

«... for å verne folkehelsen»

Helsepolitikk og forvaltning 1913–1940

Michael 2013; 10: Supplement 13, 19–30.

Et hvert år har sine jubileer, slik også året 2013. Sosialdepartementet ble opprettet 3. juni 1913, åtte dager senere fattet Stortinget en enstemmig beslutning om allmenn stemmerett for kvinner. Var sammenfallet tilfeldig? Begge jubileer er milepæler i norsk historie, og så underlig det enn kan høres, så hadde disse to begivenhetene en viss sammenheng. Jeg skal komme tilbake til hvorfor og hvordan, men først om bakgrunnen for at det i 1913 ble opprettet et Departement for Sociale Saker, Handel, Industrie og Fiskeri, og for at helsespørsmål eller «medicinalsaker» ble innlemmet i dette nye departementet.

Medisinaladministrasjonen hadde siden tidlig på 1800-tallet hatt en uklar og skiftende departemental tilknytning. Administrasjonen var først underlagt Politidepartementet (fra 1815), så Kirkedepartementet (fra 1819), dernest Indredepartementet (fra 1846), videre Justisdepartementet (fra 1878), og endelig, i 1913, det nye Departementet for Sociale Saker mv. Denne delen av vår sentraladministrasjon kom slik til å vandre fra departement til departement, lik en «Jerusalems skomager, uten hjemsted», som legen og stortingsmannen Ludvig Krag-Torp uttrykte det.¹ I det hele tatt var «de blotte Medicinalforretninger» et lite prioritert felt gjennom hele det 19. århundre.

Men mot slutten av århundret snudde vinden. Fra 1870-årene gikk vi inn i det Anne-Lise Seip har begrepsfestet som *sosialhjelpstaten*, statsformen som dannet opptakten til velferdsstaten. Sosialhjelpstaten var etablert på det liberale samfunns premisser, med stramme rammer for det kollektive innslaget og stort rom for det private. Mot århundreskiftet ser vi imidlertid

¹ Uttrykket stammer fra stortingsmannen og legen Ludvig Krag-Torp. «Medicinalkontoret har gaat omkring som Jerusalems skomager, uten hjemsted.» (St. forh. 7a 1912: 1104–05).

et økende offentlig engasjement for de svakstilte i samfunnet, og da i stadig tettere samarbeid med humanitære og religiøse organisasjoner.² Bakgrunnen var de sosiale og helsemessige problemene som kom i kjølvannet av industrialiseringen og urbaniseringen i siste halvdel av 1800-tallet. Fattigdom, trangboddhet, alkoholisme, prostitusjon, dårlig hygiene, hyppige epidemier, infeksjonssykdommer og høy dødelighet preget byenes arbeiderstrøk – som gjerne vokste fritt og vilt. Eksempelvis økte Kristianias befolkning fra knappe 38 000 i 1850 til 250 000 i 1900. Det såkalte «sociale spørsmål» ble stadig mer påtrengende, og tiårene rundt århundreskiftet skulle bli en nybrottsperiode innen norsk og internasjonal sosiallovgivning. Og som alltid, helse-spørsmål og sosiale spørsmål var tett forbundet.

Innen medisinen fant det sted vesentlige endringer som også bidro til økt oppmerksomhet omkring disse spørsmålene. Avgjørende var bakteriologens gjennombrudd i 1880-årene. Man identifiserte mikroorganismene og blottla smitteveiene. Dette fikk enorm betydning for det forebyggende helsearbeidet, og var særlig viktig for utbyggingen av byenes infrastruktur. Dernest kom en rekke andre gjennombrudd innen medisinsk teknologi og vitenskap som skulle bidra til diagnostiske og terapeutiske fremskritt, og ikke minst til institusjonsbygging. Legestanden gjorde seg således stadig sterkere gjeldende som en profesjon som hadde noe vesentlig å tilby, og tilbød tjenester som samfunnet ble stadig mer avhengig av. Selv stilte legene krav om å få være med både å forme og styre helsepolitikken. Sist, men ikke minst, fikk kvinner adgang til å studere medisin (den første fra 1887), kvinner som etter endt embetseksamen påtok seg atskillige verv i offentlig og privat regi, og som engasjerte seg sterkt for de svake.³ Slik fikk medisinen interne utvikling konsekvenser langt utover seg selv.

Johan Castbergs rolle

Et evigvarende diskusjonstema i historiefaget er hvorvidt det er aktørene eller strukturene som er de viktigste drivkreftene i samfunnsutviklingen. Det handler jo om en vekselvirkning, men strukturenes åpenhet er avgjørende for i hvilken grad sosiale entreprenører slipper til og bidrar til ideologiske og samfunnsmessige endringer. Går vi til det norske samfunn i 1880-årene, da «ting» skjedde, var dette et åpent samfunn. «Det var de store almene principers tid,» skrev kvinnesakskvinnen Anna Bugge Wicksell (1862–1928) i sitt tilbakeblikk på dette epokegjørende tiåret. «... alle døde var slaaede op for oss ... debatteringen af principerne og strømmen ut af

2 Seip 1984.

3 Schiøtz 1993.

de aabne døre for at tage i besiddelse al den aandens frihed og herlighed, som laa derude – just dette var vor plikt, vort kald, vor opgave.»⁴

Juristen og venstremannen Johan Castberg (1862–1926), født samme år som Bugge Wicksell, kunne ha sagt noe tilsvarende. Mannen som tok initiativet til Sosialdepartementet og ble vår første sosialminister, var frittalende og debattglad og glødet for «det sociale spørgsmål». Han tok embetseksamen i 1884 og fikk umiddelbart stilling i Finansdepartementet. Tre år senere sa han farvel etter å ha kommet i konflikt med sin sjef. Årsaken var at han i 1886 hadde deltatt i demonstrasjonene mot beslagleggelsen av Christian Krohgs *Albertine*. Boken var et hardtslående innspill i kampen mot tidens dobbeltmoral og offentlige prostitusjon, med arbeiderklassens kvinner som offer.

Politikk ble nærmest en besettelse for Castberg. Han var opptatt av sosialstatistikk, arbeidstidsregulering og fabrikktilsyn.⁵ Likeledes lå kvinners rettigheter hans hjerte nær, slik som krav på vern i forhold til nattarbeid og begrensning av arbeidstidens lengde. Fremfor alt arbeidet han for den ugifte mor og det «ukefødt» barns rettigheter.⁶

Det hevdes at Castberg stilte to krav da Gunnar Knudsen (V) tilbød ham plass i sin regjering. Det ene var at det skulle opprettes et sosialdepartement, det andre var at han måtte få arbeide videre med de såkalte barnelovene som hadde opptatt ham siden slutten av 1880-årene.⁷ Kravet om et eget sosialdepartement begrunnet han både prinsipielt og praktisk. Et nytt syn på statens rolle, stadig flere oppgaver, ikke minst på det sosiale området, krevde plan og styring. Et departement ville skape «oversikt over og enhed i administrasjonen,» som han uttrykte det.⁸ Men han siktet lenger enn å skape en tilfredsstillende ledelse for sosialforvaltningen. Departementet skulle kort og godt være en generalstab for en dynamisk sosialpolitikk.⁹ Slik skulle det også bli – i hvert fall så lenge Castberg holdt seg i politikken.



Johan Castberg (1862–1926)

⁴ Wicksell 1907.

⁵ Bjørnson, *Norsk biografisk leksikon*. Historikeren Øyvind Bjørnson refererer til en uttalelse fra Bjørnstjerne Bjørnson der han sier: «Jeg har nu hørt en del av de yngre som legger an for politik her i landet, men Castbergs make kjænder jeg ikke ...»

⁶ Seip 1984.

⁷ Seip 1984.

⁸ Sitert fra Seip 1984: 170.

⁹ Tønnesson 1979: 40.

Castberg plasserte seg politisk i midten, mellom sosialisme og konservatisme, i en form for sosialliberalisme. Det ideologiske målet var gjennom demokratisk og nasjonal sosialpolitikk å 'forebygge revolutionære elementers fremgang'. Staten var en institusjon *over* klassekampen, mente han, og visjonen var å omgjøre staten til en arena og et instrument for en moderne velferdspolitik. Strategien var samfunnsendring gjennom lovgivning. Staten var samfunnets sterke arm, ifølge Castberg, og et redskap i beskyttelsen av de svake. Den sosiale reformpolitikken var tuftet på en ideologi og et samfunnssyn som han begrepsfestet som *solidarisme*. Den skulle bygge på samvirke og fellesarbeid, men også på liberalisme og forestillingen om individets plikter og rettigheter. Den skulle være klasseutjevne og ikke konfliktskapende.¹⁰

Allerede i april 1914 gikk Castberg av, det året 1. verdenskrig brøt ut og skapte store endringer også i det nøytrale Norge. Men som stortingsmann fram til sin død i 1926, og i perioder formann av Stortingets Justiskomité, var han like fullt landets ledende sosialpolitiker – ideologisk og i praksis. Ja, han var drivkraften bak en rekke lovreformer, og han har fått mye av æren for å ha lagt grunnlaget for etterkrigstidens velferdsstat. Mest kjent er han for De Castbergske barnelover av 1915, der det ble innført lik arverett og navnerett for barn født innenfor og utenfor ekteskap.¹¹

1913–1920: Ekspansjon

I korte trekk vil jeg belyse noen organisatoriske og trekk ved det nye departementet knyttet til medisinalsakene.¹² Departementet ble delt opp i to avdelinger: en sosialavdeling med tre kontorer, et sosialkontor, et lovkontor og et kontor for statistikk, og en medisinalavdeling med to kontorer.¹³ Om organiseringen av medisinalsakene er det igjen behov for å trekke tråder bakover for å forstå utviklingen. I 1891 ble det etablert et frittstående Medisinaldirektorat i tillegg til det Medisinalkontoret som allerede eksisterte i Justisdepartementet – det første legestyrt, det andre juriststyrt. Ideelt sett skulle direktoratet ta seg av medisinsk-faglige spørsmål og Medisinalkontoret de juridiske, samt medisinalstatistikk og revisjon av takster og andre økonomiske spørsmål. Sett fra legenes side var dette langt fra optimalt. Gjennom hele 1800-tallet arbeidet de for en såkalt kollegial styreform, dvs.

10 Seip 1984: 290, Slagstad 1998: 140 ff.

11 Seip 1984. I bokens saksregister er Castberg oppført hele 29 ganger, langt mer enn noen annen.

12 Vesentlige deler av den følgende framstillingen bygger på Schiøtz 2003.

13 Statistikkkontoret utgav tidsskriftet *Sociale Meddelelser* som skulle få stor betydning som informasjonsorgan i tiden framover. Se Seip 1984: 170–71.

et rent fagstyre integrert i sentraladministrasjonen og tett opp til det politiske miljø. Men de nådde aldri fram.¹⁴

Administrasjonsordningen fungerte lite tilfredsstillende. Arbeidsdelingen mellom de to instansene var uklar, arbeidsmengden stadig økende og de ansatte var overarbeidete og manglet ressurser. Årsaken finner vi først og fremst i den særdeles aktive sosiallovgivningen. Fra 1890-årene og et par-tre tiår framover kom lovene som perler på en snor. I tillegg skulle ekspansjonen innen institusjonshelsetjenesten bli krevende. I 1916 ble det et rent Sosialdepartement. Handel, industri og fiskeri gikk inn i det nye Handelsdepartementet. Innenfor helseforvaltningen skjedde en utbygging av så vel Medisinaldirektoratet som Medisinalkontoret. Det første fikk opprettet to nye overlegestillinger, en for tuberkulosen, i 1914, og en for sinnsykevesenet, i 1919. I 1918 ble det innad i departementet opprettet et Medisinalvesenets byggekontor som skulle ta seg av den ekspansive institusjonsbyggingen.

La meg så nevne et par av de mest sentrale lovene i helsefeltet, *lov om de offentlige lægeforretninger av 1912* og *lov om syketrygd av 1909* (iverksatt 1911). Begge fikk stor betydning for folks bruk av helsetjenester og for helseprofesjonenes framvekst. Legeloven fikk også vidtrekkende betydning for den videre utbyggingen av den lokale helseadministrasjon. Loven, også kalt distriktslegeloven, tilsa 250 nye legedistrikter i landet og dermed nesten en tredobling av antallet. Det innebar et tilsvarende antall nye helseråd, helseråd som skulle stå for forebygging, kontroll, tilsyn og administrasjon på lokalt plan. (Helserådene, opprinnelig kalt sunnhetskommisjonene, var hjemlet i sunnhetsloven av 1860.) I løpet en tiårsperiode var planen gjennomført. Det er likeledes verdt å merke seg at legeloven var den første som stadfestet likhetsprinsippet i norsk helselovgivning. Uansett bosted eller økonomisk yteevne skulle alle innbyggere ha rimelig tilgang til legehjelp.

Den nye *sykeforsikringen* omfattet i første omgang 322 000 arbeidstakere og deres familier. Befolkningen var i 1910 på ca. 2,4 millioner, et tall som indikerer at en stor andel av arbeidstokken fremdeles ikke var sikret underhold under sykdom. Loven ble revidert i 1915, og den kom nå til å omfatte 80 000 flere. Fra dette tidspunkt ble det også gitt sykepenger ved barsel, i alt fire uker. Selve administreringen av ordningen ble overlatt til kommunene og de såkalte *kretssykekassene*. Sykeforsikringen fikk store konsekvenser: Langt flere så seg nå råd til å søke legehjelp og til å legge seg inn på sykehus. Slik ble det også en sosialt sett jevnere fordeling av helsetjenes-

14 Denne administrative ordningen varte fram til 1941, da nazistytret slo de to enhetene sammen og plassert oppgavene i Helseavdelingen i Innenriksdepartementet. Helsedirektør Evang videreførte ordningen etter krigen.

tene. Dernest fikk legene et mer lukrativt marked. Men også stadig flere kvalifiserte sykepleiere fant et levebrød i denne perioden. Ja, samlet sett bidro de to lovene til et økende press på helseprofesjonene, og til lege- og sykepleiemangel. Sykeforsikringsloven førte også til en rekke konflikter mellom forvalterne av ordningen og legestanden. Legene fikk ord på seg til å være vel langfingret når det kom til å forsyne seg av kretssykekassens midler i form av høye honorarer og oppfordring til hyppige konsultasjoner. «Kasseutsuger» var et begrep i tiden. En realitet var at sykekassene kom opp i stadige økonomiske problemer, innbetalingene tilsvarte ikke utgiftene. Særlig ille var det under spanskesyken i 1918–19.

Ekspansjonen innen helseforvaltningen indikerer at det var gitt større rom for offentlige inngrep, statlige som kommunale, og at den offentlige økonomi var blitt bedre. Ja, vi befinner oss i en tid som blir omtalt som «dyrtid» og «jobbetid» – i en tid da ikke bare myndighetene fikk større armslag, men da også privatpersoner kunne tjene seg søkkrike på aksjespekulasjon og krigshandel. I kjølvannet fulgte sosial uro og sosiale spenninger. Politisk gav dette utslag i klassekamp og en radikalisering av arbeiderbevegelsen. En stakket stund, etter fredsslutningen i 1918, hersket det imidlertid en veldig optimisme i det politiske miljø, nasjonalt som internasjonalt, og sosialpolitikken ble det nye redskapet som skulle omskape verden.¹⁵ Den skulle være klasseutjevner og hindre de store konfrontasjonene. Slik gikk det ikke.

1920–1935: Magre år

De politiske motsetningene spisset seg til og «materialiserte seg» i den neste perioden i landets historie. Det hele startet høsten 1920 med et voldsomt tilbakeslag på det internasjonale markedet – med overproduksjon, svingende valutakurser, importrestriksjoner og dumping. Etter et halvt års tid ble Norge revet med. Landet gikk inn i en 15-årsperiode med store sosiale og økonomiske problemer og påfølgende nedskjæringer i offentlig sektor.¹⁶ Stadig skiftende regjeringer, 13 i tallet, kommuner under administrasjon, feilslått pengepolitikk, sviktende investeringer, gjeldskriser, arbeidsløshet, store arbeidskonflikter og formidable økninger i fattighjelsbudsjettene – alt forbinder vi med mellomkrigstidens Norge.

Innen helsevesenet gav dette seg utslag i kraftige rasjonaliserings tiltak i sentraladministrasjonen, stopp i byggeprosjektene, inndragning av offentlige stillinger, arbeidsløshet blant helsepersonell og bitre konflikter de

¹⁵ Seip 1994: 19–20.

¹⁶ Hovland 1987: 151. Furre 1999.

ulike forvaltningsnivåene imellom, om ansvarsforhold og økonomi. Men paradoksalt nok, under de økonomiske nedgangstidene sank ikke de offentlige utgiftene til helsestellet. Den tidligere så sterke ekspansjonen ble bare dempet. Det var full stans i perioden 1920–25, men utgiftene økte deretter fram til 1935, om enn svakt.¹⁷ Hvordan kunne det ha seg? Var helse som verdi allerede på dette tidspunktet blitt så sterkt oppvurdert, at det så å si var umulig for landets politikere å legge til side mye av det arbeidet og de tiltakene som var etablert i årene forut for 1920? Ja, var overbevisningen om helsens betydning for enkeltmennesket og for samfunnet blitt så sterk og tungtveiende, at det var politisk umulig å nedprioritere feltet tross dype økonomiske kriser? Eller fulgte det så store sosiale og helsemessige problemer i kjølvannet av de økonomiske krisene, at de krevde kraftige omprioriteringer innen de offentlige budsjettene? Spørsmålet kan besvares med et både og.

Vi skal i korthet se på et par av sparetiltakene, mer konkret hva regjeringen(e) foretok seg for å knipe inn. Tradisjonen tro, når vanskelige spørsmål skal løses, setter man sammen en komité. Statens- forenklings- og sparekomité, kalt den første *Øksekomité*, ble oppnevnt i 1922. I komitéinnstillingen fikk Sosialdepartementet ille medfart, og av helsesaker var det særlig to spørsmål som ble kontroversielle. Det ene handlet om å flytte Medisinaldirektoratet inn i departementet og legge ned Medisinalkontoret. Slik ville man både forenkle saksbehandlingen og spare penger i form av færre stillinger. Det andre gikk ut på å «forenkle» den nye legeordningen, dvs. inndra et stort antall distriktslegestillinger og derved også legge ned en rekke helseråd. Begge forslag ble hyppig debattert. Sammenslåingen av de to forvaltningsenhetene ble det ikke noe av, men stillinger ble det færre av. I 1922 hadde Medisinaldirektoratet 14 ansatte, i 1929 var det sju tilbake. De nye overlegestillingene ble inndratt og byggekontoret nedlagt. Det ble også færre legestillinger ute i distriktene, skjønt langt færre enn det regjeringen hadde innstilt på. Bråk og spetakkel fra flere hold stoppet de mest drastiske forslagene.

Nye utfordringer

De økonomiske forholdene skulle bli verre. I 1931 gikk landet inn i sin hittil vanskeligste periode i det 20. århundre. Om lag 1 million nordmenn, over 40 %, bodde i såkalte vanskeligstilte kommuner. Bondepartiet, som satt med regjeringsmakten (mai 1931–mars 1933), hevdet at man så seg tvunget til å føre en brutal sparepolitikk. «Og kommunens plikt etter loven

¹⁷ Hodne 1986: 132 ff. Storsteen 1937: 60 ff.

går ikke lenger enn til å hindre enn at vedkommende forkommer,» het det i et av Justisdepartementets rundskriv fra 1932. At situasjonen var dramatisk gjenspeiles i de store fattigdomsproblemene. I 1935 mottok 156 000 hovedforsørgere fattighjelp, dvs. at nærmere 300 000 personer, omlag 11 % av landets innbyggere, var henvist til forsorg.¹⁸ Ustoppelig var myndighetene på utkikk etter nye måter å spare på. I 1932 nedsatte Regjeringen Hundseid (B) en ny *Øksekomité*, denne gangen kalt Spare- og forenklingskommisjonen. Den festet også blikket på medisinalvesenet. Kommisjonen foreslo å redusere lovbundne utgifter som påhvilde det offentlige. Det gjaldt først og fremst de store utbetalingene til tuberkulosevesenet og sinnssykevesenet og til legelønningene. Den konsentrerte seg dessuten om områder som kunne delegeres fra sentraladministrasjonen til fylkene, og om å omfordele utgifter mellom de ulike forvaltningsnivåene.¹⁹ Et lite populært forslag sett fra de utpinte kommunenes side!

Forenkling av legeordningen sto igjen på programmet, og igjen strømmet protestene inn, og fra flere hold enn tidligere. Da Øksekomiteens innstilling ble behandlet i Stortinget, bemerket Helsekomiteen at blant de sosiale reformene som var blitt gjennomført i de senere år, «er dette med en bedre legeordning det vesentligste og mange steder det eneste som bygdene har nydt godt av.» Våren 1933 presenterte regjeringen Hunseid (B) nok et spareforslag. Den ba om Stortingets samtykke til å inndra 143 distriktslegetillinger og å opprette 105 nye *kommunelegetillinger* som erstatning, sistnevnte med et lite tilskudd fra staten til kommunene. Forslaget møtte naturlig nok motstand i legekretser, men heller ikke Stortinget fant å ville støtte et så vidtgående forslag. De folkevalgte var blitt mer bevisste på betydningen av det forebyggende helsearbeidet, ikke minst i kampen mot den stadig vekk omseggripende tuberkulosen. Og i begge leire ble argumentene fremført med kraft og emosjoner. Begrunnelsen var at en nyordning, i tråd med dette, ville svekke det *hygieniske arbeidet*. Ja, «... det vakte ren forfærdelse hos mange og ikke bare hos mange her i denne forsamling, men utover det hele land,» tordnet representanten Anton Djuvik (1881–1951) (V). En annen representant, Cornelius Enge (1861–1940) fra Helgeland (Ap) så med gru for seg at befolkningen igjen skulle synke ned i skitt og lort: «Når jeg ser på denne plan for den nye lægeordning, synes jeg liksom å øine i det fjerne Peter Dass' tid komme sigende inn på oss – vi får igjen den gamle nordlandske forhold, kanskje med skinnfelden med lusa og kanskje med mange andre ufysiselige ting.» I Nordland ville man, ifølge Enge, måtte inn-

18 Seip 1987: 276 ff. Bull 1979: 103.

19 Svaldestuen 1988: 83.

stille det hygienisk arbeidet – all den kamp som ble ført mot tuberkulosen og alt det arbeid som ble gjort for å få hygienen inn i hjemmene, «for å verne folkehelsen og verne mot epidemiske sykdommer». Forslaget falt, men det skulle komme nye.²⁰

1935–1940: Konsolidering og nytenkning

Det var i disse årene at «forsikringsmetaforen» ble erstattet med «velferdsstatsmetaforen», og at det skjedde en gradvis overgang fra sosialhjelpstaten til velferdsstaten, skriver Anne Lise Seip om perioden 1935 og fram til krigsutbruddet.²¹ Vi ser framveksten av et samfunn som videreutviklet enkelte av sosialhjelpstatens prinsipper, men også innførte nye: Universelle ytelser, differensiering i lovverk og hjelpetiltak, sentralisering med større offentlig ansvar, profesjonalisering og korporativisering i form av samhandling med interesseorganisasjonene.

Den sosialpolitiske dreiningen skjedde dels som resultat av bedre økonomi, dels med bakgrunn i et ideologisk regimeskifte. «Likhet» som verdi ble kjørt fram – ikke bare blant sosialister, men også blant bønder og liberalere. Verdenskrigen og dyrtiden hadde virket radikaliserende på alle partiene. Sosialpolitikk og reguleringspolitikk ble akseptert som generelle virkemidler i en tidligere utenkelig grad.²² Det ble tilstrebet likhet i tilbud mellom sosiale klasser, mellom ulike landsdeler og mellom rike og fattige kommuner. Ikke bare de politiske partiene, men også profesjonene bidro sterkt til denne ideologiske nyorienteringen. De hadde i årevis pekt på at det var behov for plan, sentralisering og større offentlig ansvar. «Nå kom mange ... til å se staten som et instrument for en ny vitenskapelig basert sosialpolitikk. Statens rolle var under omforming ideologisk og i praksis,» skriver Seip.²³

Blant de politiske partiene var det først og fremst sosialdemokratene og grupperinger innen Venstre som i 1930-årene stilte krav om å finne statlige løsninger i form av velferdsgarantier som trygder, lønnsгарantier og en bevisst ernæringspolitikk.²⁴ Det sies gjerne at Venstre initierte, mens Arbeiderpartiet realiserte. Da Arbeiderpartiet kom til makten i mars 1935, fikk regjeringen Nygaardsvold også et økonomisk fundament å bygge reformpolitikken på. Tydelig kom reformiveren til uttrykk gjennom nye lover og lovrevisjoner innen helse- og sosialsektoren. Etter inspirasjon og påtrykk

20 For en utdypning, se Schiøtz 2003.

21 Seip 1984.

22 Seip 1984: 288 ff, 292 og 298. Stokke 1981. Bjørnson og Haavet 1994.

23 Seip 1994: 130.

24 Seip 1994: 15–16. Nordby 1989: 80.

fra innflytelsesrike representanter for ulike profesjoner, ble de nye ideene nedfelt i partienes programmer. Eksempelvis kom «folkeernæringen» og sosialhygien inn i Arbeiderpartiets program i 1938.²⁵ Og la meg nevne legenes kamp. I 1936, på Legforeningens landsmøte, krevde den kommende medisinaldirektør, Karl Evang (1902–1981), større makt og innflytelse i den helsepolitiske utviklingen og i forvaltningen. Han ville ha et eget *helse-departement*, styrt av leger. Storbritannia hadde fått et slikt allerede i 1919. Medisinen måtte danne basis for medisinalforvaltningen, var hans devise.

Bak reformene innen helsefeltet sto altså radikale og sosialliberale politikere med inspirasjon fra, og til dels i tett samarbeid med representanter for legestanden – en stand som tradisjonelt sett ble assosiert med alt annet enn sosialistiske eller revolusjonære ideer.²⁶ Ved første øyekast kan vi stusse ved denne alliansen. Men visse sider ved den sosialdemokratiske velferdsstatens ideologi samsvarer nettopp med de normer og det verdigrunnlag som legene representerte. Den borgerlige kulturen var kjennetegnet ved at den rommet pretensjoner om universalitet; den gjorde krav på å representere gjeldende normer også for dem som befant seg utenfor egne rekker. Et illustrerende eksempel på et felles prosjekt var nettopp kampen for folkeernæringen og sosialhygien. Utgangspunktet for arbeidet kunne være så forskjellig – for politikerne som arbeidet for å bedre arbeiderklassens sosiale og materielle kår, og for legene som arbeidet for en «forbedring av befolkningskvaliteten». Men synet på metoder og virkemidler var ofte sammenfallende.

La meg nevne et knippe av disse samarbeidsprosjektene. Det gjaldt ernæringsprosjekt (m.a. Oslo-frokost og Sigdals-frokost), hygiene, mødrehygienekontorer, helsestasjoner for mor og barn, skolebarnundersøkelser og fysisk fostring. Flere av disse områdene er illustrert i det lille heftet, *Pass på helsen*, utgitt av Røde Kors i 1932 og delt ut til alle norske skolebarn. Men myndighetene og legene skal på ingen måte ha æren alene for at tuberkulosen var på retur, for at mødre og barn fikk veiledning og oppfølging, og for at skolebarna ble «friskere, sterkere, større, renere»²⁷. Dugnadsånden preget mellomkrigstiden. Det var tiden da titusener engasjerte seg i de

25 Nordby 1989: 81–82.

26 Fra tidlig på 1930-tallet var det et tett samarbeid mellom Oslo-politikere og legene Karl Evang og Carl Schiøtz. Evang erklærte seg som sosialist, først som medlem av den radikale studentorganisasjonen Mot Dag, senere som reformvillig medlem av Arbeiderpartiet. Schiøtz betegnet seg som apolitisk, men ble hyppig benyttet som rådgiver av Arbeiderpartiet (muntlig meddelelse, Margaretha Schiøtz Wibye, 1995). Både Evang og Schiøtz var typiske representanter for embetsstanden. Se for øvrig Nordby 1989, Alsvik 1991 og Seip 1994.

27 Sitatet er hentet fra Carl Schiøtz og benyttet som tittel på Ola Alsviks hovedoppgave i historie. «Friskere, sterkere, større, renere», *Om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skolebarn*. UiO 1991.

frivillige organisasjonene og det store folkehelseprosjektet, og tiden da ikke minst kvinner landet over viste hva de var verdt. Men det er en annen historie.

Sluttbetraktninger

Innledningsvis i dette foredraget nevnte jeg dette pussige sammenfallet – eller kanskje er det ikke så pussig – mellom opprettelsen av Sosialdepartementet og vedtaket om allmenn stemmerett for kvinner, henholdsvis 3. juni og 11. juni 1913. Hvor ligger sammenhengen? De store kampene og reformene for å styrke og ivareta de underprivilegertes rettigheter lå i tiden. Men mer enn det, og igjen må vi tilbake til Johan Castberg og hans engasjement for «de svake». Et lands sivilisasjonsnivå, hevdet han, kan måles på kvinners og barns rettigheter. Således ivret han for kvinners rett til utdanning og arbeid, og for kvinners *stemmerett*.²⁸ Men vi kan knapt påstå at han var «fyrtrånet» bak kvinnestemmeretten. Den kampen kjempet kvinnene i hovedsak alene. Men de var avhengige av å ha de mektige menn med seg. Og initiativtakeren til Sosialdepartementets etablering og vår første sosialminister var – sterkt inspirert av svigerinnen og kvinnesakskvinnen, Katti Anker Møller (1868–1945) – blant disse helt nødvendige støttespillerne.

Litteratur

1. Alsviks, Ola 1991: «*Friskere, sterkere, større, renere*», *Om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skolebarn*. Hovedoppgave i historie, UiO.
2. Bjørnson, Øyvind: *Norsk biografisk leksikon* <http://snl.no/.search?query=johan+castberg&search=> (mai 2013).
3. Bjørnson, Øyvind og Haavet, Inger Elisabeth 1994: *Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894–1994*.
4. Bull, Edvard 1979: *Klassekamp og fellesskap (1920–1945) Norgeshistorie, bind 13*, Oslo.
5. Furre Berge 1999. *Norsk historie 1910–2000*. Oslo.
6. Hodne, Fritz 1986: *Medisin og miljø – nye synspunkter*. I: Larsen, Ø., Berg O., Hodne, E.: *Legene og samfunnet*. Oslo.
7. Hovland Edgar 1987: *Grotid og glanstid 1837–1920*. I: Næss, H. E., Hovland E., Grønlie T., Baldersheim H., Danielsen R. *Folkestyre i bygd og by. Norske kommuner gjennom 150 år*.
8. Nordby, Trond 1989: *Karl Evang. En biografi*. Oslo.
9. Schiøtz, Aina 1993: «Hvor vi har ventet på hende!». Om dr. Marie Spångberg Holth – Norges først kvinnelige lege – og andre pionerer. I: Schei, B., Botten, G., Sundby J. (red.). *Kvinnemedisin*. Oslo.
10. Schiøtz, Aina 2003: *Folkets helse – landets styrke. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003, bind 2*. Oslo.

²⁸ Bjørnson i *Norsk biografisk leksikon*.

11. Seip, Anne-Lise 1984: *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo.
12. Seip, Anne-Lise 1987: Fattiglov og fattigvesen i mellomkrigstiden – et forsørgelsessystem under krise. *Historisk tidsskrift*, vol 66, nr. 3.
13. Seip, Anne-Lise 1994: *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo.
14. Slagstad, Rune 1998: *De nasjonale strategier*. Oslo.
15. Stokke, Steinar 1981: *Fra sykeforsikring til folketrygd. En studie av verdiendringer og strategivalg for et trygdepolitisk tiltak*. Hovedoppgave i statsvitenskap, UiO.
16. Storsteen, Einar (red.) 1937: *Social håndbok for Norge*. Oslo.
17. Stortingsforhandlinger 7a 1912: 1104–05.
18. Svaalestuen Andres A. 1988: *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809–1940*. Oslo, Riksarkivet.
19. Tønnesson, Kåre D. 1979: *Sentraladministrasjonens historie 1914–1940, Bind 4*. Oslo.
20. Wicksell, Anna Bugge 1907. *Kvindelige studenters jubileumsskrift 1882–1907*. Utgitt ved Clara Thue Ebbell, Kristiania.

Aina Schiøtz
aina.schiotz@igs.uib.no
 Institutt for global helse og samfunnsmedisin
 Universitetet i Bergen
 Postboks 7804
 5020 Bergen