (51,1 %) | 71 (44,4 %) | 23 (26,7 %) | 15 (24,6 %) |

*Tabell 24.11. Barnetall og dårlige leiligheter (Holst 1893, tabell 7). Legg merke til overvekten av store familier i de dårligste boligene.*

perioder. Med utgangspunkt i helse og trivsel kan man imidlertid på bakgrunn av nyere studier og analyser prøve å vurdere retrospektivt hvordan forholdene må ha artet seg i praksis - f. eks. i Kristiania i 1890-årene.

En nyere metastudie av litteraturen på feltet tyder på at behovene også bakover i tid nokså konstant samsvarte med Maslows behovshierarki, der skalaen går fra de helt basale behov for å kunne overleve, til behovet aller øverst – selvrealisering.[xi] De basale behovene må dekkes først. Det synes klart at en del av de boligene Holst undersøkte, var under dette nivået. Selv de mest basale behovene var ikke dekket.

Beboerne i den voksende byen hadde i de fleste tilfelle arbeid utenfor huset der de bodde. Myten om fortidens alltid hjemmeværende mor bør sannsynligvis studeres nærmere. Kvinnenes yrkesdeltakelse har variert med tid og sted.

Det var enkelte boligkvartaler som hadde håndverksbedrifter m.v. i bakgården, slik at noen av husets beboere knapt behøvde gå ut på gaten for å komme seg på arbeid. Men de fleste skulle til og fra en jobb. Da var det praktisk om avstanden ikke var for stor – også et kriterium for hva som var en god bolig. Mange bodde da også rett ved arbeidsplassen.

Anlegg av sporveier i Kristiania fra 1875, og især fra det tidspunkt da hestesporvognen ble avløst av elektrisk sporvei i 1894, gjorde at *nærheten til trikken* ble en faktor av betydning for en boligs funksjon. F. eks. til industrien på Rodeløkka kunne man lett komme med en linje som gikk rett dit fra boligstrøk annetsteds. Reviret ble større.

Fødselstallene sank først i byene, deretter kom distrikts-Norge. Likevel var det mange barn i byenes nye boligstrøk. Det ga utfordringer vedrørende barnepass, i og med at mange mødre også hadde arbeid utenfor hjemmet. Da ble det et kriterium på en god bolig blant annet at forholdene lå til rette for *trygg lek*. Det er altså ikke bare selve boligen og dens forfatning som bestemmer om den er god eller ikke – det er også mye annet.

Husarbeidet i Kristianiagårdene kunne for øvrig være fysisk slitsomt, med vaskekjeller og tørkeloft, koks og ved i kjelleren, klesbod på loftet og handlerunder til flere spesialbutikker for å sikre seg det fornødne – melkebutikk, baker, kjøttbutikk, fiskebutikk osv. Dette gjorde at mange familier, også de økonomisk beskjedne, hadde *hushjelp* som bodde i huset. Det var ikke luksus. Det var en nødvendighet. Men hushjelpordningen fungerte også som en husmorskole for jenter fra landet.

*Oldenburgs "three places"*

Den amerikanske sosiologen Ray Oldenburg (1932-2022) har lansert en betraktningsmåte for steders funksjon som kan være nyttig også når man ser på eldre tiders samfunn. Oldenburg sa at det var "three places" som var viktige å se på hver for seg:

"The first place" som former våre liv, er *hjemmet,* altså boligen. Hjemmet representerer et uformelt, avgrensende og identitetsgivende sted å være.

"The second place" er *arbeidsplassen,* der tilværelsen er mer formell og strukturert og styrt av de arbeidsoppgavene som skal utføres. Det er også der man har sin faglige identitet.

"The third place" er i Oldenburgs forstand arenaen for *alt annet,* det som ikke foregår i hjemmet eller på jobben, der man samhandler uformelt med andre. Oldenburgs konklusjoner om denne siste kategorien kan sammenfattes slik at *"third place" også må fungere* for at boforhold skal være optimale. Han hadde sett med uro på amerikansk forstadsbygging, der mangelen på sosiale møteplasser mellom boligene blant annet førte til ensomhet. Oldenburg mente at uformelle møteplasser var en forutsetning for trivsel og samhandling og derfor også for utviklingen av demokratisk atferd. Hans inndeling i "three places" fikk dermed også politisk ladning.

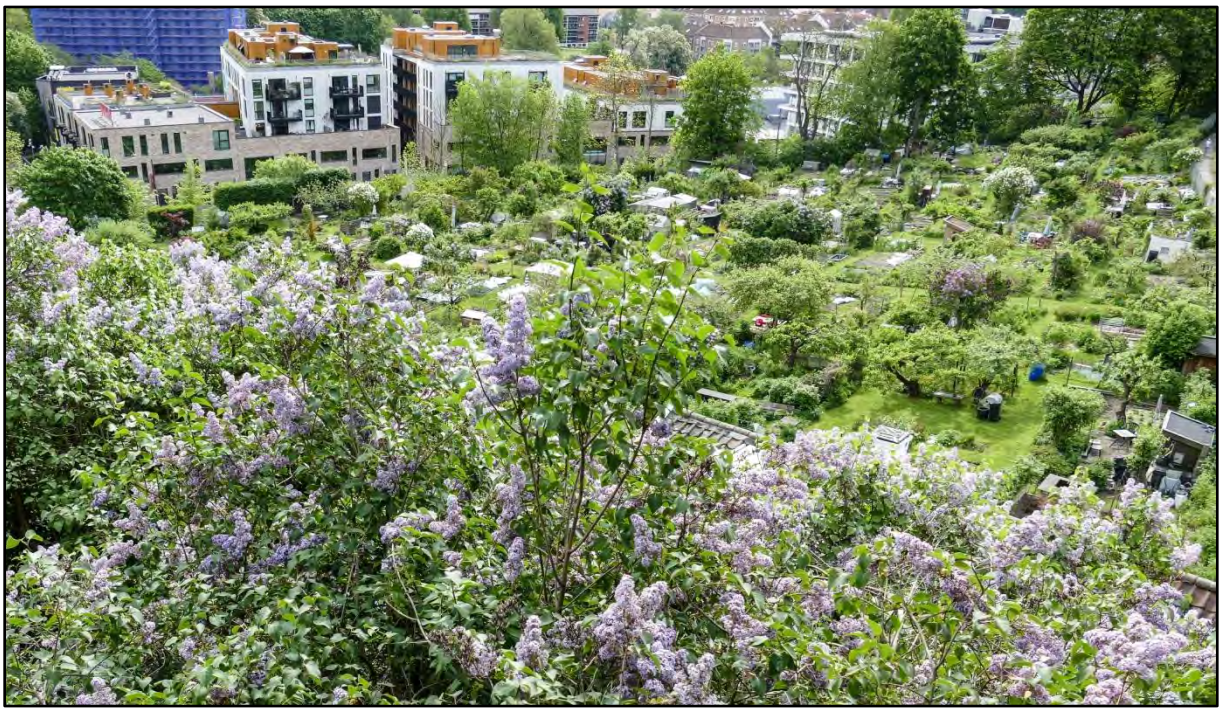
Hvis vi ser på fortidens boligforhold ut fra Oldenburgs resonnementer, har det som regel vært de to første "places" som har fått mest interesse. Men at problemet med "third place" har vært erkjent, bevises ettertrykkelig av at den ca. 2 800 dekar store Central Park på Manhattan i New York ble anlagt i 1853 nettopp for å fylle behovet for en felles møteplass i den tette storbyen.

Det ble anlagt parker i Kristiania også, men forståelsen for viktigheten av offentlige og tilrettelagte fellesarealer kom først i neste fase – da byggeriet i byen var kommet seg igjen etter krisen i 1899.

Det ble blant annet anlagt en del kolonihager. Det var et viktig rekreasjons- og matauktiltak, beregnet på arbeiderklassen. Men det var nødvendigvis bare et gode for dem som hadde vært så heldige å få innpass, se figur 24.12.

*Boligen og fasene i livet*

Når man skal vurdere om et boligstrøk fungerer godt eller dårlig som ramme rundt trivsel og helse, må dette sees i lys av hvem som bor der.[xii] Det gjelder også historisk, blant annet fordi også *steder* gjennomgår en utvikling – demografisk, økonomisk og sosialt. Mange har opplevd at et gjensyn med barndommens rike kan ha vært en overraskende opplevelse, både i positiv og negativ retning. I alle fall er det blitt annerledes der hvor barndommen utspilte seg. Knirkingen i trappen i



*Figur 24.12. Kolonihager oppsto især i årene rundt 1900 i mange byer i hele verden. De er en mellomting mellom Oldenburgs "first places" og "third places" - vakre oaser, men* ikke for alle*, bare for dem som var tildelt parsell. Her fra kolonihagen ved Telthusbakken i Oslo. (Foto: Øivind Larsen)*

oppgangen du pleide gå, er kanskje den samme, men det er andre føtter som får det til å knirke nå.

Det er mange måter å dele inn beboere på. En av dem er å se på hvilken *livsfase* de befinner seg i, ettersom det har betydning for hvorvidt de vil trives eller ikke. Livsfasen virker inn på evnen til å hanskes helsebelastninger, men også på interessen for og mulighetene for å gjøre noe med det som eventuelt er i veien.

Dette gjelder allment, men i byvekstens Kristiania gjaldt det ikke for de 9% av innbyggerne Axel Holst fant at bodde under hygieniske forhold som ikke kunne aksepteres. For dem *måtte* det gjøres noe, selv om de ikke hadde evnen til å bøte på manglene eller finne annet bosted på egen hånd.

Hvor de enkelte befant seg i livsløpet hadde også betydning for de 91% i Holsts undersøkelse som hadde dekket de basale behov i Maslows pyramide. De hadde tak over hodet og mestrer livets opphold, men bosituasjonen behøvde ikke være ideell for dem av den grunn.

En annen måte å dele inn på er å se på følelsen av tilhørighet og trygghet. Stabilitet i boforholdet kan være en indikator her.

*De stabile* blant beboerne er en gruppe som ideelt sett bør være størst mulig. Det er folk som har funnet et bosted som tilsvarer deres samfunnsmessige tilhørighet, arbeid, økonomi og sosiale nettverk. Denne følelsen av å ha funnet sin plass forsterkes ofte av sosiale aktiviteter i miljøet og gir trygghet. Dette må sees uavhengig av boligens fysiske stand, beliggenhet osv., da det ofte er *opplevelsen* av boligsituasjonen som har betydning for trivsel og helse. Noe enkelte synes er lite tilfredsstillende, kan oppleves positivt av andre.

Stabilitet som følge av tilpasning kan i og for seg være bra, men det kan bremse modernisering og oppgradering, f. eks. til tidens standard for strøm, vann og avløp. I det gamle Kristiania var det ganske vanlig med opptil livslange arbeidsforhold – fra man ble tatt inn som læregutt etter skolen, til man ble avtakket med gullklokke og pene ord etter femti år eller mer. Da ga det mening å ha en stabil boligsituasjon med en standard som folk flest var fornøyd med.

Det paradoksale er at de stabiles opplevelse av trygghet og stabilitet, var og er under press fra mange hold. Det er slett ikke alle som synes at stabilitet er gunstig. Sterke krefter utøves av et *boligmarked* som etter hvert er blitt lagt opp slik at stabiliteten utfordres av en norm om å ha en boligkarriere med flere flyttinger for å tilpasse seg ferden gjennom livsfasene. Leiegårdssystemet la også opp til dette for dem som ønsket det. Det var lite formalia ved å si opp en leilighet og leie en ny.

De *på vei oppover* i en boligkarriere, er en gruppe som ikke nødvendigvis stiller de samme krav som de stabile. Studenter på hybel, unge i midlertidige arbeidsforhold og andre som *egentlig,* inne i seg, bodde et annet sted, bare følte seg midlertidig hjemmefra, var det mange av i Kristiania.

Unge par som vet at de må flytte snart, når barna melder seg, hører også med her. De kan akseptere både trangboddhet og naboens festing, for de er på vei i livet selv og innretter seg deretter. De ser ingen grunn til å bruke mer tid, krefter og penger på en bolig de likevel skal flytte fra – bortsett fra hvis det er en selveierbolig som skal selges og det er viktig å få en best mulig pris..

En nisje i leiemarkedet var for øvrig *pensjonatene,* der studenter og andre bodde ganske permanent en viss tid med en større eller mindre grad av forpleining. Med andre ord: Selv om stabilitet og tilfredshet både var og er en positiv faktor for helse og trivsel, var det mange som heller ville ha den friheten det medførte å *ikke* ha investert så mye i stabilitet. For dem skulle stabiliteten komme senere.

Dette kan ha hatt betydning for nybyggingen. I en voksende by som Kristiania nyanseres bolighistorien ved at det kunne være et *marked* for enklere leiegårder for folk på vei oppover og som ikke hadde tenkt å forbli der. I 1890-årene var det som tidligere omtalt stor variasjon i nybyggenes kvaliteter. Det kan hende denne livsfasefaktoren er en av forklaringene når det ble bygd påfallende enkle boliger.

Å flytte oppover i samsvar med livets øvrige preferanser er gjerne positivt. Det er ikke det samme å være *på vei nedover* i en boligkarriere. Det påvirker holdningene til stedet man kommer og til stedet man flyttet fra. Selv om den nye leiligheten er mer lettstelt enn den forrige boligen, enn si passer bedre til livssituasjonen enn den eneboligen man var så glad i, kan det man savner gå ut over trivselen og gi oppgitthet og depresjon. *Partir c'est mourir un peu* - å bryte opp fra noe er å dø – litt. Slik er første linje i det berømte diktet av Edmond Haraucourt (1856-1941)[xiii] . Ved å flytte eller reise vekk taper man noe. Det kan være sosiale nettverk, materielle ting eller det kan være minner om noe som ble oppfattet som bedre - og som erindringenes slør gjør enda bedre. Derfor kan en i og for seg akseptabel bolig bli oppfattet negativt hvis den stadig minner beboeren om noe som er forbi. Kan hende er det man savner egentlig noe helt annet - tapt ungdom.

Fjerde gruppe i en inndeling etter livsfaser er dem som bor der de bor, *fordi de ikke har noe valg.* Det kan være mange grunner til at man er bundet til der man bor – hele skalaen fra tjenesteboligens bånd til arbeidsplassen til nødvendigheten av å bo i en omsorgsbolig. Da kan misnøyen nå store høyder, uansett. Ved utgangen av 1800-tallet kunne det være *fattigdom* som gjorde at man havnet i en slik situasjon. Sannsynligvis gjaldt dette Holsts 9% og også mange andre av datidens Kristianiaboere.

Derfor er *sammensetningen av befolkningen* en nøkkel til forståelse av hvordan et boligstrøk virkelig *var* – og *er.* I det klassedelte Kristiania på slutten av 1800-tallet var det stor spredning i boligstandarden Det var fra det i ettertidens øyne nærmest latterlig pompøse til krypinn som var under enhver kritikk, både hygienisk og sosialt. Axel Holst dokumentasjon av dette hadde både medisinsk og politisk sprengkraft.

*Hva består en bolig av?*

Det kan også være nyttig å se på de elementene en bolig består av. Logikken kan være som følger:[xiv] Det er en *privat sfære, en halvprivat sfære, en halvoffentlig sfære* og en *offentlig sfære.* Hvordan boligen vil fungere for de ulike beboergruppene, f. eks. i ulike livsfaser, vil avhenge av deres samspill med de forkjellige elementene i boligen.

Den *private sfære* er helt privat. I våre dager er det toalettet, badet, kanskje soverommet. Der slipper vi sjelden fremmede inn. I eldre tider kunne den private sfære mangle. På landsbygda kunne utedoen ha flere seter. Både land og by kunne ha et vaskestell på kjøkkenet istedenfor bad. Flertallet av 1800-tallets byleiligheter hadde en beskjeden privat sfære. Dette hang lenge i, også utover på 1900-tallet. Funksjonen av boligen avhang av hvilken holdning man hadde til å kunne være

privat – og til nødvendigheten av å ha en slik mulighet.[xv] Det var liten tradisjon for å være alene i Norge, verken på landet eller i de byene man nå flyttet til.

Ungdom som hadde sin oppvekst i 1800-tallets boliger, enten da husene var nye eller framover mot midten av 1900-årene, hadde, spesielt i byene, bare sjelden egne rom. "Jenterommet" og "gutterommet" er nyere selvfølgeligheter som i hovedsak er kommet til etter den annen verdenskrig. Da norsk boligbygging skulle i gang igjen etter den annen verdenskrig, med Husbanken som styrende aktør, var anbefalt standard for familieboliger ganske romslig, begrunnet med beboernes mentale behov for privatliv. Dessverre ble dette boligarealet senere redusert av nasjonaløkonomiske grunner.[xvi]

Den *halvprivate sfære* er den del av boligen hvor vi utspiller våre liv og hvor vi inviterer andre inn - hvis vi vil. Stuer og eventuelle arbeidsrom hører med her. Kjøkkenet har en mellomposisjon overfor det private, men fra landsbebyggelsen hadde man med seg at kjøkkenet kunne være familiens allrom. Byarkitekturen fulgte ikke opp dette før mye senere – da kjøkkenet ble integrert i allrommet. På den annen side mistet man noe av kjøkkenets gamle funksjoner, for eksempel som rommet man kunne komme innom for en uhøytidelig kaffekopp, eller som arena for lekselesing eller fortrolige samtaler [xvii]

Den halvprivate sfæren har å gjøre med det man senere kalte *identitetsskaping,* formulert i ettertid av blant andre den kanadiske sosiologen Erving Goffmann (1922-1982), framstillingen av seg selv slik man ønsker å presenteres for andres øyne.[xviii] At finstua på landet sto avlukket utenom juleselskapene, var ganske vanlig, men også at selv små og trange byleiligheter hadde et rom som fungerte som finstue.

Hagen innenfor hekken er også halvprivat sfære. "Scenen man opptrer på", er Goffmanns metafor. Men skal scenen legges til rette for hyppige sceneskift, eller ikke?

Sfære nummer tre er den *halvoffentlige sfære,* oppgangen, gårdsplassen, fellesarealene. Kjeller og loft er ofte steder der man selv har bruksrett og ansvar for *noe,* men hvor andre også har det samme. At dette lett blir arena for konflikter, sier seg selv. Miserable trappeoppganger snakker sitt språk. Et hus med én boligenhet har gjerne en velstelt hage, mens samme type hus med to eller flere boligenheter kan ha et villniss rundt seg. Det har med den halvoffentlige sfærens funksjon som identitetsmarkør for den enkelte å gjøre. Hagen som identitet for hvem?

Den *offentlige sfære* er området omkring – nabolaget og strøket. Her er Oldenburgs "third place". Ved utbygging av boligområder på 1900-og 2000-tallet tas det ideelt sett hensyn til at det må være en balanse mellom beboernes preferanser og de boligelementene som skal dekke dem. Den faglige kunnskapen

om dette temaet utviklet seg først for alvor i tiden etter at den demografiske transisjonen hadde begynt å klinge av, i ethvert fall i Norge. Også internasjonalt var emneområdet stedsplanlegging blitt brennhett. Som stilart ble *funksjonalismen* et opprør, samtidig som arealplanlegging ble et fagområde med sosiale og politiske overtoner.

Forsøk på å innføre minstestandarder for boliger kunne være et velment innspill. På den annen side - den internasjonale forskningen om hva som var det akseptable minstemålet - *Wohnung für das Existenzminimum* – var egentlig betenkelig, ettersom minstemål har en tendens til å utvikle seg til å bli en standard.

Boligplanleggingen hadde også økonomiske implikasjoner. Kunne livet i større grad utspilles i den private og halvprivate sfæren, åpnet det for besparelser for utbygger og det offentlige. Men det stimulerte ikke sosial samhandling og sosiale kontakter. Til det trengtes tilrettelagte halvoffentlige og offentlige sfærer. Dette har tradisjonelt vært dekket av fellesskapet, men denne ordningen er i vår tid på glid.

*" Third places" og demokratisk atferd*

Tilbake til Oldenburgs "third places": Gjennomtenkt utforming av stedene for uformelle kontakter er hans hovedbudskap. Han mente som nevnt også at vektlegging av "third places" var en forutsetning for demokratisk utvikling.[xix]

Oldenburgs "third places" er et konsept som kan hete forskjellig, men hvor essensen er viktigheten av *allment tilgjengelige om*givelser som i tillegg til mulighetene for å utvikle sosiale relasjoner, også er *identitetsskapende* for den enkelte.

Men byers "third places" undergår også langsomme forandringer, avhengig av blant annet hvordan parallelle forandringer i omgivelsene foregår, og av menneskene som bruker omgivelsene. Et eksempel er *barns revir:* Kristiania hadde en reguleringsplan, men alle de nye husene kom *ikke på én gang.* Urbaniseringen var en transisjon. Lenge hadde byen et konglomerat av ubebygde arealer, løkker mellom de ofte reklamebemalte gavlene – et spennende lekeområde blant borrer, rot og husvegger som markedsførte Pellerins Margarin og sigarettmerket Blue Master.[xx] Løkka var for flere generasjoner storbybarn det tapte paradis.

Den store byutviklingen, spesielt i Kristiania, kom riktignok *senere* enn urbaniseringsbølgen i mange andre land. Ideer og praksis var trukket inn, kanskje spesielt fra Tyskland. Likevel kom byggeboomen *for tidlig* i forhold til tidens norske rammeverk og den nasjonale, teoretiske kunnskapen om det man gjorde.

Sunnhetskommisjonene og hygienikerne slo alarm. Axel Holst var en drivende kraft, Dette hadde stor betydning, men ikke så mye for bebyggelsen som allerede stod der. Det var først senere at overordnet planlegging med kraft lot seg gjennomføre, f. eks. under reguleringssjefen i Oslo fra 1926, arkitekten Harald Hals




*Figur 24.13. "Third places" – men for hvem? Gavler, løkker og mer eller mindre utilgjengelige byggeplasser utgjorde lekemiljø for barn i indre Oslos vekstfase. Her tettes et av de siste hull i fasaderekken ved Alexander Kiellands plass i Oslo i 2004. Byenes ubebygde tomter var "et lite stykke Norge" som nå stort sett er borte. (Foto: Øivind Larsen)*

(1876-1959). I Trondheim bygde professor Sverre Pedersen (1882-1971) opp stedsplanlegging som et eget akademisk fag, og sto selv bak en lang rekke byplaner for steder over hele Norge.

*1800-tallets norske stedsutvikling*

Det var spesielt tilrettelegging av *den offentlige sfære* som planleggingsfaget fikk profesjonalisert, "third places" i vid forstand. I vår tid har blant andre den danske arkitekten Jan Gehl (f. 1936) fått gjennomslag over hele verden for sin utforming av gågater og fotgjengersoner – "third places" som forbedrer bymiljøet og kanskje gjør menneskene til mer sosiale skapninger enn de egentlig er tilbøyelige til å være.

Vi har i de tidligere kapitlene sett hvordan samfunn rundt i Norge har vært organisert ulikt, åpenbart med utvikling av forskjellige betingelser for helse og trivsel. Her er det geografiske, oftest naturgitte ulikheter som man må merke seg. Historien om *landsbebyggelsen* i Norge er derfor også viktig for å forstå

helsebetingelsene.[xxi] De nedarvede boformene kan ha vært høyst forskjellige for dem som ble urbanisert. Tradisjonene de tok med seg, kunne være svært ulike.

Tidlig industri i Norge hadde en arbeidsstokk der bolig og arbeidssted var tett integrert, slik som vi her har vist gjennom eksemplene Kongsberg og Modum. Nyanlagte storbedrifter rundt om i landet fikk også nye boligområder i gangavstand.

Den gradvise industrialiseringen og samfunnsmoderniseringen som skjedde *rundt om i landet,* samtidig med at migrasjonsbølgen til hovedstadsområdet pågikk, f. eks. da sagbruk og papirfabrikker ble etablert, skapte en litt annen relasjon mellom bosted og arbeid enn tilflytterne til byene opplevde da de ankom dit. Mange av dem *som allerede bodde* på småsteder som ble industrialisert og urbanisert, valgte å kombinere det de hadde drevet med tidligere, f. eks. jordbruk eller fiske, med lønnsarbeid i de nye bedriftene. Dette ble en slags *semiurbanisering* som ga en annen basis for helse og trivsel enn i nybygde arbeiderboliger, ennsi i overfylte boligstrøk i storbyene. Nøysomhet, men større frihet og selvstendighet kunne ha fordeler for evnen til å mestre livet.

Figur 24.14. viser et eksempel fra Nedre Glomma-regionen, der sagbruk og senere annen industri vokste fram gjennom 1800-tallet. I eksempelet på fotografiet var et større gårdsbruk blitt delt i fire. En hjemvendt sjømann overtok en av disse delene rundt 1875 for å drive jordbruk ved siden av jobb som sagbruksarbeider. Karen som pløyer på bildet fra 1914 var hans sønn, som i tillegg til landbruksutdanning også hadde lærerskole. Han arbeidet som lærer i den nærliggende by, hadde flere kommunale verv, var forsikringsagent, m.v., men altså også gårdbruker. Ektefellen var musikklærerinne i tillegg til å styre hus, barn og fjøs.

Sosialhistorisk er deltidsjordbruk interessant, fordi det representerer en overgang mellom livsformer, den rurale og den urbane. Oldenburgs "three places" glir der over i hverandre. I første del av 1900-tallet var det fortsatt mange deltidsbruk av denne typen i tettstednære strøk i Norge. Mangesysleri, ikke bare med utgangspunkt i landbruk, var – og er - en trygghetsfaktor som får sosiale arenaer til å smelte sammen. Deltidsbruk, av type som på figur 24.13, blir hundre år senere som regel drevet på en annen måte.[xxii] Den "landlige urbaniseringen" har over tid og i det stille gitt en mykere overgang til en moderne livsstil med dennes betingelser for helse og trivsel – en langsom forandring



*Figur 24.14. "Semiurbanisering" i vekstområde. Deltidsjordbruk i Østfold 1914. Legg merke til at det er to hester på bildet. Bruket holdt seg aldri med mer enn én hest, men her er det to hester som drar plogen gjennom stiv leirjord. Forklaringen er sannsynligvis at den ene hesten var naboens – sammen med naboen drev far i huset nemlig stedets staselige likvogn som ble kjørt med to hester.*

## Noter

[i] Temaet er nærmere diskutert og belagt med litteraturhenvisninger m.v. i følgende to bøker: Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger.* Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin 2000, og Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. *Planlegging for hese og trivsel.* Bergen: Fagbokforlaget, 2018.

[ii] Agasøster B, Trædal V. *Murgården – Oslos europeiske ansikt.* Oslo: Dreyer, 2025. Standardverk om 1800-tallets boligarkitektur i hovedstaden.

[iii] Se note i. Larsen, Ridderström og Nylenna 2018.

[iv] Ødegaard J. *Bybrandene.* Oslo; Centraltrykkeriet, 1928.

[v] Hamsun K. *Sult.* København: P.G. Philipsens Forlag, 1890.

[vi] Larsen Ø. Boligkrakket i Kristiania i 1899. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1999; 119: 2149.

[vii] Som bakgrunn for stoffet i dette kapitlet foreslås følgende bøker: Hagemann G. *Det moderne gjennombrudd 1870-1905*. Oslo: Aschehoug, 1997. Bind 9 i Aschehougs Norgeshistorie.; Myhre JE. *Hovedstaden Christiania.* Oslo: Cappelen, 1990 Bind 3 i Oslo bys historie; Kjeldstadli K. *Den delte byen.* Oslo: Cappelen, 1990. Bind 4 i Oslo bys historie.

[viii] Birkeland N. *Mislige boliger i Kristiania. En undersøkelse av tilstanden i "mislige" boliger i Kristiania 1908-1923 som følge av bolignøden.* Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for arkeologi, konservering og historie, 2016.

[ix] Holst A. Undersøgelser om arbeiderstandens boliger i Kristiania. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1895: 5: 231–252, 261–274, 283–303 og 332. Også utgitt som bok: Holst A. *Arbeiderstandens Boliger i Christiania.* J. Chr. Gundersens Bogtrykkeri, H. Ath. E. Gundersen, 1895. Boken er meget detaljert og har en rekke bilag.

[x]Holst A. An investigation of the Artizans' dwellings in Christiania. *Public Health (London)* 1896; 8 (C): 372-374; Holst A. Untersuchungen über die Wohnungen der Arbeiterklasse in Christiania. *Archiv für Hygiene* 1897; 24. Hefte 2 og 3. Sistnevnte er detaljert anmeldt av Köhler (Berlin) i *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1897:10; 23 (43): 695-696.

[xi] Larsen, Ridderstrøm, Nylenna 2018. (Note i)

[xii] Poengene i dette avsnittet er drøftet i detalj i Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger.* Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, 2000.

[xiii] "Seul" 1891.

[xiv] Temaet er utførlig behandlet i Larsen (2000) og drøftes derfor bare kortfattet her.

[xv] Forslag: Gå på internett og se den italienske filmen *Una giornata particolare* (1977). Den har tema fra Hitlers besøk i Roma i 1938 og forteller en spennende historie. Men det som gjør filmen *boligbistorisk* aktuell, er framstillingen av hvordan en italiensk middelklassefamilie på far, mor og seks barn, om en stund sju, innrettet sitt liv i en moderne boligblokk av datidens standard. Der var det ikke mye *privat sfære.*

[xvi] Se Larsen, Ridderstrøm, Nylenna 2018 for nærmere om dette temaet.

[xvii] Gullestad M. *Kitchen-table society: a case study of the family life and friendships of young working-class mothers in urban Norway.* Oslo: Universitetsforlaget 2001. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen 1984)

[xviii] Goffmann E. *The presentation of self in everyday life.* New York: Doubleday, 1959.

[xix] Oldenburg R, Christensen K. Third places, true citizen spaces. *The UNESCO Courier,* 2025.

[xx] Larsen Ø. Løkka – den tapte lekeplass. *Tidsskrift for den norske legeforening* 1998; 18:2931-2932, forside.

[xxi] Bjerke G. *Landsbebyggelsen i Norge,* Oslo: Dreyer, 1950, bind 1.

[xxii] Gården på figur 24.14 innehas pr 2025 av femte generasjon og drives fortsatt som deltidsbruk.

**Kapittel 25**

## Yrkeslivet som helsefaktor – "second place" med uklar avgrensning

*På de nye arbeidsplassene innen industri, handel og kontor m.v. skjedde det en betydelig utvikling sist på 1800-tallet, ikke minst teknisk, på alle felter. Primærnæringene hang litt etter. Ting som seinere ble selvfølgeligheter i hverdagen, i det minste for en tid, som sirkelsag, symaskin og skrivemaskin, kom inn i norsk arbeidsliv sammen med nye arbeidsprosesser og rutiner. Arbeidet medførte derfor etter hvert mange nye risikofaktorer for liv og helse. Kunnskaper hos de enkelte om hva som var farlig og hvorfor, trengte tid for å utvikles. Det gjaldt også de enkeltes akseptering av risiko. Bedriftseiernes vilje til å akseptere risiko for sine ansatte må heller ikke glemmes.*

Vi har allerede fra forskjellige synsvinkler omtalt betydningen av at mange av tilflytterne til tettstedene fikk arbeidsforhold som var uvante. Folk måtte innordne seg annerledes enn før, sosialt og yrkesmessig. I den gamle bergverksindustrien hadde man hundreårlange tradisjoner for organisering av stordrift, og den nye storindustrien som ble etablert, fulgte opp dette. Men nå var de fleste nye ansettelsesforholdene i mindre virksomheter. Der kunne det være høyst forskjellig hva angikk hensyn til helse og helserisiko. På sikt var ordnede forhold helt nødvendige. Prosessen fram mot å oppnå dette kulminerte foreløpig med *Lov om Tilsyn med arbeid i Fabriker m.m.* av 27. juni 1892. Det var Norges første arbeidsmiljølov.

Arbeidsplassen var en "second place" i Oldenburgs forstand. Men det var mange små virksomheter og arbeidet var mange steder fortsatt bare uklart avgrenset fra boligsituasjonen, "the first place". Mange bodde nær arbeidsstedet, eller jobbet hjemme, slik sypiker som Christian Krohgs Albertine gjorde.

Jobbspesialiseringen hadde også en negativ side som vi har berørt tidligere. Når arbeidssituasjonen i primærnæringssamfunnet ofte hadde vært sømløst atskilt fra livet ellers, hadde man gjerne også ervervet en del implisitt kunnskap - "tacit knowledge" - over et bredt spektrum – en automatisk og ubevisst innføring i kunnskaper og ferdigheter som nå ble svekket. Mangesysleriet ble gradvis borte, og med det en del nyttige livsmestringsmekanismer.

1800-tallets befolkningsendringer førte med seg at også *arbeidet* og folks holdninger til sitt yrkesliv ble annerledes, blant annet fordi i primærnæringene – og det var der flertallet befant seg - var det helsefarer til stede hele tiden.

*Sykdom. skader og risiko gjennom yrket*

I kyst-Norge, der kontakten med omverdenen kunne være mer livlig enn i innlandet, var det et problem at når båtene som kom inn, brakte de også med seg smitte. Ved de store fiskeriene i sesongen dro mange båtlag av sted til der fisken var, med midlertidig boplass i enkle og overfylte fiskevær. Dette var effektiv yrkesbetinget smitteoverføring. At man enkelte steder valgte å opprette egne fiskerilegeordninger og sykestuer i sesongen, var en naturlig konsekvens. Kanskje hjalp dette den enkelte syke og løste praktiske problemer for båtlaget, men om ordningen bremset eller forverret smitten, kan diskuteres. Alternativene var få. Den midlertidige arbeidsmigrasjonen som fiskeriene medførte, var viktig i store deler av kyst-Norge, og dannet blant annet premisser for hvordan helsetjenesten ble utbygd f. eks. i Nordland fylke.[i]

Det er mulig at slik nær kontakt med forskjellig smittestoff førte til noen grad av immunitet. Men det hjalp ikke så mye dersom det var forrige smittebølge man hadde ervervet motstandskraft mot, mens det nå var ny smitte som kom inn utenfra. Man måtte mestre så godt man kunne Ofte var folkemedisinske husråd like effektive som det legen kunne tilby. Det er således grunn til å anta at for store deler av befolkningen var *holdningene* til sykdom annerledes enn senere – *man aksepterte mer*.

Det gjaldt også innenfor arbeidslivet, men med et skille mellom dem som hadde sitt daglige virke i egen bedrift, f. eks. på eget gårdsbruk eller i sin egen sjark, og dem som hadde sitt arbeid i f. eks. en industribedrift, der arbeidsmiljøet ofte ble et forhandlingstema for å få klarere ansvarsfordeling. *Arbeidstilsynet*, først kalt Fabrikktilsynet, ble opprettet i 1893. Fabrikkinspektørene hadde stor makt i sin innsats mot skader og sykdommer som skyldtes arbeidet.

Fiske, sjøfart og arbeid på eller ved sjøen var *farlig*. Forlis og drukningsulykker var hyppige. Dette tiltok også, ettersom skipsfarten utviklet seg, og Norge lenge hang igjen og fant det lønnsomt å benytte gammeldagse seilfartøyer, også etter at damp og motor var kommet til. Transport av varer der tiden underveis ikke var så viktig, var en nisje for tradisjonelle seilskip. 1894 skal ha vært et "annuus horribilis" for ulykker på sjøen.[ii] Også her får man – sett i historiens lys – en følelse av man i større grad *aksepterte livets utrygghet*. Men en nihilistisk innstilling er en tvilsom mestringsstrategi.

Aksepten for at sjøfolk mistet livet ved forlis, drukning og sykdommer, især smittsomme, hang sammen med markedet som styrte skipsfarten. Norge hadde ved slutten av århundret en handelsflåte som hadde vokst formidabelt. Det var et stort antall relativt små treskip som ble utkonkurrert da dampskipene overtok hegemoniet på sjøen. I 1878 var det 63 000 sjøfolk i Norge. I 1890-årne var det rundt 200 skipsforlis i året. Antall personer som årlig mistet livet var gjennomsnittlig 231. De gamle treskipene var ofte bygd, eid og bemannet lokalt. For å sikre inntjeningen var det fristende med overlast, f. eks. dekkslast, og det kunne bidra til forlis. Dampskip kunne være fem ganger så dyre, så overgang til damp krevde en annen finansiering og eierstruktur. Mange norske sjøfolk måtte bøte med livet på grunn av den langsomme omstillingen. Hvorvidt det i dette lå kyniske kalkyler bakom fra rederinæringens side, er et spørsmål vi lar ligge her.

*"Akerselva, du gamle du grå"*
er første linje i en velkjent vise fra 1906 av Vilhelm Dybwad (1863-1950). Den er et egnet eksempel å bruke som utgangspunkt for å se på de konstant pågående langsomme forandringene i industriens framvekst.

Den 9,8 km lange Akerselva i Oslo har et fall på 149 meter og 20 naturlige fosser. Kraften fra samtlige av dem ble tidlig tatt i bruk på forskjellig vis. Elvebreddene på begge sider ble tett bebygd med industribygg. Dette ga en konsentrasjon av arbeidsplasser som i seg selv var en urbaniseringsfaktor. Samtidig ble elva brukt som vannkilde – og som resipient fra kloakk og spillvann fra bedrifter. Forebygging av vannbåren smitte fra Akerselva ble en viktig oppgave for byens helsemyndigheter. Elva har derfor også på andre måter en spesiell plass i hovedstadens helsehistorie.

Det er bra at historien om fortidens arbeidsplasser bevares. Men "stillbilder" av fortiden kan kamuflere *samtidighetens dynamikk*. Eksemplet Akerselva igjen: Siden industrialiseringen begynte, har det her foregått kontinuerlige forandringer hele tiden. Bedrifter, bygninger, forurensninger og farlige arbeidsplasser har kommet og gått. Ved slutningen av den demografiske transisjon kunne det se ut som om Akerselva hadde gjennomgått en transisjon den også, fra en normaltilstand som en landsens elv til en ny normal som hovedpulsåren i en blomstrende industri.

Århundret som fulgte etter 1900, viser imidlertid at det for Akerselvas vedkommende ikke var noen transisjon likevel. Langsomt inntraff forandringer som førte deler av elvemiljøet tilbake til slik det engang var. På 2000-tallet var det igjen klart vann, laks og kreps i Akerselva. Livsfarlige reimskiver, utslipp av kjemikalier, industrirøyk og støy var blitt borte. Verken romantiserende bevaring eller litterære elendighetsbeskrivelser yter rettferdighet til arbeidsmiljøets utvikling – på godt og vondt.

Også 1800-rallets *jordbruk* hadde mange faremomenter innbakt, selv om mange av oppgavene og arbeidsteknikkene hadde lange og uendrede tradisjoner. Enten arbeidet foregikk i skogen, på sagbruket, på jordet eller i fjøset var faren for å bli skadet alltid tilstede. Besøker man et landbruksmuseum og har arbeidsmedisinske øyne, vil man kunne forbauses over hvor lite hensyn det ofte var tatt for å forebygge skader. Og brakk man et bein eller en arm, eventuelt satte øksen i kneet, kunne det være svært alvorlig. I denne delen av arbeidslivet var kampen mot tradisjoner og uforsiktighet seig. Den tiltakende mekaniseringen i landbruket førte ofte med seg en del forebyggende tiltak fra utstyrsprodusentenes side. Men verneutstyr oppfattes ofte som noe som både er i veien og noe for pyser. Traktorer velter fortsatt.

I historien om yrkesskadenes utvikling i Norge er det et eksempel som kan tjene som et sinnbilde – å bruke *hjelm* i arbeidet. Fra å være veikt ble det tøft. Til slutt er hjelmbruken blitt selvfølgelig. Man er naken på anleggsplassen uten hjelm. Men dette tok mange årtier.

Spørsmålet kan trekkes videre. Hvordan har tidens *holdninger* til arbeids- og industriutvikling vært med de åpenbare innvirkningene på natur, levekår og arbeidsmiljø? Var storbyens særpreg blikket mot framtiden? Var smelteverkrøyk i vestlandsfjorder lukten av penger? Hvilken rolle har individuell helse og folkehelse hatt som begrunnelse og argumentasjon? Dette er et forskningsområde i seg selv.



*Figur 25.1. Akerselva i Oslo ved Bentse Brug. (Foto Anders Beer Wilse 1908) (Oslo Museum)*



*Figur 25.2. Gammelt industriområde ved Akerselva i Oslo, romantisert av historien. (Fra Beyerbrua i Sagene bydel, foto: Øivind Larsen 2018)*

*Arbeidsmedisin og folkehelse*

Arbeidsforholdene i den nye industrien i de urbaniserte områdene er omfattende beskrevet, både faglitterært og i skjønnlitteraturen. Den industrielle revolusjon kom mange årtier senere i Norge enn i land vi sammenliknet oss med, f. eks. i England og Tyskland, så vi var forberedt.

Interessen for arbeidsmedisinske forhold var ganske tidlig på plass i den nye industrien. De nye arbeiderorganisasjonene støttet opp under dette, så det var en tydelig dynamikk. Arbeidsmedisinen utviklet seg sterkt både internasjonalt og i Norge framover inn på 1900-tallet. Store bedrifter var ofte paternalistisk styrt, og det var en fordel for denne utviklingen – forutsatt at bedriftene var en medspillere i helsearbeidet, slik de ofte var. Hygieneprofessor Haakon Natvigs (1905-2003) og overlege Eyvind Thiis-Evensen sr.'s (1906-1998) omfattende oversikt over utviklingen viser at arbeidsmedisin var et felt samtiden ikke tok lett på.[iii]

Arbeidsmedisinen som medisinsk fagområde smeltet etter hvert sammen med de øvrige samfunnsmedisinske fagene og ble samlet under faget *hygiene*. Slik var det ved inngangen til 1900-tallet og slik forble det i ca. 50 år, da oppsplittingen i spesialfelt igjen gjorde det vanskelig å holde oversikten, både for dem som var innenfor og dem som var utenfor fagfeltene. Det var en overgripende *sosialhygienisk*



*Figur 25.3. Storfe på sin siste reis. Bildet finnes i Oslo byarkiv og er fra Slaktehuset på Grønland, reist 1908-1914 og revet i 1974. Forsyning med matvarer til den økende befolkningen i hovedstaden ble en logistisk og hygienisk utfordring. Kontroll og innføring av tiltak kunne være vanskelig. Behovet for frakt av friske matvarer fra distriktene førte blant annet til at å ha det meget store slaktehuset sentralt i byen, nærmest mulig forbrukerne, ble viktig for kvalitetssikringen. Gartnerhallen, foruten meieriene som etter hvert ble til Fellesmeieriet, lå også her. Anleggene lå tett inntil jernbanesporene, slik at logistikken skulle fungere greit. Hygiene i "storformat" var imidlertid uvant og krevde nøye oppfølging fra helseinspektørene. Bildet fra Slaktehuset er ett av en serie fra 1920-tallet, og viser at man var langt fra standarden hundre år senere.*

tilnærming med impulser fra kontinentet som i første del av 1900-årene som var den rådende ideologi blant samfunnsmedisinske fagfolk.

*Eksemplet mat til folket*

Urbaniseringen medførte mange nye arbeidsoppgaver. La oss se på servicebransjer som eksempel. Å unngå skjemt mat ble en oppgave med nye dimensjoner når f. eks. en matforgiftning kunne ramme store grupper av befolkningen samtidig. Det offentlige hygienearbeidet fikk derfor *næringsmiddelhygiene* som en meget viktig komponent. Her kunne kommersielle interesser, kunnskapsmangel og mangelfulle praktiske erfaringer hos aktørene skape et urent farvann for hygieneinspektørene

fra sunnhetskommisjonen.[iv] Arbeidsmedisin og næringsmiddelhygiene kunne gli over i hverandre på denne tiden.
Se på bilde 25.3. fra Oslo Slaktehus. Både arbeidsmiljøet og håndteringen av slaktet. det som skal bli mat, gir sett med nåtidsøyne grunn til bekymring.

Industriell produksjon og distribusjon av mat og andre livsnødvendigheter til en bybefolkning som ikke lenger hadde samme bånd til primærnæringene, har sin egen interessante historie. En del av historien er at man her fikk et voksende antall nye arbeidsplasser med uvante potensielle helsepåvirkninger. I et høyt arbeidstempo kan pølsemakerens skarpe kniv lett komme borti en tommelfinger.



*Figur 25.4. Den store byggevirksomheten, f. eks. i Kristiania, medførte behov for lokal byggevareindustri som ga mange arbeidsplasser. Dette bildet viser Bislet Teglverk ved Josefinegate ca. 1895. Det ble nedlagt i 1899. Villaene ligger der fortsatt. På haugen midt på bildet ligger nå Kristelig Gymnasium (grunnlagt 1913). Der innhengningen er i forgrunnen, ligger Bislet Bad (1920). Og i resten av den store leirgropa: Bislet stadion. (Oslo Museum, OBZ06413, lisens CC BY-SA. Fotograf ukjent.)*



*Figur 25.5. Typiske ovner og komfyrer i nybygg rundt 1900. I hver av de tusenvis av leiligheter skulle det være komfyr og gjerne flere varmeovner. Dette gjorde at det var en glanstid for støperiindustrien, som hadde en rekke helsefarer for dem som arbeidet der. Bildet er fra utstillingslokalet til Storm, Bull & Co i Nygata 2 i Kristiania, og er tatt i 1914. (Oslo Museum OB.F17078ac. Fotograf ukjent.)*

Også selve *ernæringen* måtte påkalle hygienikernes og helsemyndighetenes interesse. Eksempel: Produksjonen av *smør* hadde ikke kunnet følge med befolkningsøkningen, slik at margarin var kommet inn som et tilleggsprodukt, laget i nye fabrikker som måtte kontrolleres. At margarinen *i seg selv* kunne medføre helsefare, visste man ikke da.[v]

*Samfunnsvekst og folkehelse*

Urbanisering og modernisering betydde ny vekst for samfunnet som sådant. Men tapte man noe? På individplanet har vi allerede omtalt svekkelsen av tradisjonelle kunnskaper og ferdigheter - "tacit knowledge". I primærnæringssamfunnet, eller hvis man hadde nære kontakter der, bare *visste* man hvordan hus skulle vedlikeholdes, ljåer skulle slipes, kaker skulle bakes, solbrenthet skulle behandles.



*Figur 25.4. Påtvunget fellesskap: Klyngetunet* Havråtunet *ved Sørfjorden, Osterøy er fredet som en representant for en bo- og arbeidsform som forekom i en del kyststrøk – det nærmeste Norge kom kontinentets landsbysystem. Bygningene lå konsentrert, mens innmarka var delt opp i et stort antall små teiger. Fra midten av 1800-tallet ble det ved de fleste klyngetun foretatt jordskifte, slik at jordbruket kunne drives mer rasjonelt. Det sier seg selv at slike bo- og driftsformer medførte spesielle hygieniske og sosiale utfordringer. (Foto: Øivind Larsen 2018).*

Yrkesdiversifiseringen har fortsatt og er faktisk blitt en *beredskapsfaktor,* når folk ikke lenger kan klare seg uten strøm, vann, mobiltelefon og matbutikk i nærheten. Dette er en langsom forandring og en lang historisk linje som også har med *organiseringen av arbeidslivet* å gjøre, og ikke bare er beredskaps- eller boligpolitikk.

*Samfunn uten Oldenburgs kategorier?*

Også når temaet er arbeidsforhold, må "first, second, and third places" sees i samspill med hverandre, hvis man bruker Oldenburgs analysemodell. La oss avrunde kapitlet med et eksempel der "first, second, and third place" var smeltet fullstendig sammen – et gammelt vestnorsk klyngetun, som vi ser i figur 25.4.

## Noter

[i] *Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen.* Nordland fylkeskommune, 2003.

[ii] Søbye E. *1894 – annuus horribilis.* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000. (artikkel, ssb.no)

[iii] Detaljert beskrivelse og bibliografi i: Natvig H, Thiis-Evensen sen. E. *Arbeidsmiljø og helse – Yrkeshygienens og berdiftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge.* (1983, 2. utgave 1989.) Oslo: Norsk Bedriftshelsetjeneste, 1989.

[iv] Natvig H. *Lærebok i hygiene.* Oslo: Institusjonen Scheibler, 1958.

[v] Haanes H. *Det farlige oljeeventyret: historien om hval- og fiskefett i margarinen.* Stamsund: Orkana forlag, 2023.

**Kapittel 26**

## Spanskesyke, charleston – men "de glade tjueårene"?

*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 tjueårene". Kanskje var tjueårene 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 frå 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 normaltilstand 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 tiltaklende 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.

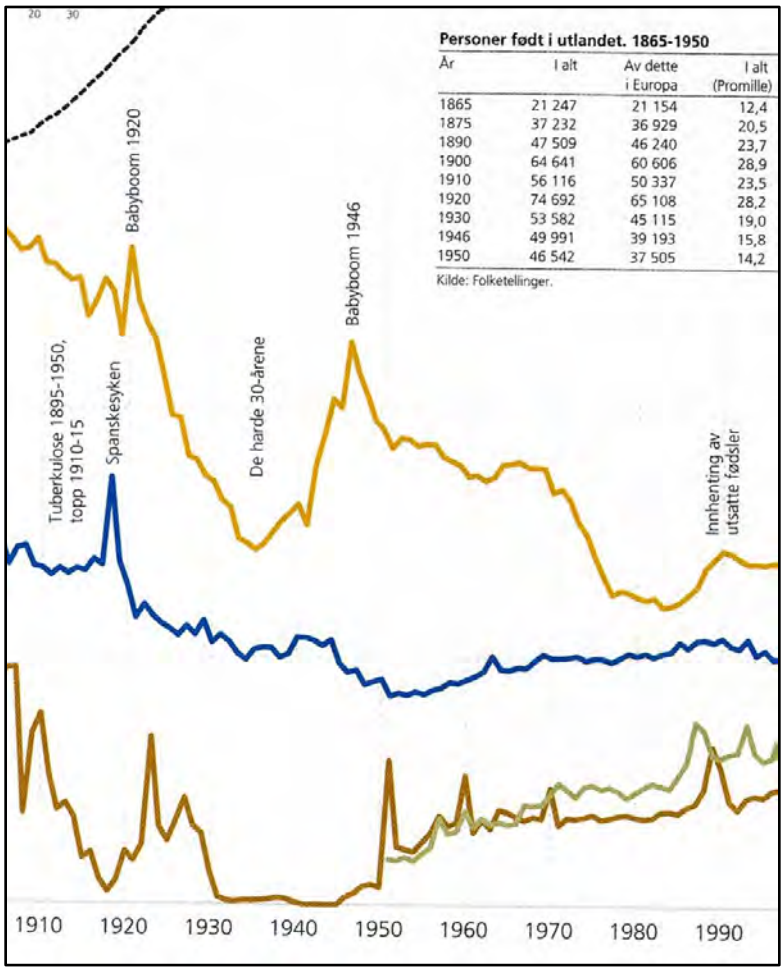
Og hva med den demografiske transisjon? Vi ser av figur 26.1 at det er uro på kurvene, slik at det først er så sent som rundt 1930 at bølgene etter den demper seg, og Norge har mer eller mindre stabilisert seg med en "ny normal".

1920-årene var en historisk mangfoldig og interessant periode.[i] 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 sykelighet 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.




**Personer født i utlandet. 1865-1950**

| År | I alt | Av dette i Europa | I alt (Promille) |
|---|---|---|---|
| 1865 | 21 247 | 21 154 | 12,4 |
| 1875 | 37 232 | 36 929 | 20,5 |
| 1890 | 47 509 | 46 240 | 23,7 |
| 1900 | 64 641 | 60 606 | 28,9 |
| 1910 | 56 116 | 50 337 | 23,5 |
| 1920 | 74 692 | 65 108 | 28,2 |
| 1930 | 53 582 | 45 115 | 19,0 |
| 1946 | 49 991 | 39 193 | 15,8 |
| 1950 | 46 542 | 37 505 | 14,2 |

Kilde: Folketellinger.

*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 *oppsøkte 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.**
***Décès par mille habitants.***

| | 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. 100000 levende i 1925.
*Décès par 100 000 habitants en 1925*

| Dødsårsak. *Cause de décès.* | Riket. *Royaume.* | Bygder. *Districts ruraux.* | Byer. *Villes.* | 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 infeksjonssykdommer ..... | 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 hjernesykd. | 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. Hjertemuskelsykd ... | 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 åndedrettsorganene | 3.8 | 2.8 | 6.4 | 10.6 | 4.2 | 8.9 | 4.3 | 7.8 | - |
| 85—93. Sykdommer i fordøielsesorganene ..... | 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 sykdomsbetegnelsene 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 utjevnende 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 sykelighet* 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 virussmitten 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?

Samspillet 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 sykelighet 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 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 viltert og løssluppent 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 Grukkedalen*. 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 tjueårene, 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 tjueår" 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 *helsepersonellets sykdomsoppfatning,* som ikke nødvendig faller sammen med de overordnede nivåenes vurderinger, og sannsynligvis heller ikke alltid med *lekfolks 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. *Lekfolks 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 grisgrendte 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 dårlik 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 smittemekanismer og kunnskaper om hvordan forholdene var, kunne være – eller faktisk *var* andre steder. Smittesykdommene 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 efter nogen 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 jordflekk 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 avsynging 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 folkedypet*

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 Bakkens 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 forvandlig 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 felleskapsløsninger seg å være stadig mer nødvendige. Prosessene fram mot velferdssamfunnet var i gang i mellomkrigstiden, men moderne samfunn og "glade tjueår" 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: *Sundhedstilstanden 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.

**Kapittel 27**

## Medisinsk historie og de langsomme forandringene

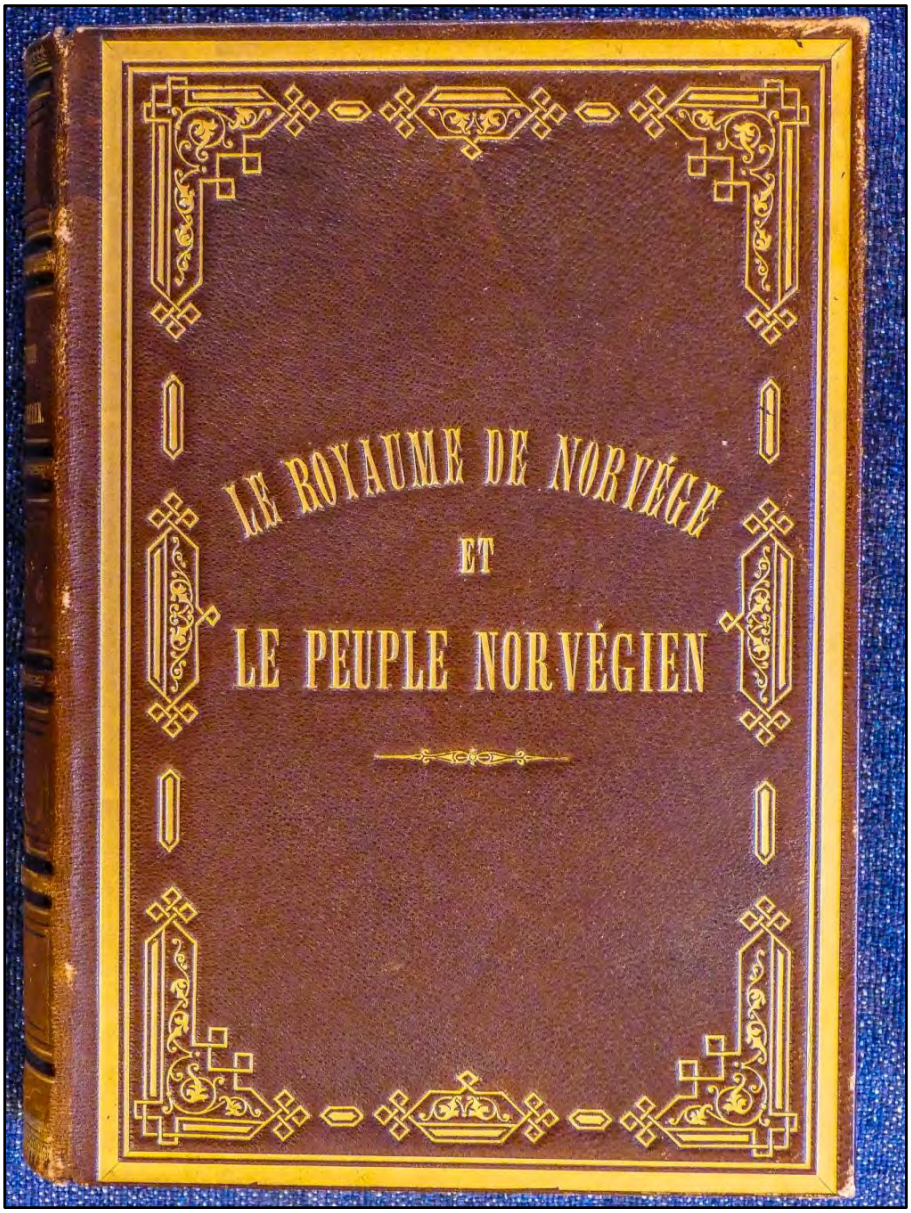
*Forandringene i befolkning og folkehelse er dels en følge av den alminnelige samfunnsutviklingen, dels en betingelse for den. I denne boken har vi spesielt brukt 1800-tallets demografiske transisjon for å forstå tiden før, under og etter. Historien om helse og medisin ser forskjellig ut fra enkeltmenneskets ståsted og for samfunnet omkring. Folkehelsehistorien har et annet tidsperspektiv og vil ofte mest være kontekstens historie – fortellingen om betingelsene for helse og de langsomme forandringene som har foregått. En nøkkel til å studere folkehelseutviklingen kan ligge i å anlegge kohortperspektivet. Da kommer blant annet betydningen av aldersgruppens bakgrunn og deres sosiale og kulturelle forutsetninger tydelig fram. Helseoppfatning på alle nivåer merker seg ut som en viktig, styrende faktor. For den medisinhistoriske analyse og formidling av folkehelsen melder metodeproblemer seg i stigende grad ettersom man går bakover i historien. Hvordan løse dette problemet på en pedagogisk måte?*

Det skulle være verdensutstilling i Paris i 1878. Der skulle de forskjellige land presentere seg selv for hverandre og for et interessert publikum. Utstillingen varte fra 1. mai til 10. november og ble besøkt av mer enn 13 millioner.

I forbindelse med Norges deltakelse ble det utgitt en bok, ført i pennen av tidens sentrale, norske samfunnsforsker, professor Ole Jacob Broch (1818-1889), figur 27.1.[i] Det er en gedigen bok på 509 sider pluss 96 sider tabellbilag, kostbart utstyrt med skinnbind, gullsnitt, kart og plansjer, egnet til å vise fram Norge fra landets beste side. Professor Brochs forord er datert 17. mai (!) 1878. Boken er åpenbart ment som en "skrytebok" om Norge, men Broch sier selv i forordet ar "J'ai essayé d'en presenté un tableau vrai et impartial" – ham beflitter seg på å være sannferdig og upartisk i sine beskrivelser. Vi får stole på det.

Om folkehelse står å lese i kapitlet *État sanitaire.* Der innleder han avsnittet om sykdommer med følgende setning: L'état sanitaire de la Norvège doit en général être considéré comme bon et le pays offre a à tous ses inhabitants un climat sain."

Dette er folkehelsehistorisk interessant. Beskrivelsen av helsetilstanden som så gjengis på de følgende sidene er i samsvar med gjeldende helsestatistikk. Det man må merke seg, er at i denne *offisielle* publikasjonen er den *offisielle* holdningen altså




*Figur 27.1. Det offisielle Norge om seg selv. Rikt utstyrt bok med gullsnitt og plansjer utgitt av professor Ole Jacob Broch (1818-1889) til Verdensutstillingen i Paris i 1878. (Foto: Øivind Larsen.)*

at den *alminnelige helsetilstanden* er god og at Norge har et sunt klima for sin befolkning.

Med senere tiders standarder holder ikke denne påstanden, men det er samme praksis som vi også treffer på i de årlige norske medisinalberetningene – en offisiell bedømning av helsetilstanden – en *helseoppfatning*. Denne helseoppfatningen blir et styrende premiss for hva som skjer videre – *hva* og *hvor mye* som ansees som viktig. Helseoppfatningen kan følges på ulike nivåer, se kapittel 15. Det kan også følges hvilke former for sykelighet som tillegges størst vekt, hvilket nivå i spennet mellom sykdomsfølelse og død, og hvem som har den sykdomsoppfatningen som har størst

vekt som premiss for tiltak. Som, vi har sett, er dette *kontekstavhengig* og *kohortavhengig*. Det er et metodisk problem å studere dette, og et pedagogisk problem å formidle det i tekst og undervisning. For hvilken relasjon har vi til kohorter bakover i tiden?

*Tidligere generasjoners liv og helse*

Hvilken innsikt har vi *egentlig* i hvordan folk hadde det bakover i tiden?

Erfaring fra undervisning og fra livet ellers tilsier at det går en slags grense hos folk flest ved kunnskapen om *besteforeldrenes* generasjon. Hvordan *vi selv* har det og har hatt det, har vi gjerne god innsikt i. Likeledes er det vedrørende våre *foreldre*, men kanskje vet vi ikke så mye om dem da de var unge. Besteforeldrene er mer fjerne. Likevel kjenner de fleste av oss, eller har kjent, en bestemor eller en bestefar. Vi har referanser til deres liv. Men så stopper det. *Oldeforeldre* er ofte bare bilder i albumet. Enda lenger tilbake er familiehistorien mange ganger bare for spesielt interesserte, og det er vanskelig å få grep om den, om man skulle ønske det.

For å kunne ta for seg de lange linjer i folkehelsen, er det nødvendig å overvinne disse sperrene. I auditorieundervisning kan det derfor være et pedagogisk grep å ta for seg noe tilhørerne sannsynligvis kjenner, nemlig *besteforeldregenerasjonen* og deres kår. Deretter kan man gå videre bakover i tid til generasjonene før. "The grandmother approach" er et anvendbart grep.[ii] Ved å ha helsehistoriske kunnskaper om besteforeldregenerasjonen, forstår i ethvert fall legestudentene bedre hvilke premisser som lå til grunn for besteforeldrenes helse. De blir da bedre rustet for å møte de mange eldre som ligger i sykesengene i det medisinske arbeidet de er på vei inn i.

*Erindringer, bilder og annet kildemateriale*

I 1930-årene var den demografiske transisjonen som begynte ca. 115 år tidligere og dens ettervirkninger stort sett gjennomgått. Eksempler: Sykdom med døden til følge i yngre år var ikke så hyppig lenger. Det var blitt færre barn i familiene og en ny sosial norm hadde stilt seg inn, den moderne kjernefamilien.[iii]

Boligpolitikk og boligbygging hadde allerede i mellomkrigstiden både skapt og tilpasset seg den nye normen - og det enda mer da drabantby-byggingen skjøt fart etter den annen verdenskrig. Det blir ikke feil å betrakte boligbyggingen som en *selvstendig demografisk faktor* som la rammer for familielivet.[iv]

Men så kom krigen i 1940 og fikk innflytelse på alt og alle, på helsebetingelser og helse. Det er en egen historie som vi ikke tar her. Da det igjen var blitt fred fem år etter, var det en ny situasjon, ikke bare politisk, men også på helsefronten. Etter krigen var blant annet *antibiotika* mot den viktigste sykdomsgruppen –

infeksjonene - blitt tilgjengelig. Dette var et av momentene som forandret medisin og helse på mange plan. Nye langsomme forandringer, ikke så synlige, men svært virksomme, forsatte å skje i det stille. Medisinalberetningene og helsestatistikken fra Statistisk sentralbyrå ga oss eksakte kunnskaper om hvordan folkehelsen og helsetjenesten virkelig var, og supplerte fortellingene om dette.

På dette tidspunkt er en ny kildekategori til fortidens virkelighet kommet inn – *fotografiene* – folks fotoalbum og bokser med diapositiver Det er enkelte filtre mellom virkelighet og kilder som man nå kan trenge gjennom.

*Et eksempel: Et traust samfunn?*

Fotografiet som er gjengitt som figur 27.2. er fra 1957 og illustrerer en folkegruppe som tilhører *bestemorgenerasjonen* for mange, sannsynligvis også nå *oldeforeldregenerasjonen* for flere. La oss se hva bildet kan fortelle om kohorteffekter og langsgående sammenhenger i tidens folkehelse. Folkeveksten hadde hatt en bølgedal rundt 1930. Anser vi medianalderen til dem på kaia for å være ca 40 år, er det noen som har hatt barneår i 1920-årene, mens andre er vokst opp like før og under krigen – en nokså forskjellig helsebakgrunn.

I 1957 var Norges befolkning 3 475 890 innbyggere. Landet var godt etablert som et sosialdemokrati, med Einar Gerhardsen (1897-1987) som statsminister. Vel hadde landet gjenvunnet sin frihet, men fortsatt hadde befolkningen en god del begrensninger for sin utfoldelse. Begrensningene hang igjen fra krigstiden og de første etterkrigsårene. Folk fant seg fortsatt i mye.

Eksempler på hvilke begrensninger som huskes best i ettertiden, er ulike, alt etter *hvem som husker*. Mennesker og bedrifter i etableringsfasen ergret seg f. eks. over planøkonomisk begrunnede restriksjoner på byggevirksomhet. F. eks. å skaffe seg bolig kunne være en sann prøvelse. Var man enslig kunne det være nærmest umulig. Ensliges Landsforbund ble stiftet i 1957. En av kampsakene var boligpolitikken.

Gater og veier i 1957 belyste et meget synlig faktum. Bilsalget var sterkt begrenset helt til det ble fritt i 1961. Også dette hadde planøkonomisk bakgrunn. Andre samfunnsforhold hadde høyere prioritet enn å legge til rette for privatbilisme. De som hadde bruk for bil i jobben, hadde fått fatt på en god, gammel bruktbil eller som hadde fått den noe enklere tillatelse til å kjøpe en bil av østeuropeisk merke, var blitt prioritert og ble misunt av andre.

Å dra på hytta i helgene, for dem som hadde tilgang til hytte, var mye vanskeligere uten bil – og dertil kom at det også var begrensninger på hyttebygging. I historiens lys er det interessant hvordan etterkrigsårenes strenge samfunnsstyring i sosialdemokratisk ånd egentlig både vedlikeholdt og skapte sosiale ulikheter.

Nordmenns kvelder var stort sett TV-frie i 1957. Prøvesendinger hadde riktig nok foregått her og der i Norge siden 1954, da FM-nettet for radio også ble bygd ut. Men Sverige hadde fått ordinære TV-sendinger i 1957, så nå kunne også nordmenn nær svenskegrensen prøve ut den nye tid. Regulær TV i Norge kom først i 1960. Så informasjonsflyten og mulighetene for å ta del i dagsaktuell samfunnsdebatt var begrensede – også fordi de fleste aviser man kunne tenke seg å lese, eventuelt skrive i, hadde tilknytning til et politisk parti og dermed en overordnet agenda.

Konstitusjonelt er vi vant til at politisk styre og stell forholder seg til fireårsperioder. Dette gjaldt imidlertid ikke i 1957, siden Arbeiderpartiet hadde hatt regjeringsmakten helt siden 1935. Man var vant til at tidsperspektivet var lengre enn fire år, noe som kunne stimulere langsomme forandringer med fjernere målsettinger.

For helse, medisin og helsevesen var det imidlertid minst like viktig at Karl Evang (1902-1981) hadde vært helsedirektør siden 1938. Evangs langsiktige arbeid for bedre helse og helsevesen hadde stor tillit, bred politisk enighet bakom, og foregikk målrettet fram til han ble pensjonist i 1972. Nordmennene på bildet fra Balestrand i Sogn (figur 27.2.) levde altså innenfor nokså faste rammer. Og deres folkehelse var *forvaltet*.

Balestrand hadde pr.1.1.1956 1934 innbyggere, og var således et ganske typisk lokalsamfunn i distrikts-Norge. Folk har møtt opp på kaia, noen bare for å se, noen for å møte noen, noen fordi de skal om bord, noen er nettopp kommet i land. Balestrand har gammelt ry som turiststed, så noen er nok også turister. Vi ser at båten ikke hadde bildekk, så den store amerikaneren blir heist i land. Med datidens biltrafikk holdt dette systemet. Forsamlingen ser påfallende borgerlig ut, men kanskje er det bare klesdrakt og atferd som gjør det.

Hvem vet?

*Folkehelse og helsetjenester anno 1957*

Hva vet vi om helse, helsetjenester og betingelser for helse for dem på kaia og for tilsvarende grupper som den på bildet? Demografisk sett må de aller fleste av dem være døde nå, så vi kan ikke spørre dem. Fra statistikken vet vi imidlertid noe.[v] I 1956 var det 3 462 000 innbyggere i Norge. Til å ta seg av dem hadde vi i 1955 ifølge *Statistisk årbok 2000* (tabell 117) 3 769 autoriserte leger, 1951 tannleger, 1 313 jordmødre, 8 444 hjelpevaksinatører og sykepleiere, i tillegg til noen andre mindre grupper som kunne trå til.



*Figur 27.2.Rutebåten anløper Balestrand ved Sognefjorden en julidag 1957. (Foto: Øivind Larsen)*

Tallene viser til en langsom, men dyptgripende forandring som har pågått i det stille. Midt på 1950-tallet var det én yrkesaktiv lege for ca. hver 919 nordmann. I 2025 er befolkningen vokst til ca. 5 607 000 og har ca. 32 000 yrkesaktive leger, dvs. én for hver 175 innbygger. Strukturen i helseomsorgen er gradvis blitt annerledes.

For folk på 1950-tallet var distriktslegekontorene og de privatpraktiserende allmennlegene den typiske, første kontakten med helsevesenet når det skjedde noe galt med helsen. Til forskjell fra i årtiene som fulgte, var fortsatt *sykebesøket* ofte pasientens første møte med medisinen – doktoren kom til pasienten, ikke omvendt. Helseomsorgen kunne på landet bestå av distriktslegen som ankom på støvete veier (med Volvo eller Mercedes), turnuskandidaten (med VW-boble eller SAAB totakter) og menighetssykepleieren (pr. sykkel). Men allerede i 1957 var det en langsom forandring i gang i primærhelsetjenesten.

Den samfunnsmessige forvaltningen av folkehelsen gjennom samfunnsmedisinen var i etterkrigsårene sterkt fagstyrt ut fra sosialhygieniske prinsipper. Axel Holsts brede akademiske tilnærming til feltet hadde blitt fulgt opp av Carl Schiøtz og etterfølgerne Axel Strøm og Haakon Natvig. Og både i sentraladministrasjonen og i utøvende samfunnsmedisinske posisjoner fant man personer fra de samme kretsene. De hadde tung fagbakgrunn og entusiasme for å forvalte en bedre folkehelse. I 1950-årene øynet de målene. Snart var satsningene blitt selvfølge.

*Sykehusbyggingen* i Norge var i 1950-årene i full sving, så sykehusenes rolle for dem som ble syke, var i rask endring. Dette skjedde parallelt med at *laboratoriemedisinen* kom inn for fullt. Og det var først og fremst på sykehusene at analyser av biologiske prøver foregikk Legestudentene hadde riktignok lært å utføre en del enklere prøver selv på kontoret, men det var tungvint og det var vanskelig å kvalitetssikre resultatene. På sykehuset kunne det dessuten tas en rekke andre prøver som kunne være viktige for å sikre diagnosen. Allerede i 1950-årene var derfor legenes terskel lav for å henvise pasienter videre til et sykehus.

Det lå også politikk bakom dette. Helsedirektør Karl Evang hadde en visjon om et sømløst helsevesen, der man *samme sted* kunne oppsøke lege, eventuelt vises videre til poliklinikken, til laboratoriet, til røntgen – og bli lagt inn i sengeavdelingen i samme hus hvis nødvendig.

Helt slik ble det ikke, men den allmennpraktiserende legens rolle ble gradvis forandret. De mange resepter på effektiv medisin og de mange henvisninger til spesialister og sykehus gjorde behandlingsresultatene bedre og arbeidet mer effektivt og raskere. Men nye medikamenter og behandlingsmåter ga også økt etterspørsel etter legetjenester. Derfor ble de første par tiårene etter krigen en økonomisk og sosial gullalder for mange allmennpraktiserende leger.[vi] Likevel ble fagligheten svekket og rekrutteringen til allmennmedisin sviktet.[vii]

*Infeksjonssykdommer nesten som før, men bare nesten*

Smittsomme og epidemiske sykdommer var fortsatt en aktuell fare i 1950-årene, men det var mindre av dem enn før og de var ikke så skremmende. Fordi de fleste smittesykdommer nå ble behandlet effektivt, ble det mindre smittetrykk.

Eksempel: Mat- og vannbårne sykdommer var i tilbakegang, ikke minst fordi den hygieniske standarden var blitt bedre. Her var det i medisinsk henseende en stille revolusjon som bygningslovgivningen og Husbankens standarder bør tilskrives mye ære for.

*Næringsmiddelhygienen* må ikke glemmes, et fagområde som var et prioritert arbeidsfelt ved Hygienisk Institutt, Universitetet i Oslo, ledet av den tidligere helseinspektør i Oslo Helseråd, professor Haakon Natvig. Han satset også på et tett nordisk samarbeid om dette. Dette var viktig for oss i Norge, fordi sentralisert matproduksjon og matdistribusjon var komme lenger i Sverige og der hadde medført hygieniske problemer med epidemier til følge.

Vi må anta at de fleste på bildet fra Balestrand må ha husket *poliomyelittepidemien* i årene 1950-1952 meget godt. Kanskje var frykten for polio fortsatt der hos dem. Begynnelsen på poliosykdommen kunne være så alminnelig. Den snikende

sykdommen fikk flere og flere i skolenes klasserom til å holde seg hjemme med uvelhet, kvalme og oppkast. Slike symptomer og sykdomstegn forekom ofte den gang av hygieniske grunner, uten at det hadde noe med poliomyelittsmitte å gjøre. Men av og til var det altså alvor. De aller fleste smittede ble bra igjen etter poliosmitte, men ikke alle, og man visste ikke hvem. Utsiktene til lammelser, invaliditet og kanskje en langtrukken død, skremte. De store tankrespiratorene, "jernlungene" (oppfunnet i 1928), kunne nok være livreddende – men hvilket liv? Riktignok var det kommet en vaksine mot poliomyelitt i 1955, men langtidspasientene minnet alle om at sykdommen var farlig.

Statistisk sett må det også ha vært noen på kaia med *tuberkulose* – sannsynligvis ikke aktiv sykdom, for da ville de vært tatt hånd om, men innkapslet, sovende tuberkulose.

Tross antibiotika sto det fortsatt – og med rette - respekt av mange infeksjoner. Tråkket du på en rusten spiker i stallgulvet, kunne du dø av stivkrampe, ikke på grunn av rusten, men av forurensning med bakterien *clostridium tetani* fra f. eks. hestemøkk.

Lungebetennelse var fortsatt en fryktet sykdom. Ikke mange år tidligere hadde dette vært en sykdom medisinen sto temmelig hjelpeløs overfor. Det ble mest å se pasientens tilstand an og vente på utviklingen av den karakteristiske og skremmende *feberkrisen,* der temperaturen plutselig falt under kraftige svettetokter. Da kunne det enten gå bra – eller ikke.

Er halsesyke farlig? I 1950-årene kunne fortsatt en halsesyke være skummel. Hvis den var forårsaket av hemolytiske streptokokker, kunne man etterpå få giktfeber, en langvarig immunologisk reaksjon med blant annet revmatiske smerter rundt i kroppen. Giktfeberen kunne også ramme hjertet. Det kunne oppstå skader på hjerteklaffene med hjertesvikt som følge. På dette området skjedde det imidlertid noe viktig i 1950-årene. På Rikshospitalet i Oslo hadde man utviklet en hjerte-lunge-maskin som kunne overta blodsirkulasjonen mens en kirurg opererte på hjertet. I 1959 utførte professor Leif Efskind (1904-1987) den første hjerteklaffoperasjonen. En ny æra var i gang. Men dette var altså først i 1959, to år etter at bildet fra Balestrand ble tatt.

En vond hals kunne således fortsatt gi grunn til bekymring, men hvis streptokokkene ble bekjempet med penicillin, burde man være på den sikre siden. Det gjaldt bare å vurdere når en vanlig tre-dagers-halsesyke var *uvanlig* og det gjaldt å gå til doktoren. Men det var et aspekt ved antibiotikabehandling som det ikke var noe snakk om i 1950-årene – *antibiotikaresistens* – senere en alvorlig helsetrussel.

*Det man ikke snakket om*

På tross av at de frammøtte på bildet ser pene og pyntelige ut, har noen av dem antakelig, kanskje i en vilter ungdomstid, vært borti en gammel og fryktet sykdomsgruppe – kjønnssykdommene. Den nå svært sjeldne syfilis hadde vært et skremsel fra langt tilbake i tiden, ikke minst på grunn av senfølgene. I verste fall kunne man bli gal og ende på asyl! Men nå var det blitt annerledes. En tidlig oppdaget syfilis kunne i 1950-årene behandles effektivt med penicillin. Verken senfølger eller smittefare føltes som noen trussel mer.

Gonoré skremte heller ikke så mye lenger. Nå var det ikke lenger nødvendig å dra på sykdommen gjennom lang tid og smitte andre. I mikroskopet på legekontoret var det lett å påvise de typiske bakteriene, gonokokkene. Penicillin løste også det problemet. Spør man helsepersonell som arbeidet i primærhelsetjenesten i 1950-årene, får man høre at gonoré fortsatt forekom, især blant unge, og kunne blant annet gi eggleder betennelse med påfølgende sterilitet hos jentene.

Kjønnssykdommer hadde vært særlig hyppig blant sjøfolk. Det sies at den alminnelige, vitenskapelig sett tvilsomme myten om at man ikke må nyte alkohol under penicillinbehandling, skriver seg fra sjømannslegenes formaninger – for å få pasientene til å holde seg på matta til behandlingen var gjennomført.

Hadde man da ikke prevensjon som kunne forhindre både uønskede svangerskap og infeksjoner? Joda, i prinsippet hadde man det. F. eks. pessar og kondomer. Men for "mannen i gata" var kondomer ikke så lett tilgjengelige i 1950 - årene. Kulturelle sperrer, sjenanse og skamfølelse meldte seg. Mange måtte f. eks. bestille "hygieniske artikler" pr. postordre og få pakken tilsendt i diskret omslag, så diskret at alle så hva det var. Da lot man heller være. P-piller ble først allment tilgjengelig for norske kvinner i 1967.

Alminnelige blærekatarrer og urinveisinfeksjoner var neppe ukjent for folkene på brygga i Balestrand denne julidagen. Dette kunne nå antibiotikabehandles. Oftest ble pasienten da raskt bra. Spredning slik at det f. eks. ble nyrebekkenbetennelse, kunne da forhindres. Folk i 1950-årene hadde allerede fått en bedre helsehverdag enn foreldregenerasjonen på grunn av antibiotika.

*Vondtene i kroppen*

Hos de eldre på bildet var det helt sikkert mange vonde hofter og knær.[viii] Her skjedde det imidlertid også en viktig en langsom forandring. På slutten av 1950-årene begynte det å komme effektive medikamenter både mot slitasjegikt og andre plager fra bein og ledd, de såkalte antiflogistika. Helsepersonell på denne tiden kunne fortelle om hvordan gamle slitere opplevde dette som en ny verden – en oppfinnelse på linje med hjulet. Plager man trodde bare hørte med til

alderdommen, viste seg altså ikke å gjøre det. Eldre folk kunne med de nye tablettene mange ganger stelle seg selv i sine hjem mye lenger før de eventuelt måtte på alders- eller sykehjem. Tablettene ga derfor en betydelig gevinst i tillegg til den menneskelige.

*Kirurgi på spranget*

I 1950-årene var kirurgien fortsatt nokså tradisjonell. Den virkelig store utviklingen fram mot våre dagers kirurgi, var begynt, men kom først etterpå.[ix]

Eksempel: For eldre menn var, da som nå, prostatabesvær vanlig forekommende. Man kunne opereres, men det kunne være omstendelig og måtte ofte skje i flere seanser. Det samme gjaldt nyrestein – kirurgien kunne være komplisert.

Lyskebrokk, ofte forekommende hos folk med tunge løft, kunne opereres, men mange kviet seg for det. Gad vite hvor mange på brygga som hadde brokkbind? Et slikt bind kunne holde brokket på plass. Så slapp man kanskje operasjon.

Hvis en av de godt voksne på bildet skulle snuble på landgangen og brekke lårhalsen, hadde dette aldri vært noen spøk, selv ikke så sent som i 1957. Å bli fraktet til en kirurgisk avdeling kunne være både langt og smertefullt. Behandlingen man fikk når man kom fram, kunne være litt forskjellig, alt etter til hvilket sykehus ambulansen kjørte til. Følgende prosedyre var vanlig: Vel framme på sykehuset, når pasienten var anbrakt i en seng, anla kirurgen som regel en strekkanordning for at muskulaturen ikke skulle trekke seg sammen og forårsake feilstilling. Pasienten lå da i strekk med vekter i en vaier over sengeenden i påvente av videre behandling. Pasienter kunne også bli behandlet konservativt med en stor gips for å stabilisere og vente på tilheling, men som regel fulgte en operasjon. Denne besto gjerne i nagling ved at det ble satt inn en slags avstivende spiker gjennom lårhalsen.

Fra 1950-årene ble det også satt inn hofteproteser. Dette var før dataskjermenes tid: Operasjonsprosessen måtte kontrolleres med røntgenbilder underveis. Røntgenfilmene måtte framkalles på gammeldags vis i løpet av inngrepet, så det tok sin tid. Operatørene sto da og ventet og viftet med sine sterile hender for ikke å forurense dem, mens radiografen framkalte filmene. Etter operasjonen ble pasienten lagt til sengs for å gro.

Rekonvalesensopphold hørte gjerne med. Og ble det da ikke sørget for mobilisering og opptrening, slik at pasienten kom opp og fikk rørt seg, kunne det oppstå komplikasjoner, f. eks. lungeemboli eller lungebetennelse med bekymringsfullt utfall.

*Psykiatri i samfunnet*

Hvordan var den psykiske helse i 1950-årene? Tja. Vi har oversikt over dem som var så syke at de var innlagt i asyler og andre institusjoner, men det gir ikke noe allment bilde av den psykiske folkehelsen. F. eks. nevroser, angst og depresjon var ikke så "offentlige" som denne typen plager ble senere.

Det var to forhold som endret dette fra omtrent på denne tiden, det ene medikamentelt, det andre kulturelt: Nye *psykofarmaka,* utover beroligende midler, kom på markedet tidlig i 1950-årene. Disse medikamentene snudde i løpet av få år opp ned på miljøet på psykiatriske avdelinger. De utagerende og støyende pasientene ble rolige. Det andre var at *lettere plager* kom mer fram i lyset. Pasienter med psykisk sykdom kunne i større grad enn før behandles med medisinsk og sosial restitusjon som mål. Dette bidro til at en tradisjonell omsorgsform for psykiatriske kronikere gradvis forsvant – å bli "satt bort" i privat pleie, f. eks. på et gårdsbruk. Mange norske bygdelag hadde slike langtidspasienter.

*Andre livsvaner*

Vi ser ingen som *røyker* på bildet fra Balestrand. Det er litt påfallende, for vi vet at omtrent halvparten av befolkningen, især menn, var dagligrøykere på denne tiden. I enkelte yrkesgrupper var andelen røykere enda større, f. eks. blant sjøfolk. Ennå var ikke røyking blitt stigmatisert. Skadevirkningene var foreløpig ikke blitt allment kjent.

Røyking var, sett i det historiske bakspeilet, en sikker risikofaktor for hjertesykdommer som mange både fikk og døde av. Bortsett fra å forskrive nitroglycerintabletter eller nitroglyserinkapsler for å døyve smerten ved angina pectoris, og kanskje gi digitalistabletter for å stimulere hjertet, var det ikke så mye legen kunne gjøre ved hjertekrampe, utenom å formane pasienten til å stumpe røyken. Det kunne være vanskelig hvis røykingen hadde vært en del av identiteten hele livet - hvis 20 sigaretter om dagen hadde vært vanlig konsum, eller hvis tre pakker Tiedemanns Rød Mixture i uka hadde vært stappet i snadden eller rullet til røyk gjennom lang tid.

Vi ser heller ingen som er påfallende *overvektige.* Fedmeepidemien som risikofaktor lå ennå mange år fram i tid. Kostholdsvaner, matpriser og andre forhold knyttet til dagens måltider endres langsomt og har betydning. Krigstid og etterkrigsår med rasjonering også for matvarer, hadde manet til nøysomhet. Men viktigere er det kanskje at på 1950-tallet hadde flere fysisk tungt arbeid. Dessuten arbeidet de fleste også på lørdager, så det var flere arbeidsdager. Det var ikke så stort behov for å mosjonere for å redusere kroppsvekten.

Det er ingen sportskledde på bildet. Det er kanskje tilfeldig. Mange i 1950-

årene likte både å gå på ski om vinteren og på tur i skog og fjell i sommerhalvåret. Humpete skiløyper, ikke maskinpreparerte, men *gått opp* av noen, var flittig i bruk. Turistforeningenes hytter hadde en glanstid og var ofte fullpakket med ivrige fjellturister. Men den allmenne "trimmebølgen" kom først på 1960-tallet. Trim ble anbefalt for helsens skyld. *Trening,* frikoplet fra naturopplevelse m.v., begrunnet med individuell velvære og helse, er en videreutvikling av tradisjonen "ut på tur, aldri sur" – tur for kroppens skyld, ikke tur for turens skyld.

*Var de langsomme forandringers tid over?*
Aldeles ikke! Vi kan fortsette å filosofere over det vi ser på bildet fra Balestrand – eller på andre bilder fra andre tidsperioder. Vi skjønner at det her foregår flere langsomme forandringer som går side om side vedrørende helse, samfunn og livsbetingelser.

Disse langsomme forandringene forandrer også hvilke helseplager man er redd for. De forandrer *holdninger til helse,* de forandrer formen helseplager opptrer i og de gjør at helse mer og mer, etter hvert er blitt *forvaltet helse* – med den trygghet og samtidige ufrihet dette innebærer.

Vi har i denne teksten valgt å se spesielt på perioden mens den demografiske transisjonen foregikk, og bruke erfaringene derfra for å illustrere de gjennomgående prinsippene.[x] Men langsomme forandringer fortsetter å gjøre sin virkning, både på folkehelsen og på livet ellers. Nye langsomme forandringer foregår hele tiden. Det er "les éléments de longue duréé".

Å ha perspektiver bakover og forover kan derfor være nyttig for forståelsen av sammenhengene og for å *dra nytte av dem.*

## Noter

[i] *Broch OJ. Le royaume de Norvège et le peuple norvegien. Rapport a l'exposition universelle de 1878 a Paris*. Christiania: Librairie de P.T. Malling/Paris: Librairie de Challamel Ainé, 1878.

[ii] Larsen Ø. The grandmother approach: Teaching medical students medical history – some personal experiences. *Michael Quarterly* 2011; 8: 499-513.

[iii] kfr. f. eks. dikteren Einar Skjæraasens (1900-1966) dikt *Lykke* fra 1941:

Åtte øyne i hverandre
Fire munner rundt et bord
Fire vegger kring en lykke
Vesla, Påsan, far og mor

Fra Skjæraasen E. *Den underlige våren*. Oslo: Aschehoug, 1941. (Det er første vers som er gjengitt her.)

[iv] Mange av synspunktene som drøftes i denne boken på dette området, har utspring i forfatterens deltakelse i forelesningsserien til drabantbyarkitekten Frode Rinnan (1905-1997) på Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid for leger i 1964.

[v] *Statistisk årbok 1957*

[vi] Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet.* Oslo: Den norske legeforening, 1986.

[vii] Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael;* 2009: 6, 1-126 (hefte 1) og Hunskår S. red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år 1972-2022. *Michael* 2022; 19; Supplement 29. *Michael* hefte 1 for 2026 er dessuten et temanummer om allmennmedisinsk forskning.

[viii] Munthe E, Husby G, Larsen Ø. *Revmatisme : gamle plager - ny viten.* Oslo: TANO, 1987.

[ix] Kristiansen K, Larsen Ø. Surgical science, general surgery and superspecialization – the development of surgery in Norway in the 20th century. *The European Journal of Surgery* 1991; 157: Supplement 565.

[x] Da Helse- og omsorgsdepartementet rundet 100 år i 2013, ble det holdt et oppsummerende symposium. Innleggene finnes i boken: Nylenna M. red. Mellom politikk og helse i hundre år. *Michael* 2013; 13: supplement 13.

**Kapittel 28**

## Hva har vi lært?

*For folkehelsen i Norge fra det fjerne 1700-tallet og framover sannsynliggjør både tilgjengelig kildemateriale og drøftingen av det at i denne moderniseringsperioden var de langsomme forandringene innenfor generell samfunnsutvikling, kultur og helseoppfatning like viktige som de fagmedisinske nyvinningene og tiltakene. De langsomme forandringene i befolkningsutvikling og tilhørende folkehelse både strakk seg over lang tid og foregikk ikke samtidig overalt. Ved forandringer som skjer i det stille, f. eks. over flere generasjoner, må det tas hensyn til kohorteffekten ved den historiske vurderingen av hva som skjedde. Dyptgripende endringsprosesser kunne unndra seg oppmerksomhet både i samtid og tilbakeblikk, fordi de var så langsomme at de ble oppfattet som en normaltilstand. Fordi tidsperspektivene er forskjellige, blir de lange linjene i folkehelsehistorien en bunt av bølger med forskjellig frekvens. Kunnskaper om disse bølgene kan være nyttig bakgrunn for praktisk folkehelsearbeid.*

Gå tilbake til omslagsbildet på denne boken, eventuelt til figur 2.1., som er samme bilde i fullversjon. Det er utsikten over Oslo fra Ekeberg, tegnet av J. W. Edy i året 1800. Mer enn 225 år har gått siden den gang. Alle vil være enige om at her har det skjedd store forandringer i tidens løp, sammenlikn med dagens utsikt (figur 2.2.). Disse forandringene har hatt forskjellig hastighet og forskjellig varighet, for de av dem som ikke er synlige mer. Selve naturen med blånene i det fjerne er nokså konstant. De tre kirkene på bildet er der fortsatt. Men ellers – langsomt har livsmiljøet endret seg, kanskje ganske umerkelig for menneskene i den perioden de befant seg der, men dramatisk for den som skuer 225 år tilbake i tid. Tidsperspektiver kolliderer – enkeltmenneskers referanserammer mot rammene vi finner i omgivelsene. Hva som har vært viktigst for å forme framtiden, trenger drøfting, spesielt fordi de mange endringsprosessene tiltrekker seg forskjellig oppmerksomhet. Forandringene har heller ikke skjedd på samme tid på alle steder og for alle grupper.

Om personene nederst til venstre på bildet, vet vi intet på individnivå. Men ut fra vår viten om tidens folkehelse, helse på gruppenivå, kan vi gjøre ganske sikre antakelser om hvordan deres helse ville arte seg, Og det er denne gruppens, dvs.

kohortens tidsperspektiv som blir premissgivende for viktige endringer med lengre perspektiv.

Formålet med denne boken er å drøfte betingelsene for utviklingen av norsk folkehelse, på jakt etter betydningsfulle langsomme forandringer og lange historiske linjer. Historien om individuell helse, medisin og helsetjenester er annerledes enn fortellingen om den kollektive helse – folkehelsen. Dette vil i større grad måtte være *kontekstens* historie, å beskrive samspillet mellom norsk folkehelse og relevante deler av den generelle samfunnsutviklingen.

*Den demografiske transisjon som helsehistorisk studieobjekt*

De årene da den norske befolkningen gjennomgikk den demografiske transisjon er særlig egnet for å se på denne dynamikken. Både betydningen av de langsomme forandringene og de lange historiske linjene vi finner der, strekker seg langt bakover i tid. Framover kan de gjenkjennes opp til våre dager.

Den demografiske transisjonen i Norge begynte ganske brått i 1815, da den alminnelige dødeligheten begynte å falle. Fødselstallene sank tilsvarende, men først fra rundt 1890. Gradvis avsluttes transisjonen gradvis fram til rundt 1930 – men selv etter dette skimtes sporene i befolkningsutvikling og folkehelsebetingelser. Det er fortsatt bølger som henger sammen med fortiden. Verken i befolkningshistorien eller i folkehelsehistorien er Eilert Sundt død!

*Folkehelse i det store bildet*

Innledningsvis stilte vi et spørsmål:

Hva hadde størst betydning for folkehelseutviklingen, relativt sett, de medisinske nyvinningene og tiltakene eller de langsomme, nærmest umerkelige forandringene som foregikk over tid innen helseoppfatning, fagmedisinsk viten og medisinsk praksis?

Spørsmålet kan spisses ytterligere: Hva hadde størst betydning for folkehelsen på overordnet nivå, det som skjedde innen medisin og helsevesen, eller de allmenne prosessene i samfunnet omkring? All ære til pionerene i medisinsk fagutvikling, klinisk medisin og samfunnsmedisin, men hva med *den sosiale kontekstens* innflytelse på tidens kollektive helse – folkehelsen?

Vi har sett hvordan det i første del av 1800-årene ikke skjedde så mye banebrytende innen norsk medisin og helsevesen av umiddelbar betydning for praktisk helsearbeid. Vi hadde fått en nasjonal medisin og et rikshospital begrunnet med undervisning. Det medisinske fakultetet ved det nye universitetet fungerte helt fram til rundt 1870 mest som en *skole* som så det som sin oppgave å utdanne leger med et teoretisk og praktisk studieopplegg etter mønster av Det kirurgiske akademi

i København. Denne kombinasjonen av teori og praksis skulle gjøre kandidatene egnet til å fungere selvstendig ute i samfunnet.

I Christiania foregikk oppbyggingen av helsevesenet med samfunnsmedisineren Frederik Holst som den sentrale person. På Vestlandet var lepra et alvorlig problem. I tillegg til å gi klinisk behandling, tilsyn og omsorg til de syke, studerte man leprasykdommen epidemiologisk og etter hvert forskningsmessig i det medisinske miljøet i Bergen.

Især kolerapandemien som rammet Norge fra 1832, ga støtet til både medisinsk forskning og til samfunnsmessige tiltak for å verne om folkehelsen. Mot slutten av århundret utfordret blant annet flytteprosesser og urbanisering medisin og helsetjeneste. Fortsatt var de forebyggende samfunnsmedisinske tiltakene vel så effektive som den behandlingen som kunne tilbys dem som var blitt syke.

Den alminnelige samfunnsutviklingen gikk raskt framover mot slutten av 1800-tallet. Kulturlivet fikk betydning for folkehelsen fordi sykdom og levekår kom mer fram i lyset og endret både problemstillinger og holdninger til folkesykdommene. I helsehistorien stiller *tuberkulose* i så måte i en særklasse. Tuberkulose ble en svøpe for befolkningen som følge av folkevekst og omflytting, fordi betingelsene for spredning og sykdomsutvikling nå var blitt gunstigere. Tuberkulosen som allment og overgripende folkehelseproblem var historisk viktig også fordi sykdommen hadde innflytelse på det meste som foregikk. Inngripende tiltak på samfunnsnivå ble etter hvert akseptert og viste seg å være effektive, lenge før spesifikk behandling var tilgjengelig. Tuberkulose ble en *forvaltet* sykdom.

Det er f. eks. – spissformulert, men tillatelig – å spørre hvem som hadde størst betydning for bekjempelse av tuberkulose som folkehelseproblem i Norge – basillens tyske oppdager Robert Koch eller organisasjonskvinnen fra Trøndelag Fredrikke Qvam? Eller multikunstneren Christian Krohg? Eller barnesangdikteren Margrethe Munthe? Også innen historien er helse på individnivå og på gruppenivå, dvs. *folkehelse,* to forskjellige arenaer.

*Kohorteffekten*

Et problem ved å studere langsomme forandringer er simpelthen *at de er langsomme.* I folkehelseutviklingen strekker mange av de viktige langsomme forandringene seg over så lang tid at de går over flere generasjoner. Derfor er *kohorteffekten* viktig også for historien. Et viktig eksempel har vi allerede nevnt: Den demografiske transisjon i Norge med dens følgeprosesser var en slik langsom forandring. Menneskets biologiske levealder bevirket at ingen personer kunne oppleve både starten og slutten. Befolkningskohorter fulgte jevnt etter hverandre gjennom transisjonen gjennom mer enn hundre år, Referanserammene for enkeltindividene ble derfor

ulike, alt etter hvor man hørte hjemme i forløpet. Oppfatninger, erfaringer og kunnskaper ble brakt videre som en glidende overføringsprosess.

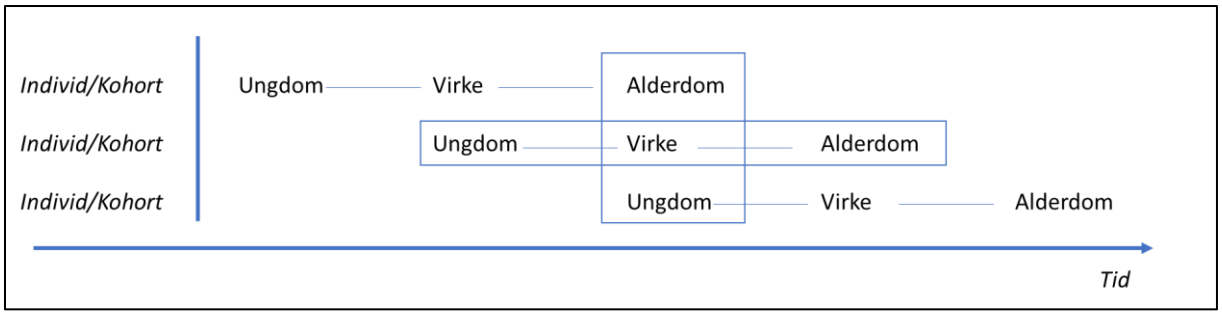
Hvis vi grovt regner 30 år som en generasjonsforskjell, forstår vi at de som var født omkring 1790 og hadde opplevd både nødsår og eneveldets styresett, hadde en helt annen bakgrunn for liv og helse enn den generasjonen som var født 30 år seinere, altså rundt 1820 og hadde sine formative, unge år i det optimistiske nye, demokratiske Norge. Personene på bokens omslagsbilde tilhørte den gamle tid. Livet for hver kohort, i vid forstand, ble preget av når man var født. Eilert Sundt så dette klart allerede midt på 1800-tallet og med mangelfull statistikk å støtte seg til, før de fleste andre samfunnsforskere. Kohortene fra årene 1790/1820/1850/1880/1910/1940/1970, og tilsvarende grupper fra årene imellom, ble forskjellige fordi de levde i en tid som ubønnhørlig undergikk langsomme forandringer. Gruppene opplevde disse pågående forandringene felles, men utgangspunktet var for hver enkelt knyttet til vedkommendes fødselstidspunkt. En tilsynelatende nokså ensartet befolkningsgruppe på et bestemt tidspunkt vil derfor kunne omfatte individer som har en høyst forskjellig helsebakgrunn – kfr. eksemplet med folkene på kaia i Balestrand i 1957 (figur 27.2.) De ser nokså like ut, men helsebakgrunnen har et stort spenn, fra de gamle damene til venstre i bildet til jentungen nedad til høyre.

*Et forsøk til en forståelse*

En samlende modell til forståelse av de langsomme forandringer, de lange historiske linjene og kohorteffekten i dette, kan settes opp skjematisk som i figur 28.1. På figuren leses forløpet av enkeltpersonenes liv *horisontalt.* "Ungdom" betyr her oppvekst og unge år, da både forutsetningene for egen helse, eget "verdensbilde" og innpassing i samfunnet blir dannet. "Virke" er de årene man selv har innflytelse på hva som skjer, kanskje mest typisk for folk i den handlekraftige aldersgruppen 30-50 år. Med "alderdom" menes resten av livet, da andre har overtatt.

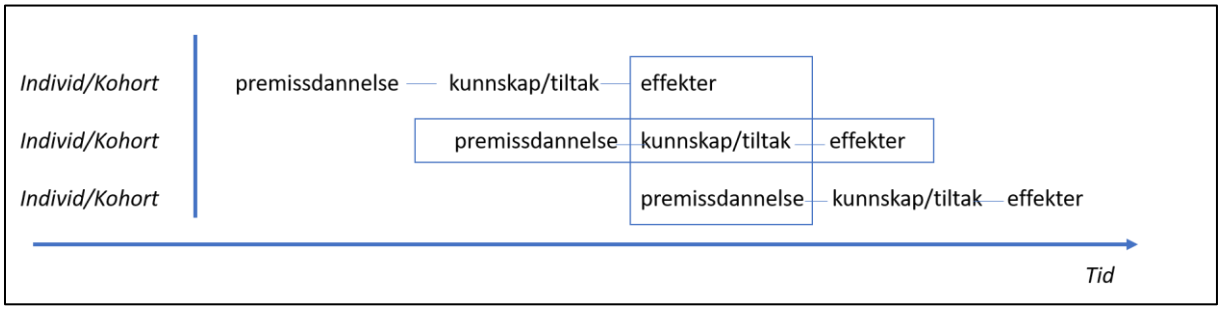
*Vertikalt* leses situasjonen for grupper av individer fra hver enkelt kohort på et tidspunkt i livsløpet. Man har med seg kunnskaper, atferd og styrende normer fra generasjonen før, påvirker selv hva som skjer i de aktive år og avløses av ny ungdom som overtar.

Alle hører hjemme i sin tid, men fortiden følger med og framtiden formes.




*Figur 28.1. Kohorteffekt og langsomme forandringer (horisontalt:* individuelle livsløp, *vertikalt:* nåsituasjon for gruppen)

Konkretiserer vi kohorteffekten om folkehelseutviklingen, blir de formative ungdomsårene premissdannere for de yrkesaktive årene da medisinsk kunnskap dannes og tiltak utformes, mens årene inn i alderdommen blir tiden da man lever med effektene av egen generasjons innsats og det som var brakt videre fra tidligere. Dette er illustrert i figur 28.2., som leses på samme måte som figur 28.1.




*Figur 28.2. Kohorteffekt i folkehelseperspektiv (horisontalt:* livsløp, *vertikalt:* nåsituasjon)

*Historien som bakgrunn for praktisk folkehelsearbeid*

Fra helsehistorien forstår vi at all framgang i medisinsk vitenskap, helsevesen og alt det som hører moderne helseomsorg til, har vært ledsaget av dels mektige, premissgivende langsomme prosesser som stille og rolig har formet vår verden. For utformingen av praktisk folkehelsearbeid kan dette være en kilde til utforming av praktiske tiltak, slik Frederik Holst gjorde det i første del av 1800-årene og de sosialhygieniske pionerene hundre år seinere. Helsepåvirkninger og helseatferd er styrbare størrelser, men kanskje ligger det beste angrepspunktet et helt annet sted enn i medisinen.

Vi skjønner umiddelbart forskjellen mellom aldersgruppen som hadde opplevd krig og bitter nød ved begynnelsen av 1800-tallet og fått dette til en basiserfaring for resten av livet, og den aldersgruppen som hadde hatt sin ungdom i bohemtidens Kristiania da det samme århundret gikk mot sin slutt.

Og for vår tid skjønner vi forskjellene i forutsetningene for helse mellom besteforeldrenes, eventuelt oldeforeldrenes barndom og ungdom og de unge som har levd hele sitt liv under velferdsstatens beskyttelse.

Forståelse for de langsomme forandringenes betydning og for de lange historiske linjene i folkehelsehistorien kan være et nyttig verktøy på veien videre.

Det er en viktig lærdom.

## Litteratur


Agasøster B, Trædal V. *Murgården – Oslos europeiske ansikt*. Oslo: Dreyer, 2025.

Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael*; 2009: 6, 1-126 (hefte 1) (referat fra aktørseminar).

Angell HA. *Syv-aars-krigen for 17. mai*. Kristiania: Aschehoug, 1914.

Barrett FA. August Hirsch: As critic of, and contributor to, geographical medicine and medical geography. *Medical History* 2000, supplement 20: 98-118.

Bentsen BG. *Illness and general practice*. Oslo – Bergen – Tromsø, Universitetsforlaget, 1970.

Berg M. *Den fantastiske poteten – en kulturhistorie*. Stamsund: Orkana forlag, 2021.

Berg OT. (anmeldelse av Hammerborg/Ryymin: *Veien til Haukeland*). *Heimen*; 2020; 57: 348-358.

*Bibelen*. Lukas 10: 25-37.

Birkeland N. *Mislige boliger i Kristiania. En undersøkelse av tilstanden i "mislige" boliger i Kristiania 1908-1923 som følge av bolignøden*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for arkeologi, konservering og historie, 2016.

Bjerke E. *In search of unity: ideals and practices of natural science in early nineteenth century Norway*. (diss.) Oslo: University of Oslo, Faculty of Humanities, 2012.

Bore RR. *På liv og død: Helsestatistikk i 150 år*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007.

Borza T. Spanskesyken i Norge 1918-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2001;121:3551-3554.

Broch OJ. *Le royaume de Norvège et le peuple norvegien. Rapport a l'exposition universelle de 1878 a Paris. Christiania*: Librairie de P.T. Malling/Paris: Librairie de Challamel Ainé, 1878.

Bull E. *Arbeidermiljø under det industrielle gjennombrudd*. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.

Butenschøn P. ed. *Travellers discovering Norway in the Last Century. an anthology*. Oslo: Dreyer, 1968.

Bø O. *Folkemedisin og lærd medisin*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1972.

Christoduolo M, Hunt M. Pierre Fauchard and the birth of modern dentistry: Le Chirurgien Dentiste, ou Traité des Dents. *Faculty Dental Journal* 2025; 16 (3) DOI: 10.1308/rcsfdj.2025.23. (på nettet)

Christophersen HO. *Eilert Sundt – en dikter i kjensgjerninger*. Oslo: Gyldendal 1962.

Danielssen DC i: Larsen Ø. *Norges leger 1996* I-IV. Oslo: Den norske legeforening, 1996.

*De langsomme forandringer* (samletittel for heftet) Michael 2014; 11, hefte 4.

Dybdahl A. *Klima, uår og kriser i Norge* Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2016.

Dybdahl A. Sult eller sykdom? Hva var årsaken til den demografiske krisen i Norge først på 1740-tallet? *Michael* 2014; 11: 9-27.

Dyrvik S, Feldbæk O. *Mellom brødre 1780-1830*. Aschehougs Norgeshistorie, bind 7, Oslo: Aschehoug, 1996.

Edvinsson S. *Den osunda staden – Sociala skillnader i dödlighet i 1800-talets Sundsvall*. Umeå: Umeås universitet, 1992 (dr. avh.)

Falkum E, Larsen Ø. *Helseomsorgens vilkår – Linjer i medisinsk sosialhistorie.* Oslo: Universitetsforlaget, 1981.

Farstad A. *På liv og død – distriktsjordmødrenes historie*. Oslo: Samlaget, 2016.

Fauchard P. *Le chirurgien dentiste ou, Traite des dents: ou l'on enseigne les moyens de les entretenir propres & saines, de les embellir, d'en réparer la perte & de remédier a leurs maladies, à celles des Gencives & aux accidens qui peuvent survenir aux autres parties voisines des dents: avec des observations & des réflexions sur plusieurs cas singuliers : 1* (Utgave fra 1961)

*Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*. Nordland fylkeskommune, 2003.

Frankenau R. *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regiering, især med Hensyn på de danske stater og deres Hovedstad. En Haandbog for Øvrigheder og Borgere*. Kiøbenhavn: S. Poulsen, 1801.

Fuchs CF. *Medizinische Geographie*. Berlin: Alexander Duncker, 1853.

Gradmann C. "Common sense, proper training and sound reasoning" – Koch's postulates and 20th century medicine. *Michael* 2008; 5: 217-228.

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

Gradmann C. *Laboratory disease – Robert Koch's medical bacteriology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.

Grosch G. Bemerkungen zu „Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungmethode" von Ståle Lyngstadaas und Øivind Larsen. *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 314-315.

Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833-1933. Festskrift ved Selskabets 100-års jubileum*. Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1933.

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

Hagemann G. *Det moderne gjennombrudd 1870-1905*. Aschehougs Norgeshistorie, bind 9, Oslo: Aschehoug, 1997.

Hammerborg M, Ryymin TS. *Veien til Haukeland: Haukeland universitetssykehus 1912-2012*. Bergen: Fagbokforlaget, 2019.

Hammerborg M. "Mentalen" – fra mentalsykehus til dollhus i Bergen. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2016; 136: 1120-1124.

Hamsun K. *Sult*. København: P.G. Philipsens Forlag, 1890.

Hansen LIK. *Koleraen i Christiania i 1853 frå 1986* (2. utgave *Michael* 2020; 17: 660-911.

Harbitz TB. Aker Sykehus – historien og nedleggelsen. *St Halvard* 2011;89: (2) 19-36.

Hassel B, Sætre E. Drap og kognitiv dissonans i Nasjonalmuseet. *Michael* 2024; 21: Supplement 33, 93-101.

Helle KB. *D.C. Danielssen – en kjempe for sin tid. Bergen*: Fagbokforlaget, 2014.

Hem E, Nylenna M, Larsen Ø. Vesalius' *Fabrica* – fra medisinsk lærebok til kulturskatt i Oslo. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2025; 145: 799-803.

Henle J. *Von den Miasmen und Contagien und von den miasmatisch-contagiösen Krankheiten*. Berlin: Hirschwald, 1840.

Henschen F. *Sjukdomarnas historia och geografi*. Stockholm: Bonniers, 1962.

Hill AB. (1965). *The Environment and Disease: Association or Causation? Proceedings of the Royal Society of Medicine,* 1965: 58 (5): 295–300. doi:10.1177/003591576505800503. PMC 1898525.

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

Holmberg S. Det veneriske sykehus - det første kurative sykehus i Norge 047-063 *Michael* 2023; 20: 47-63.

Holst A. An investigation of the artizans' dwellings in Christiania. Public Health (London) 1896; 8 (C): 372-374;

Holst A. Undersøgelser om arbeiderstandens boliger i Kristiania. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1895: 5: 231–252, 261–274, 283–303 og 332.

Holst A. *Arbeiderstandens Boliger i Christiania*. J. Chr. Gundersens Bogtrykkeri, H. Ath. E. Gundersen, 1895.

Holst A. Untersuchungen über die Wohnungen der Arbeiterklasse in Christiania. *Archiv für Hygiene* 1896; 24. Hefte 2 og 3.

Holst F, Boeck C, Møller P. *Pharmacopoea norvegica*. Christiania: Brøgger & Christie, 1854.

Holst F. Morbus, quem *Radesyge vocant, quinam sit, quanamque ratione e Scandinavia tollendus?* Norsk utgave: Lie AK. red. Holst F. Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia? (1817). *Michael* 2005; 2: Supplement 2.

Hove LM, Glambek I, Lærum OD. *Glimt fra den medisinske historie sett fra Bergen*. Bergen: Bodoni forlag, 2016.

Hunskår S, Sandvik H. *Legevaktens historie: fra barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt senter for legevaktmedisin, 2018.

Hunskår S. red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år 1972-2022. *Michael* 2022; 19; Supplement 29.

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

Haanes H. *Det farlige oljeeventyret: historien om hval- og fiskefett i margarinen*. Stamsund: Orkana forlag, 2023.

Ibsen H. *En Folkefiende*. København: Gyldendal, 1882.

Imhof AE red. *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*. Stuttgart – Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 1978.

Imhof AE, Larsen Ø, Social and Medical History: Methodological Problems in Interdisciplinary Quantitative Research. *The Journal of Interdisciplinary History* Vol. 7, No. 3 (Winter, 1977), pp. 493-498 (6 pages) Published by The MIT Press, Cambridge MA.1977.

Imhof AE. Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingechichte*. Oslo/Stuttgart: Universitetsforlaget/Gustav Fischer Verlag, 1976.

Irgens LM, Nedrebø Y, Sandmo S, Skivenes A. red. *Lepra*. Førde: Selja forlag, (2006).

James P, Bryn T. red. *Thomas Robert Malthus. Reisedagbok fra Norge 1799*. Oslo: Cappelen, 2005. (Første norske utgave 1968)

Johansson SSF. *"til Christiania for at søge Forlindring i de store Tyngsler" Bondetogene på Østlandet og bøndenes motstand mot skattepolitikken i 1818*. Norges Bank Staff Memo No.3 2012.

Kjeldstadli K. *Den delte byen*. Oslo: Cappelen, 1990. Bind 4 i Oslo bys historie.

Kjeldstadli K. *Et splittet samfunn*. Aschehougs Norgeshistorie, bind 10, Oslo: Aschehoug, 1994.

Kjærheim K. *Mellom kloke koner og kvitkledde menn*. Oslo; Samlaget, 1987.

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

Kringlen E. Frederik Holst og psykiatrien. *Michael* 2017; 14: 288-293.

Kringlen E. *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: N.W. Damm & Søn, 2007.

Kristiansen K, Larsen Ø. red. *Ullevål sykehus i hundre år*. Oslo: Oslo kommune, 1987.

Kristiansen K, Larsen Ø. Surgical science, general surgery and superspecialization – the development of surgery in Norway in the 20th century. *The European Journal of Surgery* 1991; 157: Supplement 565.

Krohg C. *Albertine*. Budapest: Grimm, 1888.

Krohg C. *Albertine*. Kristiania: Huseby & Co., 1886.

Krohg C. *Albertine*. Minneapolis, Minn.: Svenska Folkets Tidnings Förlag, 1890.

Krokann I. *Det store hamskiftet i bondesamfunnet*. Oslo: Samlaget, 1982. Utgave med kommenterende etterord av Tore Pryser.

Köhler (Berlin), (anmeldelse av Holst A Untersuchungen über die Wohnungen der Arbeiterklasse in Christiania). *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1897:10; 23 (43): 695-696.

Laing S. *Journal of a residence in Norway during the years 1834, 1835, & 1836*. Second edition. London: Longman, etc. 1837.

Lange E. *Samling om felles mål 1935-70*. Aschehougs Norgeshistorie, bind 11, Oslo: Aschehoug, 1998.

Larsen IF. Bildekunst – nyttig for leger og legestudenter? *Michael* 2009; 6: 460-468.

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

Larsen Ø, Alver BG, Munthe E. *Hjelp meg - jeg har gikt*. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1984.

Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske legeforening, 1986.

Larsen Ø, Brekke D. Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD. red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.

Larsen Ø, Børdahl PE. Hvorfor et "almindeligt Hospital for Riget"? S. 11-26 i: Natvig JB, Børdahl PE,

Larsen Ø, Swärd E. red. *De tre Riker – Rikshospitalet 1826-2001*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.

Larsen Ø. *Eighteenth century diseases, diagnostic trends, and mortality*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie UiO, 1979.

Larsen Ø, Heiberg A. Å legge ut på studiereise – med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823. *Michael* 2008;5:11–23.

Larsen Ø, Lindskog BI. red. Tode JC *Sundhedstidende 1778-1781*. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historier, 1991.

Larsen Ø, Lærum F. Blodiglen – en medarbeider i aksjon. *Tidsskrift for den norske legeforening* 1991; 111: 2233 og forsidebilde.

Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. *Planlegging for helse og trivsel.* Bergen: Fagbokforlaget, 2018.

Larsen Ø. *Blodstrømningsteorienes utvikling.* 4. utg. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1991.

Larsen Ø. Boligkrakket i Kristiania i 1899. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1999; 119: 2149.

Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin 2000.

Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814-2014). *Michael* 2014; 11: Supplement 15.

Larsen Ø. Ein Fall von Tuberkulose aus Nordnorwegen in der Merowingerzeit. *Medizinhistorisches Journal* 1973; 8: 77-88.

Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change 1868-1900*. Oslo: Unipub forlag, 2000.

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

Larsen Ø. Frederik Holst og fengslene. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2001; 121: 3556-3560.

Larsen Ø. Helsen bakom helsepolitikk og helseforvaltning, s. 31-70 i Nylenna M. red. Mellom politikk og klinikk i hundre år. *Michael* 2013; 10: Supplement 13.

Larsen Ø. Kolerapuben i London. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1995; 115: 2865,2867, 2869, forside.

Larsen Ø. Legerollen – verktøy som må voktes. *Michael* 2022; 19: 215-224.

Larsen Ø. *Legevakten*. Oslo: Oslo kommune, 2000.

Larsen Ø. *Mangfoldig medisin*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2. utgave 1990.

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.

Larsen Ø. Norge da, Norge nå, Norge som operasjonsfelt for de medisinske fag. Side 9-39 i: Larsen Ø, Heiberg A. red. *Medisinske fag i velferds-Norge*. Oslo; Universitetet i Oslo – Seksjon for medisinsk historie, 1983.

Larsen Ø. Psykiatrien inn i norsk medisin. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2016; 136: 1060.

Larsen Ø. red. *Berglege Henrik Rosted og levekårene på Kongsberg ved slutten av 1700-tallet*. Kongsberg: Sølvverkets Venner, 1994.

Larsen Ø. red. Sundhedsloven 150 år. Lov og forarbeider. *Michael* 2010; 7: Supplement 8.

Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795-1799*. Oslo: Universitetsforlaget, 1968. (dr. avh.)

Larsen Ø. The grandmother approach: Teaching medical students medical history – some personal experiences. *Michael Quarterly* 2011; 8: 499-513.

Larsen Ø. Time and space perspectives in medical teaching in Oslo. *Norsk epidemiologi* 2015; 25 (1-2): 11-19.

Larsen Ø. Transisjonsbegrepet og velferdsstaten. *Michael* 2014; 11: 516-529.

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

Larsen Ø: Koleraen i Norge i 1853 og historien om den. *Michael* 2020; 17: 621-639.

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

Lepthien FIH. *Rudolf Virchow und die Erforschung der Lepra in Norwegen*. Rostock; Medizinische Fakultät, 2016, referert i *Michael* 2016; 13: 227-229.

Lie AHK. *Radesykens tilblivelse*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2008. (dr. avh.)

Lie AK. red. Holst F. Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia? (1817). *Michael* 2005; 2: Supplement 2.

Lie AK. Å tallfeste lidelse. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2006; 126: 3328-3329.

Lie E, Roll-Hansen H. *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

Liestøl K, Tretli S, Tverdal Aa, Mæhlen J. Hvem fikk tuberkulose – og var de generelt skrøpelige? S. 120-134 i: Bore RR. red. *På liv og død – Helsestatistikk i 150 år*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2007.

Lyngstadaas S, Larsen Ø. Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungsmethode zur Behandlung von Rückgratverkrümmungen. *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 41-47.

Løkke A. *Døden i barndommen: spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920* (1998). (Københavns Universitet, dr. avh.)

Mackenbach JP. *A history of population health – Rise and fall of disease in Europe*. Leiden/Boston: Brill – Rodopi, 2000.

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.

Martinsen K. *Freidige og uforsagte diakonisser*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli, 1984. (Dr. avh. Universitetet i Bergen 1984).

Mathisen J. *Sykepleiehistorie – ideer – mennesker – muligheter.* Oslo: Gyldendal, 2. utgave, 7. opplag, 2020.

Moseng OG. "En forstaaelsesfuld sykepleierske at arbeide sammen med" – Legen som regissør av sykepleierens rolle. *Michael* 2008; 5: 206-2016.

Moseng OG. *Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.(2003). Bind 1 av Schiøtz A. red. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003.

Moseng OG. *Pesten kommer: Svartedauden og verdens pestepidemier*. Oslo: Kagge, 2020.

Moseng OG. Tuberkulose: Kampen mot bekjempelsen. *Heimen* 2019; 54: 39-53.

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

Myhre JE red. *Myten om det fattige Norge*. Oslo: Scandinavian academic press, 2021.

Myhre JE. "Askepotterne blant landets embetsmænd" – legenes vei til samfunnstoppen 1811-1960. *Michael Quarterly* 2011; 8: 532-544.

Myhre JE. *Hovedstaden Christiania*. Oslo: Cappelen, 1990 Bind 3 i Oslo bys historie.

Myhre JE. *Norsk historie 1814-1905*. 2. utg. Oslo: Samlaget, 2015.

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

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

Natvig H. *Lærebok i hygiene*. Oslo: Institusjonen Scheibler, 1958.

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.

Nilsson H. *Mot bättre hälsa – Dödlighet och hälsoarbete i Linköping 1860-1894*. Linköpings universitet: Kanaltryckeriet i Motala, 1994. (dr. avh.)

Nilsson S. *Dagboksanteckningar under en resa från södra Sverige till Nordlanden i Norge 1816*. Lund: Philip Lindstedts bokhandel / Fr. Berlings boktryckeri och stilgjuteri 1879.

Noack T. Sundtske bølger og ugifte samliv. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2018 (1); 59: 96-102.

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

Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.

Nylenna M. red. Mellom politikk og klinikk i hundre år. *Michael* 2013; 10: Supplement 13.

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

Nøkleby HM. Barnevaksinasjonsprogrammets historie. *Michael* 2023; 20: 319-331.

Om den ondartede, saa kaldte Indiske, Ostindiske, Orientalske, Asiatiske, epidemiske Cholera. *Eyr* 1831; 6: 246-273.

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

Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.

Reichborn-Kjennerud I, Grøn F, Kobro I. *Medisinens historie i Norge* Oslo: Grøndahl, 1936, opptrykk 1985.

Rothman KJ. Causes. *American Journal of Epidemiology* 1976; 4: 587-592.

Sandvik H, Hunskår S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling frå 1966. *Michael* 2025; 22: 379-391.

Sandvik H. Distriktslegen (1836.1984). *Tidsskrift for den norske legeforening* 2000; 120:3160-3161.

Schiøtz A. *Doktoren*, Oslo: Pax, 2003.

Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.

Schiøtz A. Medisinalberetningene som historie og kilde. *Arkivmagasinet* 2003; 17:

Schiøtz A. *Viljen til liv – Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid.* Oslo: Samlaget, 2017.

Schiøtz A. *Prostitusjonen i Kristiania ca 1870-1890 : en sosialhistorisk undersøkelse*. Masteroppgave, Oslo: Universitetet i Oslo, 1977.

Schjønsby HP. *Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons - og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge.* Oslo: Helsetilsynet, rapport 1/2009.

Seip A-L. *Nasjonen bygges 1830-70*. Aschehougs Norges historie, bind 8. Oslo: Aschehoug, 1997.

Skjæraasen E. *Den underlige våren*. Oslo: Aschehoug, 1941.

Skogheim D. *Sanatorieliv*. Oslo: Tiden norsk forlag, 2001.

Skogheim D. *Tæring*. Oslo: Tiden norsk forlag, 1988.

Skålevåg SA. *Fra normalitetens historie – Sinnssykdom 1870-1920*. Bergen: Rokkansenteret rapport 10, 2003 (dr. art. avhandling).

Smith A. Loftsrydding, sunnhetskommisjoner og basiller. *Michael* 2007; 7: 345-350.

Smith FB. *The retreat of tuberculosis 1850-1950*. London/New York/Sydney: Croom Helm, 1988.

Sogner S. red. *Fra stua full til tobarnskull.* Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

*Statistisk årbok 1957*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1957.

*Statistisk årbok 2000*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000.

Storesund A. Akutt sykelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860-1900. *Michael* 2005; 2: 3-112.

Straand J, Sandvik H. Professor Nils Berner Sørenssen (1774–1857) – teori og praksis i en medisinsk brytningstid. *Michael* 2021; 18: Supplement 27, 218–238.

Stugu OS. *Norsk historie etter 1905*. Oslo: Samlaget 2012.

Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831. *Eyr* 1835; 10: 1-44.

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

Søbye E. 1894 – *annuus horribilis*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000. (artikkel, ssb.no)

Søbye E. *Folkemengdens bevegelse 1735-2014 – En tabellstudie*. Oslo: Forlaget Oktober AS, 2014.

*Sølvskatten.* norges-bank.no

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

Tavaststjärna KA. *Hårda tider* (1891), norsk utgave *Haarde Tider*. Kristiania: Aschehoug, 1893.

*Tobias* (Informasjonsblad fra Oslo Byarkiv), spesialnummer om sykehus i Kristiania/Oslo, nr. 3, 2000.

Tode JC. Kiærlighed betragtet som en Sygdom. *Sundhedstidende* 1779; 2: 75-77.

Valencius CB, Histories of medical geography. *Medical History* 2000, supplement 20: 3-20.

Virchow R. *Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre: 20 Vorlesungen, gehalten während d. Monate Febr., März u. April 1858 im Pathologischen Institut zu Berlin.* Berlin: Hirschwald, 1858.

Virchow RLC. *Deutsche Biographie* NDB 28 (2116). Virchow, Rudolf Ludwig Carl. (På nettet)

Ødegaard J. *Bybrandene*. Oslo; Centraltrykkeriet, 1928.

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

Øverland AO. *Det gamle Norge i billeder og tekst*. Oslo: Cappelen, (1910).

Øverland B. *Håndbok for tuberkuløse og i tuberkulosearbeidet interesserte*. Oslo: Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen, (1926).

# Register


Abbe, Ernst Karl 128
Afrika, tuberkulose 223
Aker sykehus 220
Akerselva 287f.
*Albertine* 185f.
Albertine 285
alder, som sykdom 157
alderdomssvakhet 298
Alexander Kiellands plass, Oslo 281
alkohol 182f.
alkoholforbruk, 1920-årene 302
alkoholforbruk, Norge, SSB 183
Alnæs, Eyvind, komponist 198
alternativ medisin 307f.
Anatomigården 71, 84
anestesi 229
angina pectoris 320
angst 199
annuus horribilis, på sjøen, 1894 286f.
antibiotika 161f.
antibiotikaresistens 317
antiflogistika 319
antiseptikk 229
*Arbeider-Foreningenes Blad* 142
arbeidsmedisin 289f.
arbeidsoppgaver, legens 226f.
Arbeidstilsynet 286
Arentz-Hansen, Cecilie 238
Aristoteles 105
aseptikk 229
assosiasjonsånd 88
atferd, hygienisk 153, 207
autonomi, leger 237
aviser, som partipresse 314
badeanstalter 209f.
bademester 244
bakgårder 264f.
Balestrand 314f., 326
balneologi 209f.
barnevandringer 140f.
Batt, Nicolay 199
bedriftshelsetjeneste 221
befolkning, Kristiania/Oslo 261
begrensninger, sosiale, etter 2. verdenskrig 313
behandlingsfunksjon, legens 226f.
behovshierarki, Maslows 274
beinbrudd, opphengskrybbe for 77
Bentsen, Bent Guttorm 298
beredskap, yrke og 293
Bergen kommunale sykehus 215
Bergen Mentale Sygehus 178
Bergen, leiligheter, små 304
Bergfjerdingen, Christiania 266
Bergslien, Knud, kunstner 154
Berlin 295
Berlin, Kristiania som kopi av 263
bibliotek, medisinsk 85f.
Bichat, Marie Francois Xavier 107
bilsalg, rasjonering av 313
bindingsverk, utmurt 261
Bislet Teglverk, Kristiania 291
Bjerregaard, Henrik Anker 86
Bjørneboe, Jens 112
Bjørnson, Bjørnstjerne 143, 185
Blich, Lauritz Christian Frederik 99
blokade 44
Boeck, Christian 103
Boeck, Wilhelm 134
bolig, elementer i 278f.
boligbygging, bærekraftig 271
boligbygging, som demografisk faktor 312f.
boligens sfærer 278f.
boliger, funksjon av, Kristiania, 1890-årene 273f.
boligindustrien, som politisk faktor 269
boligkrakket 1899 257, 269f.
boligkvalitet, variasjon, markedet, livsfaser 277
boligmarked, stabilitet og 277f.
bolignød, strukturell 268f.
boligundersøkelser, Axel Holsts 271f.
Botsfengselet, Christiania 178

Bourdieu, Pierre, kapitalbegrep 151, 296
Brehmer, Hermann 210
Broad Street, vannpumpe 113f.
Broch, Ole Jacob 310f.
Broussais, Francois-Joseph-Victor 231
Brownske system 106
Brownske system, sykdomsforståelse 73
Bruun, Julius, pastor 244
bryggerier 182f.
brystsvakhet 1795 30
*Bud efter Lægen*, maleri, Christian Krohg 235
bybrann 265
byggeindustri 257f.
byggevirksomhet, sosiale ringvirkninger 268
byrotter 264
Baardsen, Gjest, legendarisk stortyv 97
Calmette, Albert 220
Cellularpathologie 125f.
Cellularpathologie, Virchows forelesninger 1858 127f.
Central Park, New York 275
Centralkomiteen (vedrørende kolera) 99
*Champagnepiken* 180f.
Charleston, dans 295f., 302
Christian Frederik 68f.
Christiania 1800 11f
Christiania 1859 14
Christiania Elektricitetsværk 265
Christiania havn 1800 20
Christiania, kolera 1853 126f.
Christiania, murtvang 1624 260
Christophersen, Christian Eilert Rasch, gründer 269
Coale's indeks 62
Colbjørnsdatter, Anna 50
contagier 103f., 108, 112
Daisy, Christian Skredsvigs datter 237
dampskip 98
Danielssen, Daniel Cornelius 125f., 133f., 137
danskebåten, koleraen 1853 126
Darwin, Charles 125f.
deltidsbruk 282
demografiske transisjon 9f., 23f., 35f., 60f.
demokrati, Oldenburgs "third places" og 280f.
Den Sosialdemokratiske Forening 271
*Der Zauberberg* 211
Det kongelige Frederiks Hospital, København 70
Det kongelige kirurgiske akademi, København 70
Det norske medicinske Selskab 88
Det norske medicinske Selskab, legers oppdatering og 237f.
Diakonisseanstalten, Christiania, sykepleierutdanning 244
diaré 1795 31f.
difteri 168f.
Diriks, Carl Frederik, fyrdirektør, kunstner 262
distriktsleger 16
distriktsleger, samfunnsinnsats, 1800-tallet 233
diversitet, sosial, i Norge 150
*Doktorbesøg*, maleri 228
doktorgrad, første norske. Frederik Holst om radesyke 74
Dolhuset, Oslo 12
drabantbyer 312f.
Drammen, kolera 1832 99
*Drammens Adresse* 142
droger 82
drømmetydning 187f.
Dunant, Henri 137
Dybbøl skanse, slaget ved 142
Dybwad, Vilhelm, visedikter 287
dysenteri 54
dødelighet 16f., 296f.
dødelighet, utjevning av, demografiske transisjon 304
dødelighetsfall, befolkningsøkning og 300
dødsårsaker by/land 1925 299
dødsårsaker, Akershus 1801-1815 54
Edy, John William, kunstner 11f., 20, 323
Efskind, Leif 317
Eg Asyl 178
Egeberg, Christian August 142
Eidsvolds Bad 210
Elektrisitet, i medisinen 307f.
elementlæren 105f.
embetsmenn, distriktsleger som 227
emigrasjon 64, 148f.
empiri 197
*En Folkefiende* 133, 170f.
*En Handske* 185

encephalitis lethargica, etter spanskesyken 301
Enerhaugen 268
Ensliges Landsforbund 313
epidemiske sykdommer, dødelighet 1868-1869 120f.
ernæring, og dødelighet 1815 58
erysipelas 161
eternarkose 229f.
Evang, Karl 314ff.
*Eventyr til Ellen*, dikt 198
*Eyes wide shut*, film 188
*Eyr*, tidsskrift 84f., 111
Fabrikktilsynsloven av 1892 285
fagutvikling, for leger 91f.
familiebruk 64f.
fargemetoder, mikroskopi 128f.
farmakologisk drogesamling, Frederik Holst og 83, 132
farmakopé, Frederik Holst og 230
faseforskyving, transisjoner 37f.
fastlegeordning 256
fattigdom, tuberkulose og 191f.
fattighus, sykehus som 90
Fattigsverige 149
fattigvesenet, Frederik Holst og 175f.
Fauchard, Pierre 152
Fellesmeieriet, Oslo 290
ferdighus 271
Finland, sult 1866-1868 149
Fischer, Adolph, arkitekt 218
fiskerilegeordningen 286
fiskevær 286
*Fjeldeventyret* 86
flekktyfus, Schlesien 126
flom 49
folkehelse 1925 296f.
folkehelse, bomiljø og 257f.
folkehelse, forutsetninger for 11f.
folkehelse, hygienisk boligstandard og 260f.
folkemedisin, betydning av, 1800-tallet 231
folkemedisin, og empiri 107
folkemedisinsk hjelp 160
forebyggende tiltak, gjennomføring 306
forelesningsreferater, håndskrevne 71f.
forelesningsreferater, indremedisin, 1800-tallet 231
*Forholdsregler mod Lungetæring*, plakat 203f.
Formannskapslovene av 1837 96
forstoppelse 1796 32
fotografier, folk flests, som kilde 313f.
Frank Johann Peter. 15
Frankenau Rasmus 15
Fredriksten festning 1718 49
Freud, Sigmund 187f.
Fuchs, Caspar Friedrich 117
funksjonalismen 280f.
fødselskohorter 17
Fødselsstiftelsen, Christiania 71
fødselsstiftelsen, Christiania, jordmorutdanning 241
fødsler 1925 299
Faaborg, Finn, kunstner 306f.
Gade. Fredrik Georg 203
Galdefeber 1795 31
Galenos 195f.
galgenhumor, ved kolera 191
galle, gul 104
galle, svart 105
gangkoner 244
Gartnerhallen, Oslo 290
Gaustad asyl 177
Gehl, Jan, arkitekt 281
generasjonsskifter 62f.
Gerhardsen, Einar 313
giftermål, og militærtjeneste 62
giktfeber 317
gips 229
Gisløy, Øksnes, Vesterålen, eldste tuberkulosefunn 182f.
glade 20-år 302f.
Glittre (Nittedal) 216f.
Gløersen, Jacob, kunstner 228
Goffmann, Erving, sosiolog 279
gonoré 318
gravfunn, sykdommer og 192
Grefsen Bad (og sanatorium) 212 f.
Grosch, Christian Heinrich 175f., 263
grupperettet medisin 104
gudstro, sykdomsmestring og 199
Guérin, Camille 220
Guldberg, Cathinka245f.
gullalder, sosial, allmennmedisin 316
gullmedalje, Skjelderups 74
Görbersdorf, Schlesien 210f.
Hagavik 215, 217
Hals, Harald, arkitekt 280f.

Hammeren kraftverk 265
hamskiftet i jordbruket 65f.
Hamsun, Knut 269
*Handbuch der historisch-geographischen Pathologie* 117f.
Hansen, Gerhard Henrik Armauer 125f.
Hanssen, Klaus 203, 215f.
Harastølen (Luster i Sogn) 217f.
Haraucourt, Edmond, lyriker 278
Harvey, William 106
Hauge, Hans Nielsen 97, 140f.
Haugen, Endre, distriktslege 305
Hauger, Kristian, komponist 302
Haukeland sykehus, Bergen 253f.
Heiberg, Christen 81, 244
Heiberg, Jacob Munch, kvinnelig leger og 239
Heimbeck, Johannes 220
Heister, Lorentz 228
helhetssyn, vitenskapelig 103
helse, holdninger til 321
helse, individuelt eller sosialt anliggende 233f.
helse, opplevd, som premiss 170f.
helse, som balanse 105f.
helse, som samfunnsanliggende 16
helsefarer, dynamikk 42f.
helsehistorie, systematikk 157f.
helsehjelp, kommersielt utnyttbar kompetanse 233
helseoppfatning, folkehelse og 310f.
helseoppfatninger, styrende 163f.
helsetjenesten, transisjon i 253f.
helsetjenester, kommunalt ansvar 96
helsevesenet, utvikling rundt 1900 225f.
Henle, Jakob 201
Hersleb Peder 16
Hertzberg, Peder Harboe ("potetprest") 45
Heyerdahl, Hans, kunstner 180f.
Hirsch, August 117f.
Historisch-geographische Pathologie 111f.
hjelm, som verneutstyr 288
hjemmebrenning 182
Hodne, Fritz 269
Holm, Ingebright Lund 210f.
Holmenkollen Sanatorium 212
Holst, Axel, korpslege 271
Holst, Axel, professor 271f., 315
Holst, Frederik 16, 63, 76, 111, 328
Holst, Frederik 74f., 325, 327
Holst, Frederik, og psykiatrien 175f.
Hovedbanen 145f.
Hume, Daniel 58
humoralpatologi 104f.
Husbanken 279
hushjelp 274
husmannsplasser 38
hygiene 15
hygiene og humor 102
hygiene, kombinert med farmakologi og toksikologi 82
hygiene, som fag 289f.
hygiene, standard 153
hyppighetens paradoks 159
hytter 313
Høegh, Ove 136
Høyland, Ole, mestertyv og utbryterkonge 97
håndvask 112
*I en sal på hospitalet*, skillingsvise 190
identitetsskaping 279
igler 231f.
individrettet medisin 104
indremedisin, 1800-tallet 230f.
innvandring 38
Isoniacid 223
istid, lille 44f.
jazz 302
Jensen, Knud, los, kolerapasient, Drammen 99
jernbanen, samfunnsutviklingen og 145f.
jernlunge 317
jordbruk, endringer i 65f.
jordbruk, yrkesrisiko 288
jordmorskole, København, fra 1787 241
jordmoryrket, forandring av 243
jordmødre 241f.
jordmødre, arbeidsoppgaver 243
Juell, Hans Lemmich 203k
kall 236f.
kall, profesjon og 246f.
kapervirksomhet 51
karantene 99
karbolspray 229
Karl XII 49
Karlsøy 304
katolske menigheter 251f.
kaverner 190

Kellner, Carl 128
Keyser, Jens Jacob 76
Kibong'oto Hospital, for tuberkuløse, Tanzania 223
Kielerfreden 68f.
kikhoste 1795 32
kirkebøker 16
kirurgi, 1950-årene 319
Kjærheim, Kristina 241
kjærlighet, betraktet som sykdom 157
Kjølstad, Gunder Nielsen 232
kjønnssykdommer 1882 184
kjønnssykdommer 318f.
klassestruktur, boligbygging og, 1800-tallet 264f.
klassifikasjon, betydning av 164
klima, kaldt, 1700-tallet 48
klimahistorie 44f.
klyngetun 293
Knappschaftskassen 147
kobolt 143f.
Koch, Robert 190, 201, 325
Kochs postulater 201
kohorteffekten 325f.
kohortperspektivet, folkehelse og 310f.
Koldfeber (malaria) 1795 32
kolera 13, 95f., 325
kolera 1853 126f.
kolera 1853, Rikshospitalets kloakk 131
kolera, humor 101f.
kolera, menneskesyn 100f.
kolera, mortalitet og letalitet 97f.
koleraepidemien, Frederik Holst og 97
kolerakarikatur 101
kolerakirkegårder 99f.
kolerapasienter, fremmedgjøring overfor 102
koleraplakaten 1848 114f.
koleralasaretter 99f.
kolonier, lepra og 137
kolonihager 275f.
kolonimakter, helsestatistikk 122
kommunalt selvstyre, fra 1838 96
kommunalt selvstyre, helse og 296
kommunestyrevedtak, kilde til helseprioriteringer 303
kommunikasjon, klinisk 306f.
Kongsberg 1795 19f.
Kongsberg 28f.
Kongsberg, sykdommer 1795 30f.
konjakk, mot spanskesyke, i forbudstiden 301
kontekst, sykdom i 104
kontekstthistorie, helse og 310f.
Konventikkelplakaten av 1741 140
kopper 1795 32
koppevaksinasjon 37
kornmagasiner 45
kornpriser 44f.
korrupsjon 64
Kraft, Jens 122
krig 1814 69f.
krig 49f.
krig, først på 1800-tallet 51
krig, Store nordiske 50
Krim-krigen 1853-1856 125f., 137
krise, demografisk 35, 50
kriser, 1700-talls 43f.
Kristiania Sundhedskommisjon 272
Kristiania, 1890-års-kvartal, indre 267
Krohg, Christian 185f., 195f., 325
Krohgstøtten Sykehus 250
Krokann, Inge 65
Kubrik, Stanley 188
kulturmigrasjon, fra by til land 270f.
kuropphold 209f.
kursteder 209f.
kvakksalver 160, 231
kvener 149
kysthospitaler 215f.
laboratoriemedisin 316f.
Laënnec, René 202
Laki (vulkan) 43
Landskogtakseringen, fra 1919 271
Lange, Balthazar Conrad, arkitekt 212
langtidselementene 11f.
Langaard, Mads, gründer 182
Larsnes, Gurskøy 305
Larvik, bybrann 1902 165
Le Play, Pierre Guillaume Frédéric, sosiolog 144
legekontakter 159f.
legene, omkring 1900 226f.
legepraksis, privat, 1800-tallet, og sosial ulikhet 233f.
leger, kvinnelige 238f.
leger, offentlige, 1800-tallet 227
leger, og apotek, Norge 1827 87

leger, videre- og etterutdanning 227f.
legerolle, nasjonal 93
legerollen 130
legestanden, Den norske Lægeforening og 238
Legevakten, Kristiania/Oslo 255
Leitz Wetzlar 128
lek, trygg, barns 274
lekmannsoppfatninger 163
lepra 133f., 325
leprabasillen, beskrivelse 1873 137
Lepraregisteret 125f., 136f.
letalitet 159
Leubuscher, Rudolf 126
liggehaller, for tuberkulosepasienter 213f.
Lille Tøyen tuberkulosesanatorium for barn 219
Lillestrøm 146f.
Linné, Carl von 73
lisensiatgrad, medisin, Frederik Holst 1816 74
Lister, Joseph 229
livsfase, betydning for trivsel 276f.
Lochmann, Ernst Ferdinand 132f., 170f., 203, 271
Lochmann, Ernst Ferdinand, kvinnelige leger og 239
Losting, Johan Ludvig, kunstner 136
lungebetennelse 162
Lungegaardshospitalet, Bergen 133
*Lungespesialisten,* maleri, Finn Faaborg 307
lungetuberkulose, kirurgi ved 215
Lyster Sanatoriun (Harastølen) 218
Læseselskabet 88f.
Løchen, Kalle, kunstner 258
Löffler, Friedrich 201
Løkken 28
løkker, storbyer 280
Mackenbach, Johan P. 171f.
Major, Herman Wedel 177f.
Malthus, Thomas 58
Malthus, Thomas, mat på reise 107
Mamelund, Svenn-Erik 300
mangesysleri 285
Mann, Thomas 211
Mantoux-prøve 221
Maren i Myra, mumifisert kolerapasient 102
margarin 292
markedets usynlige hånd 58
marsrevolusjonen 1848, Berlin 126
mat, industriell produksjon og distribusjon 291
Mathijsen, Antonius 229
medical geography 111f.
Medicinerforeningen 93
*Medicinische Reform* 126
medisin, som akademisk fag i Norge 68f.
medisinalberetningene 16, 123, 151f.
medisinalberetningene, som sannhetsvitner 303f.
medisinsk geografi 117f.
medisinske miljøer, Christiania og Bergen 130f.
menneskesyn, og kolera 100f.
meteorologiske institutter 44
miasmer 103f., 108, 112
middelklasse, tjenesteytende, ny, på landet 270
middelklasse, urban, mellomkrigstiden 301f.
migrasion 38f., 259f.
migrasjon, intern, helse og 147f.
migrasjon, norsk, generasjonsforskjeller 259f.
mikroskop 128f.
Militærhospitalet fra 1807 70, 83f.
militærmedisin 143, 227
militærtjeneste, og giftermål 62
Mjøen, John Fredrik Tank 213
Modum 28
Modum Blaafarveværk 143f.
Modum, som variert industristed 155
Morgagni, Giovanni Battista 107
mortalitet 159
Morton, William Thomas Green, Boston 229
Moseng, Ole Georg 202f.
Mossekonvensjonen 69
Munch, Edvard 197, 301f.
Munk, Hans 122
Munthe, Axel, svensk motelege 237
Munthe, Margrethe 207, 306, 325
Myhre, Jan Eivind 63
Müller, Brostrup Marius 223f.
Møller-Christensen, Vilhelm 192
møteplasser, uformelle, Oldenburg 275
nasjonsbygging 139f.

Natteløberi 183
naturforskermøter, skandinaviske 142
Natvig, Haakon 289, 315
nerve- eller forråtnelsesfeber 1795 31
nervefeber 54
Nightingale, Florence 137
*Nordisk medicin* 93
Norge, som fattig land 63f.
Norges Bank 95f., 97
Norges Tannlegehøiskole 152
normaltilstand, demografisk, ny 32
normaltilstand, demografisk, gammel 28f.
*Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 93
Norske Kvinners Sanitetsforening 214f.
Numsen, Mathias 133f.
næringsmiddelhygiene 290f., 316
odontologi, som fag 152
offentlig ansvar, for helsetjenesten, tuberkulose og 223
Oldenburg, Ray, sosiolog 275f.
Olsen, A., bademester 244
oppdatering, faglig, leger 237f.
oppstand 1818 96
optikk 128f.
ormesyke 1795 32
Oslo 1800 11f.
Oslo 2025 12f.
Oslo Hospital 12
Overbecks rejuvenator 308
overvekt 320
ovner, komfyrer og 292
Parkinsonsymptomer, etter spanskesyken 301
paraaminosalicylsyre (PAS) 223
pass 51
Pasteur, Louis 201, 229
paternalisme, i legerollen 236f.
Pedersen, Sverre, arkitekturprofessor 281
pensjonater 277
Pirogov, Nikolay 137
Pirquet-prøve 221
places, three, Oldenburgs 275f.
Plathe, Maggie 237
Pleiestiftelse nr. 1, Bergen 133
pneumothoraxbehandling 215
poliomyelitt 1951-1952 316f.
poliovaksine 317
poteter 45
p-piller 318
prekliniske fag, til Karl Johans gate 1852 131
preliminarister 93
preparatsamling, anatomisk, Michael Skjelderups 74
prestisje, faglig, leger, transisjon 237
prevensjon 318
primærhelsetjenesten, mangelfulle data om 297f.
Prinds Christian Augusts Minde 12
privatklinikker 232
profesjon, kjennetegn 94
profesjonsmarkør, kall som 236f.
prostitusjon 182f.
psykiatri, 1950-årene 320
psykiatri, akademisk fag i Norge 187
psykiatri, Norge 174f.
psykoanalyse 187f.
psykofarmaka, 1950-årene 320
pull-faktorer 38
push-faktorer 38
Qvam, Fredrikke Marie 214f., 325
Qvam, Ole Anton 214
radesyke 32, 111, 162
rakitt, fødsler og 243
Rathke, Jens 76
religion, sykdomsmestring og 199'
reproduktiv atferd, styring av 61f.
responsa medica 79, 86
rettsmedisin 86
revir, barns 280f.
revmatiske sykdommer, badeanstalter og 210
revolusjoner 1848 139f.
Rikshospitalet, murbygning, Grubbegata 130f.
Rikshospitalet, åpning 1826 82f.
Rinnan, Frode, arkitekt 322
Rodeløkka 274
rollebilde, legens 226f.
rollebilde, legens, glidning i 235f,
rollebilde, sykepleiernes 246f.
romvolum, boliger 273
rosen 161
Rosing, Karoline Elisabeth Cornelia, 242
Rosted, Henrik 19f.
Rotvold Asyl 178
Røde Kors 137
Røros 28

røyking 320
Saint Leger, A de, Modum 1845 144
salinsk behandling, kolera 105
samfunnsmedisin 14f.
samfunnsmedisin, Virchow, nyorientering 127f.
samvariasjon, årsakssammenhenger og 200f.
sanatorier 209f.
Sande, kommune på Sunnmøre 305
sanitetforeningene, og tuberkulosen 213f.
Sankt Josephs Hospital, Fredrikstad 251f.
Scheel, Olaf 220
Schirmer, Heinrich Ernst 177
Schiøtz, Carl 221, 315
Schiøtz, Hjalmar 152
Schnitzler, Arthur 187f.
Schønberg, Edvard, kvinnelige leger og 239
screeningsprogrammer 162
sedvane, treghetsfaktor 305
*Selvportrett i spanskesyken.* Maleri, Edvard Munch 1919 302
semiurbanisering 282
Semmelweis, Ignaz 112f.'"
sildebod, Bergen 154
Silseth, Osvald, distriktslege 305
sinnssykeloven 1848 177
skabbmidd 108
skader, nytt mønster 147
skandinavismen 142f.
skarlagensfeber 1795 32
Skjelderup, Michael 68
Skjelderup, Michael, forelesninger 78f.
skjørbuk 1795 31
Skogheim, Dag 199, 211
skolefrokost, Oslo 1930 306
skolehelsetjenesten 221
Skredsvig, Christian 237
skrofulose 215
Skålevåg, Svein Atle 177
slaktehuset, Grønland, Oslo 290
Slesvigske krig, første og andre 142
Smith, Adam 58
smittsomme sykdommer, urbanisering og 166f.
smør 292
Snow, John 112f.
Sofies gate, Oslo 267
Sogner, Sølvi 61
Sokolowsko (Görbersdorf) 210f.
Solferino, slag 1859 137
Soria Moria 212
sosiale forskjeller, 1900-tall 295f.
sosialhygiene 289f.
sosialhygiene, 1920-årene 306
Sotra, kolerakirkegård 100
Spanskesyken 295, 300f.
Spanskesyken, samspill med andre sykdommer 301
spedalskhet 133f.
spedbarnsdødelighet 17f., 303
spesialistregler, leger 237
spesialsykehus 90
sporveier, Kristiania 274
spytt, smitttespredning og 206f.
Spångberg, Marie 238f.
St. Hanshaugen, Oslo 265
St. Jørgens Hospital, Bergen 90, 133f.
stabilitet, i boforhold 276f.
stadskonduktør 262f.
stasjonsbyer 270f.
Statens institutt for folkehelse 306
statsmedisin 15
status, sosial, legeyrket, 1800-tallet 227
Stavern 215
stedsplanlegging, som fagfelt 280f.
stetoskopet, innføringen av 202
Stevens, Wilhelm 105
stigma, ved tuberkulose 194f.
stivkrampe 317
Stockmann, Tomas 170f.
Store nordiske krig 50
storflom 1860 49,149
Storm, Johan Lauritz 99
Storofsen 1789 49, 149
streptokokker, hemolytiske 317
streptomycin 209f., 223
studentatferd, normer for 97
studenter, uteliv 184
subsistence farming 48
sult 44f.
*Sult,* roman, Knut Hamsun 1890 269
Sundhedscommission, Norge 14
Sundhedsloven av 1860 126, 148
Sundt, Eilert 65f.,146, 183, 324, 326
Sundts lov 65f.
Sundtske bølger 65f.

Sunnmøre, helseforhold 1925 305
sveitserhus 270f.
Sverige, nødsår 1867-1869 149
Sverige, nødsår, sosial urettferdighet 149
svinnsott 190f.
syfilis 318
sykdom, aksept for 286
sykdom, angst for 160
sykdom, anliggende mellom pasient og system 306f.
sykdom, begrep med utstrekning 104f.
sykdom, som premiss for tiltak 100
sykdommer, smittsomme 51f
sykdomsbetegnelser, 1700-tallet 54
sykdomsforløp, ytringsformer 104f.
sykdomsfølelse 160
sykdomskonstitusjon 103f., 108
sykdomsoppfatning, storsamfunnets 163
sykdomsoppfatning, helsemyndighetens 163
sykdomsoppfatning, helsepersonellets 163
sykdomsoppfatning, lekfolks 163f.
sykdomsoppfatning, politikk og 109
sykdomsoppfatning, utvikling av 153
sykebesøk 315
sykehus og helseinstitusjoner, kommunale 250f.
sykehus, glidende overgang overfor privat legepraksis 251
sykehus, helseinstitusjoner, utviklingsveier 248f.
sykehus, hva er det? 90
sykehus, norske 1832-1833 118f.
sykehus, panoptisk 175f.
sykehusbygging, 1950-tallet 316
sykehusinnleggelser 159
sykehussenger, Kristiania 1903 254
sykelighet, diagnostisert 162f.
sykelighet, diagnostisert, som premiss 165f.
sykelighet, forvaltet 162f., 307
sykelighet, forvaltet 307
sykelighet, naturlig 160f.
sykelighet, omformet 161f.
sykelighet, opplevd 160f.
sykelighetsløken 158f.
sykepleie, som fag 137
sykepleiere 244f.
sypiker 285
Sølvskatten 95f.
Sørenssen, Niels Berner 71, 78f., 231
Tacit knowledge 151, 285, 292f.
tall, nødvendighet av, Frederik Holst 104
Tambora (vulkan) 43
tannverk 152
tekstanalyse, medisinalberetningene 167f.
*Terje Vigen*, dikt 44
Thaulow, Heinrich Arnold 144, 210
*The magic mountain,* roman, Thomas Mann 211
*The origin of species* 1859 125f.
Theatrum anatomico-chirurgicum, København 70
Therapia generalis 73
Therapia specialis 73
Thiis-Evensen sr., Eyvind 289
Thrane, David 141
Thrane, Marcus 141f.
Thrane, Waldemar 86
Thulstrup, Magnus Andreas 69f. 78f.
*Tidsskrift for Den norske legeforening* 93
*Tidsskrift for Naturvidenskaberne* 86
tidsskriftabonnementer 1826 91f.
tjueårene, de glade 295f.
toaletter, 1890-bebyggelse 267
Tode, Johann Clemens 15, 157
tonometer, Schiøtz' modell 152
topografiske beskrivelser 122
Torgslaget, 17. mai 1829 97'
trafikkulykker 163
trangboddhet 273
*Traumnovelle* 188
treforedlingsindustrien 155
trening 321
*Trolldomsfjellet*, roman, Thomas Mann 211
tropical medicine 122
trygdeordninger 253
tuberkulose 10, 162, 169f., 189f., 296, 325
tuberkulose 1795 30f.
tuberkulose, arvelighet ved 203
tuberkulose, eldre historie 192f.
tuberkulose, knute, Virchow, tegning 129f.
tuberkulose, sett som transisjon 13
tuberkulose, som omkostning ved urbanisering 189
tuberkulose, årsakstenkning 200f.
tuberkulosearbeid, som dugnad 213f.
tuberkulosebekjempelse, motstand mot 202

tuberkulosehjem 209f.
tuberkulosehjem, i kommunene 214f.
Tuberkuloseloven 1900 202, 207, 296
tuberkuloseplakaten 1889 203f.
tuberkuloseproblemet, faseforskyvning 191f.
tuberkulosesanatorier, kultur ved 210f.
tuberkulosesanatorier, Norge 1935 214
TV, innføring av 313f.
tyfoidfeber 31
Tyttebærkrigen 1788 50f.
tæring 190f.
ulikhet, sosial, Marcus Thrane 142
ulikheter, sosiale, i sosialdemokratiet 313
Ullevål sykehus 108f., 253f.
undervisning, medisinere, 1827 78f.
undervisningshospital 83f-
undervisningsmodeller 73 f., 77
urbanisering 38f., 64, 259f., 325
urbanisering, smittsomme sykdommer og 166f.
urinveisinfeksjoner 318
utedoer, i byer 264
utleie, 1800-tallets boliger 268
utukt 183
utvandring 38
uår 43f.
vaksine, BCG mot tuberkulose 220f.
vaksineprogrammer 162
vann, forurenset, kolera 1853 126
vannforsyning 265
vannklosetter 264
Vardåsen tuberkulosesanatorium 220f.
Vaterland 262
velferd, 1900-tall 296
velferdssamfunnet, utvikling av, Norge 109
verdensorden, hierarkisk 106f.
verdensutstilling, Paris 1878 310f.
Vesalius, Andreas 106
veterinærmedisin 193
Virchow, Rudolf 107, 125f.
*Virchows Archiv* 126
Vogt, Ragnar 187
Voksenkollen sanatorium 212
vulkanutbrudd 43
Wergeland, Henrik 210
Westye Egebergs gate, Oslo 266
Wildenvey, Herman 198f.
Wisbech, Christian 81
yrke, som folkehelserisiko 153f.
yrkeslivet, som helsefaktor 285f.
yrkesrisiko, 1700-tallet 30f.
yrkesrisiko, holdninger til 288
Zeiss 128
ølbrygging 182
Østby, Lars 300
Østkantsykehuset, Valle-Hovin 220
øvelsesselskap, medisinerstudenter 93
øyesykdommer 152f.
Ålesund 305
årelating 104f.
årsakssammenhenger, samvariasjon og 200f.
Aaseie, Sørine Eriksdatter, jordmor 241f.

# *Michael*

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).

2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.

3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.

4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.

5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at *www.michaeljournal.no*.

6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:
Jan Frich
Pål Gulbrandsen
Erlend Hem
Nina Husom
Magne Nylenna

Editorial board:
Geir Sverre Braut
Kari Tove Elvbakken
Linn Okkenhaug Getz
Christoph Gradmann
Cato Innerdal
Hilde L. Sommerseth

Postal address:
Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
*michael@dnms.no*

Annual subscription rate
NOK 700

ISSN 1893-9651

# Michael Skjelderup

*Michael* is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.

*The editors*



*Michael Skjelderup portrayed by Johan Gørbitz (1782–1853)*



**Øivind Larsen (f. 1938)**
er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

I denne boken drøftes hva som skjedde med folkehelsen i Norge fra rundt 1800 og til omtrent 1930. Befolkningssammensetningen ble i denne perioden radikalt forandret gjennom at man gikk fra et samfunn med høy dødelighet og høye fødselstall til en situasjon med lav dødelighet og få fødsler, dvs. den prosessen som er blitt kalt den demografiske transisjon.

I løpet av disse årene ble Norge rammet av både vanskelige tider og epidemier. Samtidig gjorde medisinsk vitenskap, helsevesenet og samfunnet som sådant store sprang framover. Men kanskje var de mer usynlige, langsomme forandringene på mange forskjellige felter vel så viktige for utviklingen av folkehelsen som de store medisinske landevinningene? Dette spørsmålet belyses ved å sette folkehelsen inn i en bred historisk ramme.

Kanskje kan vi bak det vi her lærer om fortiden, skimte noen generelle prinsipper som også er relevante for vår tids folkehelse? Norsk helsehistorie er et spennende område, og denne boken er ment som en innføring i fagfeltet.

www.dnms.no

ISBN 978-8-29-287169-0
9 788292 871690 >