

# 6 Forebyggende helsearbeid i Norge fram til 1860

## 6.1 Helse og samfunnsutvikling i Norge

Som følge av store epidemier var dødeligheten fram til begynnelsen av 1800-tallet preget av store svingninger rundt en noenlunde stabil middelværdi.<sup>54</sup> I løpet av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet gjennomgikk befolkningen i Norge den såkalte demografiske transisjon. Dødeligheten sank mer enn fødselstallene, og befolkningmengden økte. Den synkende dødeligheten i første fase av denne utviklingen er antatt å ha sammenheng med generelt bedre levekår for en befolkning som levde under marginale forhold. Dette skjedde samtidig med store samfunnsmessige endringer knyttet til endringer i primærnæringene, industrialisering og urbanisering. Den store folkeflyttingen fra landområdene inn til byene skapte problemer, som var knyttet til renovasjon, drikkevann og boligstandard. Dette sammen med den økte mobilitet, som var en del av selve folkeflyttingen, kunne ha negative helsemessige konsekvenser. Infeksjonssykdommene sto sentralt i dette bildet.

## 6.2 Helse som samfunnsansvar

Under Christian III ble det på 1500-tallet lansert ideen om at det å skaffe folk legehjelp var en målsetning for staten.<sup>55</sup> Hvert stift skulle ha en medisinsk utdannet person. Dette ble realisert i Danmark på 1600-tallet. Her i Norge kom det bare stadsmedicus i Bergen (1603), i Christiania (1626), Trondheim (1660) og en bergmedicus i Kongsberg (1660). En «medicus» var en person som hadde eksamen fra Universitetet i København. Fra slutten av 1700-tallet ble det opprettet amtsfysikater – amtslegestillinger (tilsvarende fylkeslegestillinger i dag). En tredje gruppe stillinger var såkalte distriktskirurgikater. Samlet var dette spiren til et offentlig helsestell rundt 1814.

Fra gammelt var omsorg for syke mennesker en del av samfunnets fattigomsorg.<sup>56</sup> En medisinalforordning av 1619, revidert og delvis fornyet i 1672, bestemte at leger og jordmødre hadde plikt til å yte hjelp til fattige

<sup>54</sup> Larsen 1996 s. 45f.

<sup>55</sup> Seip 1984 kap. 11.

<sup>56</sup> Seip 1984 s. 217.

syke uten vederlag.<sup>57</sup> Denne forordningen hadde også omfattende regler for apotekere og la visse begrensninger på folkemedisinernes virksomhet. Den sto i prinsippet ved lag fram til sunnhetsloven av 1860. Legene fikk altså tidlig en sentral rolle når det gjaldt tiltak mot sykdom. Tiltak mot epidemier hadde alt fra 1700-tallet vært legenes ansvar. En forordning av 1782 hadde bestemmelser om meldeplikt ved sykdomsutbrudd, legehjelp og isolering av syke.<sup>58</sup> Særlig ved kolerautbrudd ble dette satt i verk gjennom opprettelse av midlertidige sunnhetskommisjoner. Forordningen gjaldt dessuten bare for landdistriktene og var tilpasset forholdene i Danmark.

Videre hadde legene ansvar for gjennomføringen av koppevaksinasjonene, som ble tvungen i Norge i 1810. Legen og hans hjelpevaksinatorer hadde ansvaret for å gjennomføre denne, slik at befolkningen var best mulig dekket.

Den tredje forebyggende legeoppgaven var knyttet til karantenesystemet, som gikk ut på å sperre grensene mot områder der sykdom var utbredt. Karantenekommisjoner ble opprettet alt fra 1830-årene og hadde delvis samme sammensetning som sunnhetskommisjonene fikk. I Norge kom ny karantenelov i 1848,<sup>59</sup> som særlig regulerte adgangen til land i norske havner for skip fra utlandet.

Legenes plikt til å yte hjelp til fattige syke ble ført videre på 1800-tallet ved at distriktsleger og kommuneleger fikk fattigsykepleie som del av sin embetsansvar. Det moderne helsevesenet vokste fram ved at denne omsorgen for spesielle grupper gradvis ble utvidet til å omfatte hele befolkningen som et samfunnsansvar. Sykdomsrisiko er en kollektiv risiko som rammer høy og lav. Helseomsorg for alle krevde samfunnsmessige tiltak på en annen måte enn fattigsykepleien. Veksten i det offentlige helsestell er et eksempel på en tendens på 1800- og 1900-tallet generelt – vekst i tjenester og ansvar som skulle komme all, som hadde behov for det til gode. Anne-Lise Seip inndeler dette i tre vekstsektorer<sup>60</sup> – 1) et mer spesialisert personell og ny helseadministrasjon både sentralt og lokalt, 2) nye helseoppgaver både innen sykdomsforebygging og omsorg, og 3) nye helseinstitusjoner og organisert folkehelsearbeid. Økt offentlig styring av helsestellet ble politisk konfliktfylt.

---

<sup>57</sup> Utheim 1901 s. 8-10.

<sup>58</sup> Holmboe 1901 s. 71

<sup>59</sup> Holmboe 1901 s. 81.

<sup>60</sup> Seip 1984 s. 217.

### 6.3 Helsevesenets organisering i Telemark før 1860

Fram til 1770-årene var det svært få praktiserende leger i Norge. Fra 1773 begynte man å opprette såkalte amtsfysikater eller landfysikater. For disse stillingene ble det krevd medisinsk embetseksamen fra Københavns universitet eller tilsvarende.<sup>61</sup> Det første legeembete i Telemark ble også opprettet i 1773, og samme år ble Hans Møller (1736-96) utnevnt. Han var dansk, men hadde praktisert som lege i Skien fra 1769. Da det i 1774 ble besluttet å opprette et sykehus i Bratsberg for å bekjempe radesyken, fikk Hans Møller også ansvaret for ledelsen av dette sykehuset, som lå på Osebakken ved Porsgrunn.

Kirurgiske inngrep ble fra gammelt av utført av handverkere knyttet til barberfaget – såkalte bartskjærere. I løpet av 1700-tallet ble det opprettet utdanningsinstitusjoner for kirurger i København, og det ble da ansatt stadskirurger og etter hvert også provinsialkirurger for hele stift eller deler av disse. Samtidig med landfysikatene ble det derfor fra 1770-årene opprettet såkalte distriktskirurgikater. For Bratsberg amt ble det første opprettet i 1789, og i 1811 kom det egne distriktskirurgikater for nedre Telemark og for øvre Telemark. Det ser ut til at slike utdannede kirurger ble ansett for å være jevn gode de universitetutdannete legene.<sup>62</sup> Embetslegene skulle komme de syke, særlig de fattige, til hjelp, og ha ansvar for tiltak i forbindelse med smittsomme og epidemiske sykdommer. I byene ble embetslegene lønnet fra bykassen, i landområdene ble lønnen gjerne utlignet etter matrikkelen.

Mangelen på leger i distriktene i 1814 var bakgrunnen for at landet ble delt inn i legedistrikter i 1816. I forlengelsen av de stillingene som før dette var opprettet i Telemark, ble amtet delt i tre legedistrikter: Bratsberg landfysikat, Nedre Telemarken Kirurgikat og Øvre Telemarken Kirurgikat.<sup>63</sup> Ved kongelig resolusjon av 21.1.1836 innførte man betegnelsen legedistrikter, og i Telemark ble Kragerø opprettet som nytt legedistrikt sammen med de tre tidligere Bratsberg Landfysikat, Nedre Telemarken og Øvre Telemarken legedistrikter. Den første distriktslegen i Kragerø var Christian H. Homann den eldre (1782-1860). I 1848 ble Øvre Telemarken legedistrikt delt i to – Øvre Telemarken vestenfjeldske og Øvre Telemarken øst-fjeldske.

I 1856 var det fem leger i Bratsberg Landfysikatet – tre i Skien, en i Porsgrunn og en i Brevik. I Kragerø legedistrikt var det 3 leger – alle i Kra-

<sup>61</sup> Utheim J. 1901 s. 2.

<sup>62</sup> Utheim J. 1901 s. 3-5.

<sup>63</sup> Esmarch L. 1901 s. 36.



*I Telemark var det sju legedistrikter fra 1863 til århundreskiftet. Skien og Kragerø var de to ytre distriktene, der alle byene og de to ladestedene lå. De indre distriktene var to vestlige - Kviteseid og Lårdal - og tre østlige - Hollen, Sauland og Tinn. (Storesund 1996)*



*Doktor Andreas Bakke (1813-1906) var distriktslege i det store Lårdal legedistrikt. Han var født i Vest-Telemark og drev en mønstergård på Triset i Lårdal. Der dyrket han frukt og grønnsaker, som han prøvde å få bondebefolkningen til å ta inn i datidens svært ensidige kosthold på bygdene. Det gikk mange historier om farlige episoder han kom ut for, når han skulle på sykebesøk til avsidesliggende steder vinterstid. (O.T. Bakken Lårdalsoga. Skien 1978)*

gerø by. I Nedre Telemarken holdt distriktslege Hans C.M. Hoff (1814-79) til på Ulefoss. Distriktslege Andreas Bakke (1813-1906) i Lårdal var eneste lege i Øvre Telemarken vestenfjeldste, og i Øvre Telemarken østfjeldske var det to leger – distriktslege Hans A. Krabbe (1803-70) i Seljord og kommunelege Berbom i Tinn. Tinn ble eget legedistrikt i 1857 med John O. Andersen (1824-93) som første distriktslege.

I 1863 kom så en ny inndeling i de sju legedistriktene som ble stående til etter 1900 (se tabell 3, avsnitt 4.4).