

# 12. Sammendrag og diskusjon

## 12.1 Akutt sykkelighet og risikofaktorer

Studier av insidens og mortalitet for akutte infeksjonssykdommer i perioden 1868 til 1900 viser at disse sykdommene samlet økte fram til ca 1890 for deretter å synke, mens letaliteten gikk ned gjennom hele perioden. Dette er studier på amtsnivå (Kristiania, Smålenene og Finmark), og det er vist klare forskjeller mellom urbane og rurale distrikter.<sup>93</sup> Dette gjelder for epidemiske sykdommer samlet og for akutte diaréer, tyfoidfieber og difteri spesielt. På dette grunnlag framkommer en geografisk fordeling som tyder på forekomsten av smittsomme sykdommer var størst i områder med stor demografisk ustabilitet og økende urbanisering.<sup>94</sup> Den foreliggende analysen av tilsvarende forhold i Telemark er i samsvar med dette synet. Det dokumenteres her at økt tilflytning og gjennomgangstrafikk i et distrikt befordret økt forekomst av akutte tarminfeksjoner og luftveisinfeksjoner, som utgjør ca. tre fjerdedeler av de epidemiske sykdommene hele perioden sett under ett. Analysen er gjort på legedistriktnivå ved å sammenligne forholdene i Skien og Kragerø legedistrikter, der samfunnsutviklingen hadde motsatt fortegn i disse årene.

Slutninger basert på diagnostisert sykkelighet på amtsnivå må gjøres med nødvendige forbehold om den usikkerheten som ligger i variabel registreringspraksis i de distriktslegenes årlige medisinalberetninger fra denne perioden. Det er grunn til å anta at disse metodiske problemene i mindre grad er utslagsgivende i en sammenligning av forholdene i Skien og Kragerø legedistrikter, fordi disse nabadistriktene begge kan antas å ha hatt godt utviklede legetjenester etter datidens norm, og de geografiske og kommunikasjonsmessige forholdene var også noenlunde likeverdige.

Det er selvsagt all grunn til å anta at årsaksbildet for helsetilstanden er mer sammensatt enn dette, selv om undersøkelsen av forholdene i Telemark ikke gir grunnlag for å si noe sikkert om betydningen av andre risikofaktors innvirkning. I diskusjonen rundt nedgangen i dødeligheten på 1800-tallet har en rekke årsaksfaktorer vært trukket inn.<sup>95</sup> Fra å søke etter en sentral årsak ved å sette enkeltfaktorer opp mot hverandre som konkurrerende forklaringer, har det etter hvert utviklet seg et syn at nedgangen i dødeligheten trolig skyldes samvirkning av flere komplementære årsaker,

<sup>93</sup> Larsen 1996.

<sup>94</sup> Larsen 2000 s. xii og xx.

<sup>95</sup> Hodne 1986 s. 76-107.

som utfyller hverandre og som virker med ulik styrke til forskjellig tid. Mens ernæringen kanskje var viktigst i første del av 1800-tallet, kan bedring i det forebyggende helsearbeidet i vid betydning trolig ha spilt en viktig rolle etter 1860, særlig når det gjelder de epidemiske infeksjonssykdommenes tilbakegang.

Et minst like sammensatt bilde av årsaksforhold har rimeligvis påvirket sykelighet av de akutte infeksjonssykdommene. Det er grunn til å tro at de tilgrunnliggende årsakskompleksene varierer mellom de ulike sykdomsgruppene, for eksempel mellom sykdommer med epidemisk opptreden i forhold til sykdommer av mer endemisk karakter. Bare for noen få sykdommer er dette inngående studert, slik som for tuberkulose i Sverige.<sup>96</sup>

En rekke risikofaktorer kan antas å spille inn:

- endringer i mikroorganismenes virulens,
- immunologiske forandringer,
- bedre ernæring,
- sanitære reformer (drikkevann, kloakk, avfall)
- bedre personlig hygiene og renhold
- medisinske framsteg (ny kunnskap og terapi),
- offentlig forebyggende helsestell.

Bak det hele ligger generell samfunnsutvikling og økonomi – offentlig og privat, opplysningsnivå og holdninger.

Diskusjonene om hvilke effekter miljøfaktorene hadde på sykeligheten vanskeliggjøres av at vi ikke vet sikkert betydningen av forandringer i mikroorganismenes virulens og befolkningens immunologiske reaksjoner. Virulensforandringer er brukt som forklaring på at letaliteten for skarlagensfeber avtok gjennom siste del av 1800-tallet. Også de omfattende epidemiene av difteri og influensa fra midten av 1880-årene til midten av 1890-årene kan antas å ha biologiske forklaringer.

Selv om dårlig hygiene, ensidig og mangelfull ernæring og trangboddhet sikkert med rette er blitt framholdt som risikofaktorer for forekomst av akutte infeksjonssykdommer, var det de større byene som ble hardest rammet.<sup>97</sup> Studiene av årsrapporter fra distriktslegene i forskjellige distrikter i Telemark på samme tid, gir et klart inntrykk av at disse forholdene sto på lavest nivå i landdistriktene (artikkel 2), der altså den diagnostiserte sykeligheten var lavest. At legenes ofte inntok embetsmennesenes fordømmende holdning av særlig bondebefolkningens livsform,<sup>98</sup> gir neppe grunn til å avvise at

<sup>96</sup> Puranen 1984.

<sup>97</sup> Schiøtz 2003 s. 71.

<sup>98</sup> Schiøtz 2003 s. 81.

de på grunnlag av faktiske beskrivelser av kosthold og annet hadde rett i at forholdene var bedre i de bynære distriktene. Likevel var den registrerte akutte sykkeligheten altså høyest der. Dette antyder at omfanget av smitteimporten var utslagsgivende årsaksfaktor for akutt sykkelighet fram til 1900. Folk i landdistriktene var i større grad beskyttet mot smitte på grunn av avstander.

## 12.2 Det lokale helsevesenets rolle

Spørsmålet om det lokale helsevesenets anstrengelser for å bedre folkehelsen før 1900 hadde noen effekt er vanskelig å påvise, fordi andre faktorer forandret seg samtidig. Effekten av hver enkelt av disse er derfor vanskelige å skille fra hverandre. Betydningen av det offentlige forebyggende helsestellet er vanskelig å se på grunnlag av medisinalberetningenes data for sykkelighet. Det er derfor nødvendig å bruke andre kilder for å kartlegge dette. Opplysninger fra sunnhetskommisjonsprotokollene er en viktig kilde til kunnskap om dette arbeidet i tiårene etter 1860. De fire siste artiklene i den foreliggende avhandlingen tar sikte på å gi et generelt bilde av det forebyggende helsearbeidet i byer og herreder i Telemark i perioden. Videre har det vært hensikten å si noe om noen utvalgte områder innen smittevernet og det miljøhygieniske arbeidet, som var de to hovedområdene som sunnhetsloven omfattet.

Den sammenlignende studien av Skien by og ladestedet Langesund (artikkel 3) dokumenterer detaljert at de sanitære problemene var totalt dominerende. På tross av jevnlig kontroll og at de lokale myndigheter i Skien etter hvert i økende grad ble trukket inn i dette arbeidet, framgår det at renovasjonen i byen ikke fikk den tilsiktede framgang. At forekomsten av akutte tarminfeksjoner i dette området var høyest i Telemark og heller ikke avtok i perioden, antyder at sunnhetskommisjonens arbeid på dette feltet ikke hadde avgjørende positiv effekt før 1900. Etter de bakteriologiske oppdagelsene på slutten av 1800-tallet er det tenkbart at erkjennelsen av at sykdommer utbredtes ved smitte førte til en mer velfundert holdning til forebyggende tiltak også fra myndighetenes side. Det er videre klart at helse og sykdomsforebygging i denne perioden i økende grad ble ansett for å være et offentlig anliggende.<sup>99</sup> Sunnhetskommisjonenes arbeid for bedre renovasjon og avfallbehandling i byene i Telemark illustrerer dette. Dette omfattende arbeidet må klart ha satt fokus på nødvendigheten av myndighetenes medvirkning, dersom disse oppgavene skulle kunne løses effektivt.

Imidlertid er det grunn til å tro at urbanisering og sosiale forskjeller i byene på denne tiden i seg selv ville ført til større offentlig ansvar for folkehelsen. Således var utbyggingen av vannverkene i telemarksbyene i 1860- og

<sup>99</sup> Schiøtz 2003 s. 58.

1870-årene nødvendig både for å skaffe den økende befolkningen tilstrekkelig vannforsyning, og vannverkene ble også bygd for å stå bedre rustet i tilfelle bybranner. Likevel fikk trolig ideen om smitte fra person til person de øvre klassene i samfunnet til å innse at den enkeltes helse var avhengig av helsen i befolkningen som helhet. Uansett grunn så ble det økende forståelse for at sanitære tiltak var nødvendige. På tross av store kostnader for eksempel til utbygging av kloakksystemene, ble tiltak av denne type akseptert, fordi de ble antatt å kunne redusere sykkelighet og dødelighet.

Undersøkelsen av sunnhetskommisjonenes aktivitet i de fem herredene i Telemark (artikkel 4) bekrefter det almenne inntrykket at resultatene generelt var lite konkrete utenom byene. Distriktlegenes informasjon til herredstyreprerentantene ble gjennomført noen få ganger per år, slik tanken var da sunnhetsloven ble vedtatt. Konkrete smitteverntiltak ble i liten grad behandlet med noen få unntak. Miljøhygieniske tiltak var i stor grad fraværende inntil ca. 1890, og der de da fantes, var de helst knyttet til de voksende industritettstedene i de ytre distriktene. Eksemplet fra Bamble herred, der sunnhetskommisjonen var et mindre antall valgte representanter, gir grunn til å anta at det vanlige systemet med hele herredstyret som sunnhetskommisjon kan ha vært uheldig for et effektivt helsearbeid i herredene. At forebyggende helsearbeid i offentlig regi ikke bare skjedde i større byer, er også vist i andre land. I USA var slikt helsearbeid som regel ikke særlig effektivt i rene landdistrikter, men derimot i områder med større eller mindre bydannelse. Sanitære forbedringer foregikk tilnærmet bare i slike urbane distrikter, der administrasjonen var mer effektiv.<sup>100</sup>

Distriktslegenes forsøk på å utbre kunnskaper om alminnelig sunnhetspleie gjennom herredstyremøtene i landdistriktene var lite effektive på grunn av befolkningens likegyldighet, kollisjon mellom forskjellige kultursyn, blant annet synet på renslighet, kosthold og annet.<sup>101</sup> Så også i Telemark. Men legene hadde også muligheter til å påvirke befolkningen samtidig med sin kurative virksomhet og gjennom kontakten med befolkningen ellers. Slett ikke alle leger ble sett på med mistro. Gjennom sine lange og strabasiøse reiser på sykebesøk til avsidesliggende plasser og sine ofte mangeårige praksiser i samme kommune ble mange leger både respektert og avhold av folk flest. Meddelelser om at bygdefolk i økende grad søkte legehjelp ble det også flere av framover mot århundreskiftet. Det er ikke usannsynlig at legenes direkte kontakt med befolkningen kanskje hadde større påvirkningskraft enn deres foredrag under herredstyremøtene. For-

<sup>100</sup> Preston og Haines 1991 s. 25.

<sup>101</sup> Schiøtz 2003 s. 79ff.

<sup>102</sup> Schiøtz 2003 s. 95.

andringer av tradisjonelle holdninger i bondebefolkningen i Telemark tok lengst tid, men etter hvert som kommunikasjonsmidlene ble bygd ut og kontakten med byene økte, vant også mer moderne holdninger til hygiene innpass. «Innvandring» av ideer i lokalsamfunnene fikk likevel først for alvor betydning etter 1900.<sup>102</sup> Ifølge meddelelser fra legehold i Telemark hadde også sunnhetslitteratur, spesielt Sebastian Kneipps «Mit Testament», som ble spredt i befolkningen på slutten av 1800-tallet, positiv effekt på folks renslighetsoppfatning og bruk av vann til kroppsvask.

Smittevernet var et av sunnhetslovens to hovedpunkter, og loven hadde relativt detaljerte bestemmelser om meldeplikt og tiltak under epidemier. Distriktlegenes årlige medisinalberetninger dokumenterer at legene i Telemark brukte mye tid og omtanke på isolasjon av syke, begrensning av skolegang og andre sosiale aktiviteter, samt desinfeksjon av gjenstander og rom etter sykdom.<sup>103</sup> Med vår tids kunnskap kan man konkludere at disse tiltakene alene ikke kunne ha vesentlig begrensende effekt under de store epidemiske utbruddene på 1800-tallet, unntatt ved spesielle sykdommer. Et slikt unntak er kopper, der mange års vaksinasjon i Norge hadde opparbeidet befolkningens immunitet. Studien av 1868-epidemien i Telemark (artikkel 5) viser likevel at vaksinasjonsdekningen varierte distriktene i mellom, og under disse forholdene var den enkelte leges iverksettelse av isolasjon og revaksinasjon av betydning for avgrensning av sykdommens utbredelse. Tyfoidfieberens nedgang i siste del av 1800-tallet er ikke studert i detalj i Telemark, men det er grunn til å anta at de nye vannverkene sammen med legenes isolasjonstiltak av importerte enkelttilfeller forklarer hvorfor større utbrudd av denne sykdommen ble forhindret. Også studier i andre land konkluderer tilsvarende, således en studie av forholdene i Philadelphia etter 1870, som viser en sammenheng mellom folkehelseiltak og tyfoidfieber, kopper og barnediareer.<sup>104</sup>

En viktig årsak til sunnhetslovens styrke og derved dens evne til å bli stående i ca. 125 år var dens elastisitet.<sup>105</sup> Formuleringen i §3 om at sunnhetskommissjonen «skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse» kunne tilpasses til stadig nye miljøproblemer. Også i §11 om sunnhetskommissjonene i länddistriktene var det liknende formulering. På denne måten unngikk man at loven ble så kategorisk at det ikke var mulig å ta politiske og økonomiske hensyn. De detaljerte forholdene som er nevnt i §3 var preget av forholdene rundt 1860 sett fra en miasmatiske synsvinkel, men de var bare ment som eksempler. Lo-

<sup>103</sup> Storesund 1996 s. 158–61.

<sup>104</sup> Chondran et al. 1984.

<sup>105</sup> Schiøtz 2003 s. 48f.

vens elastisitet dokumenteres av de foreliggende studier fra Telemark. Det framgår her at sunnhetskommisjonen i Skien (artikkel 3) tok opp en rekke saker knyttet til nye bedrifter og industriforetak, som ikke var forutsatt i loven. Formuleringen i §3 om at «ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen» var likevel tvetydig og skapte tidlig tolkningsproblem (artikkel 6). De kommunale sunnhetsforskriftene, som etter hvert kom i noen av landkommunene, kunne også i betydelig grad tilpasses til ulike lokale forhold. Dette er særlig tydelig nettopp i Telemark, der forholdene var svært ulike i bondesamfunnene i øvre Telemark i forhold til de ytre kystdistriktene.

Sunnhetskommisjonene var lovbestemt gjennom sunnhetsloven, og loven gav det lokale helsevesenet etter 1860 et klart mandat. Denne tilknytningen var også grunnlaget for at sunnhetskommisjonene raskt fikk en betydelig autoritet i sine kommuner. Det var imidlertid en svakhet ved det å være så ensidig knyttet til en bestemt lov og forvaltningen av denne. Det førte til at sunnhetskommisjonenes vedtak på miljøsidene derved ikke benyttet andre lover, som også hadde klare miljøhygieniske målsetninger (artikkel 6). Slike sentrale lover var for eksempel naboloven av 1887, vannforurensningsloven av 1887, bygningsloven av 1896 og ellers eldre beslektede lover og spesielle tillegg.

Det lokale helsevesenets arbeid med industriforurensningen i Telemark i 1890-årene (artikkel 6) illustrerer en del sentrale forhold som gjorde det vanskelig å vinne gehør for folkehelseiltak etter sunnhetslovens §3. Dette er problematikk som vi i dag regner under miljørettet helsevern, og i disse første årene omfattet problemene særlig følgende forhold:

- manglende normer for nye og ukjente forurensningstyper,
- manglende dokumentasjon av negative helseeffekter av slik forurensning,
- uklare formuleringer i lovverket,
- sterke økonomiske og politiske interesser i samfunnet

Flere av disse forholdene skaper fortsatt problemer innen miljørettet helsevern i vår tid.

Denne undersøkelsen av sunnhetskommisjonenes arbeid i Telemark viser at det lokale helsevesenet i byene og i de mer sentrale herredene hadde en betydelig aktivitet og opptrådte med ikke liten autoritet på en rekke felter. Fram til 1900 var likevel effekten av de lokale smitteverntiltakene bare klart dokumenterbart for noen sykdomstyper (kopper og tyfoidfeber), og tilfredstillende løsninger av de store miljøhygieniske utfordringene var også bare i startfasen. Det er derfor grunn til å hevde at fruktene av dette forebyggende helsearbeidet, som startet med sunnhetsloven av 1860, først for alvor ble høstet utover på begynnelsen av 1900-tallet.