

Fra Sundhetskollegium til Sosialdepartement – sentralmyndighetenes kamp mot kolera

Michael 2009;6:284–92

Med Sunnhetskollegiet og dets etterfølgere ble landets helsevesen et stykke på vei institusjonalisert. Ekspertgrupper av leger med oppgave å gi staten råd om helsepolitikk var ikke noe nytt, men koleraepidemiene representerte i første halvdel av 1800-tallet en ny, akutt trussel som satte de sentrale helsemyndighetene og deres rådgivere på harde prøver. Var det rasjonalt å anbefale oppheving av de karantenene som hadde fungert så effektivt i pestens tid? Diskursen omkring koleraens epidemiologi og etiologi og om tiltakene mot epidemiene varte i over 30 år. Det interessante ligger ikke først og fremst i hvilke virkemidler som ble satt i verk, men i vitenskapeliggjøringen av feltet. På den måten bidro Medisinalkontoret til å utøve former for rasjonell innflytelse – og det beste legekunsten hadde å tilby i en før-bakteriologisk tid.

Sunnhetskollegiet fra 1809 kan forstås som et av de aller siste politiske uttrykkene for det opplyste eneveldet i Norge, eller *det opinionsstyrte eneveldet*, som historikeren Jens Arup Seip har kalt det.¹

Det er mulig at Sunnhetskollegiet først og fremst må forstås som en administrativ tilpasning til en utenrikspolitisk situasjon, og slik sett dreide det seg om en kriseløsning. Men Sunnhetskollegiet var i høyeste grad også arvegods. Det er et langt mer interessant aspekt. Ideen om kongelig oppnevnte ekspertpaneler med oppgave å skulle bistå sentralmyndighetene med å fatte begrunnete og fornuftige beslutninger innenfor feltet helse, representerer langt på vei en ny retning som blir tydeliggjort mot slutten av tidligmoderne tid.

Det var en periode der fenomener som sunnhetspoliti (opplysning paret med disiplinering) og koppevaksine (tanken om at mennesket kunne gjøres

1 Seip, Jens Arup, *Teorien om det opinionsstyrte enevelde*, Oslo 1958.

usårbar mot sykdom) utgjorde ulike sider av det samme: nye, vitenskapelig (eller proto-vitenskapelig) baserte holdninger til sunnhet, sykdom, helse og sykdomsforståelse. Når den franske sosialfilosofen Michel Foucault (1926 – 84) snakket om en avgjørende overgang innenfor medisin mellom *essensialisme* og det *analytiske*, var det deler av den samme prosessen han var inne på.²

Rasmus Frankenau (1767 – 1814), landfysikus i Arendal, ga uttrykk for optimisme overfor det som med et forslitt uttrykk kalles opplysningstiden. Innenfor naturvitenskapene, skrev Frankenau i 1801, hadde det i århundret før vært en så påfallende framgang at man snart kan «haabe lys Dag, hvor man før ravede i Mørke».³ Ved inngangen til 1800-tallet kan det pekes på tre vesentlige tenkemåter som alle til en viss grad pekte framover – og som i realiteten betydde temmelig nyskapende holdninger:

- sykdommer er noe som kan kureres,
- det er mulig å gjøre noe med forhold som skaper sykdom,
- ikke minst: staten har et ansvar for å hindre, forebygge og helbrede sykdom.

Sunnhetskollegiet representerte svar på alle disse utfordringene.

Sentralmyndigheter for helse: ressurser og prioriteringer

Den medisinske ekspertisen var, naturlig nok, tungt representert. Blant legene som tok plass i Sunnhetskollegiet var stabskirurg Magnus Andreas Thulstrup (1769 – 1844), som også senere spilte en vesentlig rolle i utformingen av statens helsepolitiske grep.⁴ Sunnhetskollegiets oppgaver var mangfoldige og nødvendige, men helsepolitikk var også et spørsmål om ressurser og prioriteringer i den unge norske staten. Kan vi snakke om et helsevesen ved opprettelsen av Sunnhetskollegiet, førte det i beste fall et omflakkende liv i det neste århundret: Fra Medisinalkontoret i Politidepartementet 1815-18, til Kirke departementet 1819-1845 og under Medisinalkontoret i Indredepartementet 1846-78. I 1858 fikk medisinaladministrasjonen en lege, Christian Thorvald Kierulf (1823 – 74), som toppsjef, og i 1875 bevilget Stortinget midler til en medisinaldirektørstilling. Fra 1878 ble medisinalsakene lagt inn under Justisdepartementet, for så fra 1913 en stund å falle til ro i *Departementet for Sosiale saker, Handel, Industri og Fiskeri*.⁵

2 Foucault, Michel, *Klinikkens fødsel*, København 2000 (opprinnelig utgitt 1963).

3 Frankenau, Rasmus, *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regjering*, København 1801.

4 *Kongelig resolusjon 27/6-1809*, Wessel Berg, F.A. (utg.), *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1815*, IV, Christiania 1845: 808-809.

5 Svaltestuen, Andres A., *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940*, i: Norsk Arkivforum Skriftserie 8, Knut Skistad (red.), Oslo 1988: 9-40; Schiøtz, Aina, Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800–1983, *Michael* 4, 2007:73–87.

Det kan se ut som om administrasjonen av helse ble oppfattet som en forholdsvis ubetydelig brikke i det norske byråkratiet gjennom hele 1800-tallet. Da Medisinalkontorets saksområder ble flyttet til Indredepartementet, uttalte ekspedisjonssekretær Birch-Reichenwald: «*En Bureauchef og en Fuldmægtig er et forholdsvis stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger*». ⁶

Opphevelse av karantene: et rasjonelt tiltak?

Framfor å gå i dybden når det gjelder administrative endringer, vil jeg konsentrere meg om en todelt problemstilling: Hvilken betydning hadde de sentrale helsemyndighetenes samfunnsmessige grep for folkehelse og for sykdomsforståelse, og hvilke sammenhenger er det mulig å spore? Jeg vil bruke to lokale eksempler – Drammen og Kristiansand – og en sykdom – kolera – som trolig mer enn noen annen epidemi bidro til å endre statens praksis, lovgivningen og synet på myndighetenes rolle.

Midt i september 1832 ble en los i Drammen syk etter å ha ført et skip trygt fram til Svelvik. En lokal lege gjettet ganske raskt på kolera. Men etter losens død var en av de fremste medisinske autoritetene i 1830-årenes Norge, professor Frederik Holst (1791 – 1871), klar i sin dom: Mange års hard omgang med brennevin og at losen «*i en kjølig Aarstid, i de tidlige Morgentimer, roet i aaben Baad*» måtte være de direkte årsakene til dødsfallet. Noen dager etter uttalte *Det medicinske Facultet* i en betenkning til departementet, at det:

... hverken af Sygdommens Oprindelse, Symptomer og Gang, eller af det ved Syns- og Obductions-Forretningen Forefundne havde Grund til at antage bemeldte Lodsers Sygdom for den Indiske Cholera.⁷

To måneder ble Drammen like fullt offisielt erklært som kolerasmittet.⁸ Da var 31 mennesker anmeldt som syke, og 16 av dem allerede døde.

Norske sentrale helsemyndigheter hadde tatt trusselen om kolera alvorlig allerede fra sommeren 1831. I juni ble det opprettet en *Central-Commision* for kolera, der to av landets mest innflytelsesrike leger fikk plass: Frederik Holst og Sunnhetskommisjonens tidligere medlem Magnus Thulstrup. En voldsom aktivitet ble innledet. Bare i juni ble det gitt i alt 39 resolusjoner, sirkulærer, meddelelser og instruksjoner fra ulike myndigheter. Det innløp ukentlig meldinger om byer og havner som var regnet for smittet. Det mest omfattende enkelttiltaket var iverksettelsen av 10–14 dagers karantener, i

6 Schiøtz, Aina, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant, Det offentlige legevesen 1900-1984*, doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 1999: 45, 426. Sitatet er gjengitt i: Svalestuen 1988: 23.

7 *Eyr VIII*, 1833: 64.

8 *Høieste Resolution 23/10-1832*, gjengitt i *Eyr VIII*, 1833: 93. Jfr. *Eyr VIII*, 1833: 69.

enkelte tilfelle opptil 40 dager.⁹ Våren 1832 hadde 592 skip ligget i norske karantener i mer enn 12 000 døgn.

I april 1833 inntrådte et relativt dramatisk – og i våre øyne oppsiktsvekkende – skifte i norske myndigheters håndtering av kolera: Kong Carl Johan opphevet karantenen for Drammen og hele Akershus stift og reduserte tiltakene ellers i landet. Det gjorde han etter råd fra norske medisinske autoriteter, mer presist kolerakommisjonen og de to legene Holst og Thulstrup.¹⁰ De trakk følgende konklusjon:

*... mangfoldige Facta synes klarligen at vise, at Cholera skylder atmosfæriske eller telluriske Aarsager sin Oprindelse; og at den følgelig bør betragtes og behandles som en epidemisk Sygdom.*¹¹

Følgelig markerte de to legene seg som sin samtids klareste tilhengere av en miasmatiske forståelse. Kolera ble formidlet fra luften og fra jorden. Den var ikke smittsom. Skillet mellom smittsomme sykdommer og epidemier formidlet med miasma markerte det som skulle bli en vesentlig diskurs i norsk medisinsk offentlighet. Begivenhetene som fulgte viser hvordan sentrale helsemyndighetene grep inn i kampen mot kolera – med diskutabile virkemidler, men høy grad av rasjonalitet

Etter opphevelsen av karanteneiltakene skjøt antallet koleraofre i været. I 1833 døde 1 155 mennesker i området rundt Oslofjorden. Spredningen av epidemien ble langt mer omfattende i 1834, fra Fredrikstad i øst langs kysten så langt vest som Farsund. Men dødsfallene var færre: 741 mennesker bukket under.¹²

En diskurs knyttet til kolera

Den medisinhistoriske oppmerksomheten bør antakelig ikke først og fremst konsentreres til spørsmål om karanteneiltak eller ikke, men fokuseres på diskursen som kan knyttes til dem. Den var mangfoldig og varte i mer enn 30 år. Holst og Thulstrup hadde mer helsepolitisk makt enn de fleste og satt i posisjoner der de kunne gjøre sine syn gjeldende. De møtte hard motstand i den medisinske offentligheten. Samtidig var de villige til å prøve ut sine hypoteser og teorier mot empiri og fakta gjennom former for eksperimentell tilnærming til problemene de så. I debattene som ble ført i *Det Norske Medicinske Selskab* og andre fora, sto frontene skarpt mot hverandre. Norske leger sto splittet i synet på kolera, som europeiske leger gjorde det.

Carl Wilhelm Boeck (1808 – 75) hadde fulgt koleraens vandringer med navngitte personer på landsbygda ved Kongsberg i 1833, og var trolig den

9 Jfr. Moseng, Ole Georg, *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850*, Oslo 2003.

10 *Kongelig resolusjon av 13/4-1833*, gjengitt i *Eyr VIII*, 1833: 276-277.

11 *Eyr VIII*, 1833: 263.

12 *Eyr VIII*: 73; *Eyr IX*, 1934: 89; *Eyr X*, 1835: 72.

mest konsekvente tilhengeren av smitteteorier. Om utbruddene på Grønland i Kristiania i 1850, spisset han til resonnementene sine:

*Ligesaa lidt, som man paa Grønland finner ostindiske Planter, ligesaa lidt vilde man der finde ostindiske Sygdomme, naar de ei vare indført.*¹³

I 1847 hevdet Johan Hjort (1798 – 1873) med styrke i det *Det norske medicinske Selskab* at man hadde mange eksempler på at sykdommen førtes fra sted til sted med reisende, under den forrige epidemien. Christian Egeberg (1809 – 74) mente at slutningene stemte godt overens med hans egne erfaringer under epidemien i Kristiania i 1833. Der hadde det vært mulig å se hvordan «*Sygdommen udbredte sig ved Smitte fra Individ til Individ; men snart tabte imidlertid alle spor sig*». ¹⁴ I 1849 påpekte Timandus Løberg (1819 – 82) at han så seg tvunget til å markere uenighet med flertallet av leger som hadde skrevet om kolera. Han var kommet til den overbevisning at «*Cholera idetmindste i Bergen har viist sig som smitsom*». ¹⁵

Interessant nok hadde Frederik Holst selv allerede i 1833 forsøkt å etterprøve sine egne synspunkter gjennom å følge kolerautbrudd i fotsporene etter en bøddel på vandring mellom Drammen og Kristiania. Han observerte også med undring hvordan 18 av de ansatte ved byens lasaretter ble angrepet av kolera. Begge tilfeller var sterke indikasjoner på smittsomhet. Holst ser ut til å ha vært i tvil, men han avfeide tvilen. ¹⁶

Jeg vil framheve noen vesentlige utgangspunkter for historikerens behandling av de komplekse begivenhetene knyttet til koleraepidemiene rundt midten av 1800-tallet:

- pre-bakteriologiske smitteteorier og miasmateorier (som i utgangspunktet begge bygger på forestillinger om et ukjent, usynlig smittestoff) er svært gamle, stammer fra antikkens legekunst og skiller seg ikke vesentlig fra hverandre,
- da en god del europeiske leger pusset støv av miasmateoriene ved koleraens ankomst til Europa rundt 1830, representerte det knapt noen ny retning, og heller ingen merkbar renessanse for miasma som forklaringsmodell,
- koleraepidemiens typiske spredningsmønstre knyttet til avgrensede – ofte svært avgrensede – steder, skilte seg så pass tydelig fra andre kjente epidemier med mer klassisk interhumane smitteveier, at det synes rimelig at miasma ga forklaringskraft,

¹³ *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (NML), 2. rekke V, 1851: 165-178. Jfr. Knarberg-Hansen, Lizzie Irene, *Koleraen i Christiania i 1853*, doktoravhandling, Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, Oslo 1985: 47.

¹⁴ Moseng 2003: 299-305.

¹⁵ NML 1849, 3: 271-312 (særlig 294-300).

¹⁶ *Eyr* IX, 1834: 220-264.

- den til tider temmelig intense debatten som pågikk i mer enn 30 år mellom helsemyndigheter, medisinske ekspertgrupper og leger viser framfor noe hvordan viljen til å forstå koleraens epidemiologi og etiologi var styrende, og ikke minst hvordan vitenskapelige eller proto-vitenskapelige tenkemåter hadde gjennomsyret fagmiljøet.

Slik sett må miasmatiske funderte synsmåter oppfattes som uttrykk for rasjonell tilnærming, ikke tilbakevending til noe gammelt, og det er lite fruktbart å forstå tilhengerne av smitteteorier som noe i retning av fanebærere for bakteriologiske forståelsesmåter.

Tiltak i forhold til sykdommen, ikke varenes art

Det er liten tvil om at norske helsemyndigheter og toneangivende leger oppfattet miasmateoriene som fruktbare forbedringer av epidemiologisk forståelse. Like fullt var det rimelig godt dokumentert i samtiden at smitte ble ført med mennesker og skip. Det mest kjente eksempelet er fra Kristiansand. Der mente flere at koleraen hadde ankommet byen med dampbåten *Constitutionen* i august 1853. Den lokale legen Ernst Ferdinand Lochmann (1820 – 91), som var medlem av sunnhetskommisjonen i byen og tilhenger av smitteteorier, forsøkte å få Kirke- og undervisningsdepartementet til å innskrenke dampskipsforbindelsene under epidemien. Oppfordringen ble kontant avvist av departementet og *Medicinalkomiteen*, som uttalte:

... baade ansees Smitten utilstrækkelig til at fremkalde en Epidemie, og derhos har den bestemte Formening, at en saadan kan oppstaae og i Almindelighed oppstaaar uden Smitte.¹⁷

I fjor kom det ut en bok som omhandlet dette problemkomplekset innenfor en lokal ramme. I *Mennesker, makt og mikrober, epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880* spisset forfatteren May-Brith Ohman Nielsen til motsetningene mellom miasmatikere og smitteteoretikere og leverte en *grand theory* om lokal, erfaringsbasert innsikt som sto mot arrogant overmakt fra medisinalmyndighetene i hovedstaden. Ohman Niensens bok bærer preg av solid historikerhåndverk på det kildemessige planet, men konklusjonene hennes er høyst diskutabile – og egner seg derfor til å drøftes i denne sammenhengen.¹⁸

Kristiansand representerte karantenesystemene bedre enn noen annen by i Norden. I perioden 1797–1805 arbeidet dansk-norske myndigheter med å etablere Kristiansand som statens sentrale karantenehavn. I 1807 sto en lasarettbygning ferdig. Fra da av søkte skip fra store deler av Nord-Europa

17 Knarberg-Hansen 1985: 27, 48-49.

18 Ohman-Nielsen, May-Brith *Mennesker, makt og mikrober, epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880*, Bergen 2008. Jfr. Skeie, Jon og Moseng, Ole Georg, *Kristiansand havns historie* (under utgivelse), 2009.

seg til Kristiansand dersom skipet eller havnen de kom fra kunne mistenkes for å bringe med seg smittsomme sykdommer – for å ligge i karantene, gjennomgå rensingsprosedyrer for skip, last og mannskap og for å få utstedt *praktika*, et dokument som viste at fartøyet var fritt for smitte.

Plasseringen av anlegget på østsida av Odderøya sikret enkel tilgang til både forsyninger og vakthold. På den annen side ble den umiddelbare nærheten til byen oppfattet som truende. Det var ingen grunn til bekymring. Helsemyndighetene hadde plassert lasarettet høyere enn domkirkens spir og så fritt og luftig at de syke dunstene fra epidemienes ofre ville blåse langt forbi byen og ikke utgjøre smittefare for noen.

Det var et stort anlegg som ble påbegynt våren 1800. Lasarettet hadde plass til 250 pasienter. Dessuten ble det reist sju pakkhus til oppbevaring av «giftfengende og farlige» varer og det ble satt opp et vakthus.¹⁹ Dessuten var det snakk om «Parloiret», et lite skur der kommunikasjonen mellom karanteneskipenes offiserer og byens borgere foregikk. Gjenstander ble stukket gjennom den ene åpningen med lange tenger, utsatt for mineralsur røyk og deretter senket ned i eddik før de ble tatt opp igjen med tenger og ført ut gjennom luka på den andre siden.

Karantenestasjonen i Kristiansand ble systematisk bygget ned av norske sentrale helsemyndigheter fra 1833 av – til harde protester fra lokalt hold. I 1850 mente statsråd Ole Wilhelm Erichsen i Marinedepartementet at det var på høy tid å legge ned karantenestasjonen helt:

Det er saaledes klart, at Indretningen er bleven anlagt etter en langt større Maalestok, end Erfaring har viist at være nødvendig, selv under den hidtil gjældene Quarantaine-Lovgivning.²⁰

Ohman Nielsen hevder i sin bok at Kristiansand et stykke på vei fungerte som en spydspiss for moderne smitteforståelse og som et arnested for erfaringsbasert fornuft. Mot Kristiania-professorenes miasmateorier sto Kristiansand-borgernes årelange, praktiske erfaringer fra karantenestasjonen. Det er en problematisk konklusjon, blant annet fordi det så tydelig går fram at de tiltakene som ble satt i verk i Kristiansand så godt som utelukkende var fundert på miasmatiske forståelse.

En annen ting er at det må ha vært en god del mennesker som tidvis var engasjert i oppsynet med stasjonen, i rensingen og røykingen av varer og skip, eller som sto for driften av lasarettet. Lasarettet var et sykehusanlegg som når det gjaldt størrelse og sengeplasser var fullt på høyde med alt annet som fantes av behandlingsinstitusjoner i landet rundt 1820. Derfor vokste det fram servicetjenester rundt virksomheten, aktiviteter som til tider trolig kunne måle seg med det som foregikk i den vanlige havna. Karantenesta-

¹⁹ *Stortingsforhandlinger 1851*, 2, no. 13: 1–3.

²⁰ *Stortingsforhandlinger 1851*, 2, no. 13: 2.

sjonenes betydning for næringslivet i Kristiansand kan ha vært en medvirkende årsak til at byens borgere protesterte mot nedleggelsen. I *Christiansand Adressekontoirs Efterretninger* kunne byens borgere lese i august 1831:

At disse mange Skib foranlediger meget Livlighed i Havnen er en Selvfølge, ligesom mange Mennesker i Staden derved faar Arbeid og Fortieneste. Her hersker den ønskeligste Sundhed saavel i Staden som paa skipene. Og den største Orden og Forsigtighed iaktages. Quarrantainecommissionen er i bestandig Virksomhed, hvorfor man betrygges for at ingen Uforsigtig skal foranledige at Sygdommen vil indføres her.²¹

Kristiansands innbyggere kunne føle seg trygge, i tillit til karantenekommisjonen og til at karantenevirksomheten skulle fortsette å skaffe byen inntekter – uten at helse og sunnhet sto på spill.

Sett i ettertid er det ikke sikkert det var så galt å redusere omfanget av karantenetiltakene, gitt at de først og fremst skulle beskytte mot kolera. La oss til slutt kaste et blikk på det lovverket som medisinalmyndighetene satte i kraft i løpet av den perioden kolera representerte en aktuell trussel. I loven av 1805 ble kravet om full lossingskarantene, det vil si med liggetid for skip på inntil 40 dager, satt i kraft ut fra typen handelsvarer som ble ført med skipet, ikke sykdommens art. Til grunn lå endeløse lister med «giftfængende» eller «ikke-giftfængende» varer, altså en klar miasmatiske tilnærming.

Den nye karanteneloven som ble vedtatt i 1848, betydde langt fra at myndighetene skulle slutte å beskytte landet mot epidemier. Den betydde heller ikke at karantenesystemene ble oppgitt. Men de ble forenklet og redusert i omfang. Sett i forhold til den svært lange karantenetida og de omstendelige prosedyrene som var foreskrevet i forordningen fra 1805, ble karantenesystemene nå gitt en innretning som sto i forhold til sykdommene de var ment å bekjempe. I 1848 ble varelistene erstattet av et spørsmål om hvilken epidemi det var snakk om. De norske medisinalmyndighetene innførte altså en annen form for rasjonalitet – på tross av at det gikk på bekostning av karantenestasjonen.

Det beste legeviteenskapen hadde å tilby

Christian Kierulf presenterte i 1866 en offentlig omvendelse i synet på epidemiers smitteåte, et vitnesbyrd det er verdt å merke seg som uttrykk for den diskursive tilnærmingen som preget den norske debatten om kolera. I *Det norske medicinske Selskab* i Kristiania redegjorde Kierulf for sin egen vakling mellom ulike standpunkter. I studietiden hadde han blitt opplært i å «tillægge Smitten mindre Betydning». Da han siden kom til Fana under koleraepidemien i 1849, hadde erfaringene tvunget ham til å revurdere

²¹ Sitert etter Ohman Nielsen 2008, kapittel 4. Jf. Leewy, Karl, *Kristiansands bebyggelse og befolkning i eldre tider* 11, 1984: 92–93.

standpunktene. Tilbake i Christiania på 1850-tallet, under påvirkning av Holst og Kristiania-legene, vendte han tilbake til miasma som forståelsesramme. «*Det synes som om Opholdet i en større By [...] have udvidsket Indtrykket af, hva jeg under Epidemien i Bergen havde oplevet og nedskrevet*». Etter nye koleraangrep og nye rapporter fra leger over hele Europa, hadde han kommet til en avgjørende erkjennelse:

Som det har gaaet mig, er det visst gaaet Flere. [...] Jeg gjentager det: man har nu hos os opgivet Troen paa Choleras spontane Opstaaen, man anser en Import fra Sygdommens oprindelige Arnesteder for nødvendig, for at en Epidemi skal kunne udvikle sig hos os; [...].

Han sammenlignet sin og mange av sine kollegers nye erkjennelse med Harveys oppdagelse av at det var mulig å høre hjertet slå, en påstand som ble kontant avvist på den andre siden av Den engelske kanal. Og Kierulf gikk også langt i å slutte seg til sin fagfelle Ferdinand Lochmanns oppfatning av at smittestoffet bak kolera var et «*særpreget, mer fixt Stof, der ialfald udbreder sig ogsaa paa andre Maader end igjennem Luftens*».²²

I slutten av juni 1831 ble det pålagt alle landets amtmenn om å opprette lokale sunnhetskommisjoner. Kommisjonene fikk pålegg om øyeblikkelig å underrette Marindepartementet dersom antatt karantenepliktige fartøyer ankom, og dessuten i oppdrag å holde tilsyn med at forholdsregler ellers ble ivaretatt. Disse kommisjonene, som ble nedlagt etter at koleraepidemiene hadde gitt seg, kan på mange måter sees på som forløpere for de permanente sunnhetskommisjonene som ble hjemlet i den sunnhetsloven som i 1860 kom til å bety en milepæl innen det norske helsevesenet.²³ Det var frykten for koleraen som var bakgrunnen for at de oppsto, og det var de gjentatte utbruddene av kolera som viste at de kunne være nyttige redskaper på en mer permanent basis.

Slik bidro norske helsemyndigheter, i kjølvannet av den nye trusselen fra koleraen, til rasjonelle vurderinger av virkemidler – blant annet ved at karantenetiltakene ble fratatt den sentrale posisjonen de hadde i pestens tid – det vil si former for rasjonalitet som lå nær opp til det beste legevitenenskapen hadde å tilby i den pre-bakteriologiske perioden.

Ole Georg Moseng
o.g.moseng@medisin.uio.no
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo

²² NML 1866, 1005-1012.

²³ Jfr. Schiøtz, Aina, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo 2003: 25–50.