

Sunnhetsloven – mer enn en helselov

Michael; 7; 2010: Supplement 8: 11–49.

Lov av 16. mai 1860 om Sundhedscommissioner m.v. fant sin plass i lovverket som en respons på viktige samfunnsendringer som hadde gitt epidemiske sykdommer friere spillerom enn før. Selv om det hadde vært epidemier før også, var de dramatiske koleraepidemiene nye og reiste krav om tiltak. Sunnhetsloven gjenspeilte endringer i synet på folkesykdommene og deres årsaksforhold. Ikke minst hadde det skjedd en utvikling av holdningene til forholdet mellom den enkelte og det offentlige ansvar for individenes helse. Lovteksten av 1860 og dens forarbeider er blitt en slags tidsvitner til prosessen, til brytninger mellom ulike politiske holdninger, til motsetninger mellom by og land og til de nærmest tidløse diskusjoner om hvordan offentlige midler skulle anvendes. Ved at Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 ble vedtatt, ble det meste av sunnhetslovens virkeområde erstattet fra 1984. Sists rest ble avløst av Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5.8.1994, i kraft fra 1995. Gjennom de 134 år loven var i funksjon skjedde det store forandringer i samfunnet. Loven hørte derfor hjemme i en sosial kontekst som ikke lenger er den samme.

Hva er «Sundhedsloven»?

Den 16. mai 1860 ble det underskrevet et dokument på slottet i Stockholm:

«Vi Carl, af Guds Naade Konge til Norge og Sverige, de Gothers og Venders; Gjøre vitterlig: At Os er bleven forelagt det nu forsamlede ordentlige Storthings Beslutning af 28de April dette Aar saalydende:»

Så fulgte en lovtekst med tre kapitler, hvorav det første som inneholdt lovens paragrafer 1–13 het «*Om Sundhedscommisioner*». Annet kapittel med paragrafene 14–25 het «*Angaaende særegne Foranstaltninger imod epidemiske og*

smittsomme Sygdomme», mens tredje kapittel var «*Almindelige Bestemmelser*» med paragrafene 26–28. Disse omhandler forskrifter som kan utarbeides lokalt, og hvordan relasjonen var til annen lovgivning.

«*Thi have Vi antaget og bekræftet, ligesom Vi herved antage og bekræfte denne beslutning som Lov. Givet paa Stockholms Slot den 16de Mai 1860. Under Vor Haand og Rigets Segl. Carl.*»

Hva står det så i sunnhetsloven¹, dvs. denne *Lov av 16. mai 1860 om Sundhedscommissioner m.v.* som kong Carl 4.² godkjente og underskrev? Det er en lov som skulle regulere det offentlige helsearbeidet over hele landet, spesielt ved smittsomme sykdommer og andre akutte eller truende situasjoner.

Lovens første kapittel omhandler sunnhetskommisjonene, som det ifølge §1 og §2 skal være i kjøbsteder og i ladesteder som har formannskap. Dette må imidlertid sammenholdes med teksten i §8 som tar for seg landdistriktene.

Hensikten med å ha sunnhetskommisjoner er beskrevet i §3:

«*Commissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hva derpaa kan have Indflydelse, saasom: Reenlighed, skadeligt stillestaaende Vands Aftledning, Vandhuses, Urinsteders og Gjødelsbingers Indretning og Rensning, Oplæggelse af Gjødelse eller andre Gjenstande, som f. Ex. Been eller Klude, der kunde indvirke skadeligt paa Sundhedstilstanden, Drikkevandets Beskaffenhed, skadelige Næringsmidlers Forhandling, Boliger, som ved Mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Ureenlighed eller Overfyldning med Beboere have viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden. Sundhedscommissionen har fremdeles at paasee, at tilstrekkelig Luftvexling finder Sted i Huusrum, hvori et større Antal Mennesker stadigen eller jevnligens samles, som Kirker, Skole-, Rets- og Auctionslokaler, Theatre, Dandsehuse o.d., samt at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen. Indseende med Stedets Begravelsespladse hører ligeledes under Sundhedscommissionen.*»

§4 pålegger sunnhetskommisjonen plikt til å utarbeide lokale forskrifter og §5 handler om samarbeid med lokal politimyndighet. §6 ivaretar personvernet, idet det ikke uten samtykke kan fortas undersøkelser hos private

1 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 117–24.

2 Kong Carl 4. (i Sverige betegnet Carl 15.) (1826–1872) var konge i Norge fra 1859 til sin død.

uten at det foreligger vedtak om det i sunnhetskommisjonen. §7 handler om ankemuligheter.

I §8 står det at det i ethvert formannskapsdistrikt på landet skal være en sunnhetskommisjon med embetslegen eller eventuelt en annen oppnevnt lege som ordfører. For øvrig skal sunnhetskommisjonen bestå av hele kommunestyret eller et utvalg av representantene.

§9 omhandler en overgangsordning og §10 praktiske detaljer om avholdelse av møter.

§11 presiserer at virkeområdet for sunnhetskommisjonene på landet tilsvarer det som §§3 og 4 bestemmer for kjøpsteder og ladesteder.

§12 slår fast at rene driftsutgifter som kostnadene ved protokoller, skrivesaker, møtelokaler og bud skal dekkes av kommunen, mens statskassen skal utrede utgiftene vedrørende legen, dvs. diet mv., etter gjeldende regler, likeledes godtgjørelse for arbeidet, dersom det må engasjeres en annen lege enn embetslegen.

§13 dreier seg om straffereaksjoner overfor den som uteblir fra sunnhetskommisjonens møter.

Lovens annet kapittel tar for seg tiltak mot epidemiske og smittsomme sykdommer. Her slår den første paragrafen, §14, fast at det foreligger meldeplikt for smittsomme sykdommer:

«Naar nogen Huusbonde eller Huusfader inden sin Kreds bemærker, at en Sygdom udbreder sig til Flere og derhos vise sig at være af en ondartet Beskaffenhed, har han derom at gjøre Anmeldelse til Ordføreren i Stedets Sundhedscommission ...»

Paragrafens siste del pålegger den lege som mottar slik anmeldelse å ta affære, og i §15 får sunnhetskommisjonen samme pålegg.

§15 handler dessuten om penger. Medfører de nødvendige tiltak utgifter, må sunnhetskommisjonen søke om dette, og det er nærmere angitt hvordan. I prinsippet er det kommunen eller amtskommunen som må betale. I særlige tilfelle med behov for *«overordentlig Lægehjelp»* kan det imidlertid ytes statlige midler.

§§16–19 gir bestemmelser for slike særlig alvorlige situasjoner. Distriktet kan deles opp i avdelinger med hver sin oppsynsmann, ekstra legehjelp kan tilkalles og det kan opprettes midlertidige sykehus, eventuelt i rekvirerte lokaler, og embetslegen er forpliktet til å ha legetilsynet ved slike sykehus.

I §20 beskrives legens meldeplikter ved større epidemier.

§21 pålegger folk som har ondartede smittesykdommer å la seg behandle på sykehus, hvis ikke betryggende behandling kan skje på annen måte.

§22 gjelder hva pasientene skal betale for sykehusopphold og behandling. §23 sier at legen i slike situasjoner skal ha sin vanlige skyss- og dietgodtgjørelse, uten at det forhindrer at han kan ta honorar av de pasientene som evner å betale.

§§24 og 25 gjelder henholdsvis hva som skal skje med klær etc. i hus der det har vært smittsom sykdom, og spesielle hensyn ved gravlegging av de døde.

Tredje kapittel med «*Almindelige Bestemmelser*» truer i §26 med straffe-reaksjoner overfor dem som ikke følger vedtatte kommunale forskrifter.

§§27 og 28 er rent tekniske, idet de behandler relasjonen til tidligere karantenelovgivning og hva som skjer med forholdet til andre bestemmelser når denne lov trer i kraft 1. januar 1861.

I et historisk tilbakeblikk kan det ved første øyekast virke overraskende at denne kortfattede loven med sine 28 paragrafer skulle få så stor samfunnsmessig betydning og prinsipiell interesse. For å få et bedre innblikk i dette, må vi se nærmere på den historiske, sosiale og medisinske konteksten.

Vi må for det første se litt på hvordan forholdene var i Norge i første del av 1800-tallet da behovet for loven oppsto, og for det andre hvilke overveielser lovens fedre, dvs. lovkommissjonens medlemmer, gjorde seg under utarbeidelsen og hvilke synspunkter disse overveielsene møtte under den videre saksbehandlingen³.

Nytt Norge i en ny verden

Ved slutten av 1700-tallet var Norge fortsatt et gammeldags samfunn i forhold til de store land i Europa. En av grunnene til dette var åpenbar, ettersom det meste av både sentral forvaltning og kulturell virksomhet foregikk i København, slik danskene ønsket å ha det. Styreformen var eneveldig, riktignok slik at det ofte ble innhentet faglige råd når beslutninger skulle tas. Og embetsmenn implementerte beslutningene lokalt. Men for store deler av Norge var det lang vei til København på alle måter.

Urbanisering og industrialisering hadde kommet tidligere på det europeiske kontinentet og de britiske øyene enn i Norge. Betydelig sosial uro hadde blant annet vist seg i form av den franske revolusjon i 1789. Politiske hendinger av langtreckende viktighet, slik som opprettelsen av Amerikas forenede stater i 1776, vakte oppmerksomhet og ga støtet til nye tanker, også andre steder. Men Norge lå i utkanten av verden, og verre ble det da Napoleonskrigene brøt ut og medførte at Danmark-Norge kom

3 Forarbeidene er gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 51–116.

i krig med England og deres allierte svenskene fra 1807. Da oppsto en kulturell, politisk og etter hvert også fysisk tyngende isolasjon. Handelsveiene ble blokkert. Nødsårene 1807–1814 ble et faktum.

Atskillelsen fra Danmark gjorde forvaltningen komplisert. Som rådgivende organ i helsespørsmål hadde man i København fra 1740 et sunnhetskollegium, det såkalte *Collegium medicum*. Nå ble det nødvendig å opprette et lokalt slikt sunnhetskollegium i Norge. Det skjedde i 1809, og det var i funksjon til 1815. Fra 1815 var forholdene blitt annerledes. De administrative båndene til København var ikke der mer, styresettet i Norge var nytt og norsk helseforvaltning skjedde heretter på annen måte⁴.

Befolkningen i Norge besto i 1801 av 883 353 personer som bodde spredt utover hele landet. Byene var fortsatt små. Noen steder hadde man noe industri, især i form av sagbruk, men lengst sammenhengende tradisjoner hadde bergverkene, f. eks. på Kongsberg, på Modum, på Røros og på Løkken. Langs kysten var det en del sjøfart, men Norges vekst som sjøfartsnasjon kom først senere. Man levde stort sett av primærnæringene jordbruk og fiske, men trengte tilskudd av kornimport. Uår og materiell nød var befolkningen derfor sårbar for. Svart hav og sviktende avlinger kunne nokså direkte gå på helsen løs. Det er grunn til å tro at atskillige nordmenn simpelthen levde nær et eksistensminimum.

Helse – naturfenomen, omkostning eller samfunnsoppgave?

I motsetning til f. eks. for Sverige, der man hadde hatt en ganske god medisinalstatistikk helt fra 1749, har vi ikke så detaljerte opplysninger om helsetilstanden i Norge i det attende århundre, bortsett fra at vi vet at den var dårlig og at den var følsom for ytre påvirkninger. 1700-talls-dødeligheten viste store svingninger omkring et nivå på rundt 30 døde pr. tusen pr. år. Dette nivået var om lag tre ganger så høyt som to hundre år senere. Og mens dødstallene i vår tid er nokså stabile, var de langt fra stabile i det gamle samfunn, noe som ikke minst skyldtes dødsfallene blant de særlig sårbare, nemlig barna og især spedbarna, de under ett år. Det var vanlig at mellom ett av fire og ett av tre nyfødte barn døde i første leveår. Dette ble mer eller mindre bevisst kompensert ved at fødselstallene også var høye, noe som i sin tur vedlikeholdt den høye dødeligheten.

⁴ Se Schjønby HP. Hvordan begynte det hele? Etablering av sunnhetskollegium i 1809. *Michael* 2009; 6: 275–83. Se også Schjønby HP. *Sundbedscollegiet 1809–1815*. Oslo: Helsetilsynet, 2009. (Rapport fra Helsetilsynet 1/2009. Også på nett: www.helsetilsynet.no) Det er egentlig først med sunnhetskollegiet i 1809 at Norge får en egen, nasjonal helseforvaltning, dvs. sitt eget offentlige helsevesen, selv om sunnhetskollegiet ble erstattet av andre administrative organer i 1815.

Hva som forårsaket den høye dødeligheten og det som må ha vært en tilsvarende høy sykdomsforekomst, er noe uklart av flere grunner. En av dem er mangelfull registrering av sykdom, en annen at datidens sykdomsoppfatning var annerledes. Tidens medisinske teorier krevde andre betegnelser som ofte ikke lar seg oversette til vårt fagspråk, fordi tankene bakom var andre. Fordi behandlingsmulighetene dessuten var begrensede, hadde man i samtiden heller ikke så stort behov for slik diagnostikk som nyere tids medisinsk behandling bygger på.

Det vi imidlertid kan si med sikkerhet, er at infeksjoner dominerte, i form av de endemiske, allestedsnærværende smittsomme sykdommene i luftveier, mage-tarm-kanal, hud og slimhinner og alle steder mikroorganismer kunne slå til. Spedalskhet var f.eks. en vel etablert sykdom, selv om man foreløpig ikke visste så mye om hva som forårsaket den og om hvordan den spredte seg.

Innimellom kom det også epidemier av forskjellige typer smittsom sykdom, farsotter som herjet og forsvant igjen. Selv om den fryktede pesten nå var blitt historie, kunne f. eks. *nervefeber*, en sykdom som vi sannsynligvis vil anta var paratyfus eller salmonellainfeksjon, kreve mange liv. Til infeksjonene kom underernæring og ernæringssvikt i form av feilernæring, for eksempel *skjorbuk* på grunn av det vi i ettertid vet var C-vitaminmangel.

Norge hadde på slutten av 1700-tallet en helt spesiell sykdom, *radesyken*, som kanskje skyldtes en blanding av infeksjøs, ernæringsmessige og sosiale årsaker. Symptomene var mange og skremmende med sår, knutedannelser og leddsmerter. Vi vet ikke helt hvordan dette sykdomsbildet best kan beskrives i moderne medisinsk terminologi, men sykdommen har stor prinsipiell interesse, ikke minst fordi den satte holdningene overfor syke og sosialt underprivilegerte på prøve.⁵

I løpet av siste del av 1700-tallet hadde synet på sykdom begynt å endre seg ute i Europa. Både merkantilistisk tenkning og de åpenbare problemene

5 Se Lie AHK. *Radesykens tilblivelse – Historien om en sykdom*. Oslo; Det medisinske fakultet, 2008 (dr. avh.). Et hovedpoeng i avhandlingen er drøftingen av hvordan radesyken forholdt seg til samtidens sykdomsoppfatning. Lie har imidlertid en tabell over de hyppigste symptomene hos 100 radesykepasienter fra 1770-årene på s. 211. En vitenskapelig gjennomgåelse av radesyken, sett med samtidens øyne, finnes i den første doktorgradsavhandlingen fra Det kongelige Frederiks Universitet i Christiania i 1817: Holst F. *Morbus, quem Radesyge vocant, quinam sit, quanamque ratione e Scandinavia tollendus?* Christianiæ; Ex officina Lehmanniana, MDCCCXVII. Denne avhandlingen finnes oversatt av Stig Oppedal og utgitt og innledet av Anne Kveim Lie: Holst F. Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia? *Michael* 2005; 2: Supplement 2. Frederik Holst (1791–1871) ble en sentral skikkelse i norsk samfunnsmedisin og var professor i hygiene fra 1824.

som meldte seg i de voksende bysamfunnene, gjorde at man så på helse med nye øyne. En frisk og arbeidsfør befolkning, med andre ord med god helse, ble ansett som en ressurs på linje med mineraler i berggrunnen og fisk i havet. Dårlig helse var en omkostning som man kunne gjøre noe med, dersom man la forholdene til rette. Dessuten begynte kulturelt sett enkeltmenneskets egenverdi å komme tydeligere fram. Spesielt i Østerrike-Ungarn ble «*die medicinische Polizey*» utviklet, en helsepolitikk som skulle legge samfunnet til rette for best mulig helse. Menneskene og deres helse ble dermed mer synlige i politikken.

Men dette førte noe viktig med seg: Helse *ble* politikk. Individuell helse var ikke lenger et individuelt anliggende, slik det i stor grad hadde vært tidligere. Helse ble en verdi i samfunnet, mer enn før. Men helse ble da også en *verdi blant andre verdier*, blant annet gjenstand for utbytbarhet, et trekk som karakteriserer helsearbeid og helsedebatt den dag i dag⁶.

På 1700-tallet var den høye spedbarnsdødeligheten og den høye dødeligheten blant fødende kvinner, spesielt av barsel-feber, erkjent som et allment problem. Derfor var tiltak for spedbarn og fødende et viktig virkeområde for «*die medicinische Polizey*». Det gjaldt også i Norge, der vi fikk en lov om jordmødre allerede i 1810. Jordmoryrket var et nytt kvinneyrke, drevet fram av et politisk ønske om å gjøre noe med et vanskelig problem⁷. Det ble også en egen jordmorutdanning og egen omsorg for fødende, på samme måte som vi hadde egne institusjoner for visse sykdommer, som spedalskhet og radesyke⁸.

Det var imidlertid ikke enkelt å drive som jordmor og tilby en tjeneste som både kostet penger og som folk mente de ikke trengte. Noe av det samme gjaldt for legene, den andre yrkesgruppen av datidens helsepersonell. De ca. 100 legene som fantes i Norge rundt 1814, kunne egentlig gjøre lite med helsetilstanden til hver enkelt innbygger i det spredt befolkede landet.

Likevel var det et politisk ønske om å utvikle en nasjonal legestand av norske, ikke utenlandske leger. Legene var regnet for å tilhøre eliten i samfunnet, og i det nye Norge skulle eliten være norsk. Legeutdanning ble

6 Ikke minst ble helsens politiske karakter tydelig under den sosiale uro i Europa i 1848, da også sosialmedisinen som medisinsk interesseområde begynte å ta form. Det mest berømte navn her er patologen og samfunnsreformatoren Rudolf Virchow (1821–1902). Se for eksempel Andree Chr. *Rudolf Virchow. Vielseitigkeit, Genialität und Menschlichkeit: Ein Lesebuch*. Hildesheim: Olms, 2008.

7 Se Kjørheim K. *Mellom kloke koner og kvitkledd menn*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1987.

8 Se Børdahl P. At redde Mødres og Børns Liv. *Fortidsminneforeningens årbok 2000*, 115–36.

startet opp i Christiania allerede i 1814 ved Det kongelige Frederiks Universitet, grunnlagt i 1811, på tross av store vansker.⁹

Men det ble ikke lett å arbeide som lege når man lenge hadde lite å tilby av effektiv behandling. Dessuten befant man seg i et samfunn hvor folk både var vant til å finne seg i tingenes tilstand og til å greie seg selv og hvor tjenester man skulle betale for var vanskelige å benytte seg av, fordi det var lite penger blant folk.

Norge lå altså for seg selv i verden. Dette kan vi simpelthen avlese av dødelighetsstatistikken. Tallene var ufortrødent høye og svingende. Tross dette hadde samfunnet som sådant nesten ingen utgifter til helsestell. Vel hadde man ikke så mye å tilby, verken økonomisk eller faglig. Men fraværet av tiltak kan også tolkes som et uttrykk for en oppfatning om at sykdommer var et *naturfenomen* som man i liten grad mente man kunne influere på.

Året 1815 er ganske bemerkelsesverdig i norsk helsestatistikk. Da begynte nemlig dødeligheten å synke ganske markant. Svingningene ble også dempet i årene som fulgte. Hva hadde skjedd? Medisinske nyvinninger? Et nytt og velfungerende helsevesen? Ingen av delene. Det som hadde hendt, var at handelsblokaden var blitt hevet. Den alminnelige levestandarden hadde steget ganske forsiktig. Dette var bevis på to ting, nemlig at befolkningen jevnt over virkelig hadde hatt det ganske marginalt, og dessuten at selv en liten og begynnende bedring i levekår hadde en påtakelig helseeffekt.

Det vi ser når vi betrakter dødelighetskurvene for Norge og sammenlikner dem med andre land, er at vi har foran oss begynnelsen på den såkalte *demografiske transisjon*. Dette er en prosess som de fleste samfunn åpenbart gjennomgår på et eller annet tidspunkt i sin utvikling. Fra en tilstand med høy dødelighet og høyt fødselstall endres samfunnet til å få lave dødstall og lave fødselstall, men med en tidsforskyvning mellom fallet i dødstall og fallet i fødselstall, slik at det følger en markert befolkningsvekst en tid etter at prosessen har startet.

For Norge kom dødelighetsfallet ganske plutselig i forhold til i nærliggende land, men det hadde med blokaden og de meget vanskelige nød-sårene for store deler av befolkningen å gjøre¹⁰. Nødens grep hadde løsnet.

Nedgangen i fødselstallet kom for vårt land nokså mye senere. Den begynte for alvor rundt 1890. Da hadde allerede folketallet steget betraktelig. Tross høy emigrasjon, spesielt i siste halvdel av 1800-årene, var folketallet steget til 2 239 880 ved neste hundreårsskifte. Og urbaniseringen, især

9 Se Larsen Ø (ed.). *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.

10 Se Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986.

i form av tilflyttingen til hovedstadsområdet, hadde antatt store dimensjoner. Christianias om lag 50 000 innbyggere ved midten av århundret ble femdoblet i løpet av de kommende femti år.

Hvor var helse i dette bildet? Både befolkningsøkning og omflytting var bekymringsfullt for folkehelsen, det kunne alle se. Helsestatistikken for 1800-tallet viser en økende forekomst av smittsomme sykdommer, også på slutten av århundret da man hadde fått grep om hva de kom av. Noe av økningen skyldes nok bedre registrering av sykkeligheten, men bare en del. I hovedstaden var økningen lenge mer markant enn de fleste andre steder.¹¹ At det var mye fisk i havet utenfor vår kyst på 1800-tallet var bra for Norge, men fiskeriene forårsaket sesongeksplosjoner av smittsom sykdom i overbefolkede fiskevær. Veien inn i et nytt samfunn hadde sine *omkostninger* i form av helserisiko. Dette måtte det gjøres noe med. Helse var blitt en *samfunnsoppgave*¹².

Nye betingelser for sykdommene

Mens ernærings sykdommer er avhengige av tilgangen og kvaliteten på mat, er mønsteret litt annerledes for infeksjonene. Her er smitten, det vil si overføring av det sykdomsframkallende agens, avgjørende. Bortsett fra i de tilfellene mellomverter spiller en vesentlig rolle, som rotter ved pest og mygg ved malaria, betyr dette kontakt mellom mennesker, enten ved direkte kontakt eller ved smitteførende materiale som spres via varer, vann eller på annen måte¹³.

Så lenge en befolkning er stabil og har liten mobilitet, blir det grenser for hvor fort og omfattende smitte kan spre seg. Den sveitsisk-tyske

11 Se tabeller og diagrammer i Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change*. Oslo: Unipub forlag, 2000.

12 Det sentrale verk som omhandler offentlighetens forhold til norsk folkehelse, er tobindsverket som ble gitt ut i 2003 med historikeren Aina Schiøtz som hovedredaktør. Året 2003 markerte 400-årsjubileet for det offentlige helsevesen, dersom man regnet den kongelige ansettelse av legen Villads Nielsen (ca. 1564 – 1616) i 1603 som begynnelsen. Første bind: Moseng OG. *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003 behandler inngående hvordan det offentlige ansvar for befolkningens helse tar form, og også koleraen, karantenespørsmålet og de øvrige begivenheter som var bakgrunn for innføringen av Sunnhetsloven i 1860. I annet bind: Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003 omtaler første kapittel Sunnhetsloven og hvordan den tok form. I de videre kapitler kan man lese hvordan den kom til å bli normdannende for både norsk helseoppfatning og norsk helsevesen. Man kan også lese om hvordan det gikk til slutt – da loven ble avløst etter drøyt ett og et kvart århundre.

13 Temaet er drøftet i større detalj i: Larsen Ø. Epidemihåndtering når årsakene er uklare – noen historiske eksempler. *Michael* 2009; 6: 293–303.

historikeren og demografen Arthur E. Imhof studerte sykdomsspredning i Norden på 1700-tallet med dødeligheten som grunnlag. Han fant et tydelig mønster for hvordan dårlig ernæring slo ut ved uår i form av økte dødstall i hele regioner. Smittesykdommer spredte seg derimot litt annerledes, og kom til syne i statistikken i form av dødelighetsøkning langs handelsveiene¹⁴. Men det gikk langsomt. Transport av personer og varer gikk ikke så fort. Likedan var det med kontakten folk imellom. Dødelighetsbølgene kunne bruke flere år før de roet seg.

Imhof påviste også sosiale gradienter som i hovedsak gikk på hvorvidt man den gang i agrarsamfunnet eide sin egen gård eller ikke. De bofaste hadde jevnt over gunstigere dødelighet enn de mobile, som var arbeidsfolket som hyppig skiftet husbond, og de fattige og syke som var på legd rundt omkring. Når smittesykdommer slo til, ser det som om de mobile, lavere klasser hadde en fordel, tross sin høye dødelighet. Sannsynligvis hadde de overlevende av dem gjennom sin eksponering for smitte ervervet en grad av immunitet som de bofaste ikke hadde.

Det er således rimelig å betrakte forholdet mellom mennesker og rådende sykdommer på 1700-tallet og framover inn på 1800-tallet som et økologisk samspill mellom mennesker og livsbetingelser, især representert ved ernæring og smittestoffer¹⁵.

Smitte og mottiltak

Det sier seg selv at når infeksjonene er viktige, blir også *hygiene* viktig, hva man gjør for å unngå smitte. Hva man skulle gjøre, var fortsatt uklart. Det lå omfattende tankebygninger som fundament for datidens smitteoppfatninger, men de var knyttet til rådende vitenskapelig tankegang¹⁶. Til dette kom riktignok empirisk erfaringskunnskap. Den kunne være både virksom og nyttig, men passet ofte ikke inn i teoriene og kunne bidra til forvirring. Denne blandingen av teori og praksis kunne således av og til gi kunnskapene nyttige sprang framover, men kunne også føre galt av sted.

Teorien om de sykdomsoverførende dampene eller gassene, kalt *miasmer*, kunne føres tilbake til antikkens vitenskap. Empirien vedlikeholdt miasmelæren, fordi det var lett å observere at der folk bodde trangt, hadde det

14 Imhof AE, Lindskog BI. Les causes de mortalité en Suède et en Finlande entre 1749 et 1773. *Annales ESC* 1974; 29: 915–33.

15 Se nærmere behandling av dette temaet og litteraturfortegnelse i: Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin*. Oslo/Stuttgart: Universitetsforlaget/Gustav Fischer Verlag, 1975.

16 Se blant annet Knarberg Hansen LI. *Koleraen i Christiania i 1853*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1986 for en omtale av smitteteoriene.

skittent og kanskje led av oppkast og diaré, der luktet det vondt, der var det miasmer. Vasking og lufting hjalp, det kunne man også observere.

At noen steder var verre enn andre og at noen personer lettere ble syke enn andre, stemte overens med tanken om at en bestemt *konstitusjon* også bidro.

At det kunne foreligge et spesifikt smittestoff, et *contagion*, for eksempel slik som midden man kunne se i hudsårene ved den utbredte sykdommen skabb, var gammel kunnskap. Men foreløpig var man ikke kommet så langt at læren om mikroorganismene hadde slått gjennom. Den var bare en av flere teorier. Man tenkte simpelthen annerledes og prøvde å avdekke helsen hemmeligheter også på andre måter.

Dessuten var resultatene av sykdomsbehandlingen ofte lite hjelpsomme som erfaringsgrunnlag og som utgangspunkt for nye tanker om sykdomsårsaker og sykdomsprosesser. F. eks. lå den gamle greske humoralpatologien som et bakteppe i filosofi og vitenskap. Den riktige balansen mellom kroppsvæskene ble ansett som forutsetningen for helse. Ved sykdom som man oppfattet som ubalanse, måtte balanse gjenopprettes. I henhold til nyere medisinsk viten kunne slik behandling nok gi resultater i noen tilfelle, men oftest må datidens behandling, når den var basert på humoralpatologiens prinsipper, ansees som uvirksom eller til og med skadelig og farlig.¹⁷ Det som hjalp, hvis bedring eller helbredelse inntraff, var i de fleste tilfelle effekten av naturens selvhelbredende kraft, *vis medicatrix naturae*, og så kunne man tolke dette inn i den teoretiske ramme man ville.

Mens empirien hadde vært et godt grunnlag for kirurgi, sårbehandling m.v., var det også noen håndfaste, erfaringsbaserte holdepunkter for forebygging av enkelte smittsomme sykdommer. På slutten av 1700-tallet hadde man satt gammel viten i system: Den som hadde hatt *kopper*, syntes å være beskyttet for å få sykdommen igjen. Altså prøvde man *variolasjon*¹⁸,

17 Kvalme og oppkast var vanlige plager i eldre tid, da hygienen ofte var dårlig. Det var en urgammel oppfatning at dette kunne skyldes for mye *gul galle* i kroppen som man da kastet opp. Hvor mange syke som ble verre av å bli behandlet for dette med brekkmidler, vet vi ikke. Men brekkmiddelbehandling av oppkast var logisk i henhold til væskebalanseteorien. Overskuddet av gul galle måtte fjernes.

Hvor mange rødlette og varme feberpasienter som ble slappere og dårligere av årelating for å fjerne det blodet man antok de hadde for mye av, vet vi heller ikke.

Likeledes er det uklart hvor mange diarépasienter som døde av å bli behandlet med avføringsmidler. Men tiltak for å fjerne den åpenbart skadelige *sorte galle* var både logisk og ansett som god medisin.

Bruken av hostemidler for å fjerne overskudd av *slim* har imidlertid beholdt sin logikk.

18 Den meget aktive engelske ambassadørfriuen Lady Mary Wortley Montagu(e) (1689–1762) brakte denne skikken med seg hjem fra Tyrkia, lot sine egne barn bli variolisert og ga derved metoden status og utbredelse.

dvs. å smitte forsiktig med koppesmittestoff. Den infiserte ble da forutsetningsvis bare lett angrepet, en risikofylt antakelse, men ervervet beskyttelse mot senere smitte. Edward Jenners (1749–1823) oppdagelse i 1796 av at det forelå kryssimmunisering med kukopper, *vaccinia*, ga imidlertid støtet til innføring av koppevaksine med smittestoff fra kveg, og det var langt på vei ufarlig, sett i forhold til variolasjonen og i forhold til risikoen ved en koppepidemi.

Allmenn koppevaksinering førte imidlertid i begynnelsen til motstand de fleste steder dette ble tatt i bruk. Koppevaksinering ble innført i Norge i 1810. Koppeattest måtte forevises ved f. eks. inngåelse av ekteskap og andre milepæler i livet, så det sosiale presset for god vaksinasjonsdekning var stort. Og det hjalp. Dermed hadde man allerede på begynnelsen av 1800-tallet erfaringer for at strukturelle, forebyggende tiltak i samfunnet kunne være virksomme.

Hvis vi holder fast ved metaforen om en slags *økologisk balanse* mellom menneskene og smittestoffene, er denne avhengig av det *hygieniske nivå* man befinner seg på, hvilken hygieniske praksis som gjelder. Da vil man kunne anta at den balansen som innstiller seg i en stabil befolkningsgruppe på et relativt isolert sted, f. eks. på et gårdsbruk eller i en bygd, ikke nødvendigvis opprettholdes dersom deler av befolkningen flytter til et annet sted, eller dersom det plutselig kommer nye kontakter med utenverdenen. Da forrykkes balansen og sykdommene kan slå til. Hygienen på landet passer ikke i byen. Utedoen på gårdsbruket betydde neppe noen særlig fare under normale omstendigheter, men det kunne en tilsvarende innretning gjøre i Bjergfjerdings i Christiania. Det var nettopp det som skjedde på 1800-tallet¹⁹.

19 En god historisk innføring i denne perioden med særlig vekt på sosialhistorien finnes i Dyrvik S, Feldbæk O. *Mellom brødre 1780–1830*. (Aschehougs Norgeshistorie bind 7). Oslo: Aschehoug, 1996, og i Seip AL. *Nasjonen bygges 1830–1870*. (Aschehougs Norgeshistorie bind 8). Oslo: Aschehoug, 1997. For å forstå den økonomiske konteksten bedre vises til f. eks. Hodne F. *Norges økonomiske historie 1815–1970*. Oslo: J.W.E. Cappelen forlag, 1981, eventuelt til Hodne F, Grytten OH. *Norsk økonomi i det 19. århundre*. Bergen: Fagbokforlaget, 2000. Utviklingen av helseforholdene er beskrevet og dokumentert i Bore R. (red.) *På liv og død: Helsestatistikk i 150 år*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007. Se også www.ssb.no. Helseforvaltningens historie i den perioden vi her beskjeftiger oss med, er utførlig behandlet i Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering – En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009*. Oslo: Helsetilsynet, 2009. Se også de historiske kapitlene i Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark AT, Vellar OD. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.

Mobilitet og sykdom

Det 19. århundre ble *mobilitetens århundre*, også for Norges vedkommende. For de tradisjonelle, nordiske agrarsamfunnene var det da det begynte for alvor. Man hadde nok hatt migrasjon i det små i form av arbeidsfolk som søkte tjeneste, legdslemmer som flyttet rundt, folk som var borte på fiske m.v. Men nå dannet det seg et nytt mønster av folk som i stigende grad dro avsted, et mønster av oppbrudd. Vi kan kanskje benytte ordet *mobilitets-transisjon*.

Det begynte å ulme i de første tiårene av århundret. «Push»- og «pull»-faktorer bidro til dette. Folkeøkningen ga mindre plass i primærnærings-samfunnet. Den økende befolkningen stanget i det taket næringsgrunnlaget la. Samtidig lokket utvikling og vekst, utdanning og arbeid i byer og tettsteder, ikke minst i hovedstaden. Og langt i det fjerne lå det forjettede land Amerika.

Da Cleng Peerson (1783–1865) reiste mot vest i 1821 på vegne av kvekere i Rogaland, var det for å rekognosere med tanke på utvandring for folk som følte det religiøse norske samfunnet undertrykkende. I siste del av århundret dro de store emigrantgruppene, men da med et ønske om nye økonomiske muligheter som drivkraft.²⁰ I årene 1881–1885 dro 105 704 personer til Amerika, dvs. 10,97 per 1000 av middelfolkemengden.²¹ Til sammenlikning svingte antall døde i Norge i samme periode litt i overkant av 16 per 1000. Utvandringen hadde altså store dimensjoner. «Drenasjen» til Amerika var betydelig, både hva angikk «brain drain» og av arbeidskraft. Oppbyggingen av det norske samfunnet skulle skje på tross av dette.

Det faktum at Norge fra 1814 og fram til midten av 1800-tallet utviklet seg fra å være et sentralstyrt lydrike til å bli en selvstendig nasjon med egne administrasjonssentre, egen infrastruktur og et i prinsippet begynnende demokratisk styresett med forskyvning av ansvar og beslutningsmyndighet nedover i systemet og utover til lokalmiljøene, til kommunene, førte i seg selv med seg et press for mobilitet. Lokal administrasjon ble gradvis et eget yrkesområde som sammen med generelt økte krav til kompetanse, og behov for folk med nye yrker, medførte behov for at unge reiste ut for å få utdanning og forhåpentligvis kom tilbake.

Dette kom i tillegg til utviklingen av næringslivet og av en ny økonomi. Nye organisasjonsformer i næringslivet gjorde det mulig å reise kapital og

20 Ca. 800 000 nordmenn bosatte seg i USA mellom 1825 og 1925. I de første 25 årene dro ca. 2 000 årlig, men på slutten av 1880-årene ca. 15 000 hvert år. En del vendte riktignok tilbake, men på den annen side fikk mange etnisk norske emigranter barn og forble, slik at «The Norse America» ble ganske stort.

21 www.ssb.no

spre risiko slik at større virksomheter kunne bygges opp. Nye kommunikasjonsmidler åpnet landområdene for bysentrene og omvendt. Da dampskipet «Constitutionen» begynte å gå i rute mellom Bergen og Christiania i 1826, og togene på Hovedbanen begynte å dampe mot Eidsvoll i 1854, var dette mer enn tekniske nyvinninger. Bestrebelsene for å bygge opp en seriøs informasjonsspredning gjennom utviklingen av en ansvarlig presse, er noe av det samme.²²

Befolkningen var dessuten ung, og unge søkte muligheter. Den minskende dødeligheten, især blant spedbarn og barn, førte til at det ble mange unge voksne – som igjen fikk barn, foreløpig mange barn. Etter hvert som tiden gikk, ble det klarere for alle at det å flytte til byen var en helserisiko. Der var det ikke bare nød som rammet mange, men også sykdom og død. Det er imidlertid holdepunkter for at befolkningen visste hva den gjorde, folk tok en kalkulert risiko²³. Denne risikovurderingen blant befolkningen må ansees som et problem i tilflyttingsområdene, der f. eks. helsemyndighetene i hovedstaden fikk hendene fulle med overbefolkede boliger og andre dårlige levekår som folk tok til takke med når arbeid og fortjeneste lokket²⁴.

Smittesykdommene florerte og smitte spredte seg ikke bare fordi hygienens sviktet, men også fordi behandlingen av de syke var lite effektiv, slik at pasientenes smittsomme periode ble farlig lang. Sykdommene ble langvarige og senvirkninger kunne oppstå.

Dette kunne gi seg spesielle utslag. Hvor mange unge mennesker var samlet, som i de store byene, overrasker det ikke at kjønns sykdommer var hyppige.²⁵ Prostitusjon var egentlig forbudt, men i perioden 1840–1888 inntok man f. eks. i Christiania en pragmatisk holdning. Det var bordeller og prostitusjonen ble regulert og kontrollert av politiet. Ved venerisk sykdom hadde man lite å stille opp med av effektiv behandling. En pasient med syfilis i siste stadium kunne ende opp med *paralysis generalis* i lukket anstalt, på et sinnssykeasyl.

Tuberkulosen ble også et stort samfunnsproblem på slutten av 1800-tallet og vi fikk en egen tuberkuloselov i 1900.

22 Eksempel: Christiania-dagsavisen *Den Constitutionelle* (1836–1847) som hadde klare ambisjoner om kvalitet. Ulrik Anton Motzfeldt (1807–1865) var en av initiativtakerne og var med i redaksjonsutvalget.

23 Dette er blant annet drøftet i Larsen Ø. Vekst i byen og helse på landet – noen trekk ved folkehelse og befolkningsutvikling på slutten av 1800-tallet. *Jord og gjerning* 1991; 5: 66–78.

24 Se Myhre JE. *Hovedstaden Christiania*. Oslo bys historie bind 3. Oslo: Cappelen, 1990.

25 Se Koren E. «*En Trusel for selve Samfundene*». *Venerisk sykdom: tiltak, medisinsk forståelse og moraldebatt i Norge 1880–1923*. Bergen: Universitetet, 2003. (Hovedoppgave i historie)

Å holde befolkningen i ro hadde vært et gammelt styringsprinsipp. Det var på forhånd ikke så lett å reise ut hvis man hørte hjemme på en gård og hadde jord og dyr å passe, eventuelt tjente der på kontrakt, eller hvis man var ansatt i en gruvebedrift og hadde nok med det. Men også administrativt var det hindringer. Lokalsamfunnene hadde stor engstelse for å måtte ta seg av fattige og nødlidende som kom fra andre steder²⁶. Derfor var det blant annet passtvang i Norge også for interne reiser. Dette ble først opphevet i 1860.

Endringene i økonomien hos den jevne befolkning, fra naturalhushold med lite penger i omløp til et mer moderne samfunn, hører også med i bildet. Et i hovedsak nøkternt egalitært samfunn, sammenliknet med mange andre land, ble nå utfordret ved de mulighetene og misèrene de nye forholdene kunne føre med seg. Var et nytt klassesamfunn i utvikling?²⁷

I alle fall: Det var økende uro i samfunnet og uro i befolkningen – og dette endret den epidemiologiske situasjon, først og fremst ved at de smittsomme sykdommene ble farlige på en ny måte.

Koleraen kommer

I dag vet vi hva *kolera* er. Vi vet at det er en vannbåren, sterkt smittsom sykdom, forårsaket av en mikroorganisme, *vibrio cholerae*, identifisert som sykdomsårsaken i 1883 av Robert Koch (1843–1910)²⁸. Det visste man

26 En doktoravhandling fra Sverige med atskillig overføringsverdi til norske forhold omhandler flytting i første del av 1800-tallet. Den illustrerer ganske godt tvisynet, behovet for tilflyttet arbeidskraft og engstelsen for at de skulle bli en belastning, og hvordan dette artet seg på individnivå for dem det gjaldt. Nygren V. Mellan två samhällen. *Linköping Studies in Arts and Science*, No. 507, Linköping 2009.

27 En omfattende diskusjon av holdningsendringene i sosiale og medisinske spørsmål finnes i Falkum E. *Sykdomsoppfatning, helseomsorg og samfunn*. Oslo/Bergen/Tromsø: Universitetsforlaget, 1978.

28 Standardverket om koleraen i Norge er Lizzie Irene Knarberg Hansens doktoravhandling fra Universitetet i Oslo i 1986: *Koleraen i Christiania i 1853* (mangfoldiggjort som manuskript). Lokalhistoriske arbeider gir ofte godt innblikk i hvordan koleraen vakte forferdelse når den kom og hvordan man var famlende vedrørende hva som skulle gjøres. Se f. eks. Oeding P. Kolera i Drammen 1832 – første gang i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 3854-9. Ofrene for koleraen ble gjerne gravlagt på egne kirkegårder opprettet for formålet. Mange av disse kan nå knapt finnes igjen. Se imidlertid Oeding P. Noen vestnorske kolerakirkegårder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3652-6. I læreboka Holst PM. *Våre akute folkesykdommers epidemiologi og klinikk*. Oslo: Aschehoug, 1954, gir de historiske avsnittene et godt inntrykk av det allmenne sykdomsspekteret. Smittsom sykdom var det mye av, ikke minst diaré sykdommer, så det var ikke enkelt å skille dem fra hverandre. For internasjonale sammenlikninger se f. eks. Henschen F. *Grundzüge einer historischen und geographischen Pathologie*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 1966, evt. den mer populært skrevne Henschen F. *Sjukdomarnas historia och geografi*. Stockholm: Bonniers, 1962. Et sentralt arbeid vedrørende koleraens rolle for utviklingen av norsk helsepolitikk er: Moseng OG. Fra Sundhedskollegium til Sosialdepartement – sentral-



Bortgjemt beliggende i et skogholt et stykke fra Ørmenveien i Fredrikstad kommune ligger Onsøy kolerakirkegård. Støpejernsplaten navngir 16 koleraofre som ble gravlagt her i 1834. Koleraen var en tragedie for familien og samfunnene som ble rammet, men sykdommen fikk avgjørende betydning for utviklingen av det offentlige helsearbeidet. (Foto: Ø. Larsen 2010)

ikke da problemet oppsto i Europa i 1817. Hva skjedde?

En sykdom preget av plutselig og voldsom diaré, så sterk at pasienten kunne få blodtrykksfall og dø i løpet av få timer på grunn av væsketapet, spredte seg vestover fra India og stoppet opp øst i Russland i 1823. Kanskje hadde sykdommen forekommet i Østen i lang tid, men nå bredte den seg altså pandemisk og ga opphav til frykt og bekymring. Hva var dette?

Neste bølge, den annen pandemi, kom østfra i 1826, spredte seg over hele Europa og ble med emigranter til USA og Canada. Norge ble også rammet. Vår første befatning med sykdommen ble epidemien som herjet fra 1832 til 1834²⁹, særlig i kystbyer som Drammen, Christiania, Fredrikstad og andre havnebyer. Så vidt man har pålitelige tall, var det i denne perioden 1350 angrep med 741 døde, med andre ord en letalitet på 55%, og det er dramatisk.

myndighetenes kamp mot kolera. *Michael* 2009;6:284-92. Om oppdagelsen av smittestoffet for kolera, sett i vitenskapshistorisk kontekst, se Gradmann C. *Laboratory disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

29 Oeding 1990 og 1991 (op.cit.).

Tredje pandemi sveipte over Europa i årene 1840–1861. I Norge ble Sør-Vestlandet rammet i 1848–1849. Av 2 114 angrepne døde 1 107, dvs. 52%. Christiania hadde også føling med sykdommen i 1850 med 87 dødsfall blant 157 angrepne (55 %).

Men den store epidemien kom i 1853 og slo til langs Skagerrakkysten og ved Oslofjorden. Av de 3 803 angrepne døde 2 500. Med andre ord: To av tre kolerapasienter døde. Noen spredte tilfelle kom også i årene som fulgte, og letaliteten var like høy.

Den fjerde pandemi fant sted i årene 1863 til 1873, med noen få angrepne i Norge i 1866 og 1873, fortsatt med like stor letalitet.

Ute i verden hadde man en femte pandemi 1881–1896, en sjette 1899–1923, også med et og annet tilfelle i Norge. En pandemi som begynte i Indonesia i 1961 har sannsynligvis fortsatt avleggere enkelte steder i verden.

Hvis vi tenker oss inn i situasjonen i Norge i første del av 1800-tallet: Samtidig med de store samfunnsforandringene kom det altså en farlig sykdom som man ikke hadde noen forklaring på. Hva kom den av? Hva var sammenhengene? Samfunnet ble rystet av den faren som åpenbart var der. Koleraen trengte inn i kulturen som en del av befolkningens verdensbilde. Henrik Wergeland (1808–1845) behandlet til og med temaet litterært.³⁰

På tross av at myndighetene blant annet utstedte såkalte koleraplakater med råd mot sykdommen³¹, var det åpenbart at man medisinsk sett sto nokså maktesløs. Hver gang koleraen kom, opprettet myndighetene kolera-kommisjoner og engasjerte koleraleger, men det man gjorde hadde begrenset effekt. Medisinsk vitenskap, slik den forelå, kunne ikke hjelpe noe særlig.

Det er derfor ganske naturlig at landets foreløpig lille, nasjonale legestand, knyttet til universitetsmiljøet i Christiania, var meget opptatt av både kolera og smittsomme sykdommer i sin alminnelighet. Koleraen ga støtet til ny faglig aktivitet, blant annet til faglig organisering, da det medisinske leseselskapet i hovedstaden, opprettet 1826, ble til en formalisert legeforening i 1833, det nåværende Det norske medicinske Selskab³². Man trengte et forum for å diskutere og å utveksle erfaringer om de grasserende sykdommene, herunder koleraen.

Vel hadde man altså smitteteorier. Men hvis vi i dag synes begreper som

30 Wergeland H. *Den indiske Cholera*. Christiania: Lundhske Bogtrykkeri, 1835. (Kolera brukt som metafor i litterært drama.)

31 Larsen Ø. Epidemihåndtering når årsakene er uklare – noen historiske eksempler. *Michael* 2009;6: 293–303.

32 Se Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833–1933*. Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1933.

miasme, konstitusjon og contagion er uklare, er det en medisinhistorisk trøst å vite at de var uklare også på den tiden da man mest trengte dem. Smitte var derfor et gjennomgående diskusjonstema på Selskabets møter. Den meget aktive legen Christian August Egeberg (1809–1874) foreslo dessuten i Selskabets møte 11. april 1855 at alle leger hver måned skulle sende inn oppgave over epidemiske sykdommer i byen³³. Dette meldesystemet ble etter hvert til den offentlige statistikk som ble publisert i Christiania, et nyttig redskap til å få oversikt over hvordan smitteforholdene var.

Man kunne tro at da mikroorganismer ble oppdaget ved de store folkesykdommene, ville man med ett slag forstå hvorledes man skulle bekjempe farsottene. Men slik var det ikke. Det var ikke så enkelt. Innenfor sitt egentlige fagfelt, den patologiske anatomi, hadde den sosialmedisinske reformatoren Rudolf Virchow (1821–1902) med sin banebrytende forelesningsrekke i Berlin våren 1858³⁴ om cellulærpatologien, om å studere sykdomsprosesser på cellenivå, fått sine kolleger til å benytte mikroskopet som et hovedinstrument. Og utvikling av fargeteknikker hjalp for å holde orden på det man så gjennom okular og objektiv. Da fant man ikke bare anatomiske strukturer som var så små at man ikke hadde sett, ennsi forstått dem før, men også levende mikroorganismer.

Men en ting er å påvise at en mikroorganisme forekommer ved en sykdom, noe annet å bevise at det er denne organismen som er *årsaken*, ikke bare f. eks. en medvirkende faktor. Derfor levde nye og gamle sykdomsoppfatninger lenge side om side. Dette reflekteres blant annet i sykehusarkitekturen. Det ble bygd mange sykehus i Europa på 1800-tallet, og paviljongprinsippet som hadde sin teoretiske begrunnelse i miasmelæren, holdt stand forbausende lenge. Ullevål Sykehus i Kristiania åpnet som epidemilasarett i 1887 og var utformet med behørig respekt for miasmene.

I Tyskland var Max von Pettenkofer (1818–1901), hygieneprofessor i München fra 1865, det store navn i bekjempelsen av smittesomme sykdommer. Han holdt på en teori om at gjæringsprosesser i grunnvannet forårsaket en luftbåren smitte som gjorde at kolera oppsto hos dem som var mottakelige. Konsekvensen av dette var at frisk luft, tilførsel av rent drikkevann og utbygging av effektive kloakksystemer var viktig sykdomsforebyggelse. Her satte han betydelige spor etter seg i praktisk hygiene, selv om det teoretiske grunnlaget viste seg å være noe på siden.

Pettenkofer var så overbevist om sin egen teori at da koleraen rammet Hamburg i 1892, drakk han i en dispuTT med Robert Koch en oppløsning

33 Kfr. hans biografi i: Larsen Ø. (red.) *Norges Leger 1996*, bind II, Oslo: Den norske lægeförening, 1996, s. 5–6.

34 Virchow R. *Die Cellularpathologie*. Berlin; August Hirschwald, 1859.

med kolerabakterier for å bevise at det ikke var slik sykdommen smittet. Pettenkofer døde ikke av dette, men hans liv fikk en tragisk slutt da han skjøt seg i 1901.

Når det var faglige diskusjoner om smitte,³⁵ ble det også diskusjoner blant lekfolk. En markant skikkelse i norsk medisin på 1800-tallet var Ernst Ferdinand Lochmann (1820–1891). Han var en briljant student ved Universitetet og senere amanuensis og universitetsstipendiat, men i årene 1845–1865 arbeidet han som lege i Christianssand, før han overtok professoratet i hygiene etter Frederik Holst og ble utnevnt i 1867. Lochmann var tidlig ute med å forfekte contagion-teorien, den som viste seg å være riktig, men han møtte skepsis og motstand. Lochmann gjorde noe som var uvanlig – han benyttet pressen som debattforum vedrørende smitte. Dette bidro til å gjøre smitteteorier til allemannseie. Og hva man trodde på, kunne bety mye f. eks. økonomisk. Dette forholdet er udødeliggjort av Henrik Ibsen (1828–1906) i *En folkefiende* (1882) og noen mener at Lochmann kan ha vært modell for dr. Stockmann, han som «står alene» i sin kamp for å verne om folkehelsen³⁶.

Fra og med 1853 var også distriktslegenes medisinalberetninger blitt mye bedre. Fra dette året ble det lettere for alle interesserte og ikke minst for myndighetene å danne seg et bilde av folkehelsen, ved at medisinalberetningene fra de offentlige legene var blitt sammenfattet og redigert på amtsnivå, ble trykket og gitt ut systematisk hvert år som en del av Norges offentlige statistikk. Av og til ble det trykket utdrag av særlig interessante rapporter fra enkelte distrikt som bilag³⁷.

Ny viten om samfunnet

Tiden ved midten av 1800-tallet var også perioden da man «oppdaget» det norske samfunnet og dets særegenheter, spesielt gjennom norsk samfunnsforsknings far, Eilert Sundts (1817–1875) innsats. Hans minutiøse utforskning av viktige samfunnsforhold og hans publikasjoner i perioden 1850–1870, ofte med tallmessige belegg, ga ny og eksakt innsikt i forhold

35 Kolerabakterier ble drøftet i Det norske medicinske Selskab i hele 12 møter i 1866.

36 Om Lochmann se for eksempel Larsen Ø. Ernst Ferdinand Lochmann. Arntzen JG (ed.) *Norsk biografisk leksikon*. Bind 6. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2003 s. 108–9. og for eksempel Nerland EM. I utakt med samtiden, i pakt med fremtiden – Ernst Ferdinand Lochmann 1820–1891. *Michael*; 2007: 529–65. Om Lochmann som mulig modell hos Ibsen, se Vesterhus P. Hvem var modell for dr. Stockmann? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3288–90.

37 Fra 1868 har beretningene en særlig god og strukturert form som følges i årene videre. Se for eksempel om dette i Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change*. Oslo: Unipub forlag, 2000.

man visste lite konkret om. Omstreifere, fattigdom, sedelighet, alkoholbruk og renslighet var blant temaene som nå kom opp i dagen.³⁸

Interessen for å telle og kartlegge levekår og sykdom var også en viktig del av den internasjonale hygienebevegelsen på denne tiden, blant annet i England, der legen John Snow (1813–1858) var en sentral skikkelse. Han var også en kjent anesthesiolog, men arbeidet med smitteforholdene ved kolera fra 1840-årene. Snow har fått medisinhistorisk kultstatus blant epidemiologer for sin kartlegging av koleratilfeller i London i 1854, hvorved han kunne identifisere smitten til å komme fra en bestemt brønn. Da pumpehåndtaket på brønnen i Broad Street³⁹ ble fjernet, stoppet epidemien⁴⁰.

Hva man i fagkretser, dvs. i dette tilfelle legene, mente om smitte, var praktisk viktig. Det hadde f. eks. konsekvenser for bruken av *karantene* for skip som kom fra steder man mente var befengt med smitte, eller som hadde personer om bord som man antok hadde smittsom sykdom. Karantene som tiltak mot smitte har generelt sett en gammel historie, men var ansett som en hindring for ferdsel og varetransport med tvilsom medisinsk effekt. Noen gang hjalp karantenen, andre ganger ikke, men dette var blant annet avhengig av hva slags smitte det dreide seg om.

I 1833 ble norske karantenebestemmelser dels opphevet, dels lempet, og begrunnelsen var hensynet til handel og skipsfart⁴¹. Vi må anta at da denne beslutningen ble tatt på sentralt hold, var det på grunnlag av den best tilgjengelige faglige kunnskap på dette tidspunktet. Den etterfølgende koleraepidemien gir oss i ettertid grunn til å tro at det likevel var en uhensiktsmessig avgjørelse⁴². Men hensynet til helse er ikke det eneste man må tenke på. Det finnes også andre verdier enn helse, i dette tilfelle hensynet til handel og forsyninger. Dette er også viktig.

38 En introduksjon til den omfattende litteraturen av og om Eilert Sundt finnes hos Munthe P. Eilert Sundt i: Arntzen JG. *Norsk biografisk leksikon*, bind 9. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005. Se også Christophersen HO. *Eilert Sundt. En dikter i kjensgjerninger*. Oslo: Gyldendal, 1962.

39 Nå Broadwick Street, nær Oxford Street.

40 En populært skrevet, men god oversikt over hygienens historie i denne spennende tid finnes i Natvig H. *Lærebok i hygiene*. Oslo: Liv og helses forlag, 1958.

41 Se Torstveit L, Vesterhus P. Kolera og karantene i Kristiansand. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3490-3.

42 Historikeren Ole Georg Moseng drøfter dette ganske inngående i Moseng OG. Fra Sundhedskollegium til Sosialdepartement – sentralmyndighetenes kamp mot kolera. *Michael* 2009;6:284-92. Der viser han også til Ohman-Nielsen MB: *Mennesker, makt og mikrober, epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830–1880*. Bergen: Fagbokforlaget, 2008, og argumenterer mot Ohman-Nielsens oppfatning av at det var lokal innsikt som sto mot medisinsk overkjøring fra hovedstaden da man i Christianssand forsvarte sin karanteneanstalt fra 1807. Teoriene var simpelthen uklare, og de hadde ulike praktiske konsekvenser.

Forbindelsen mellom sykdom og sosial status var også et tema i tiden, fordi det var åpenbart at det ofte var mer sykdom blant vanskeligstilte. Var for eksempel spedalskheten først og fremst en sosial sykdom? Opprettelsen av et lepraregister⁴³ i 1856 var et verktøy for å kartlegge, forstå og håndtere sykdommen.

Fattigdomsbekjempelse var en viktig sak. Likeledes gjorde det endrede syn på psykisk sykdom at omsorgen for de sinnslidende var gjenstand for reform. På medisinsk hold var man sterkt engasjert i både dette og i det nærliggende tema fengselsvesen og fangepleie, med legen Frederik Holst (1791–1871) som en krumtapp. Innenfor disse feltene var det klart at dette var medisinske og sosiale problemer av en slik karakter at de vanskelig kunne løses lokalt, selv om desentralisering var et grunnprinsipp. Derfor fikk vi sinnsykelov (1848) og statlige sinnsykeasyl, med Gaustad Asyl ved hovedstaden som det første i 1855. Av og til trengtes overgripende, strukturelle tiltak.

Men myndighetene var også interessert i overgripende, strukturelle tiltak som kunne bekjempe kolera og andre farsotter raskt og effektivt – man ønsket en egen lovgivning også på dette området.

Sunnhetsloven – forarbeider og debatt

I *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* for 1860, side 710, meddeles tørt at sanksjon er meddelt for Stortingets beslutning *til Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme*. Loven var nå blitt innført. Lovforslaget hadde vært bekjentgjort for legene tidligere i samme tidsskrift.⁴⁴ Dette var et tema som interesserte!

Lovkommisjonens innstilling av 30. desember 1859

Schjønby⁴⁵ har gitt en oversikt over de faktiske begivenheter som fant sted i prosessen fram mot godkjenningen av lovforslaget, fra Departementets rådgivende medisinalkomite i 1850 fikk i oppdrag å utarbeide utkast til en ny lov om smittsomme sykdommer. I 1853 forelå komiteens forslag.

Men nye initiativ kom til, og ved kongelig resolusjon av 6. februar 1858 ble det nedsatt en ny lovkommisjon som skulle

43 Irgens LM. (*Michael* 2010; 7: under utgivelse)

44 *Norsk Mag Lægevidensk* 1860; 2.R. 14: 363-93.

45 Schjønby HP. Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:80-1.

«tage under Overveielse og afgive Betænkning angaaende Spørgsmaalet om Istandbringelsen af Lovbestemmelser om Sundhedspolitiet⁴⁶ og de under sammes Omraade henhørende Forhold, ...»

Høyesterettsassessor, ordfører i Christiania Ulrik A. Motzfeldt (1807–1865)⁴⁷ var formann og hadde med seg medisineren, professor Frans Chr. Faye (1806–1890), stadsingeniør Peder H. Hertzberg (1824–1877) foruten politimesteren i Christiania, Christian F.J. von Munthe af Morgenstierne (1806–1886). Den legetudannede ekspedisjonssjef Christian T. Kierulf (1823–1874) var sekretær. Og den 30. desember 1859 var innstillingen klar. Det er denne innstillingen som representerer begynnelsen på forarbeidene.⁴⁸

Arbeidet fikk en start som var litt spesiell. Våren 1858, kort tid etter at kommisjonen var blitt oppnevnt, ble Christiania herjet av brann. Kommunestyret i byen ville i den anledning foreslå forandringer i bygningsloven og samtidig en del sanitære forskrifter for hovedstaden. Kommisjonen leverte derfor 21. april 1858 utkast til lovbestemmelser som gikk på uttørring av grunnen, forhindring av for tett bebyggelse og næringsvirksomhet som forpestet luften. Det var videre om ventilasjon i boliger og forsamlingslokaler og om bekjempelse av forurensning av atmosfæren med røyk. Kommisjonen hadde forslått 16 paragrafer, men bare tre av dem kom med i den revisjonen av bygningsloven av 1842 som ble vedtatt 8. juni 1858. Kommisjonen fant da ut at den ville lage et lovforslag som var mer generelt og ikke spesielt beregnet på Christiania og andre større steder.

Når det gjaldt organisering av «Sundhedspolitiet» rundt om i landet, fant kommisjonen at den ikke kunne bygge videre på de eksisterende forhold. Det var den vanlige sivile administrasjon som også bestyrte medisinalvesenet, men her var det

«kun lidet kraftig og sagkyndig underordnet Hjælp inden de særskilte snevrere Communer».

Kommisjonen dokumenterer dessuten videre med eksempler at den eksisterende ordningen med offentlige leger (stadsphysici, stadsleger og distriktsleger) var lite slagkraftig, fordi distriktene var så store. De provi-

46 *Sundhedspolitiet* må her forstås på samme måte som i *Die medicinische Polizey*, dvs. som helseforvaltning.

47 Se Thyness P. Ulrik Motzfeldt. Arntzen J.G. (red.) *Norsk biografisk leksikon* bind 6. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2003. s. 375.

48 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 52–67.

soriske tiltakene mot koleraepidemiene hadde vist, ifølge kommisjonen, at det var nødvendig med lokale ordninger.

I innstillingen kommer kommisjonen med en viktig prinsipiell uttalelse:

«Man er imidlertid overalt kommen til den Erkjendelse, at drøbende Epidemier ssavelsom stadig herskende Sygelighed bedst bekjæmpes ved forebyggende forholdsregler og ved at bekjæmpe Sygdomsaarsagerne. Lægevidenskabens Maal er ikke alene at bekjæmpe allerede udbrudte Sygdomme og helbrede de deraf angrebne Individuer, men at holde Sygelighed og Farsoter saavidt mulig borte, at bevare Slægten som Individet sundt. Dette Maal har man søgt at nærme sig ad forskjellige Veie, drevet dertil ved den Fare for den almindelige Sundhed, som ligger ikke alene i Barbarie og Vankundighed, men ogsaa i deres Modsætning, Civilisation og Industrie.»

Det vises til at slik gjør man det ute i Europa. Og arbeidet mot spedalskhet i Norge tas som eksempel på at samfunnsinnsats rettet mot årsakene er noe som nytter.⁴⁹ Men hvor skal denne type administrasjon forankres?

«Forsaauidt Bestemmelser af denne Art, saavel under sygdomsfrie Tider som under herskende Farsoter, let kunde blive af den Beskaffenhed, at de medførte Indskrænkninger ikke blot i Eiendomsretten, men endog i den personlige Frihed, og de derhos i mange Stykker komme til at lempes betydelig efter de forskjellige Forholde paa de forskjellige Steder, maa det indrømmes, at de hensigtsmessigst henlægges under Communebestyrelsens Omraade.

Almindelige Tvangslove vilde i denne Materie kun være lidet at anbefale. De locale Styrelser, valgte af Befolkningen selv, bør det overlades at træffe Beslutninger af hiin Art, naar de have overbeviist sig om deres Hensigtsmessighed.»

Slik har man gjort det i England, påpeker kommisjonen.

«Men for at en Saniterlovgivning paa denne Vei skal kunne ventes gjennomført, kræves der en stadig Paavirkning og Vækkelse i hvert enkelt Distrikt, for at Befolkningen lidt efter lidt kan vinde Overbeviisning om Gavnligheden og Nødvendigheden af sanitære Regler og Foranstaltninger og derigjennem Interesse for disse.»

Og kommisjonens løsning på dette er å opprette permanente sunnhetskommisjoner sammensatt av folkevalgte representanter og fagfolk.

49 Se Irgens LM. Michael 2010; 7: (under utgivelse)

Lovkommisjonen begrunner sine forslag meget detaljert. Et grunnprinsipp er at legen skal ha en hovedrolle i sunnhetskommisjonene:

«Skal Noget virkelig ventes udrettet ved den nye Foranstaltning, skal Lægen gives en virksom Opfordring og moralsk Impuls til at gribe Initiativet til sanitære Forbedringer, maa han stilles fremmest i Rækken. I den locale Styrelse at sætte en juridisk Embedsmand i Spidsen og give Lægen en undeordnet Plads vil Intet bidrage til Sagens Fremme.»

Legen foreslås også som sunnhetskommisjonens ordfører. Kommisjonen foreslår at fogeden kan få anledning til å delta på møtene, men uten stemmerett. Det argumenteres dessuten for hvorfor man ikke vil ha med en prest. Prestene hadde klaget over så mange uvedkommende oppdrag, og dessuten forefantes gjerne prestens kompetanse *«inden Communerrepræsentationerne, selv paa Landet;...»* Lovkommisjonen ville sikre at det var medisinsk fagkyndighet på toppen i sunnhetskommisjonene. Det er interessant at det var en tverrfaglig sammensatt komité som sa dette.

Forholdet til andre bestemmelser drøftes i kommisjonens innstilling, likeledes hvilken stilling vedtak i sunnhetskommisjonene vil ha i forhold til rettsvesenet. Det kunne tenkes konflikter her. Derfor omtales appellmuligheter oppover til

«vedkommende Regjerings-Departement eller i fornødent Fald Kongen».

Et viktig prinsipp ble slått fast: Utgiftene til selve sunnhetskommisjonene skal utredes av kommunen. Embetslegen skal utføre arbeidet uten spesiell godtgjørelse, mens legens skyssgodtgjørelse skal dekkes av statskassen. Diet betales imidlertid av amts- eller bykommunekasse. Det er diverse detaljer i teksten her, men det skiller altså klart mellom legen og de øvrige, noe som sier noe om legens tiltenkte rolle i sunnhetskommisjonen.

Lovkommisjonen kommenterte også utførlig sitt forslag angående foranstaltninger mot epidemiske og smittsomme sykdommer, blant annet vedrørende forholdet til eksisterende bestemmelser og praksis. Essensen er at sunnhetskommisjonene tenkes gitt stor frihet til å håndtere situasjonen slik de synes best.

Økonomiske forhold omtales, blant annet utgifter til legehjelp, opprettelse av midlertidige sykehus m.v., og det foreslås innrapporteringsplikt for enhver lege om ondartede epidemiske og smittsomme sykdommer til sunnhetskommisjonen.

Så følger Lovkommisjonens lovutkast med 28 paragrafer.

Den norske regjeringens innstilling av 25. januar 1860⁵⁰

Statsråden i Departementet for det indre, Christian Bretteville (1800–1871), avga 25. januar 1860 en innstilling til Kongen i Stockholm om lovforslaget, der diverse administrative forhold var drøftet og enkelte detaljer endret i samråd med kommisjonen:

«I Henhold til Foranførte, der af Statsraadets øvrige Medlemmer i det Væsentlige tiltredes, indstilles underdanigst: At det naadigst maa behage Deres Majestæt at bifalde og med høieste Underskrift at forsyne underdanigst vedlagte Udkast til en naadigst Proposition til Storthinget om Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommisjoner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme.»

Og Kongen skrev under på Stockholms slott den 11. februar 1860. Så fulgte det lett reviderte lovutkastet.⁵¹ Prosessen kunne fortsette.

Budsjettkomitéen

Nå begynte stortingsbehandlingen hjemme i Christiania. Først skulle lovforslaget innom budsjettkomitéen.⁵² Dersom en budsjettkomité kan uttrykke begeistring, og til og med i det byråkratiske språk anno 1860, så finner vi dette her. Budsjettkomitéen grenser til det panegyriske i enkelte passasjer:

«..den Grundtanke, paa hvilken Loven er bygget, formentlig af Alle maa erkjendes for at være riktig.»«... den offentlige Sundhedspleie kun alt for lidet hos os har været paaagtet, ...» ... «..Trangen til en Lov, hvis Bestemmelser søge at afhjælpe disse Mangler (en rekke helseskadelige faktorer som er nevnt), er meget stor, og at enhver Oplysning, enhver Belærelse, der kan bidrage til at afhjælpe dem, og til at forhindre de mange derav følgende Ulykker, kun kan være til Velsignelse for vort Land.»

Budsjettkomitéens innstilling ender med et lett redigert lovutkast. Justeringene gjelder bare detaljer. Viktig er det imidlertid at prinsippet om at det er staten som skal dekke ordførerens, dvs. legens dietgodtgjørelse, blir knesatt. Det gjør legens rolle enda klarere.

50 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 68–70.

51 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 71–4.

52 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 75–80.

Den som leser innstillingen i dag, vil bemerke at herrene Motzfeldt og Kjerulf, lovforslagets fedre i lovkommissjonen, etter anmodning var tilstede ved saksbehandlingen i budsjettkomiteen.

Odelstinget⁵³

Da lovforslaget hadde passert budsjettkomiteén og skulle behandles i Odelstinget, tok man for seg paragraf etter paragraf. Enstemmigheten var massiv. Den eneste paragrafen som tiltrakk seg en del diskusjon, var §8 som handler om opprettelse av sunnhetskommisjoner på landet. Representanten Hammerstad⁵⁴ mente at det måtte holde om amtmannen avgjorde hvor sunnhetskommisjoner skulle opprettes. Implisitt: Det kunne umulig og uten videre være nødvendig med sunnhetskommisjoner overalt. Ved votering om dette ble han nedstemt.

Odelstinget vedtok å sende saken over til Lagtinget – mot 1 stemme, herr Hammerstads.

Lagtinget – siste runde⁵⁵

Representanten Bergsager⁵⁶ slo til umiddelbart da lovteksten kom opp i Lagtinget:

«Jeg er bange for, at denne Lov kan give Anledning til store Udgifter, ...».

Det var særlig utgifter vedrørende legen han engstet seg for.

Det gikk i det hele ikke så greit i Lagtinget. Paragraf etter paragraf ble diskutert, og det var innledningsvis mye pirk. For eksempel om hvem som skulle være med i sunnhetskommisjonene osv., var det delte meninger.

Da man kom til §8 om sunnhetskommisjoner på landet, syntes representanten Holtan⁵⁷ at nødvendigheten av dette måtte det være opp til amtmannen å avgjøre:

«Det var muligt, at en yngre Læge kunde blive Medlem af Sundhedscommisionen, og han kunde være glad ved at afholde Møde, om det saa var hver Dag, men det vilde være forbunden med meget Uleilighed for Formandskabet, og med mange Udgifter.»

53 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 81–94.

54 Gårdbruker og ordfører Ole Larsen Hammerstad (1817–1873) fra Østre Toten.

55 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 95–115.

56 Aanen Olsen Bergsager (1808–1879) fra Lyngdal, der han var ordfører, lærer og kirkesanger.

57 Dette må ha vært Helge Olsen Hauger Holtan (1816–1891), ordfører i Vestby.

Bergsager repliserte straks og ga uttrykk for sin enighet. Her kunne det oppstå betydelige utgifter. Flere fulgte opp, men det kom også motinnlegg:

*«neppe noen Amtmand vilde overtage Ansvaret af ikke at undlade at bringe Loven i Udøvelse, da han ikke kan vide, naar en indtræffende Epidemi kunde kræve, at en saadan Foranstaltning var bragt istand.»*⁵⁸

Diskusjonen gikk fram og tilbake. Bergsager ga seg ikke, Holtan myknet etter hvert, men snudde igjen. Debatten fløt egentlig ut i detaljprat.⁵⁹ Man kan lese av referatet hvordan lagtingspresidenten forsøker å styre. Holtan gikk likevel inn for at det ikke uten videre skulle være sunnhetskommisjoner over hele landet, men hans forslag ble nedstemt ved votering.

Så gikk det videre med småkjekling om formuleringer. Bergsager var stadig av de mest aktive, f. eks. vedrørende sunnhetskommisjonens møter:

«Naar Lægen finder, at det er noget at forhandle, vil Repræsentantskabet vistnok finde sig i at afgive Møde.»

Lagtingspresidenten roet situasjonen ned og selv Bergsager ga seg, men kom tilbake senere.

Så var møtetiden ute og man måtte fortsette i nytt møte senere samme dag, den 27. april 1860. Diskusjonen gikk unna, fortsatt mest om detaljer, og lagtingspresidenten forsvarte lovteksten nokså utilslørt. Men Bergsager var der hele tiden, for eksempel:

«...om vedkommende Læge ogsaa ikke bliver Embedsmand, vil der dog kunde paaføres Statskassen ikke ubetydelige Udgifter, som Storthinget ikke har bevilget.»

Utgiftene var Bergsagers gjennomgangsmelodi. Debatten trakk ut, og man måtte fortsette neste dag, den 28. april 1860. Det fortsatte med krangel om småting, især om penger.

Bergsager syntes til og med at bestemmelsen om at lik skulle begraves fire alen under jorden var altfor mye, det måtte holde å sette *«ikke ringere enn 3 Alen»*.

Endelig var det hele over, man var kommet til siste paragraf, §28, som

«Foranledigede ingen Bemærkning».

58 Representanten Hilsen.

59 F. eks. om vinduer skulle åpnes eller ikke (!)

Referatet avsluttes med følgende:

«Da der kun betingelsesviis var fremsat Forslag, og der ingen Anmerkning var gjort til Loven, blev Lovbeslutningen, som vedtaget af Lagthinget, expederet til Regjeringen.»

Møtet ble hevet. Vi må anta at møtelederen pustet lettet ut. Det hadde vært mange meningsbrytninger, men lovens hovedprinsipper hadde egentlig ikke vært noe tema. Debattnivået hadde ikke vært imponerende.

Den myndige møteleder og lagtingspresident var høyesterettsassessor Ulrik Anton Motzfeldt. Det var den samme Motzfeldt som hadde sittet i lovkommissjonen som hadde utarbeidet lovforslaget.

Kongen signerer

Den 16. mai 1860 skrev Kongen under loven på Stockholms slott. Lovteksten, slik den her er referert innledningsvis og gjengitt i faksimile, var nå gyldig.⁶⁰

Det offentlige helsearbeidet i Norge var kommet inn i en ny tid.

Sunnhetsloven i perspektiv

Schjønsby⁶¹ påpeker hvordan lovarbeidet i Norge hadde fulgt et mønster fra England, der hygienebevegelsen var mer opptatt av statlige, strukturelle strategier enn på kontinentet, hvor man la mer vekt på individrettede tiltak⁶².

Sunnhetskommisjonene hadde fått vide fullmakter til å handle når de fant det nødvendig for helsesituasjonen. Det var således lagt opp til at formannens, dvs. legens ord skulle veie tungt, altså at medisinsk kunnskap skulle være en basis for arbeidet. Men det var nødvendig med den politiske ryggdekningen, dersom det ble fattet vedtak som grep inn i folks liv og levnet.

En åpenbar svakhet ved loven var at den var uklar når det gjaldt de kostnadene lovanvendelsen kunne medføre. Den var også lite presis når det gjaldt sanksjoner. Kanskje var det derfor lovforslaget alt i alt gikk relativt greit gjennom, tross de langtrukne diskusjonene i Lagtinget?

Uklarhetene vedrørende finansiering og sanksjoner betydde at det kunne bli vanskeligheter med tiltak som kostet penger. Loven var best egnet for

60 Gjengitt i *Michael* 2010; 7: Supplement 8, 117–24.

61 Se Schjønsby 2001 (op. cit.)

62 Om denne viktige fasen i samfunnsmedisinens utvikling, se for eksempel Porter D. *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge, 1999.

strakstiltak i akutte situasjoner, men lovens formålsparagraf (§3, se ovenfor) ga sunnhetskommisjonens og legen langt videre oppdrag når det gjaldt ansvar for folkehelse og helsebetingelser. Særlig for langsiktige tiltak måtte det kommunale prioriteringer til, selv om de medisinske begrunnelsene var aldri så gode. For de offentlige legene kunne dette føre til at arbeidet i sunnhetskommisjonene ble lite tiltrekkende. Om en sunnhetskommisjon skulle bli effektiv eller ikke, kom derfor i særlig grad til å avhenge av forholdene i kommunen, men også av den enkelte offentlige lege og dennes interesser, samfunnsansvar og initiativ⁶³.

Det er sannsynlig at sunnhetsloven med sine innebygde svakheter var det beste som var mulig å få til under de rådende forhold. Helse var et felt hvis kompleksitet i tiltakende grad ble erkjent. Mange sider ved helse fordret både særlig fagkunnskap og ledelse som gikk ut over hva som kunne forventes av kortsiktig lokalpolitikk. Demokrati var innført, men det var åpenbart undertiden betydelig avstand mellom kompetanse og referanserammer hos politikerne og hos fagfolkene. Hvis man leser referatet fra Lagtingets behandling av lovforslaget om sunnhetskommisjoner, kommer dette tydelig til syne. Erfaringer fra hjemstedet, et mantra om påholdenhet og en skepsis til leger gikk om hverandre. Framtidas folkehelse balanserte mot legens diettgodtgjørelse. Dette var Lagtinget. Hvordan kunne det da tenkes å bli når helsesaker skulle drøftes rundt om i kommunestyrene? Derfor ønsket lov-kommisjonen å innføre sunnhetskommisjoner som skulle være *demokratiske organer med fagstyre*. Vurderingen var at det var dette som måtte til.

Den person som antakelig må tilskrives den største æren for at vi fikk sunnhetsloven og den tilrettelegging av det offentlige helsearbeidet som loven medførte, var sannsynligvis Ulrik Anton Motzfeldt.⁶⁴ Han hadde kunnskaper, oversikt og åpenbart stor politisk kløkt, i tillegg til at han selv innehadde flere viktige roller i spillet.

63 Sunnhetskommisjonenes funksjon kan i noen grad sees ved å lese medisinalberetningene fra de offentlige legene. Se for eksempel Storesund A. Akutt sykkelighet og risikofaktorer i Telemark 1870–1900. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123:2086-90 og Storesund A. Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860–1900. (dr. philos.-avhandling) *Michael* 2005; 2: 3-112, der flere relevante artikler fra *Tidsskrift for Den norske lægeforening* finnes som bilag. En overordnet konklusjon er at sunnhetskommisjonens arbeid kunne være vanskelig. Det kunne også være forskjell på utfall og effektivitet der distriktslegen kunne handle på egen hånd og når saker måtte opp i samlet helse råd.

64 Se også Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003 om lovarbeidet.

Hvordan gikk det videre?

Det er vanskelig å vurdere sunnhetskommisjonenes effekt, simpelthen fordi vi ikke har noe kontrollmateriale. Vi har ikke noe Norge uten sunnhetsloven å sammenlikne med.

I første del av sin virkeperiode skulle loven fungere i et politisk klima preget av holdninger over hele skalaen fra bondsk gjerrighet til turbulent markedsliberalisme. I senere perioder ble sunnhetsloven et viktig verktøy i oppbyggingen av velferdsstaten.⁶⁵

I siste del kom blant annet nye helseoppfatninger inn og nye meninger om personlig frihet, blant annet også frihet fra pålegg som ble oppfattet som helserådets påfunn. Vi må imidlertid ikke glemme at dette dels var en situasjon som var *skapt av sunnhetslovens suksess*. Gjennom sunnhetskommisjoners og helseråds ufortrødne virke gjennomgikk Norge en *hygienisk transisjon*. Medisinalberetningene dokumenterer alle de helseskadelige faktorene som gradvis ble borte. Og fra slutten av 1940-årene, godt hjulpet av ikke-medisinske faktorer som bygningslovgivningen og det mektige styringsorgan Husbanken, gjennomgikk norsk boligmasse en stille revolusjon. Eksempel: Bad og WC ble standard.⁶⁶ Da var det som helserådene hadde oppnådd, blitt så selvfølgelig at det ble glemt. Og de store etterkrigskull av norske borgere hadde aldri opplevd den gamle tid.

Sunnhetslovens konkrete effekter skulle det imidlertid vært meget interessant å vite mer om, kanskje spesielt for å vurdere *fagstyrt demokrati* opp mot *demokrati med faglig rådgivning*. Her foreligger det ugjorte forskningsoppgaver.⁶⁷

Det kan imidlertid se ut som om sunnhetskommisjonene, fra 1905 kalt helserådene, fikk utrettet mest i de store byene, kanskje fordi det der var lettere å etablere en slagkraftig helsemyndighet. Men det var sannsynligvis også der offentlig helsearbeid trengtes mest.⁶⁸ Historisk helsestatistikk viser blant annet at helseforholdene i Oslo, i det minste for en del parametere, f. eks. i mellomkrigstiden på 1900-tallet, var gunstigere enn i landdistriktene, trolig som et resultat av aksept for strukturelt og individrettet forebyggende arbeid, på tross av at det var mange områder i samfunnet som krevde sin

65 Se Se Seip AL. *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal 1994 (a) og Seip AL. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal, 1994 (b).

66 Nærmere om dette i Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.

67 En nærmere drøfting av sunnhetslovens virkning i dens funksjonsperiode ansees å ligge utenfor rammen av den foreliggende presentasjon av loven.

68 Se medisinalberetningene om dette. I hovedstaden var for eksempel boligforhold, mat, vann, kloakk, avfall osv. felt som krevde konstant overvåking og stadige tiltak.

del av tilgjengelige offentlige midler. Helserådene, spesielt i de store byene, fikk mange oppgaver og ble mektige samfunnsaktører.

Sunnhetsloven og legerollen

I sitt store verk om utviklingen av det offentlige helsevesen⁶⁹ på 1800-tallet vier historikeren Aina Schiøtz naturlig nok arbeidet fram mot sunnhetsloven stor plass, ettersom dette arbeidet var helt avgjørende for den videre utviklingen av det offentlige helsearbeidet. Hun drøfter også sunnhetslovens rolle i relasjon til legenes oppbygging av egen profesjon.

Helsepersonell i Norge på 1800-tallet, før sykepleierutdanningen kom i gang fra de tre siste årtiene, bestod egentlig bare av leger og jordmødre. For begge grupper ble det viktig, både for dem selv og for samfunnet, at det var klart hva de sto for. Derfor er markering av eget revir både naturlig og historisk forståelig.

Det er hevet over tvil at sunnhetsloven bidro til å gi legeyrket en status som var høyere enn før. Utover landet gjaldt dette i særlig grad for den offentlige legen. Distriktslegen ble en autoritetsperson i lokalsamfunnet på linje med prest og lensmann⁷⁰. I dette tilfelle har vi endatil et slags historisk «kontrollmateriale» – for kommunelegen som avløste distriktslegen da sunnhetsloven ble erstattet av kommunehelseloven⁷¹ i 1984, har jevnt over ikke oppnådd samme autoritet og status som distriktslegen hadde. Mange forhold spiller inn her, men et av dem er simpelthen at rollen som rådgiver til kommunestyret ikke er det samme som å være formann i helserådet.

I hvilken grad sunnhetslovens forkjempere også hadde oppbygging av egen profesjon som agenda, må sees i sin kontekst. Blant annet må vi huske at flere av de sentrale aktørene ikke var leger selv, snarere tvert imot, kfr. f.eks. Motzfeldt og hans rolle.

Norge som sådant var under organisering og konsolidering på 1800-tallet. Også andre yrkesgrupper fant sin profil på denne tiden. Organisasjoner, institusjoner, bedrifter, profesjoner, fagfelt osv. fant sin plass i forhold til hverandre. Sementeringen av en legerolle og en legeprofesjon var derfor en del av å gjøre *medisinsk kunnskap* synlig og å gjøre *helseforhold legitime som handlingspremiss* på alle plan.

Den legerollen som sunnhetsloven la opp til, forklarer sannsynligvis at det fortsatt er visse særtrekk ved den norske legerollen, sett i forhold til andre lands legerolle, selv om vår tradisjonelle nasjonale medisinske identitet i vår tid er under press både innenfra og utenfra. Distriktslegen skulle ha

69 Schiøtz 2003 (op. cit.)

70 Se også Schiøtz A. *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax, 2003.

71 *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.82*.

felleskapets beste for øyet også i klinisk arbeid med enkeltpasienter. Enkeltpasientens ønsker og behov kan ikke alltid gå først.

Medisinsk nøkternhet og samfunnsansvar ble lagt opp til å være en typisk dyd for en norsk lege.⁷² Distriktslegerollen, den sindige, ansvarlige og faglig kyndige helserådsformann var med på å forme norsk samfunnsmedisin som fagfelt, og dets akademiske korrelat, universitetsfaget *hygiene*. Et av dette fagets særtrekk var dets *oversikt*. Dette brede blikk ble formidlet gjennom forskning, formidling og undervisning. For *hygiene* eller *samfunnsmedisin*⁷³ er mye mer enn å få helseomsorgen til å fungere.

I det større perspektiv har helsepolitikk og helsearbeid gått gjennom en glidning i retning av arbeid for å organisere behandling og omsorg for de syke, mer enn den vekten det tidligere ble lagt på tilrettelegging av samfunnet for å forebygge, dvs. motvirke helseproblemer, især gjennom strukturelle tiltak. Riktignok har andre aktører etter hvert overtatt mye av dette på kompetent nivå, men likevel trengs det medisinsk fagkyndighet for å se problemer og samfunnsaspekter. Dette er fortsatt et element av norsk legerolle som har røtter tilbake til sunnhetslovens intensjoner.

Den akademiske forankring

Hygienefaget var den akademiske forankringen for arbeidet i sunnhetskommisjonene/helserådene og for folkehelsearbeidet hos de sentrale helsemyndighetene. Men i løpet av de årene sunnhetsloven var i funksjon, skjedde det her en oppsplitting. Dette skjedde både som følge av en alminnelig vitenskapelig reduksjonisme, men også fordi både fag og oppgaver var blitt så kompliserte at det var vanskelig å ha faglig oversikt på et tilfredsstillende nivå.

Det kunne ikke forventes at f. eks. distriktslegen lenger skulle kunne sitte inne med all fornøden kompetanse. Heller ikke kunne det forventes at et enkelt vitenskapelig miljø kunne være basis for det hele. Andre instanser overtok derfor videre kompetanseoppbygging og kunnskapsforvaltning på viktige felter, f. eks. når det gjaldt helseforholdene i arbeidslivet eller næringsmiddelhygien⁷⁴.

72 Se Nylenna M, Larsen Ø. Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1813-6.

73 Den gamle tyske betegnelsen *Sozialhygiene* var egentlig bedre, likeledes nyere begrep som *public health* og *community medicine*.

74 Næringsmiddelhygien utviklet seg etter hvert til å bli et hovedfelt innenfor veterinærens fagfelt, se f. eks. Elvbakken KT. *Offentlig kontroll av næringsmidler: Institusjonalisering, apparat og tjenestemenn*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, 1996 (dr. polit. avhandling). Helseforholdene i arbeidslivet ble fra 1880-årene et tema i den politiske kampen for å bedre arbeidsvilkårene i industrien. Debattene førte fram til

Mellomkrigstidens og de første etterkrigsårs hygienefag ved Universitetet i Oslo på 1900-tallet hadde en meget bred basis. Faget strakte seg fra befolkningsspørsmål og mentalhygiene til bakteriologi og toksikologi og til omfattende befolkningsundersøkelser for å fastsette referanseverdier⁷⁵ og å avdekke sykdom. I 1951 ble imidlertid sosialmedisinen skilt ut fra hygienen, og dette nye faget fikk etter hvert en litt annen profil enn hygienen, rettet spesielt mot de vanskeligsstiltes medisinske og sosiale problemer.

Helseopplysning var også en viktig aktivitet i hygienefaget. Carl Schiøtz (1877–1938), professor i hygiene fra 1931, redigerte *Sundhedsbladet* i årene 1927–1934. Bladet *Liv og Sundhed* (senere *Liv og Helse*) som Schiøtz grunnla i 1934, spredte helseopplysning ved især å vende seg mot skolefolk. Bladet holdt det gående helt til 1972, hele tiden redigert ved Hygienisk Institutt.

Statens institutt for folkehelse ble etablert i 1929 og tok opp i seg noen eksisterende laboratorier som var blitt opprettet og hadde oppgaver på hygienefeltet. Dermed ble «Folkehelsa» allerede fra starten et miljø med tung samfunnsmedisinsk kompetanse.

Luftforurensning hadde vært et viktig forskningsområde ved Universitetets hygieniske institutt i Oslo, men i 1969 ble Norsk institutt for luftforurensning opprettet. Slik ble miljømedisin, sett i vid forstand, gradvis spredt på uavhengige fagmiljøer med høy kompetanse og med egne veier for implementering av kunnskapene. F. eks. skjelte man allerede ved utarbeidelsen av sunnhetsloven i 1850-årene til bygningslovgivningen. Det er etter hvert blitt slik at det kanskje er plan- og bygningsloven som i dag er et av de viktigste verktøy for strukturelt forebyggende helseplanlegging i kommunene.⁷⁶

Ernæring var tradisjonelt et kjerneområde ved det gamle Hygienisk Institutt som var opprettet i 1893 ved Universitetet i Oslo. Dette forskningsfeltet ble styrket da industrilederen Johan Throne Holst (1868–1946) donerte et fond for ernæringsforskning til Universitetet, blant annet for å finansiere et professorat i emnet. Dette utviklet seg videre til en egen og

arbeidervernloven av 1892. Siden den gang har yrkesmedisin, yrkeshygiene og helsetjeneste i bedrifter hatt sterke bånd til Arbeidstilsynet, opprettet samme år, og ligget på siden av helsevesenet ellers, og den vitenskapelige forankringen gled også noe ut i periferien av den alminnelige hygienens synsfelt. Se Natvig H, Thiis-Evensen E. *Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge*. 2. utgave. Oslo; Norsk bedriftslegeforening, 1989.

75 Eksempler: Hygienisk Institutt ved Universitetet i Oslo spilte en viktig rolle i blant annet utarbeidelsen av høyde-vekt-tabeller for barn og voksne og for kartlegging av normalverdier for hemoglobin i befolkningen.

76 Se f.eks. artiklene i Larsen Ø. (red.) Helsekonsekvensutredninger. *Michael* 2006; 3: 169-288.

meget aktiv avdeling for ernæringsforskning, men utenfor Hygienisk Institutt. Og Statens ernæringsråd ble opprettet i 1946.⁷⁷

Det som gikk tapt da det akademiske fag hygiene delte seg opp, var *den akademiske underbygging av den samlede oversikt over forholdet mellom samfunn og helse* som det gamle hygienefaget tilstrebet å ha, og som det fortsatt var behov for. Fra 1970-årene ble dette forsøkt kompensert ved en dreining mot den rett nok oversiktsgivende epidemiologi, blant annet ved at man fra universitetshold tok initiativ til stort anlagte befolkningsundersøkelser⁷⁸. Men der var det også andre aktører med høy kompetanse og sentral posisjon. Vi kan nevne Statens skjermbildefotografering som ble opprettet i 1943 for å gjøre masseundersøkelser vedrørende tuberkulose. Dette utviklet seg til Statens helseundersøkelser (1986) som hadde et langt videre interessefelt. Kreftregisteret ble opprettet i 1951.⁷⁹ Medisinsk fødselsregister startet opp fra 1. januar 1967.⁸⁰

Fortidens sentrale posisjon som samlende vitenskapelige bakgrunnsinstitusjoner for praktisk samfunnsmedisin, dvs. for det ansvarsområdet sunnhetskommisjoner/helseråd og distriktsleger var forutsatt å ha, klarte universitetsmiljøene ikke å beholde. Når et faglig problem oppsto ute i felten, var det ikke lenger selvfølgelig hvor man skulle ringe for å spørre om råd. Spisskompetansen var blitt spredt på mange adresser. Kanskje er denne historiske utviklingen en av årsakene til at spørsmålet «hva er samfunnsmedisin» i vår tid er vanskelig å besvare?

Mer enn en helselov?

Sunnhetsloven hadde to hovedaspekter. Det første gjaldt organiseringen av det offentlige helsearbeidet i kommunene. Dette ble erstattet av *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982*, i kraft fra 1984. Det andre aspektet gjaldt håndtering av smittsomme sykdommer. Det ble erstattet av *Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5.8.1994*, i kraft fra 1995. Sunnhetsloven fikk altså en levetid på 134 år, derav riktignok svekket i de siste ti.

Sunnhetsloven sprang ut av behovet for å kunne bekjempe infeksjons sykdommene på en effektiv måte. I så måte var den en typisk helselov med klare medisinske mål.

77 Haavet IE, Botten G, Elvbakken KT. *Maten på bordet: femti år med Statens ernæringsråd*. Oslo: Statens ernæringsråd, 1661.

78 Universitetet i Tromsø har her spilt en sentral rolle for utviklingen av de etter hvert landsdekkende og gjentatte befolkningsundersøkelsene.

79 I funksjon fra 1952.

80 Om registerepidemiologi i Norge, se flere kapitler i Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. (red.) *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.

Sunnhetsloven knesetter imidlertid viktige prinsipper for hvordan dette skal gjøres. Man befant seg i en *administrativ transisjon*, hvor myndighet og ansvar ble delegert nedover og utover. Fordi dette skjedde til et nivå der behørig innsikt ikke alltid kunne forventes, ble det fastsatt at det skulle være et medisinsk *fagstyre*, men som en del av et *demokratiske* organ, sunnhetskommisjonen.

Sunnhetsloven konstaterte at samfunnsmedisinsk tilnærming til helse-spørsmål fordret mer enn medisin. Derfor måtte også personer med annen fagbakgrunn være med i sunnhetskommisjonene. Sunnhetsloven har på den måten et viktig prinsipp om *tverrfaglighet*.

Sunnhetsloven ga imidlertid også gjennom de år den var i funksjon et speilbilde av en slags *holdningsmessig transisjon* i befolkningen. Så lenge man har nok med å holde den bitre nød unna og dagen i morgen er usikker, slik som på 1700-tallet, blir det lite rom for solidaritet, samarbeid og å tenke på felles beste ut over den nærmeste krets. En sterk kristen etikk om å tenke på sin neste sørget for et minimum. Det er legitimt å være seg selv nærmest når nøden truer. Det krever et visst overskudd å kunne heve blikket og se at felles innsats kan løse felles problemer.⁸¹ Det var den fasen nordmenn var i ved begynnelsen av 1800-tallet. Det *nødvendige var ennå ikke blitt selvfølgelig*.

Utover 1800-tallet ble Norge organisert ovenfra som et fellesskap. Etter hvert fikk bevegelser nedenfra, f. eks. politiske partier og andre gruppedannelser stor betydning. Embetsmannsstaten ble transformert til et reelt demokrati. Og allerede ved slutten av århundret hadde man en moderne stat der materielt sett *det nødvendige var begynt å bli selvfølgelig* for stadig større deler av befolkningen.⁸² Fellesskapet tok form.

Men når fellesskapet er så felles at det oppfattes som truende, og *det nødvendige er blitt så selvfølgelig* at man ikke tenker på det som sådant, og personlig valgfrihet blir en høyt rangert verdi i seg selv, kommer fellesskapsløsninger i klemme. På toppen av velferdspyramiden blir enhver seg selv nærmest igjen.

Offentlig helsearbeid har et element av overformynderi og Besserwissen over seg. Sunnhetsloven er i sin natur autoritær. Dette må imidlertid ikke uten videre misforstås som undertrykkelse eller hersing med befolkningen. Sunnhetskommisjonens og distriktslegens autoritet i lokalsamfunnet var et redskap for å løse oppgavene. I medisinen er det sjelden absolutte sannheter og enkle løsninger. Hvis vi ser tilbake på den medisinske vitenskap i 1800-tallssamfunnet, ser vi at det er mye som var uklart og diskutabelt,

81 Samfunnets plikter overfor sine nødlidende neste var også preget av tvang og hårdhendte regler. Se Seip AL. op.cit. 1994 (a).

82 Seip AL. op.cit 1994 (b).

f.eks. smitteteorierne, og hvilke tiltak som burde velges blant flere mulige. Et kommunestyre var ikke egnet for faglige diskusjoner. Ofte var det i en akutt situasjon bedre at noe ble gjort, enn at det ble gjort på beste måte. Da måtte sunnhetskommisjonen kunne skjære gjennom og håpe på at distriktslegens status og trygge farsrolle i samfunnet ville tåle upopulære inngrep.

Sunnhetsloven ga hjemmelsgrunnlaget for den samfunnsbevisste distriktslege i forebyggende helsearbeid, enten det gjaldt akutte situasjoner eller mer langsiktige, kan hende strukturelle saker i lokalmiljøet. Tjenesteveien oppover til sentralmyndighetene, i de senere år via fylkeslegen til Helsedirektoratet og helsedirektøren, var grei. Det faglige grunnlaget fant man ved universitetene, i lærebøkene i hygiene og public health samt i den stridende flod av rundskriv som i etterkrigstiden strømmet ut fra Helsedirektoratet for å bli arkivert på dertil bestemt plass i et dertil bestemt arkivskap på distriktslegekontoret. Problemløsning kunne begynne med å kikke i arkivskuffene, datidens internett. Kombinert med en engasjert distriktsleges autoritet skulle dermed grunnlaget for handling være i orden.

I Norge varte helsevesenets autoritære karakter lenge, og hang i en viktig periode sammen med helsedirektør Karl Evangs (1902–1981) spesielle, men stort sett allment aksepterte lederstil.⁸³ Etter Evangs avgang i 1972 fortok dette seg. Etter 1968 og det alminnelige opprør mot autoriteter var man også følsom for helserådets pekefinger.

Det var flere trender i tiden som fikk samfunnsmedisinsk tenkning til å gli i bakgrunnen for den kurative medisin og dennes muligheter, selv på områder der forebyggende innsats kunne vært effektiv. Etter den annen verdenskrig tok nye medikamenter brodden av både infeksjonssykdommene og andre folkesykdommer. Sykehusutbyggingen skjøt fart og mange av medisinenes nyvinninger ble tilgjengelige for befolkningen gjennom spesialisthelsetjenesten. Sykehusmedisinenes terapeutiske triumfer trakk interessen vekk fra det som lett ble oppfattet som vassen visdom og moraliserende synsing om forebyggende helseatferd. Og innen store deler av helsevesenet hadde fagstyret hadde måttet vike for *politisk styre* og *allmennhetens personlige valg*. Verdier sto mot verdier.

Men i løpet av lovens funksjonstid skjedde det også en *epidemiologisk transisjon*. Fra å ha en helsetilstand preget av farlige infeksjonssykdommer, fikk man gradvis en situasjon der folkehelsen var dominert av kroniske sykdommer og såkalte livsstilssykdommer. Å argumentere for endret livsstil er noe annet enn å bekjempe smitte. Opplevd velferd, helse og trivsel er

⁸³ Se Nordby T. Helsedirektør Evangs planer for velferdsstaten. *Michael* 2009;6: 331-7 og Nordby T. *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.

heller ikke det samme som å oppleve en trussel om lidelse og død, det blir andre valg og andre man vil høre på. Mange aktører arbeider med velferd, helse og trivsel. Helserådsmodellen passet ikke så godt mer som et sentrum i forebyggende helsearbeid. Blant annet hadde den legens autoritet som en slags forutsetning, men dels var denne blitt svekket i tidens løp, og dels hadde legen fått konkurrenter fra andre yrkesgrupper hvorav mange hadde meget høy kompetanse.

Vel kunne det fortsatt oppstå lokale helseproblemer som kalte på et helseråds handlekraft, men å tilrettelegge samfunnet for å forebygge den nye tids sykdommer på lokalnivå er ikke så enkelt. Det krever i beste fall nye innfallsvinkler og utstrakt samarbeid med andre som har innflytelse på hvordan samfunnet skal være.

Paradoksalt nok bidro antakelig en prosess for å bedre helseforholdene i arbeidslivet i 1970- og 1980-årene ytterligere til å undergrave legenes, deriblant distriktslegenes autoritet og anseelse. I forbindelse med utarbeidelse av arbeidsmiljøloven (1977) ville man også legge om den på det tidspunktet veletablerte bedriftshelsetjenesten⁸⁴, grovt sett slik at Arbeidstilsynet fikk mer styring og kontroll med den. Rett nok fikk mang en arrogant bedriftsleder i disse årene åpnet sine øyne for at opptatthet av helse og arbeidsmiljø ikke bare var snakk. En og annen tilbaketent bedriftslege fikk også se seg selv i perspektiv. Mye kunne vært bedre. Men dette gikk det politikk i, dels partipolitikk på kommunenivå. Distriktsleger hadde ofte vært bedriftsleger på deltid for bedrifter på stedet. Det var nå gått politikk i argumentasjonen for hvor mye bedre nyordningen ville være i forhold til før. I forhold til f.eks. det som distriktslegen hadde gjort. Nye yrkesgrupper meldte seg også på, blant annet fysioterapeutene.

Historien om dette er foreløpig ikke skrevet.⁸⁵ Sett på avstand kan konfliktene sees som utslag av en maktkamp på høyt nivå. Skulle ansvaret for forebyggende helsearbeid ta utgangspunkt i arbeidslivet eller i kommunenes helsetjeneste? Og hvilket departement skulle styre? Det er neppe tvil om at det som skjedde svekket både helserådenes og legenes posisjon. Det svekket også bedriftshelsetjenesten.

Kombinert med den administrative transisjon over til profesjonalisert saksbehandling på alle plan, førte samvirket av prosesser til at det *ble* uklart hva samfunnsmedisin egentlig er, ettersom det er så mange som driver med slikt i samfunnet, ofte uavhengig av hverandre.

84 Se Natvig og Thiis-Evensen, (1983) op.cit.

85 Se blant annet tallrike artikler og innlegg i tidsskriftene *Norsk bedriftshelsetjeneste* og *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin* for årene 1980 til 1993 (Generalregister 1993). Lokale eksempler på stridighetene kan sees i lokalpressen, f. eks. fra Hallingdal og Valdres.

Da smittesykdommer begynte å slå til igjen, var også her mønsteret blitt et annet. Sykdommene rammet på ny måte. Epidemibekjempelse med kommunenivået som utgangspunkt passet ikke alltid så godt mer. Et godt eksempel på dette er situasjonen da hiv/aids-epidemien kom til Norge i 1980-årene. Andre holdninger enn holdninger til helse kom tungt inn i bildet. Da måtte det både sentrale tiltak og nye samarbeidsformer til for å demme opp for den nye trusselen.⁸⁶ Helsearbeid var etter hvert blitt meget komplisert og var også komplisert regulert. Helsearbeid var ikke lenger bare helsearbeid.

Sunnhetsloven – et vindu

Sunnhetsloven og de årene den virket i, er et *tidsbilde*. Sunnhetsloven er et historisk vindu inn til en tid som nå er endret, om ikke forbi. Det var tiden da vi opplevde fellesskapstankens framvekst, dens potensial og dens begynnende vanskeligheter. Sunnhetsloven var laget for en tid da helseproblemene i befolkningen riktignok var store, men da kompleksiteten i samfunnet likevel ikke var større enn at *sunnhetskommisjonen/helserådet* kunne spille en avgjørende rolle i løsningen av dem.

Var komitéen som utarbeidet det lovforslaget som ble til *Lov om Sundhedscommissioner af 16. mai 1860* framsynte? De var sannsynligvis meget framsynte. De var neppe selv klar over hva loven kom til å bety.

En stor styrke ved loven var at den var så åpen. Den hjemlet praktiske løsninger der premissene var å finne der og da. Dette bidro til å gi loven et så langt liv.

Etterpåkløkt kan man si at lovkomisjonens forslag kanskje hadde en mindre og en større svakhet. Eller, kanskje en riktigere antakelse, lovkomisjonens politisk garvede medlemmer skjønnte hva som var mulig å få gjennom, og derfor ble lovforslaget som det ble.

De var for det første uklare når det gjaldt sanksjoner for å få helsefremmende tiltak presset gjennom. Vel hadde sunnhetskommisjonene muligheter for å stenge virksomheter og å fatte andre drastiske beslutninger når en akutt situasjon krevde det. Men makten til å sette ting gjennom var svekket når det kom til langsiktige tiltak. Da var man henvist til å bygge på en godvilje som man ikke alltid kunne forvente var tilstede.

Viktigere var det kanskje at det ikke ble bygd inn et prinsipp om finansiering av foreslåtte tiltak innenfor forebyggende helsearbeid. Men når

86 Se Kjønsstad A, Mellbye F. *Aids og juss*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987, Evensen SA, Gradmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M. Hiv: Epidemien som satte holdninger på prøve. *Michael* 2010; 7: 6-11, Evensen SA, Gradmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M. (red.) Da hiv kom til Norge. *Michael* 2010; 7: 12-157.

vi leser referatet av Lagtingets behandling av lovforslaget, skjønner vi at det var klare begrensninger for hva som *kunne tas opp*.

Kontrafaktisk kan vi tenke oss at innføring av en alminnelig aksept allerede i 1860 for at man trengte å sette av offentlige midler til forebyggende helseformål på like linje med hvordan man aksepterer utgifter til kurativt arbeid, ville ha gjort situasjonen lettere for samfunnsmedisinen både den gang og nå 150 år senere.

Øivind Larsen

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no