

9 Bestemmelse av diagnostisert akutt sykkelighet

9.1 Generaliseringsproblem. Valg av område.

Et studium av helseutviklingen på lokalt nivå gir muligheter for innsikt i forhold som vanskeligere kommer fram av summariske data på amtsnivå eller nasjonalt nivå. Kunnskap om forhold i et lokalsamfunn gjør det mulig å se helseforholdene i lys av slike lokale kilder og derved trekke sammenligninger mellom distriktene. Men samtidig oppstår generaliseringsproblem knyttet til hvorvidt resultatene også gjelder mer generelt for landet som helhet. Det er derfor av betydning at den geografiske enheten som velges både framviser klare interne ulikheter mellom distriktene og samtidig representerer sentrale utviklingsstrekk i det norske samfunnet i perioden.

De store samfunnsendringene i Norge i siste del av 1800-tallet kommer klart til uttrykk i Telemark, der det var store forskjeller i utviklingen i de ulike distriktene innen amtet nettopp i denne perioden. Som nevnt tidligere skilte den positive økonomiske utviklingen i Skien- Porsgrunnsdistriktet seg klart fra nedgangstidene i nabodistriktet Kragerø rundt 1890. De indre distriktene hadde et tilnærmet stabilt folketall, men utflyttingen var betydelig, særlig til industriområdene ved kysten. En ulempe med avgrensning til ett amt er mangelen på oversikt over påvirkning fra nabodistriktene, f.eks. sykdomsimport til Telemark, særlig fra Arendal og Kongsberg. Opplysninger om dette er likevel ofte nedfelt i legenes rapporter.

9.2 Problemer med lave registrerte tall og gruppering av sykdomstyper

Det laveste geografiske nivået som medisinalberetningene oppgir sykkelighetstall for, er legedistriktene. Sykkelighetstall på dette nivået er lave dels selvsagt på grunn av legedistriktenes begrensede geografiske utstrekning og derved tilsvarende lave folketall, men også fordi tallene er fordelt på mange ulike sykdomskategorier i rapportene. For å redusere det metodiske problemet som oppstår med lave tall, er en utvei å summere i større sykdomsgrupper. Sykdommer og dødsårsaker har i andre undersøkelser vært gruppert etter spredningsmåte for å få fram risikofaktorer knyttet til miljø og levemåte.⁸⁵ På tilsvarende måte er det i denne undersøkelsen av forholdene

⁸⁵ Nilsson 1994 avsn. 2.6 og 5.1.

i Telemark foretatt en gruppering av de akutte infeksjonssykdommene eller de såkalte epidemiske sykdommene i to hovedgrupper – akutte luftveisinfeksjoner og akutte tarminfeksjoner, slik:

Akutte tarminfeksjoner:	Akutte luftveisinfeksjoner:
Tyfoidfeber (nervefeber) Diaré, cholera nostras Dysenteri	Akutt katarr i luftveiene, bronkit Katarrkalsk og follikulær angina Influenza Lungebetennelse Pleuritt

For å se på hyppighet av sykdommer av typisk epidemisk natur i sentrale og perifere regioner i Telemark er kikhoste, meslinger og skarlagensfeber studert for seg.

9.3 Beregning av diagnostisert sykkelighet og summarisk dødelighet

For å kunne beregne diagnostisert sykkelighet og dødelighet for et enkelt år eller en periode trengs tall for folkemengder dette året eller perioden for hvert legedistrikt. De eksakte tallene for middelfolkemengder i hvert legedistrikt for hvert år fra 1870 til 1900 er ikke kjent direkte. En eksakt beregning av disse krever kjennskap til antall fødte, døde, innflyttede og utflyttede for hvert år. Dette er et tidkrevende arbeid, og opplysninger om antall inn- og utflyttede er trolig usikre på grunn av underregistrering i kirkebøkene.⁸⁶ Det er derfor her benyttet en enklere interpolasjonsmetode for å beregne folkemengdene i legedistriktene. Usikkerheten i datamaterialet over antall syke tilsier også at unøyaktigheten i beregningene av folkemengdene heller ikke er avgjørende

På grunnlag av oppgavene over tilstedeværende folkemengder fra folketellingene i 1865, 1875, 1891 og 1900 er årlige middelfolkemengder per 1. juli beregnet ved interpolasjon. Den enkleste måten er å interpolere lineært mellom to og to folketellingsår. I en graf vil dette si at man legger rette linjer mellom hvert folketellingsår, slik at grafen vil få knekkpunkter disse årene. Selv om feilen neppe blir problematisk stor ved en slik metode, er det klart at en slik graf ikke samsvarer med virkeligheten. Derfor er det istedenfor benyttet Newton polynominal interpolasjon⁸⁷ basert på verdiene fra folketellingene 1865, 1875, 1891 og 1900 (se tabell 3, avsnitt 4.4).

⁸⁶ Myhre 1978 s. 112 ang. flytting i Aker pr.gjeld.

⁸⁷ Mathews 1987 s. 186.

Dette gir et grafisk bilde med grafer uten knekkpunkter.⁸⁸ Tallene refererer seg til tilstedeværende folkemengder – ikke hjemmehørende, og er beregnet slik at de viser tallene ved midten av kalenderåret.

På dette grunnlaget er det så beregnet 5-års middelværddier for folke- mengdene i 5-årsperioder 1871-75, 1876-80, osv.

Ved hjelp av de årlige data over antall syke hentet fra medisinalberet- ningene er antall syke per 1000 innbyggere for hver av de sju legedistrik- tene i Telemark beregnet for perioden fra 1871 til 1900. Ved hjelp av 5-års- midler for ulike sykdomsgrupper er det mulig å danne seg et mer helhetlig bilde av hovedtrekkene i helseutviklingen over tid i hvert distrikt. Grafiske framstillinger av årsvariasjoner for enkelte sentrale sykdommer vil kunne utfylle dette.

Summarisk dødelighet er beregnet på tilsvarende måte på basis av pres- tenes årsoppgaver. Disse oppgavene inneholder flere usikkerheter som lig- ger i kirkebøkens data. Således inneholder prestelistene en del begravede som var døde i året før. Dessuten er det ført opp en del personer som er døde under tilfeldig gjennomreise og altså egentlig hører hjemme andre ste- der. På samme måte vil en del personer hjemmehørende i distriktet ikke bli ført opp dersom de er døde andre steder i Norge eller i utlandet, noe som ikke minst er tilfelle i kystdistriktene, der mange sjøfolk var hjemme- hørende.

Dødelighet og sykkelighet gir forskjellige uttrykk for helseforholdene i en befolkning. Mange av de dagligdagse sykdommene man ikke dør av, kan være vel så viktige i folks tilværelse i mange sammenhenger. Denne sykelig- heten har derfor stor interesse. Statistikken over diagnostisert sykkelighet på 1800-tallet har vært regnet som en problematisk historisk kilde. Bruk av data for å studere hovedtrekkene i utviklingen av akutt sykkelighet etter 1870 reiser en rekke vanskelige spørsmål om kvaliteten ved datidens regis- treringspraksis. Et sentralt problem er at data for sykkelighet i medisinal- beretningene er vanskelig å sammenholde med andre uavhengige kilder. En rekke forhold, som usikkerhet i diagnostiseringen, variasjoner i syk- domsoppfatning, i legenes rapporteringspraksis, i befolkningens tendens til å søke lege for ulike sykdommer som ofte ble betraktet som «normale» og annet, skaper tolkningsproblemer. Disse er redegjort for og diskutert i ar- tikkelen 1 (jfr. hovedavsnitt 11). Det er regnet med at bruken av standardi- serte trykte sykkelighetslister som kom i bruk fra 1868, gjorde at legenes rap- porteringer ble mer sammenlignbare. Materialet fra Telemark viser likevel at flere leger fortsatte sin tidligere praksis med håndskrevne lister et godt

⁸⁸ Storesund 1996 s. 150.

stykke utover i 1870-årene. Tross disse problem og innvendinger er denne kilden likevel kanskje den eneste som gir en noenlunde rimelig oppfatning av sykelighet i eldre tider, særlig etter 1870, i tillegg til dødelighetstallene. Ved å studere disse forholdene på lokalt nivå kan usikkerhetene ved det kvantitative materialet utfylles med distriktslegenes skriftlige kommentarer.

Dødsårsakstatistikken i Norge på 1800-tallet er svært mangelfull.⁸⁹ De norske distriktslegenes årlige dødsårsakslistene inneholder som regel en lav prosent av det totale antall dødsfall, og dette materialet har derfor ikke vært inngående studert. Men unntak finnes. I Kragerø legedistrikt er dødsårsaksregistreringene tilnærmet fullstendige i 1870-årene. Det er derfor i dette distriktet mulig å se på forskjeller i dødsårsakene mellom Kragerø by og Kragerø landdistrikt (Skåtø, Sannidal, Drangedal). Dette vil kunne kaste lys over dødsårsaksforskjeller mellom by og land og er benyttet i artikkel 2. En sammenligning med et av de indre distriktene, f.eks. Tinn, ville hatt stor interesse, men registreringen er dessverre ikke like god her. Gruppering av de ca. 90 dødsårsakene på de standardiserte dødsårsakslistene er nødvendig, slik det er gjort på tilsvarende måte som for svensk materiale av denne type.⁹⁰

⁸⁹ Backer 1961.

⁹⁰ Edvinsson 1992, Nilsson 1994.