



Michael Quarterly

Publication Series of The Norwegian Medical Society



Lessons from
history?

3/10



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Lessons from history?

Infectious diseases, their impact on society and their control

Michael 2010;7:293-5.

Friedrich Schiller (1759-1805), the famous German poet, playwright and radical in the last decade of the 18th century had to earn his living as a professor in history. Delivering his inaugural lecture in 1789, he gave a quintessential definition on what there is to learn from history. For Schiller, being a typical proponent of the historiography of enlightenment and often making moral points as an author, there was a lot to learn: 'Fruitful and vastly comprehensive is the realm of history; its space encompasses the entire moral universe' (1).

While professional historians have done a lot since the 19th century to dilute or even openly deny notions of history as a moral example, such ideas have none the less proven difficult to uproot. While those who write history professionally usually are sceptical as to whether lessons from history can be drawn, their audiences would often adhere to such ideas. The popularity of certain historical subjects seems to rest on the expectation that their study harbours lessons for the living.

Medical history and in particular the history of infectious disease provide ample examples of such ideas. When reading classics like Winslow's *The conquest of epidemic disease* (2), Zinsser's *Rats, lice and history* (3) or DeKruif's *Microbe hunters* (4), it is hard not to come to the conclusion that the very essence of medical history is a technologically aided conquest of nature by man.

The main topic in this issue of *Michael Quarterly* deals with the history of infectious disease. Each of these articles offers in their own way some criticism of the above sketched moral tale. The history of leprosy that Lorenz Irgens addresses in his paper (5), was in many ways one that put the nascent

Norwegian nation on the map of 19th century medical history. Those who studied and combated the disease, did so in order to transform a disadvantage into a sign of distinction: Norway, seen from this angle, was not just a country that suffered badly from leprosy, but also a suitable place to study and control that infection.

Alfons Labisch's paper on malaria eradication in Dutch East-India (6) provides and exemplifies that 19th century hopes of a extermination of infectious disease on the globe became subjected to a process of erosion and disillusionment during the 20th century. Over decades medical science provided a multitude of means to combat malaria or its vector, the anopheles fly. Yet victory, that is the disappearance of the disease, has so far remained elusive. To draw lessons from history in relation to the efficacy of species assassination as an approach to combat malaria, is tempting. Yet to those who venture into this, Alfons Labisch gives some sobering advice: 'it is doubtful if the use of historic concepts could provide a solution to the current medical problems, at least in this naïve and optimistic version.'

Finally, Ida Blom's historical comparison of approaches to the control of venereal diseases in Denmark and Norway (7) provides the insight that even those examples that could have been related to, in fact are often ignored: The battles that early 20th century doctors and activists fought against the moral stigma on sexually transmitted diseases and in favour of a medicalisation of the issue, could have served as a lesson for the future. However, when hiv/aids began to be considered a threat to individual and public health in the 1980s, this did not happen. The separation of guilt and suffering that had been at the basis of medicalisation of syphilis before World War One, was forgotten when aids arrived and had to be learnt anew.

So, going back to Schiller's emphatic praise of the study of history as a moral education, the empirical observations in the cases studied here are quite sobering. Even if there would be lessons to be learnt from history, the instance remains that they still could be – and in fact often are – ignored.

Literature

1. Schiller F. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Universalgeschichte? In: Hardtwig W. (ed.) *Über das Studium der Geschichte*, München: dtv, 1990, pp.18-36, quote from p. 20.
2. Winslow CEA. *The conquest of epidemic disease, a chapter in the history of ideas*. New York: University of Wisconsin Press, 1967.
3. Zinsser H, Grob GN. *Rats, lice and history; with a new introduction by Gerald N. Grob*. New Brunswick NJ: Transaction Publishers, 2007.
4. DeKruif P. *Microbe hunters*. London: J. Cape, 1927.

5. Irgens LM. The fight against leprosy in Norway in the 19th century. *Michael* 2010;7:307-20.
6. Labisch A. Species sanitation of malaria in the Netherlands East Indies (1913-1942) – an example of applied medical history? *Michael* 2010;7:296-306.
7. Blom I. Medicine and morality – legislation on venereal diseases in Denmark and Norway c. 1900-1994. *Michael* 2010;7:321-30.

Christoph Gradmann
professor of medical history
University of Oslo
Institute of health and society
christoph.gradmann@medisin.uio.no

Species sanitation of malaria in the Netherlands East Indies (1913–1942)

– an example of applied medical history?¹

Michael 2010;7:296-306.

To the World Health Organization malaria remains ‘one of the world’s most important public health concerns’. During the post-eradication era of the 1980s there was no clear answer to the following question: what kind of intervention could be effective against malaria in the ‘roll back malaria’ programme? In this situation there were also calls for an ‘applied history of medicine’, since the anti-malaria programmes during the pre-eradication era might help overcome the crisis of finding an appropriate way to fight malaria. At this point the concept of species sanitation was considered. Developed in the 1920s in the former Netherlands East Indies the thrust of this concept is that anopheles, as obligatory vectors of malaria, have species-specific breeding sites; when these sites are sanitized, malaria is deprived of its ecological preconditions. This double question – the history of species sanitation and the possibility of an applied history of medicine – is the starting point of this paper. The results of the historical analysis are that in terms of the biological, technical, economical, social and political conditions, species sanitation remains limited to a few locally specified exceptions. The attempt to find answers in history demonstrates that an evaluation of historical anti-malaria measures can be helpful in determining the fundamental elements of a given situation necessary for an effective malaria control programme.

1 Key-note-lecture given at The XXII Nordic Congress on the History of Medicine, Bergen, Norway, 3rd – 5th June 2009. See also: Imam I, Labisch A. Species sanitation of malaria in the Netherlands East Indies (1913-1942) – an example of applied medical history? *Medizinhistorisches Journal* 2006; 41: 291-313. This text has been translated into English by the novelist Sandra Lessmann, Düsseldorf. The translation was supervised by the microbiologist and native speaker Colin R. MacKenzie, Düsseldorf. We are both very grateful for their help and appreciate especially the continuous discussion on the topic.

The current situation of malaria and the subject of this study

The World Health Organization (WHO) regards malaria as 'one of the world's most important public health concerns'.² The last annual report of the WHO records 247 million new cases worldwide in 2006, the majority (86 %) of them in black Africa. The number of malaria deaths per year varies between 610.000 and 1.2 million – 85 % of which are children, most of them in Africa.³ Many victims, especially children, who are infected with malaria, are thrown back in their development for a considerable time. Malaria therefore constitutes a challenge, not only for the individual or society in general, but also economically for the countries concerned.

In 1955 the World Health Organisation launched a world-wide malaria eradication programme. Right from the beginning this programme was pressed for time.⁴ Even before the start of the programme it was known that the anopheles mosquitoes quickly developed resistance to DDT. After initial success the malaria eradication programme failed.⁵ Although more and more control programmes were carried out, the aim of eradicating malaria was, at least officially, not abandoned. This lack of clarity had a fatal result. The initial successes of the eradication programme and individual control programmes had the effect that malaria became to be regarded as a 'normal' health problem. Subsequently the special departments and task forces concerned with malaria were transferred into the 'normal' health care

2 Cf. for current information the websites: <http://www.who.int/topics/malaria>.

3 The range of variation can be explained by the fact that either a clear cause of death has not been determined or – if it has been determined – it was inspired primarily by clinical symptoms. Often the initial phase of malaria cannot be distinguished from other diseases, not even by an experienced doctor. This is especially the case with typhoid. The quoted numbers are stated by the 'Multilateral Initiative on Malaria' (=MIM). For the MIM cf. the following website: <http://www.mim.su.se>.

4 Cf. the analysis of Randall M. Packard, 'No other logical choice'. Global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parasitologia* 1998; 40: 217-229.

5 Cf. Geoffrey M Jeffery, Malaria Control in the Twentieth Century. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1976; 25: 361-371; Michael W. Service, Some problems in the control of malaria, in: F.H. Perring, K. Mellanby (eds.) *Ecological Effects of Pesticides* (Academic Press) London 1977, 151-164; José A. Najera, Malaria control: Present situation and need for historical research. *Parasitologia* 1990; 32: 215-229; Michael W. Service, Vector control, Where are we now? *Bulletin of the Society for Vector Ecology* 1992; 17: 94-108. Randall M. Packard, Malaria Dreams: Postwar Visions of Health and Development in the Third World. *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 1997; 17: 279-296.

Among the mass of basic works on malaria see Socrates Litsios, *The tomorrow of Malaria*, Wellington: New Zealand: Pacific Pr., 1996; and generally about the mischief done by public interventions see James C. Scott, *Seeing like a state. How certain schemes to improve the human condition have failed* (= *The Yale ISPS series*), (Yale Univ. Press) New Haven et al. 1998.

services. This resulted in a resurgence of malaria as witnessed during the 1960s/1970s in many tropical regions which previously had achieved satisfying figures relating to incidence and mortality.

Since the 1990s the post-eradication era has been interpreted as a time of total confusion, even of anarchy.⁶ In a situation without a convincing concept or any distinctive basis an 'applied' medical history was called for. M. A. Farid, one of the protagonists of eradication, wrote in a personal review of the year 1980:⁷

'Confidence in DDT spraying blinded everybody to the need to promote research and to extend the utilization of conventional antilarval, engineering, or biological methods where applicable, particularly in urban areas and in arid countries. (...)

It is astonishing that WHO (...) has forgotten many of the malaria lessons gained in the pre-eradication era. (...)

The excuse that old malariologists have died out is not tenable, because their works and contributions are in all libraries and can be consulted by those who are determined to control the disease'.

If this were true, it would mean that a pragmatic history of medicine could provide direct help for the problems facing the 'roll-back malaria' concept. The notion of remedying the current plight in the combat against malaria with the help of a systematized medical history fell on fertile ground as early as the 1990s.⁸ Prophylactic and therapeutic measures and vaccines have repeatedly disappointed in the long term. DDT caused an ecological disaster, not because of its medical, but rather its extensive and uncritical use in agriculture and forestry. For this reason ecologically sound interventions came into focus, which were directed against the anopheles mosquitoes as vectors rather than against plasmodia or infected people. At this point the concept of species sanitation, developed in the Netherlands East Indies in the 1920s and 1930s, has to be considered. So the possibility of an applied history of medicine is the subject of this paper.⁹

6 Cf. (and many others) David. J. Bradley, Malaria – whence and whither?, in: Targett Gat, eds., *Malaria. Waiting for the Vaccine*, Chichester: Wiley, 1991, 11-29.

7 M.A. Farid, The malaria programme. From euphoria to anarchy, in: *World Health Forum* 1980;1: 8-22, 15, 19f.

8 Cf. Najera, Malaria control: Present situation and need for historical research, 1990; see also the other historical issues of *Parasitologia*.

9 For a more elaborated version cf. Irawan Imam, 'Spezies-Assanierung'. *Die Entwicklung natürlicher Methoden der Malariabekämpfung in Niederländisch-Indien (1913-1938) und ihre mögliche Bedeutung für aktuelle Probleme der Malaria-Bekämpfung*, med. thesis. HHUD Düsseldorf 2003 (Internet Public.: Online-Resource: <http://diss.ub.uni-duesseldorf.de/ebib/diss/show?dissid=817>; URL: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=971275130>).

‘Species Sanitation’ – stages of fighting malaria in the Netherlands East Indies

Three biological factors cause malaria: plasmodia, mosquitoes and humans. The life cycle of plasmodia and the pathogenesis of malaria involving these three prerequisites were discovered between 1880 and 1900. At the time malaria was regarded as the result of three constant factors – plasmodia, mosquitoes and humans. It was believed that if it were possible to eliminate one of the three factors, malaria would vanish. After a considerable number of experiences to the contrary, e.g. during the building of the Panama Canal or with the failed interventions in Mian Mir in today’s Pakistan, it became clear in the early 20th century that malaria was not as simple a disease as previously thought.¹⁰

In 1911 and 1912 the British tropical doctor Malcolm Watson (1873-1955) succeeded in the sanitation of the harbour of Klang in British Malaya of Malaria.¹¹ He cleared the breeding sites of the mosquitoes in the neighbourhood of the new port and managed thus, that one of the big enterprises of British colonialism, to turn British-Malaya into a region of plantations, would not be subdued by a permanently raising death-toll of newly infected coolies combined with a devastating thread for the European colonizers. When Malcolm Watson crossed the streets of Malacca in March 1913 to find out how the Dutch coped with malaria, he found a well trained team of doctors and scientists of different background – but working until this encounter mainly on other health-hazards of public concern, as e.g. plague, cholera, beri-beri, and hookworm: among them Wilhelm August Paul Schüffner (1867-1949) and Nicolaas H. Swellengrebel (1885-1970) as a practically orientated and scientifically trained zoologist, who over the years was to develop into one of the world-wide leading malariologists. In 1921 they were joined by Ernst Rodenwaldt (1878-1965), an experienced German tropical doctor and geologist, who had a special awareness of the geological factors of malaria.¹²

10 As a historical introduction cf. the caustic book by Gordon Harrison, *Mosquitoes, Malaria and Man. A History of Hostilities since 1880*, London: Murray, 1978 (or: New York: Dutton, 1978), and the concise article by Leonard Jan Bruce-Chwatt, History of malaria from prehistory to eradication, in: Walther H. Wernsdorfer, Ian McGregor (ed.), *Malaria. Principles and Practice of Malariology*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988, 1-59.

11 For the ‘lucky’ Malcolm Watson – so Harrison, *Mosquitoes, Malaria and Man*, 1978, 130-140; idem., *Rural Sanitation in the Tropics*, London: Murray, 1915; idem., *The prevention of Malaria in the Federated Malay States. A Record of Twenty Years’ Progress*, New York: Dutton, 1. Ed. 1911, 2. Ed., revised a. enlarged 1921; idem., *African Highway. The Battle for Health in Central Africa*, London: Murray, 1953; idem., Some pages from the history of the prevention of malaria, in: *Glasgow Medical Journal* 1935: 123: 49-70, 130-153, 202-220.

Until then in the Netherlands East Indies malaria was regarded primarily as a problem where important investment were at stake. Schüffner – among others – had demonstrated this already in 1907 for the health care on the plantations in Deli on Sumatra. The new awareness of malaria followed the concept of an extensive and therefore expensive general sanitation despite numerous discoveries which were made for example concerning the ecology of the anopheles. In the spring of 1913 the memorable encounter between Watson, Schüffner, and Swellengrebel took place in Medan. The measures in Sibolga in 1915 ff. and in the plains of Mandailing in 1916 ff. on Sumatra Netherlands East Indies were the first to follow the new idea that it was possible to manipulate the breeding places of a local vector which was to be determined carefully in a way that malaria would decrease considerably in the locality. So these programs could be considered as the first trials of species sanitation in the Netherlands East Indies. The two projects, however, were never completed, and therefore did not serve to test or to refine the concept of species sanitation.

Species sanitation aims to intervene in the complex interdependences of malaria in a way that a single intervention interrupts the entire development of the disease with a lasting effect. The basis for this calculated intervention is the assumption that

- 1) there is a limited number of local vectors, or even a single species responsible for a malaria epidemic, which
- 2) characteristically need a specific habitat for their breeding. These breeding places are specific for the species and can
- 3) be sanitised with a calculated as well as limited intervention in a way that the local vector disappears in the course of one period of reproduction, i.e. within three weeks, or that it is replaced by other anopheles which are unsuitable as malaria vectors.

However, when medical personal tried to transform the first trials of species sanitation and the fight against malaria into a general concept of public health, the colonial administration demanded that the still costly interventions should present a permanent solution or at least reduce malaria to such an extent as to considerably remove its potential as a threat.

12 For the somehow hidden role of Ernst Rodenwaldt in racial hygiene and NS-medicine see Wolfgang U. Eckhart, *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945*, Paderborn u.a.: Schöningh, 1997, 519-528; idem., Generalarzt Ernst Rodenwaldt, in: Gerd R. Ueberschar (Hrsg.), *Hitlers militärische Elite. Bd. 1: Von den Anfängen des Regimes bis zum Kriegsbeginn*, Darmstadt: wbg, 1998, 210-222.

In public health care ‘vertical’ interventions and ‘horizontal’ interventions represent opposing viewpoints. Vertical interventions are aimed directly against the factor which is regarded as the cause, irrespective of the surrounding circumstances. A classic example is active immunisation through vaccination campaigns, for instance against smallpox. On the other hand horizontal interventions address a broad front. All possible factors are preferably altered in such a way that the disease is suppressed along with the causes and mitigating factors. With sanitation measures like these it is often difficult to assess afterwards which specific interventions were finally effective or which measure was accountable for which result. A classic example is the fight against malaria by general sanitation and measures of social hygiene as was attempted in Italy in the late 19th / early 20th century by Angelo Celli (1857-1914).

In the Netherlands East Indies the fight against malaria in Sibolga began as a vertical intervention. Only the bogs of brackish water which resulted from building the harbour, docks and large city with areas for indigenous labourers and remote European quarters were supposed to be eliminated. Gradually these measures turned into a horizontal, general sanitation related to the environmental health conditions. Finally, in addition to the measures which were adapted to the external circumstances, there were health measures aimed at the health behaviour of the indigenous population. This was implemented because the entire infrastructure of the new plantation region including the neatly built European residential areas was to be improved. In order to elucidate the danger and conditions of malaria the indigenous population also had to be included in the health measures.

Vertical interventions according to a strictly interpreted concept of species sanitation were carried out in the port of Belawan, Deli/Sumatra in 1919, in the Tjihea plain, Java, in 1921 ff., in the port of Tjilatjap, Java, in 1922 ff. and in the port of Tandjoeng Priok, Batavia, in 1923 ff. A large number of examples can be found.¹³ The following towns and regions underwent measures of species-sanitation:

Ports and coastal towns:

- Batavia – Tandjoeng Priok, West Java, 1913ff.
- Surabaya, East Java, 1916-1920
- Belawan, Deli / Sumatra, 1919
- Sibolga, Sumatra, 1915-1919

13 Cf. the general survey in: W.B. Snellen, Dr. Ir.J. Kuipers. Civil engineer and malariologist, in: Takken et al., *Environmental measures for malaria control in Indonesia*, 1991, 129-140.

- Tjilatjap, Central Java, 1919
- Probolinggo, East Java, 1921
- Semarang, Central Java, 1927
- Tegal, Central Java, 1928-29
- Banjoewangi, East Java 1928
- Batavia – Tandjoeng Priok, West Java, 1928-1932
- Surabaya, East Java, 1930
- Batavia – Tandjoeng Priok, West Java, 1937-1938

All these measure were directed against *Anopheles ludlowi* var. *sundaicus*, a notorious brackish-water-breeder.

Malaria regions in the interior of the country:

- Mandailing, Sumatra, 1916, against *An.ludlowi* var. *sundaicus* (fresh water!)
- Tjihea, Central Java, 1919, against *An.aconitus*
- Tjihea, Central Java, 1922, against *An.aconitus*
- Mandailing, Sumatra, 1927, against *An.ludlowi* var. *sundaicus* (fresh water!)
- Tjihea, Central Java, 1931, against *An.aconitus*.

During these campaigns the measures of intervention gradually evolved to a different standard:

Sanitation of geologically created breeding places by engineering works:

- Raising of low-lying regions including drainage: Tandjong Priok 1913 (planned), Sourabaya 1916; Tegal 1928
- Raising of low-lying regions including floodgates etc.: Tjilatjap 1919, 1922 ff.
- Lowering of the water table by drainage: Sibolga 1919
- Hygiene of traffic routes: Tandjoeng Priok 1923, 1937/38

Sanitation of fishponds:

- Fishponds of brackish water are connected with the sea: Probolinggo 1921; Banjoewangi 1927
- Building of flood dikes: Probolinggo 1921
- ‘hygienic exploitation’ (regular change of salt water; control of algae; predatory fish) of the fishponds: Batavia, Semarang, Japara, Tajoe, Toe-ban, Panaroekan (after 1928)

Sanitation of rice fields:

- Continuous maintenance of the canal system: Tjihea plain 1921 ff.
- Consistent and simultaneous cultivation of the rice fields: Tjihea plain 1921 ff.

Setting up of plantations and settlements inland:

- Preservation or restoration of the local water conditions of the primeval forest
- Hygienic management of water supply and drainage.

In the course of time an intervention model developed which could be adapted to the different local conditions according to the following basic pattern:

If peripheral institutions of the public health system – either military, colonial or even private – noticed an increased malaria morbidity, they documented it and passed it on to the central malaria office which was created in 1922 and formally founded in 1924. Representatives of this office then arrived and started to work according to the following pattern:

- 50 men, 50 women, 50 children over the age of 6, 50 children under the age of 6 are examined in 3-month-intervals: the spleen index gives information about the chronic, the parasite index about the current malaria activity;
- the settlement situation is examined, especially in relation to the local conditions of coasts and water; the local vectors and their typical breeding places are determined; the breeding possibilities characteristic of the local species are eliminated with the least possible or even one single effort;
approximately every two weeks the larvae are identified; in the same intervals the houses in the vicinity of the breeding places are checked for mosquitoes.

In this version species sanitation was primarily directed against the aquatic stage of the vectors.

From an epidemiological point of view species sanitation stands for

- a locally, if necessary regionally, limited ecological control of excess morbidity and mortality of malaria
- on the basis of a ‘normal’ malaria prevalence and incidence including a corresponding ‘basis’ mortality.

The limits of the concept of species sanitation

Even a short glimpse at the historic succession of interventions shows that species sanitations usually had to be repeated after a few years and then with a considerably greater effort. This suggests that it is necessary to investigate the historic and, in addition, the systematic limits of the concept of species sanitation.

In summary, the systematic limits of the concept become clear:

- the expenses for the infrastructure (‘surveillance’, ‘maintenance’, independent malaria task force in the form of the Malaria-Bureau, epidemiologically safe interventions) were growing
- the expenses of each intervention – examples: hygienic exploitation of fishponds; building of ports and industrial regions near the coasts – were growing
- the aquatic forms of the anopheles do not always have clearly identifiable habitats – if there is no such habitat the concept of species sanitation cannot be applied
- the continuous danger, which was realized quite early on, that the mosquitoes can adapt to the changed living conditions, meaning that their apparently hereditary behaviour is in fact a plastic behaviour;
- the decreasing immunity of the local population (a species sanitation programme is followed by a malaria hyper-epidemic ca. 5 to 10 years later).

At the end of the 1930s the Malaria-Bureau had become a veritable enterprise. It was becoming clear, however, that the Malaria-Bureau could not fulfil the two essential conditions under which it was founded. These were:

- the intervention must be limited, especially regarding the costs;
- the success of the intervention must be lasting.

In view of the immunity of the population it must be said that the Dutch and the indigenous population of the Netherlands East Indies were actually

spared the more severe setbacks. In this context the notorious malaria epidemic in Ceylon from 1934 to 1936 deserve mention.¹⁴ A change in the ecological conditions – in this instance a period of severe rain after a dry spell of several years – resulted in a situation in which an immunological weakened population, which had not been in regular contact with malaria during the dry period, were faced with a population of malaria-transmitting mosquitoes which had considerably spread geographically.

This and similar incidents caused Swellengrebel to reach a fatal conclusion in later years: The cost in terms of life, health and well-being which were claimed by malaria remained constant if regarded over a longer time-period. If there was no intervention there would be a continuous low-level loss; however, any successful intervention would be punctuated by an excess mortality in regular intervals of five to fifteen years. Furthermore, he concluded that the loss of life during the epidemics would be similar to that over a similar period of time if there had been no intervention at all.

Species sanitation of malaria in the Netherlands East Indies – an example of applied medical history?

In summary – regarding species sanitation: Under these biological, technical, economical, social and political conditions species sanitation implies a constant measure of control of malaria which is limited to a few exceptional, locally restricted areas. In order to optimize the success of the concept and avoid failure or disappointment, a prospective evaluation of the biological, social and political factors is essential. Furthermore, constant monitoring

¹⁴ This disaster was to repeat itself in the period from 1968 to 1970 on a catastrophic scale after the great successes of the eradication programme in the 1950s and early 1960s (1960 to 1964 under 200 cases of malaria; 1968 to 1970 ca. 1,5 million cases of malaria). Then as now the malaria epidemics in Ceylon represented key examples in the discussion of anti-malaria programmes. From the discussion of the time cf. Clifford Allchin Gill, *Report on the Malaria Epidemic in Ceylon in 1934-35. Together with a scheme for the control of malaria in the island ... September, 1935* (= Papers laid before the State Council of Ceylon during the year 1935. Sessional Paper 23.), (Government Record Office) Colombo 1935; Rupert Briercliffe, *The Ceylon Malaria Epidemic, 1934-35. Report by the Director of Medical and Sanitary Services* (= Papers laid before the State Council of Ceylon. Sessional Papers. 1935. no. 22.), (Ceylon Government Press) Colombo 1935; Ernst Rodenwaldt, Die Malariaepidemie auf Ceylon 1934/35 als geomedizinisches Problem, *Koloniale Rundschau* 1937;28: 330-344; Anantawami B. Rao, *Malaria Control in Malaya, Java, Ceylon and South India* (= Mysore State Department of Public Health, Bulletin No. 15), (Government Press) Bangalor 1939. See also Gisela Peters, *Malaria in Sri Lanka. Eine geomedizinische Analyse*, (Univ. Diss.) Mainz 1982; Christopher M. Langford, Reasons for the decline in mortality in Sri Lanka immediately after the Second World War. A re-examination of the evidence, in: *Health transition review* 1996;6: 3-23; from a modern point of view relating to social and colonial history cf. Margaret Jones, The Ceylon Malaria Epidemic of 1934-35: A Case Study in Colonial Medicine, *Social History of Medicine* 2000;13: 87-109.

of the key factors – especially those beyond the mere biological and medical questions is paramount for success.

The historical question posed at the beginning as to how useful species sanitation developed in the Netherlands East Indies could be today, almost a hundred years later and in our present state of knowledge, can now also be answered shortly. According to the evidence laid out in this article it is doubtful if the use of historic concepts could provide a solution to the current medical problems, at least in this naïve and optimistic version.

In summary – regarding applied medical history: The historical evaluation of malaria control programmes may help to establish the key factors for the general situation relating to a malaria control programme and especially to assess the specific conditions for single measures of control. A historical analysis can be useful to describe the problem in the explorative (conceptual) phase of an intervention project, to identify factors which have been overlooked before, and to validate the established factors.

Alfons Labisch

Univ.-Prof. Dr.med. Dr.phil. M.A. (Soz.)

Institut für Geschichte der Medizin

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<Alfons Labisch> histmed@uni-duesseldorf.de

The fight against leprosy in Norway in the 19th century¹

Michael 2010;7:307-20.

The history of the fight against leprosy in Norway tells how a country in the 19th century, poor in financial resources and scientific merits, was able to reach internationally outstanding achievements in microbiology, epidemiology and public health work. These achievements are envisaged as a result of joint efforts of political and scientific-medical movements, in which the right and important actors entered the stage at the right time.

Bringing a public health problem to the attention of the health authorities

Leprosy had been prevalent in Norway since the Middle Ages. A leprosy hospital, St. George's in Bergen, had roots back to the late 1300s and had cared for leprosy patients ever since, without attracting great public attention (fig. 1). After a decline, leprosy in Norway was increasing in the 18th century, and in the early 1800s, St. George's was filled with sufferers from leprosy. At this time, after the Napoleonic wars, the breakdown of the Danish-Norwegian state in 1814 and the subsequent transfer of rule to Sweden, the general conditions in Norway were very poor, and the situation in St. George's was miserable.

Thus in 1816, the minister of the hospital church, Johan Ernst Welhaven (1775-1828) submitted an article (1) to the Journal of the Swedish Medical Association with pictures of a series of patients (fig. 2). The intention was to call attention to the unbearable conditions, however, no improvements were achieved (2).

1 Inaugural lecture by the congress president at the XXII Nordic Congress on the History of medicine, Bergen, Norway, 4 June 2009.

- *a medical movement*

Even if the diagnosis of leprosy at that time was imprecise with a number of false positive cases (3), leprosy was established not only as a concept among lay people, but also as a diagnostic entity among the learned, and leprosy was considered an increasing public health problem. In 1832, a physician, J.J. Hjort (1798-1873), was granted a scholarship to shed light on the leprosy problem, visiting the areas where leprosy was most prevalent. He concluded that there was an enormous amount of unmet need for care, that leprosy was curable and that it was a degenerative condition caused by a harsh life (4).

- *a political movement*

Hjort represented the first initiative in a medical movement, yet with no more success than the religious-philanthropic initiative taken 16 years earlier. However, one year later, in 1833, a parallel political movement was started when the Norwegian viceroy, the Swedish prince Oscar (1799-1859) visited

Region	Prevalent cases		Subsequent incident cases			
	Year	n ₁	Period	n ₂	Annual % of initial cases (i.e. 1856)	Annual % of immediate previous prevalent cases
North Norway and Trøndelag	1856	722	1856-60	348	9.6%	9.6%
	1860	700	1861-65	349	9.7%	10.0%
	1865	559	1866-70	290	8.0%	10.3%
Sunnfjord	1856	433	1856-60	209	9.7%	9.7%
	1860	305	1861-65	153	7.1%	10.0%
	1865	246	1866-70	112	5.1%	9.1%
All other regions	1856	1473	1856-60	574	7.8%	7.8%
	1860	1203	1861-65	496	6.7%	8.2%
	1865	1060	1866-70	395	5.4%	7.5%
Total	1856	2628	1856-60	1131	8.6%	8.6%
	1860	2208	1861-65	998	7.6%	9.0%
	1865	1865	1866-70	797	6.1%	8.5%

Table 1: Prevalent cases of leprosy patients resident in their homes in Norway 1856, 1860 and 1865 with subsequent 5 year incident cases by region of residence.

Source: Adapted from G. Armauer Hansen. Spedalskhedens Årsager. (7, p. 70)



Figure 1. St. George's Hospital, Bergen. (Photo, Lepramuseet, Bergen)

St. George's. On that occasion, a Bergen Member of Parliament, Hans Holmboe (1798-1868) informed the prince that some physicians considered leprosy as curable. Probably encouraged by the royal response, Holmboe, in 1836, proposed to the Parliament the establishment of four leprosy hospitals in Norway for cure and care, a patient census (659 patients or 5 per 10,000) and a Leprosy Commission to further investigate the issue (4). In Norway at that time, the idea of establishing hospitals in order to solve a medical problem had originated in the context of the Norwegian radesyke (probably a non venereal treponematoses) which represented a public health problem at the turn of the 18th century (5).

A remarkable interaction between the medical and political movements occurred in 1839 when the young physician, Daniel Cornelius Danielssen (1815-94) was appointed consultant at St. George's (fig. 3) (6). Already in 1840, Danielssen was requested by the Ministry of Health to continue his observations of St. George's leprosy patients aiming at a scientific study of the disease (7). It appears that Danielssen very early on had discovered a way to tap the Norwegian state finances.



Figure 2. Patient in St. George's Hospital around 1815 (In (1) (Unknown artist))

From attention to action

Apparently, statements in the learned society suggesting that leprosy was a curable disease had made a great impact in lay opinion. As a consequence, and also as a result of Danielssen's scientific work, the Parliament, in 1842, decided to establish a research hospital in Bergen for 90 leprosy patients, with the specific objective of developing an effective cure against leprosy (2). Being one of Europe's poorest countries at that time, this represented an unprecedented effort to solve a serious public health problem. The Lungegaards hospital was opened in 1849 with Danielssen in charge.

Another result of Danielssen's research was the publishing of 'On Leprosy' (Om Spedalskhed) co-authored by C. W. Boeck (1808-75); a comprehensive illustrated book in which the disease was given a definition with an adequate discussion of differential diagnoses. Clinical signs and symptoms were described (fig. 4), and the histopathology of leprosy was established (7). The aetiology was also discussed and based on analyses of pedigrees, leprosy was considered as a hereditary disease. One year later, in 1848, the book was translated into French and in 1855 awarded the prestigious 'Prix Monthyon'.

The necessity of establishing a leprosy control programme

At this stage, in the early 1850s, it had become obvious that leprosy in Norway resulted in an immense amount of unmet need for care. Furthermore, there was evidence suggesting an increasing magnitude of the health problem with prevalence rates, obtained in special ad hoc censuses, rising from 5 per 10,000 in 1836 via 8 in 1845 to 11 in 1852. Finally, an increasing number of cases near Oslo, in areas where leprosy had been unknown, caused alarming attention with central health authorities (4). The necessity of a leprosy control programme had become evident.

Within the scope of the medical movement, the Permanent Medical Commission of the Ministry of Health in 1851, based on a hypothesis that leprosy was a hereditary disease, proposed the establishing of a number of leprosy hospitals, ensuring sexual isolation of all patients and their descendants in the first and second generation, sterilization of all male patients and setting up of a national registry for all leprosy patients and their relatives. The proposal was not put forward before Parliament by the Ministry (4).

Rather, a far more down to earth proposal was suggested by the Bergen members of Parliament, a hospital for care, which was accepted in 1851 and opened in Bergen in 1857 (fig. 5).

However, a control programme was still lacking. At the time, there was a general agreement that a control programme aiming at eradication, had



*Figure 3. Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) (Unknown artist).
Lepramuseet, Bergen*



Figure 4. Leprosy patient, a non-lepromatous case with a facial palsy (In (4), artist: J.L. Loring (1810-1876)).



Figure 5. Leprosarium no1 (Pleiestiftelsen for Spedalske no 1) (to the left) and the Lungegaard hospital in Bergen. (In: Harris C.J., Gjerstad J, Irgens L.M., Gogstad A. En kulturhistorisk perle på Kalfaret. Bodoni forlag, Entra Eiendom AS, Bergen 2008.

to be based on firm knowledge of the aetiology. The current divergent hypotheses suggested that leprosy was

- a hereditary disease (D. C. Danielssen)
- a degenerative disease caused by a harsh life (J. J. Hjort)
- an infectious disease (F. Lochmann (1820-91)

Even if a general agreement was lacking, action was needed, and in 1854 Ove Guldberg Høegh (1814-63) (fig. 6) was appointed Chief Medical Officer for Leprosy. In 1856, a Royal Decree represented an important step towards a national control programme, involving the establishment of the National Leprosy Registry of Norway and setting up of permanent municipality Boards of Health. These Boards of Health became an integral part of general public health work in Norway for more than 100 years. The Leprosy Registry represented the world's first national registry for any disease (8). These achievements give Høegh a place among the fathers of epidemiology, i.a. together with his contemporary, John Snow (1813-58).

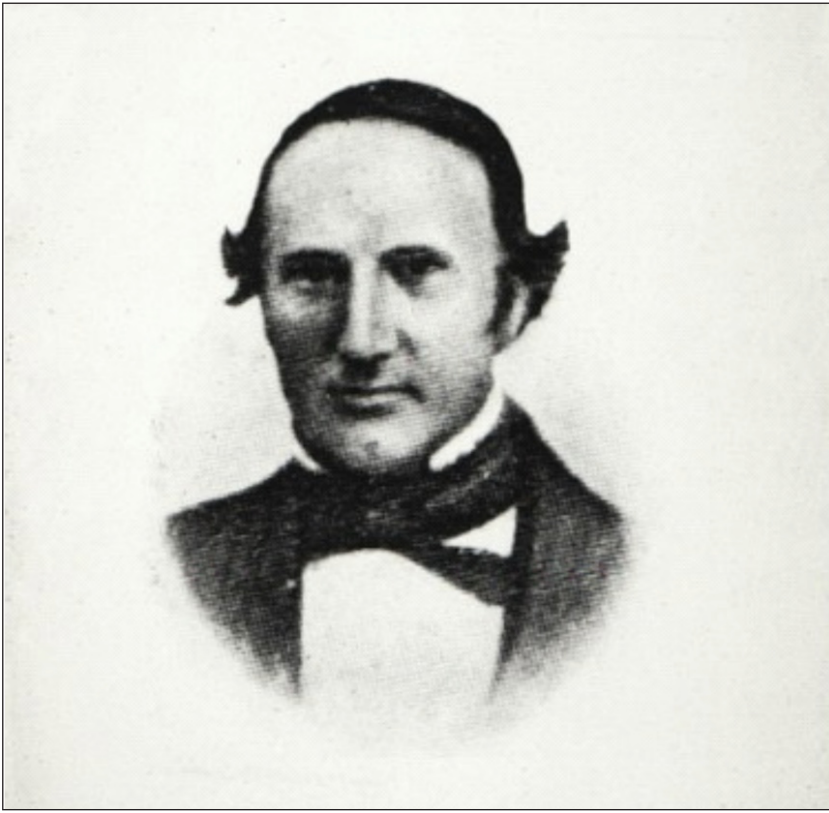


Figure 6. Ove Guldberg Høegh (1814-1863), the founder, in 1856, of the National Leprosy Registry of Norway. (In: Larsen Ø ed. Norges leger 1996, Oslo: Den norske lægeforening, 1996.)

The reasons for establishing a national registry are based on a series of necessities (8):

- provision of health care to those in need
- epidemiological surveillance of an important public health problem
- aetiological research in terms of epidemiology, identifying risk factors aiming at effective prevention

Already in 1856, Høegh prophetically claimed that ‘by processing these data, we shall identify the cause of leprosy’ (9). In 2001, the National Leprosy Registry of Norway was included in UNESCO’s heritage list: ‘Memory of the World’.

The initial part of the control programme was concluded by the erection of another two leprosy hospitals for care, Reknes, Molde (1857) and Reitgjerdet, Trondheim (1861). Together with the three hospitals in Bergen, these hospitals could accommodate 1000 leprosy patients. As the total number of prevalent cases never exceeded 3000, this hospitalization scheme represented an extremely high coverage.

Thus, one might conclude that the leprosy control programme based on an aetiological hypothesis of genetics (the medical movement), had, in actual practice, purely humanitarian objectives in terms of individual care (the political movement).

The discovery of the leprosy bacillus

In 1868, Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912) (fig. 7) started his career as a physician at the Lungegaards-hospital in Bergen. In 1873, on 28 February, he saw the leprosy bacillus (*M. leprae*) for the first time and published his discovery in Norwegian (1874) (10), as well as in English (1875) (11).

However, general agreement on the significance of his discovery was lacking (9). Already agreed upon criteria, establishing a microorganism as the cause of a disease, could not be fulfilled:

- transfer of the disease to experimental animals failed
- cultivation of the micro-organism failed
- the micro-organism could not be demonstrated in all patients.

This was the background of the *Hansen-Neisser interlude* 1879-80 (12). During the summer of 1879, A. Neisser (1855-1916) visited Hansen to cooperate in an effort to stain the micro-organism but they were not successful. However, back in Breslau, Neisser succeeded and immediately published the discovery of the leprosy bacillus as his own achievement. Not surprisingly, Hansen reacted and in 1880 published a series of articles in Norwegian (13), German (14), English (15) and French (16) in order to rectify the issue.

This interlude should also be envisaged as a part of the background of the *Hansen trial* (11). Lack of necessary evidence prompted Hansen to undertake an experiment during the autumn of 1879 by which he inoculated alleged infectious material from a lepromatous patient into the eye of a tuberculoid patient. The experiment caused increasing uneasiness at the hospital and in wider circles. Thus, in 1880, Hansen was sentenced to forfeiture of his post as physician at the hospital, but continued as Chief Medical Officer for Leprosy until his death.

Epidemiological evidence

Actually, the greater part of Hansen's 1874 publication was epidemiological and derived from the Leprosy Registry, providing evidence that leprosy was an infectious disease. He observed that the fall in incidence was greatest in areas where hospitalization had been most strictly enforced (10). If the disease was hereditary, he argued, the number of new cases during a five year period would be related to the number of cases present when registration started in 1856. However, if leprosy was infectious, the number of new cases would be related to the number of cases present immediately before the five year period.

Hansen observed that the number of new cases as a percentage of the initial prevalent cases in 1856 steadily dropped, while as a percentage of the immediate previous prevalent cases he observed a remarkable constant proportion of 10% new cases per year (Table 1) (10). He considered this observation as evidence that leprosy was infectious.

Additions to the control programme

In consequence of the evidence that leprosy was an infectious disease, the Parliament already agreed in 1877 on the 'Act for the Maintenance of Poor Leprosy Patients' (Lov om forsørgelsen af fattige spedalske m.v.). The law represented the discontinuation of an old poor-relief system by which the poor were moved from farm to farm where they were given support (2).

This law was replaced by the 'Act for Seclusion of Leprosy Patients' (Lov angaaende spedalskes afsondring og indleggelse i offentlig pleje eller helbredelsesanstalt m.v.) of 1885, which ordered the patients to be hospitalized unless they had their own room at home (2). The law of 1885 was the result of a Hansen initiative as he argued that the decline in incidence, based on data from the Leprosy Registry, was not sufficiently rapid.

Thus, based on epidemiological evidence, leprosy was considered an infectious disease, and public health consequences were taken in terms of laws ensuring isolation of infectious patients.

Evidence of international recognition

Not only Neisser visited Norway to study leprosy. Already in 1873, H.V. Carter (1831-97), Surgeon Major in the British Indian Army stated that 'The Norwegian control programme seems convincing and parts of it should be introduced in India' (2).

More specific was a statement by R. Roose (1848-1905) in 1890 that 'isolation of patients is necessary to restrain the spread of leprosy by infection' (2).

The final and most influential recognition occurred at the first international leprosy congress in Berlin, 1897: 'The system of compulsory notifi-



Figure 7. Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), the discoverer, in 1873, of the leprosy bacillus. (Photo, Lepramuseet, Bergen).

cation, surveillance and isolation as enforced in Norway should be recommended in all countries' (2).

As a symbol of this international recognition, the second international leprosy congress was organized in Bergen in 1909.

Thus, lack of bacteriological proof as to an infectious aetiology of leprosy did not impede the implementation of the successful Norwegian leprosy control programme as a model in other countries.

Implications and paradoxes

It may be considered as a paradox that, initially with purely humanitarian objectives in terms of individual care, the Norwegian leprosy control programme became most effective against an infectious disease.

A side effect of the control programme with its humanitarian background, represented another paradox. Up to the present, discrimination and stigmatization have no doubt added to the burden of the leprosy patient. Probably, the Norwegian leprosy control programme has contributed to this effect by its isolation in terms of hospitalization and by acting as a role model in other countries. However, many of the patients were seriously ill and led a miserable life at home, with little or no care, necessitating hospitalization. Furthermore, the isolation in Norway was not as rigid as in many other countries.

Even if isolation was an important factor in the fight against leprosy in Norway, it is an enigma that 'chemical isolation', rendering the patient non-infectious, has not brought leprosy under control as quickly as expected. Probably, co-factors in addition to *M. leprae*, are important in the aetiology of leprosy (3).

Finally, one might conclude that medicine and public health politics should be evidence based. However, the history of leprosy in Norway is just one example suggesting that sometimes one has to act without evidence or even against it. And what is evidence? Initially the medical 'evidence based' movement was perilous as compared with the non-evidence based political movement.

In broad historical perspectives, the role of the individual has sometimes been questioned. However, in the history of leprosy in Norway significant roles were played by outstanding individuals; Danielssen who paved the scientific and organizational way, Høegh who established the world's first national health registry and Hansen who for the first time attributed a micro-organism to a chronic disease.

Literature

1. Welhaven JE. Beskrifning öfver de spetalska i S:T Jørgens Hospital i staden Bergen i Norrige. *Svenska Läkare – Sällskapets Handlingar* 1816;3:188-220.
2. Irgens LM. Leprosy in Norway: An Interplay of Research and Public Health Work. *Int J Leprosy* 1973;41:189-198.
3. Irgens LM. Leprosy in Norway. An epidemiological study based on a national patient registry. *Leprosy Review* 1980;51(suppl. 1):1-130.
4. Hjort JJ. *Om spedalskheden i Norge*. Christiania: C.C. Werner & Co., 1871.
5. Kveim Lie A. *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2008. (Thesis)
6. Irgens LM, Helle K. Medisinske røtter i Bergen. I: *Universitetet i Bergens historie*. Bergen: Universitetet i Bergen, 1996. Bind 2 pp 248-67.
7. Danielssen DC, Boeck CW. *Traité de la Spedalskhed on Éléphantiasis des Grecs*. Paris: J.-B. Baillière, 1848.
8. Irgens LM, Bjerkedal T. Epidemiology of leprosy in Norway: the History of The National Leprosy Registry of Norway from 1856 until today. *Int J Epidemiol* 1973;2:81-9.
9. *Beretning for 1857 fra Overlegen for den spedalske Sygdom til Departementet for det Indre*. Christiania 1858.
10. Hansen GHA. Undersøgelser angaaende Spedalskhedens Aarsager. *Norsk Mag f Lægev* 1874;4(Suppl):1-88.
11. Hansen GHA. On the etiology of leprosy. *Brit a Foreign Med – Chir Rev* 1875;55:459-89.
12. Irgens LM. The Discovery of Mycobacterium Lepae. A medical Achievement in the Light of Evolving Scientific Methods. (Commissioned by the journal). *Am J Dermatopathol* 1984;6:337-343.
13. Hansen GHA. Bacillus leprae. *Nord Med Arkiv* 1880;12:1-10.
14. Hansen GHA. Bacillus leprae. *Virchow's Archiv* 1880;79:32-42.
15. Hansen GHA. The bacillus of leprosy. *Quart J Microscop Sci* 1880;20:92-102.
16. Hansen GHA. Bacillus leprae, études sur la bactérie de la lèpre. *Archive de Biologie* 1880;1:1-16.

Lorentz M. Irgens MD, PhD
Professor of Preventive medicine
Locus of Registry Based Epidemiological Research
Department of Public Health and Primary Health Care
University of Bergen
and
Medical Birth Registry of Norway
Norwegian Institute of Public Health
lorentz.irgens@fhi.no

Medicine and morality – legislation on venereal diseases in Denmark and Norway c. 1900-1994

Michael 2010;7:321-30.

The development of the legislation to combat venereal diseases in Denmark and Norway since the end of the 19th century has been a process with discussions on the balance between medicine and aspects of morality. Medicine aims at the prevention and cure of diseases, and thus wants to eradicate venereal diseases as part of the public health efforts. Morality considerations have partly been on sexual morality, which has strong cultural connotations. However, there also have been considerations as to 'the morality of citizenship', which implies that all citizens should have the same duties and rights, in this case e.g. the duty to inform about the source of contagion and the right to treatment for free. At the outset, control of prostitutes was regarded as an important measure in both countries, and the moral aspects came clearly to sight. Soon, venereal diseases were handled as medical, not moral problems both in Denmark and Norway. This was clearly formulated when both countries got new laws on venereal diseases in 1947. The moral argumentation started over again in the 1980's, when hiv/aids entered the stage as a new disease, especially found in groups of the population who already carried a stigmatisation, such as drug addicts and homosexuals. The discussions went somewhat different in the two countries, but when both Denmark and Norway got new bills on contagious diseases in 1994, the medical considerations clearly had won.

Policies to contain infectious diseases have varied throughout time. For long the diseases could be seen as God's punishment for sinful behaviour.

Following Christian morals would then be the best protection. When cholera pandemics swept the world during the 19th century quarantines were attempted to stop contagion. Isolating the sick became a means to attempt to control also diseases such as leprosy and tuberculosis.

A special case – the venereal diseases

Among the infectious diseases were the venereal diseases. Unlike plague and cholera venereal diseases did not attack big groups of people at the same time. Neither did they result in sudden and pronounced sufferings nor in quick and sudden deaths. It proved difficult to prevent the spread both of syphilis and of the more frequent gonorrhoea. Although both diseases were contagious, they were also endemic. This made quarantine an impossible weapon. Add to this that especially syphilis was hard to diagnose. If not cured, venereal diseases had very serious consequences. Syphilis developed over a period of time in three distinct stages, in the end leading to insanity and death. An infected mother would transmit the disease to the newborn baby. Gonorrhoea resulted in various inflammations, and might render women infertile. Babies born from mothers infected by gonorrhoea would usually become blind or suffer from life-threatening blood infection.

An efficient cure for venereal disease proved hard to find. For centuries, mercury treatment was among the most important remedies the medical authorities could offer. This explains the old popular saying: 'A night with Venus – a life with Mercury'. If, for some, a night with Venus might be an exciting event, a life with mercury was certainly not a pleasant experience. Mercury treatment was expensive and long lasting, with serious side effects.¹ The alternative might be to avoid a night with Venus. Thus sexual morality was from the beginning intimately intertwined with medicine.

Behind the laws

I will attempt to look at how these two concepts - medicine and morality – interacted in Danish and Norwegian legislation which was passed mainly during two distinct periods of the late 19th and the 20th century. The first period covered the years 1888 and 1947, the second stretched from the 1970's to the 1980's and 1990's. By then a new venereal disease, hiv/aids, had appeared. I am focussing on opinions among members of parliament. Attitudes within the medical profession are only considered as they were perceived by the parliamentarians.

1 Harrison M. *Disease and the Modern World. 1500 to the Present Day*. Cambridge: Polity Press, 2004, 33 – 40.

But first a few words on the concepts *medicine* and *morality*.

Medicine may be defined both as attempts to prevent disease and as ‘the art of restoring health’. *Morality* refers to ‘a particular system of morals’.² In this paper it concerns both sexual morals and what may be termed the morality of citizenship.

Sexual morality was strongly gendered throughout the 19th and at least in the first half of the 20th centuries. Female sexuality was seen as dormant until marriage and important mainly for the creation of offspring. Prostitutes were understood as deviant females looking for easy money. Respectable men were expected to show self-restraint in sexual matters. But many thought of male sexuality as a strong urge that would have to be met in order to prevent damage to men’s mental and physical health. With a high age of marriage, this might make it difficult for many men to avoid extra-marital sex. Consequently, men were seen as especially in need of protection against venereal diseases. This might lead to strict medical control with prostitutes.

The term ‘*morality of citizenship*’ indicates the principle that all citizens should have the same duties and the same rights. In this case the duty would be to behave as a responsible citizen in order to protect society as such against contagion. Rights would mean the right to free treatment, regardless of personal economic resources.

How did medicine and morality interact during the first half of the 20th century?

Medicine and morality 1888 - 1947

During the 19th century prostitutes had been seen as the main carriers of infection. Consequently, medical control with prostitutes was central. New approaches were instigated when brothels were prohibited. This happened in Norway in 1887. The following year a municipal by-law, regulating the fight against venereal diseases, was adopted in Kristiania/Oslo. It was only in 1947 that a national law on venereal diseases was passed in Norway. In Denmark brothels were outlawed in 1901, and in 1906 a Danish national law laid down new principles for combating venereal diseases. This law was revised in the 1930’s and replaced by a new law in 1947. Thus, between 1888 and 1947 both Denmark and Norway passed laws on venereal diseases.

The phrasing of all this legislation was mainly concerned with venereal diseases, not with prostitution. One might say that according to the texts of these laws venereal diseases had become just that – diseases, a medical

2 See the *Concise Oxford Dictionary*, Oxford: The Clarendon Press, 1949.

problem. Did this mean that during the first half of the 20th century medicine had triumphed over sexual morality?

No doubt medical progress had become important for the fight against venereal diseases.

In 1879 bacteriology led to the discovery of the bacteria that caused gonorrhoea. In 1906 the bacteria causing syphilis also was found. As from 1907 the Wasserman test made it easier to diagnose syphilis, and from 1909 the introduction of Salvarsan helped cure this disease, although still at great costs. During the interwar period Neo-salvarsan and some sulpha and vismuth preparations were also used. But they too required long-term treatment. Only with the access to penicillin after the Second World War did medicine find an efficient means to *cure* venereal diseases.³

This meant that until 1947 when both Norway and Denmark passed new laws, an important medical approach was to attempt to *prevent* the spread of these diseases. The main solution became to discover as quickly as possible who spread the diseases, and submit the source of infection to medical treatment. Medically, it would not be sufficient to target prostitutes. This paved the way for the morality of citizenship, treating all citizens in the same manner. This principle was obvious in the Danish law of 1906.

This law offered all Danish citizens, regardless of economic resources, the right to free medical treatment if suffering from venereal disease. At the same time it introduced the duty for all citizens to submit to medical treatment and to inform the physician who had been their source of infection. Mandatory hospitalisation could be used to curtail contagion. Non-compliance might be punished by fines. In the last instance the police might bring the patient in for treatment.⁴ Until penicillin appeared, prevention was a very important medical tool in the fight against venereal diseases.

Provisions laid down in the Danish law of 1906 may be seen both as expressions of the morality of citizenship and as important preventive medical measures. They were continued also in the law passed in 1947, and adopted in the Norwegian law passed the same year.⁵

Did that mean that sexual morality was no longer important? Definitely not.

3 Harrison 2004, 161 – 165. See also Gjessing HC. 'Penicillinbehandling av gonore ved Oslo Helsestads poliklinikk'. (Fra Oslo helsestads. Sjef stadsfysikus A. Diesen. Venerologisk avdeling Sjef Dr. H. Chr. Gjessing.) *Tidssk Nor Lægeforen* 1947;67, 538 –41.

4 Blom I. 'From Regulationism to the Scandinavian Sonderweg – legislating to prevent venereal diseases in Denmark during long the 19th century'. *Continuity and Change* 2005;20(2), 265 –86

5 Blom I. 'Fighting Venereal Diseases: Scandinavian Legislation c. 1800 – c. 1950'. *Medical History* 2006; 50: 209 –34.

The very title of the Danish law of 1906 - *Law on Prevention of Public Immorality and Venereal Contagion* (*Lov om Modarbejdelse af offentlig Usædelighed og venerisk Smitte*) - clearly demonstrates the close connection between sexual morality and medicine. Also, the long discussions in Parliament mainly concerned 'public immorality'.⁶ The first two paragraphs pointed out that police control with street prostitutes continued to be important, although now legitimated through another law, the Law on Vagrancy. Offending public propriety might be punished by fines, imprisonment or hard labour. A minority of MPs, consisting of Social Democrats and Radical Liberals in vain protested against these paragraphs.

Another sign of the importance of sexual morality was that the 1906 law prohibited the advertising of condoms. Although these 'objects' as they were called in the debate, might protect against venereal disease, the majority found it perfectly acceptable that 'people who practise extra-marital sex should accept the consequences'. Such people did not deserve protection. No doubt, questions of sexual morality were at the forefront in discussions of the Danish law of 1906.

If we turn to Norway, we find some similarities with Denmark. Also in Norway a law on vagrancy made it possible to control prostitutes, and also in Norway condoms were seen as immoral objects.⁷ But as Elisabeth Koren has pointed out, until 1947 when a national law on how to curb venereal diseases was passed, such provisions were legitimated by a variety of municipal by-laws.⁸ In the following I refer to the by-law accepted in Kristiania in 1888.⁹ Here the morality of citizenship was weaker than in the Danish law of 1906. Although the Kristiania by-law imposed the same duty on all citizens - medical treatment was mandatory - citizens did not have the duty to reveal who had infected them. This complicated the physician's attempts to find and treat sources of infection. Add to this that in Kristiania medical treatment was not free. In Norway free treatment of all patients suffering from venereal diseases was not reached until the national law of 1947. Only by then also Norway introduced the morality of citizenship, equal rights and equal duties for all citizens.

6 For the following, see note 4.

7 For the following, see note 5.

8 Koren E. 'En Trusel for selve Samfundene.' *Venerisk sykdom: tiltak, medisinsk forståelse og moraldebatt i Norge 1880-1927*. Bergen: Department of History, University of Bergen, 2003. Unpublished master thesis.

9 Blom I. 'Fra tvang til frivillighet? Forebygging av veneriske sykdommer i Oslo, 1888 – 1910'. In Benum E, Haave P, Ibsen H, Schiøtz A, Schrupf E. (eds.), *Den mangfoldige velferden. Festskrift til Anne-Lise Seip*, Oslo, Gyldendal Akademisk, 2003, 125-40.

Did this then mean that in 1947 preventive medicine and the morality of citizenship had finally won over sexual morality? A closer look at the Danish and Norwegian laws of 1947 will answer this question.

The Danish and Norwegian laws of 1947

Both laws were entitled ‘Law on Provisions against Venereal Disease’.¹⁰ This indicated that the laws concerned disease, not morality. Medicine also dominated the phrasing of the paragraphs of the laws. Sexual morality seemed absent.

But discussions in both the Danish and the Norwegian parliaments revealed that some citizens were still more to be feared than others. In Denmark conservative MPs attempted to distinguish what they called ‘respectable people’ from ‘the returning immoral clients’. They suggested allowing ‘respectable people’ free treatment also with a private physician, not only with the public physician especially designated to treat venereal diseases. But this proposal was not accepted. The morality of citizenship resulted in the same access to medical treatment for all citizens. Still, although prostitutes no longer figured in the law, the discussions pointed to irresponsible young girls as the big danger. As one MP phrased it: ‘...this uninhibited erotic-hunting crowd [of deviant girls], who every night swarms around the beams of light from the cities... they are the carriers of infection’. ‘Deviant young girls’ had replaced prostitutes as the main problem. This may be seen as a consequence of what the Danish historian Marlene Spanger has called ‘the fear of the new woman’, the independent and self-conscious woman thought to have developed during the 1920’s and 1930’s.¹¹ The growing possibility of separating sex from reproduction may also have contributed to widen the group of women who might be seen as carriers of infection. These arguments were given extra weight by pointing to the danger represented by the ‘German hussies’ (tyskertøsene), women who had frequented German soldiers during the occupation. It was warned that they might now spread venereal diseases. Nobody mentioned the possibility that a man might be a source of infection. Despite vehement discussions, in the end the law was passed unanimously in the Upper House, (Landstinget) and with a considerable majority (72 votes against an abstention of 20 votes) in the Lower House.(Folketinget).

Different from in Denmark the Norwegian law of 1947 was passed

¹⁰ For the following see note 5.

¹¹ Spanger M. ‘Myndigheternas köns- och sexualsyn. Lösaktiga kvinnor i 1930-talets Danmark’. In Jonsdottir A, Svanström Y. (eds.), *Sedligt, renligt, lagligt. Prostitution i Norden 1880 – 1940*. Stockholm: Makadam förlag, 2007, 197 – 226.

unanimously and without discussion. Why was there no discussion on this law in the Norwegian parliament?

The main reason seems to be that policies to stop venereal diseases had already been accepted. Norwegian authorities built on measures adopted during the German occupation. During the summer and autumn of 1945 girls suspected of suffering from venereal diseases might be arrested and brought to internment camps. This was done mainly in order to protect the returning Norwegian soldiers as well as the present British military personnel. The result was that for the first - and only - time statistics showed a higher proportion of women than of men infected by venereal diseases.¹²

Ironically, at the same time it was revealed that these diseases were especially frequent with young soldiers. Norwegian soldiers who from January 1947 would be taking part in the occupation of Germany, were seen as especially at risk. In June 1946 violent discussions on how to protect these young men took place in parliament. It was decided to expose the young soldiers to moral pressure through films, lectures and brochures highlighting what was termed 'Christian morals'. Information should stress that a 'real man' was a person who mastered his instincts, resisted temptations, and limited sexuality to marriage. The Minister of Defence, Jens Christian Hauge, went as far as suggesting sending a group of female soldiers to Germany to accompany the male soldiers. That was supposed to strengthen the morality of the soldiers. But the press likened this proposal to 'military brothel activities' and it was rejected in Parliament.

The suggestion that condoms should be available from sanitary unions was met with strong resistance from an important minority of MPs. They saw sexual abstinence as the only safe way to avoid venereal diseases. Making condoms easily available would in the opinion of the minority be a serious departure from Christian morals. This attitude found broad support. A popular appeal condemned access to condoms as 'a doorway to licentious sex-life'. It gathered over 400 000 signatures! Sexual morality certainly continued to be of great importance. Despite all this, the minority lost by 45 against 76 votes. It was decided that condoms should be obtainable.

12 Olsen K. *Krigens barn og deres mødre*, Oslo: Forum Aschehoug & Co. (W. Nygaard), 1998, 284 - 302. Blom I. 'Krig og kjønnsykdom - Norge 1945 - 1953'. Iin Göran Fredriksson m.fl. (red.), *Könsmaktens förvandlingar. En vänbok till Anita Göransson*. Göteborg: Skrifter från Institutionen för Arbetsvetenskap, Göteborgs Universitet, 2003, 13 - 31. Blom I. 'Contagious women and male clients : Public Policies to Prevent Venereal Diseases in Norway, 1888 - 1960', in *Scandinavian Journal of History* 2004, 29, 97-117.

Other medical prophylaxes such as ablution centres were also accepted and a venereologist would be attached to the brigade.

Arguments on provisions to protect soldiers revealed a mixture of preventive medicine and sexual morality. In the discussion on how best to protect the young soldiers the wish to see sexual morality as the main – and preferably the only – protection against venereal diseases was strong, but medical provisions carried the day.

It seems that the vivid discussions in 1946 made it unnecessary to discuss the law proposed in 1947. It was unanimously accepted, without discussion in Parliament. Like the Danish law passed the same year, it introduced the morality of citizenship and according to the law medicine had become more important than sexual morality. But for a big minority limiting sexuality to married life continued to be seen as the best protection against venereal diseases.

The demise of morality?

The last half of the 20th century witnessed the almost full victory for medicine over sexual morality. The Danish law was revised in 1973.¹³ Now worries over sexual morality were no longer addressed only at young women, but at the young generation as such, women and men alike. Information was now seen as the main means to combat venereal diseases. Compulsive measures and punishments disappeared. A court decision was needed to bring a recalcitrant patient in for treatment. The revision was unanimously passed by Parliament in April 1973. Sexual morality had changed. But a moral duty to submit to treatment remained. The morality of citizenship continued.

The new situation was a consequence of changes both in medicine and in sexual morality. Penicillin had since the late 1940's made it easy to cure venereal diseases. In Denmark full acceptance of the use of condoms and other contraceptives had made it possible to separate sex from procreation. The youth movement and the feminist movement contributed to changing perceptions of sexual morality.

Fifteen years later, in 1988, the Danish law on venereal diseases was repealed. According to discussions in Parliament this law was now seen as superfluous. It was said to have had practically no effect. It was little known and punishments were almost never used. Venereal diseases should no longer be stigmatised by questioning the sexual morals of patients. As from

13 The following builds on Blom I. 'From Coercive Policies to Voluntary Initiatives. Legislating to Prevent Venereal Diseases in Denmark during the Twentieth Century' in *Journal of Scandinavian History* 2008; 33(1): 52 - 74.

1988 special legislation on venereal diseases ceased to exist. These diseases were not even mentioned in the law on contagious diseases passed in 1979, nor were they included when this law was revised in 1994. By 1988 moral admonishments concerning these diseases had stopped. Medicine had finally won. This is especially interesting since by then the new disease, hiv/aids, was the most feared, and medical provisions against this disease were still highly ineffective.

Did this also happen in Norway?

Not quite. It took eight years of hot discussions before the Norwegian law of 1947 was repealed. This happened in 1994 when other laws considered obsolete, such as the Law on Leprosy of 1885 and the law on Tuberculosis of 1900 were cancelled.¹⁴ A new law covering all contagious diseases was passed. The problem discussed in Parliament in 1994 was whether or not to include the new disease, hiv/aids in this law. This disease did not spread solely through sexual intercourse but also through infected blood. Discussions centred on new target groups, homosexuals and intravenous drug addicts.

Two minority groups in Parliament suggested different solutions. The Progressive Party wanted especially strict control with the new disease and argued that the Norwegian Association of Physicians supported their views. The other minority, MPs from the Socialist Left, the Centre Party and one Labour MP opted for the same liberal policies as those chosen in Denmark. It was stressed that this would mean accepting the opinion of the Lesbian and Homosexual Organisation (Landslaget for lesbiske og homofile) and of the National Association against aids and it was argued that this solution was supported by a prominent specialists on venereal diseases.¹⁵ But both minority proposals were defeated.

The majority, MPs from the Labour Party, the Conservative Party and the Christian People's Party, carried the day. Hiv/aids was explicitly included in the 1994 law. The main argument was that it would be necessary to continue some constraining measures towards individuals who did not or could not take the necessary precautions. Coercion would be allowed, but only after consultation with a special committee (smittevernemnden). All punishments disappeared. The majority argued that stigmatisation and

14 Blom I. 'From coercion to individual choice? Changing policies against venereal diseases in Scandinavia, 1940's to 1990's' in Johansson K, Lindstedt Cronberg M. (eds.), *Vänskap över gränser. En festskrift till Eva Österberg*, Lund: Författerna, 2007, 235 – 54.

15 Svein-Erik Ekeid was seen as the main architect for what was said to be a successful policy followed in Norway until now. He was chair of the World Health Organisations HIV/AIDS Committee. He was strongly against using compulsion in efforts to limit aids. (Odeltingstidende 1994, 279 – 28).

moralisation concerning venereal diseases would disappear when these diseases were included in the general law on all contagious diseases. Only medical concerns would remain.

Why did Norwegian parliamentarians choose a slightly different solution from the one preferred in Denmark? As Signild Vallgård has shown, in Denmark homosexuals were seen as the main target group.¹⁶ Their strong organisations had proved extremely responsible in combating aids and they were trusted to continue to do so. This was also the case in Norway. Still, despite the support of a parliamentary minority the formulations preferred by the homosexual organizations were not accepted. As for drug addicts the two countries followed different traditions in drug policies, traditions until then mainly concerned with the consumption of alcohol. These different traditions were now transferred to drug addicts, resulting in much more liberal Danish policies than those practiced in Norway. This may help explain differences in legislation on contagious diseases.

Add to this that the Danish political system seems to have been more open for reforms than the Norwegian system. In Norway the Labour Party had ruled alone for long periods, whereas in Denmark coalition governments, even bridging the gulf between the Social Democrats and the so-called bourgeois parties had eased the possibility of changing traditions and accepting compromises.¹⁷

Anyway, in both countries all special legislation on venereal diseases disappeared. In Denmark all citizens were now treated in the same way. Medicine and the morality of citizenship definitely were victorious. In Norway the morality of citizenship was a little weaker. Some coercion was retained to make recalcitrant patients submit to medical treatment. But also in Norwegian legislation, medicine had become by far the main weapon against venereal diseases.

Ida Blom
professor emeritus
Institute of history
University of Bergen
ida.blom@hi.uib.no

16 Vallgård S. 'Problematisation and Path Dependency: HIV/AIDS Policies in Denmark and Sweden', *Medical History* 2007; 51: 99 – 112.

17 See note 14 and Petersen K, Åmark K. 'Old Age Pensions in the Nordic Countries' in Christiansen N F, Pettersen K, Edling N, Haave P. (eds), *The Nordic Model of Welfare. A Historical Reappraisal*. Copenhagen: Museum Tusculanum Press, 2006, 145–85.

Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860?¹

Michael 2010;7:332-44.

Sunnhetsloven av 1860 har hatt avgjørende betydning for utviklingen av norsk helsevesen – for organiseringen av tjenestene, for det forebyggende helsearbeidet og for helseprofesjonene. Lovens viktigste redskap var sunnhetskommisjonene, senere kalt helseråd, som ble opprettet i alle landets kommuner. Med hjemmel i loven og som helserådsordførere kunne de offentlige legene, primært distrikt-slegene, drive utstrakt samfunnsmedisinsk virksomhet. Beretninger om «bondens gjenstridighet» mot nye hygieniske vaner, var imidlertid lenge gjengangere i legenes tilbakemeldinger til de sentrale myndighetene. Det var først i det 20. århundre at de kunne rapportere om nye holdninger i befolkningen og en mer «sivilisert» og «hygienisk» livsførsel. Opprettelsen av lokale helseråd var også et nyttig redskap i legenes profesjonskamp. Gjennom helserådene ble de i gagnet «helsedirektører» i sine kommuner, og som statsansatte hadde de en fri stilling i forhold til det lokale styringsverk. Det innebar så vel status som makt og myndighet. Alle anslag mot helserådet ble derfor forsøkt slått tilbake. Men den teknologiske utvikling og nye politiske vinder innhentet denne viktige helsepolitiske institusjonen. Fra 1960-årene ble oppgaver overtatt av andre institusjoner og profesjoner. Helserådet som lokale institusjon gikk gradvis i oppløsning og sunnhetslovens mange bestemmelser ble hjemlet i nye lover. Rundt 1990 var både loven og helserådet en saga blott.

Temmelig raskt etter at Sunnhetsloven var vedtatt, ble det i tråd med lovens bestemmelser og i likhet med de fleste norske byer, opprettet en sunnhetskommisjon i Drammen legedistrikt, Buskerud Amt. Kommisjonen var seg

1 Artikkelen bygger på et foredrag holdt på Folkehelsekonferansen i Drammen 28.–29. april 2010. Konferansen var viet sunnhetslovens 150-års-jubileum. Til Folkehelsekonferansen forelå også Sundhedsloven 150 år – Lov og forarbeider med innledning av Øivind Larsen. *Michael 2010;7: Supplement 8.*

sitt ansvar bevisst og møttes jevnlig i årene framover. I 1870 ble det holdt 11 møter. På dette tidspunkt var det seks legedistrikt i amtet, det største besto av kjøpstaden Drammen og herredene Lier, Røyken og Hurum. I disse øvrige distriktene ble det i de respektive sunnhetskommisjonene holdt fra null til to møter i året.²

Slik var det i Drammen og Buskerud amt. Men hvordan var det mer generelt? I denne artikkelen gis et bredere innblikk i hvordan Sunnhetsloven fungerte i praksis og hvilken betydning den fikk for ordførerne i kommisjonene, i hovedsak de statsansatte distriktslegene.³

Veiledningene

Sunnhetsloven ble fulgt av *veiledninger* som ble utgitt i 1861.⁴ Det var én for byene og én for landdistriktene. I veiledningen for byene ble det anbefalt at sunnhetskommisjonen skulle utarbeide *lokale* sunnhetsforskrifter. Her gjaldt det å ta høyde for kommende endringer og nye krav, og å finne effektive virkemidler i bekjempelsen av sivilisasjonens mange trusler. Deretter fulgte detaljene, slik som administrative tiltak innen sanitærvesen, renovasjon og vannforsyning, næringsmiddelkontroll, byggeforeskrifter, husdyrhold, luftforurensning og «luftvæxling» (ventilasjon), kirkegårders beliggenhet og behandling av lik, sykehus for isolasjon av smittsomme syke, smittevernregler, sykdoms- og dødelighetsstatistikk, forhold i utleieboliger og arbeiderboliger og arbeidsmiljø. Kort sagt, det dreide seg om å bygge opp en velfungerende infrastruktur i byer preget av industrialisering og befolkningsvekst.

I veiledningen for sunnhetskommisjonene på landet finner vi mange av de samme punktene. Men ambisjonsnivået var lavere, og det ble manet til tålmodighet. Kommisjonens viktigste oppgave var å motta og spre kunnskaper om den alminnelige sunnhetspleien og slik fordri «barbari og van-kunnighet», som det het i forarbeidene til loven. Kommisjonens medlemmer var ansvarlige for at kunnskapen ble satt ut i livet, dels ved eksempelets makt, dels ved råd og oppmuntring. Av punkter å merke seg er råd om boligbygging og om boligenes beliggenhet, og om avfallshåndtering, alt tuftet på den miasmatiske sykdomslæren. Videre er det interessant at i motsetning til i veiledningen for byene, er det for landdistriktene detaljerte anvisninger om den *personlige hygiene*, særlig om behovet for «daglig Vadsking og Rensning af Legemet, især nødvendig for smaae Børn». Kanskje så man

2 Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1870.

3 Stoffet i denne artikkelen er i vesentlig grad hentet fra Schiøtz 2003a og Schiøtz 2003b.

4 Veiledning for Sundhedscommissionerne 1861: 700–713.

for seg at de mange bygdefolkene som flyttet til byene, skulle ta med seg «bedre» vaner?

Oppgavene

Det var omfattende oppgaver sunnhetskommisjonene i by og land sto overfor, og mer skulle det bli. Sunnhetsloven var en ramme- eller blankolov som ga rom for nye bestemmelser i takt med samfunnsutviklingen. De vitenskapelige oppdagelsene innen bakteriologien fra 1880-tallet og myndighetenes stadig større ansvar for de «sociale spøragsmaal», nedfelte seg i lovverket. I 1890-årene kom det flere tillegggsbestemmelser i sunnhetsloven, men også i kraft av andre lover og bestemmelser ble sunnhetskommisjonens ansvarsområde utvidet. Derved skjedde det også en utvidelse av ordførerens myndighetsområde. Etter hvert ble oppgavene så omfattende at de var umulige å overkomme i praksis. Rundt århundreskiftet var ordførerens oppgaver følgende:

[Han var] medlem av fabriktilsynet, af bygningskommissionen og reguleringskommissionen. Skoleloven kræver hans arbeid, naar en ny skole skal bygges. Loven om kirkegaarde har paalagt ham pligter. Jordmorloven har lagt det hygieniske opsyn med jordmødre paa helseraadets ordfører ... Tuberkuloseloven og pleiebarnsloven giver helseraadets ordfører adskilligt at bestille, og disse love vil sikkert vilde mere og mere arbejde.⁵

Mottakelsen av loven: Hva skjedde i praksis?

Bonderepresentantene på Stortinget var i utgangspunktet ikke begeistret for en lov som gav embetsstanden enda mer makt og statskassen flere utgiftsposter. Representanten Hammerstad artikulerte motstanden under stortingsdebatten i 1860. Sunnhetskommisjonene, sa han, ville bli en «død Indretning».⁶

Skal vi lytte til legen og veterinæren Ole Malms og stortingsmannen Trødals uttalelser mange år senere, fikk Hammerstad rett. I 1887 skrev Malm at resultatene av kommisjonenes arbeid var «overmåde ringe». Han tenkte først og fremst på det forebyggende helsearbeidet og på distriktslegenes påtenkte rolle som «civilisationens pionerer» utover landet.⁷ Senere, i 1912, under stortingsdebatten om en ny lov om den offentlige legeordningen, hevdet representanter fra utkant-Norge at den rolle sunnhetskommisjonene, nå kalt helserådene, spilte, var sterkt overdrevet. I enkelte landdistrikter kunne det faktisk gå opp til tre år mellom hver gang helserådet møttes. «I det heile hev eg ei sterk kjensle av, at dette med helseraadi er gjort

⁵ Scharffenberg 1907: 800.

⁶ O. No. 34. *Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing* ... 1859: 4

⁷ Malm 1887: 35.

til ein svær bygning med torn og spir; men den bygning er berre paa papiret», sa representanten Trædal fra Sogn. Slik Trædal så det, var dette heller intet problem. Det viktigste var at de syke hadde god tilgang på legetjenester.⁸

Gjenstridighet og gjennombrudd

Forebyggende helsearbeid handlet før som nå om å endre befolkningens holdninger og vaner. I denne prosessen var og er kjennskap til befolkningens sosiale og økonomiske betingelser og deres kulturelle forestillinger en forutsetning for å kunne lykkes. Implementeringen av de nye hygienekravene i 1800-tallets Norge var en kulturkamp. Det handlet om en kollisjon mellom embetsstandens kulturelle vaner og den folkelige kultur, mellom ulike idealer og ulike materielle betingelser.

Vi ser en tredeling i allmuens gjenstridighet mot hygieneidealene. Først dreide den seg om at nye forskrifter og påbud truet basale næringsveier, og at legenes formaninger var umulige å oppfylle ut fra befolkningens økonomiske forutsetninger. Det måtte en viss materiell basis til for å kunne tilpasse levevis og næringsvirksomhet i tråd med sunnhetskravene. For det andre dreide gjenstridigheten seg om ulike syn på hva som fremmer god helse eller hva det dypest sett innebærer å leve et godt liv, nærmere bestemt om de vitenskapelige og de folkelige tilnærmingene til helsebegrepet. Sist, men ikke minst, handlet det om mange legers ovenfra og nedad-holdninger og den generelle skepsisen til embetsstanden: «...thi det spores snart, at der mellem Almuen paa den ene og Embetsmanden paa den anden Side er et svelgende Dyb; Almuen betrakter Embetsmanden som noget Fiendsk, ...» som en distriktslege på Sunnmøre uttalte det i 1859.⁹

Der folkehelsearbeidet, i regi av sunnhetskommisjonene, lyktes best, synes å være i byene. Historikeren William Hubbard har blant annet påvist at offentlig hygiene, i regi av helserådet, spilte en betydelig rolle i å redusere bydødeligheten i det 19. århundre, riktignok med noen lokale forskjeller.¹⁰ De relativt hyppige møtene i byenes sunnhetskommisjoner viser at aktiviteten var høy. Jf. Drammen som i 1870 holdt 11 kommisjonsmøter, og der det også ble bygd opp en lokal helseforvaltning. Les hva stadsfysikus i byen skrev om virksomheten 30 år senere, i 1900, på et tidspunkt da utbyggingen av vann- og kloakkanlegg og kampen mot tuberkulosen sto øverst på sakskartet:

8 Stortingsdebatten gjengitt i *Tidsskrift for den norske Lægeforening* 1913: 216-17

9 NOS 1859. Fra distriktslege Sophus Høeghs medicinalberetning 1859. Bygdefolks skepsis til legestandens *kurative* ferdigheter var også stor. Kvakksalvere og bygdedoktorer hadde i generasjoner gitt den hjelpen det var behov for, og, i motsetning til bruk av lege, var den stort sett gratis.

10 Hubbard 2000.

Sundhedskommissionen i Dr a m m e n By har i de senere Aar arbeidet meget paa at faa udvidet det offentlige Kloaknet i Byen og at faa forbedret Afløbsforholdene fra de private Eiendomme, og i disse Henseender er der gjort betragtelige Fremskridt ogsaa i 1900. [...]

I de sidste Aar er der i hvert Sundhedskommissionsmøde talt om Tuberkulosen, og om den store Betydning frisk Luft og Sol samt en tørlagt Grund omkring Huset har for Helsen og for Modarbeidelsen af denne Sygdom, eftersom Sop og Sot trives i Mørke, Fugtighed og stillestaaende Luft.¹¹

I landdistriktene gikk det tregere. Eksemplene er mange om vi leter etter distriktsleger som klaget sin nød over «bondens» gjenstridighet. Det var motstand mot å innføre lokale sunnhetsforskrifter, og møtene i sunnhetskommisjonene var sjeldne og hadde lav prestisje, jf. landdistriktene i Buskerud amt der møtehyppigheten varierte fra null til to møter i året i 1870. I året 1900 fant de sted litt oftere, men ikke mye. På dette tidspunkt var det fortsatt 150 av landets 600 helserådsdistrikt som ikke hadde sunnhetsforskrifter. I rettferdighetens navn må det imidlertid sies at det også var distriktsleger som var lite interessert i å følge opp sunnhetslovens bestemmelser. Sett fra myndighetenes side var dette urovekkende, for det var i landdistriktene at majoriteten av befolkningen bodde, ca 75 % i 1875, rundt århundreskiftet ca 65 %.

Om det gikk langsomt å endre befolkningens holdninger og vaner, for ikke å si dypstrukturer i menneskesinnet, så representerte likevel sunnhets-

11 *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900.* Utfyllende om Drammen Lægedistrikt: «Hyppigt indkomne Andragender om Tilladelse til at anbringe selvtømmende, frostfrie Vandposter bliver nødig indvilget, da man har havt mange sanitære Misligheder af saadanne. Tilladelse gives kun, hvor Indlæggelse af Vand i Husene er forbundet med særlige Vanskeligheder, og der kræves da specielle Forholdsregler for at hindre, at Vandpost-kummerne kan forurenses eller benyttes som Skyllevandskum.»

Om tuberkulosen: «I D r a m m e n By og Distrikt tiltager Tuberkulosen, saa at den ved Sygdommen foranledigede Dødelighed nu er naaet op til at udgjøre lidt over en Fjerdedel af samtlige af Lægerne anmeldte Dødsfald. Alt det Indtil udførte Arbeide, saasom Desinfektion, Isolation etc. for at modarbeide denne Sygdom, synes saaledes at have været ganske forgjæves. I de sidste Aar er der i hvert Sundhedskommissionsmøde talt om Tuberkulosen, og om den store Betydning frisk Luft og Sol samt en tørlagt Grund omkring Huset har for Helsen og for Modarbeidelsen af denne Sygdom, eftersom Sop og Sot trives i Mørke, Fugtighed og stillestaaende Luft. Det er nemlig Skik i Byderne omkring Drammen, og det endog hos velhavende Folk, der har Husrum nok, at man foruden Kjøkkenet kun benytter ét Rum, som ofte er lidet og væsentlig optaget af Senge og andre Møbler, og hvor Væggene tildels er behængt med Gangklæder. Det maatte derfor anbefales at bruge de største og solrigeste Værelser til dagligt Ophold, at hugge væk Trær, naar saadanne staar lige ved Husvæggen og udestænger Solen, samt at drænere Grunden.»

kommisjonene et gjennombrudd når det gjaldt mulighetene til å kunne nå befolkningen. Bakteriologiens framvekst fra 1880-årene representerte et nytt gjennombrudd i hygienearbeidet, og var et mektig våpen i legers og andre helsearbeideres hender. Smittefrykten ble stadig mer utbredt. Kombinert med bedre økonomiske betingelser i deler av befolkningen, fant det faktisk sted endringer i hygienen mot slutten av 1800-tallet. I 1901 skrev distriktslege Eilert Støren følgende om utviklingen i sitt distrikt, Meldalen i Sør-Trøndelag:

Renlighedssansen er efter det indtryk, jeg har, vel saa god her som i de tilsvarende samfundslag i Kristiania; ja min hjertensmening er saamæn rent ud sagt, at den er bedre, og der er for mig, som kjender forholdene ganske godt, irriterende at høre om «bondens urenlighed» i sammenligning med bybefolkningens. Man faar sammenligne bondestanden i sin almindelighed med de klasser i byerne, som lever af sine hænder arbeide og med den tarvelige handelsstand og ikke med de høiest dannede og velstaaende klasser, men det gjør man saa ofte.

Selvfølgelig er der meget, som kan blive bedre, men ser vi lidt bagover i tiden, vil vi finde, at udviklingen og fremskridtets marschtakt har været ganske hurtig, og bondestanden her i dalføret har holdt trop.¹²

Men det var først i det 20. århundre at det skjedde en «innvandring» av ideer i lokalsamfunnene – at ideene ble befolkningens egne.

Legens status og posisjon: lovenes betydning

Sunnhetsloven var et viktig virkemiddel i synliggjøringen av legene og deres fagkunnskaper. Dermed bidro den også til å heve legenes anseelse i det norske folk. Profesjonen bifalt dette. Gjennom store deler av 1800-tallet, men også i det neste århundret, påpeke ledende representanter for standen at det var legene, og bare dem, som hadde den faglige ballast til å kunne legge grunnlaget for og lede den helsepolitiske utviklingen i landet. Men ikke bare det, gjennom opplysning generelt og om hygiene spesielt var de, slik de så det, særlig kvalifiserte til å bringe befolkningen opp på et høyere kulturelt og sivilisatorisk nivå. I det store nasjonsbyggings-prosjektet måtte derfor legene ha en fremskutt posisjon.

Argumentasjonen inngikk som ledd i 1800-tallets profesjonsbygging. Legestanden representerte århundrets svakeste embetsmannsgruppe – i status bak jurister, prester og militære – og de førte en vedvarende kamp for å komme på nivå med sine embetsbrødre. Det gjaldt fremfor alt kampen for

12 Støren 1901: 999-1000.

bedre arbeidsbetingelser, som lønn og standsmessig tjenestebolig. Men det ble også stilt krav om å sikre et bredere lovmessig grunnlag for deres samfunnstjeneste. Loven om de offentlige legeforretninger av 1912 var velkommen i så måte. Formålet var å styrke så vel legestanden som folkehelsearbeidet. Det ene forutsatte det andre. Loven inneholdt bestemmelsen om nærmere en tredobling av antall offentlige leger i landet, fra 161 til 355 (de fleste distriktsleger), og en tilsvarende økning av antall sunnhetskommisjoner, nå kalt helseråd.¹³

Mellomkrigstiden

En gang mellom 1900 og 1910 ble sunnhetskommisjonene omdøpt til *helserråd*.¹⁴ Vi kan spørre hvorfor. Var navneendringen ene og alene et språkpolitisk anliggende, en fornorsking av det danske-norske språk, eller reflekterte den også fagpolitiske ambisjoner, dvs. en medikalisering av nye områder? Hva er forskjellen på begrepene sunnhet og helse? Kanskje rommer helse en videre forståelse enn sunnhet? Jeg kan ikke gi noe svar, men det er verdt å merke seg at helserrådenes jurisdiksjon eller ansvarsområde ble sterkt utvidet i tiden rundt århundreskiftet. Ikke minst gjaldt det – som allerede nevnt – det sosiale feltet.

Av ulike grunner ble ikke folkehelsearbeidet i regi av helserrådene styrket med den effektivitet som 1912-loven forutsatte. For det første innebar økningen i antall stillinger en betydelig utvidelse av arbeidsmarkedet for medisinerne. Et tidligere vanskelig arbeidsmarked snudde til det motsatte, og det ble stadig vanskeligere å besette offentlige stillinger ute i distriktene – delvis fordi det ble uteksaminert for få kandidater, delvis fordi øvrige deler av arbeidsmarkedet tiltrakk seg flere. Det skyldtes ekspansjon innen institusjonshelsevesenet og at det ble mer økonomisk attraktivt å «nedsette sig» som privatpraktiserende lege i byene.

Men tidene skiftet, og under de økonomiske krisetidene i 1920-årene og deler av 30-årene ble det igjen populært å søke distriktslegestillinger. Paradoksalt nok skulle den økende populariteten ikke føre til økt satsing på folkehelsearbeidet. Tvert imot. Fra annen halvdel av 20-tallet ble det stillingsstopp, en rekke distriktslegestillinger ble inndratt og distrikter ble slått sammen. De legene som ble igjen, måtte vie stadig mer av sin tid til kurative oppgaver. I argumentasjonen mot nedleggelser ble frykten for å svekke det hygieniske arbeidet holdt opp som det sterkeste kort. Ifølge regjeringen kunne ledelsen av helserrådet overføres til privatpraktiserende. Det

¹³ Nærmere om dette se Schiøtz 2003a.

¹⁴ I 1907–08 ble betegnelsen for første gang brukt i Medisinaldirektørens skrifter.

falt i dårlig jord. Motargumentet var at de private legene måtte hegne om sine økonomiske interesser på en helt annen måte enn de offentlige, og de ville komme i skvis mellom ivaretagelsen av egeninteressene og av viktige samfunnsoppgaver.¹⁵ Regjeringen hørte ikke etter.

I 1930-årene fikk de en rekke stortingspolitikere med seg. I en debatt i Stortinget om endringer i legeordningen i 1933 så representanten Enge fra Helgeland (Ap) med gru for seg at befolkningen igjen skulle synke ned i skitt og elendighet: «Når jeg ser på denne plan for den nye lægeordning, synes jeg liksom å øine i det fjerne Peter Dass' tid komme sigende inn på oss – vi får igjen de gamle nordlandske forhold, kanskje med skinnfelden med lusa og kanskje med mange andre ufysiselige ting.» I Nordland ville man, ifølge Enge, måtte innstille det hygieniske arbeidet – all den kamp som ble ført mot tuberkulosen og alt det arbeid som ble gjort for å få hygien inn i hjemmene, «for å verne folkehelsen og verne mot epidemiske sykdommer».¹⁶

Hva slags konklusjoner er det mulig å trekke ut fra 30-årenes debatter om det offentlige legevesenet? De bærer tydelig preg av at det blant de folkevalgte hadde skjedd en bevisstgjøring med hensyn til betydningen av det hygieniske arbeidet, og at legene gjennom dette arbeidet hadde styrket sin anseelse og stilling som samfunnsaktører. Men støtten fra opposisjonens politikere kunne ikke forhindre nedleggelse og svekkelse av helserådene. Skjønt Sosialdepartementets forslag i 1933 om å innendra 143 offentlige legestillinger¹⁷, resulterte i at bare 34 ble fjernet.

På den annen side, helserådene synes også å bli styrket i denne perioden. Gjennom en revisjon av sunnhetsloven i 1930 ble det vedtatt at rådene skulle ha minimum én kvinne blant sine medlemmer. Forslaget om lovendring var kommet fra Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS). Sanitetskvinnenes ville ha minimum to kvinner i helserådene. Argumentasjonen tok utgangspunkt i at det i første rekke var kvinnene som forvaltet hygienearbeidet. Det gjaldt i hjemmene og i de frivillige organisasjonene, begge nøkkelområder i folkehelsearbeidet. Og så skulle de ikke være med å styre? I en

15 *Aftenposten* 1934. Fylkeslegen i Buskerud, Sverre Kjølstad, skrev følgende: «En privatlæge vil og må alltid bli så vidt avhengig av sitt klientell, som skaffer ham levebrød, at de rene linjer i det hygieniske forebyggende arbeide lett vil utviskes.»

16 *Innstilling fra helsekomiteen om Det offentlige legevesen* (Budgett-innst. S. nr. 53, 1933: 936 ff). Stortingsdebatten ble gjengitt in extenso i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1933-årgang. Sitatet er hentet fra s. 666–667.

17 *Aftenposten* 1934. Fylkeslege Kjølstad hevdet at en slik reduksjon ville innebære «... en fullstendig ødeleggelse av den i 1912 vedtatte plan for det offentlige lægevesen. Forslaget fikk i Stortinget en særdeles kjølig mottagelse og blev av helsekomiteens formann karakterisert på en lite smigrende måte».

resolusjon fra NKS' landsmøte i 1926 het det at hensikten var «å få helse-rådene alsidig sammensatt og derved mere effektive». I et brev til medisinaldirektør Wefring tre år senere ba sanitetskvinnene om hjelp til å få fremmet saken «... som vi finner av så stor betydning for vårt lands sundhetsvesen.»¹⁸

Helserådet var selve hjertet i den offentlige legeordningen, og «helse-råds-saken» var en gjenganger blant de offentlige legenes kampsaker. Det var deres viktigste sak. Å «true» institusjonen handlet både om å rokke ved vitale samfunnsinteresser og ved legenes myndighetsområde og posisjon i det lokale hierarkiet.

Etterkrigstid

Om arbeidet i helserådene under krigen skal jeg kun nevne at helserådsordføreren ble tillagt en mer autoritær rolle – i tråd med «førerprinsippet» – og at arbeidet i det store og hele ble vanskeliggjort og til dels lagt ned.

Den unge og virkelystne helsedirektøren som ble utnevnt i 1938, Karl Evang, hadde arbeidet i eksil under krigen, hadde lagt store planer for etterkrigstidens folkehelsearbeid eller sosialmedisinske virksomhet, som han likte å kalle det. Her inngikk planer for utbyggingen av helserådene. Det skulle først skje ved en oppsplitting av legedistrikter slik at hver distriktslege og hvert helseråd fikk et mindre geografisk område og færre saker å forholde seg til. Det var en kjensgjerning at det offentlige helsearbeidet i stor grad fikk lide til fordel for det kurative arbeidet.

Dernest kom spørsmålet om helserådets sammensetning. Det var et viktig poeng helt fra starten av at sunnhetskommisjonen skulle bestå av så vel fagekspertter som lekfolk. I 1940- og 50-årene ble det ivret for at lekfolkene måtte ut. Rådene måtte være upolitiske, og medlemmene burde velges slik at det som helhet fikk størst mulig helsemessig kyndighet, skrev fylkeslegen i Rogaland i 1947.¹⁹ Vi var inne i en periode da fagligheten sto sterkt.

Dessuten ble helsesøsterfunksjonen styrket. Hvert distrikt skulle ha sin helsesøster, hun skulle inngå som distriktslegens og helserådets hjelpepersonell. Mye av tiden skulle vies skolebarn og spedbarnskontroll i helsestasjonene, samt hygienisk veiledning i hjemmene. Men først måtte de utdannes, og en egen helsesøsterskole ble opprettet i 1947.

18 Riksarkivet. Boks 338. *Om revisjon av sunnhetsloven 1939, 1927.*

19 Riksarkivet. Boks 2, mappe 021. Skriv fra fylkeslege Edvard Hegbom, 30. oktober 1947.

1960- og 70-tallet

1960-årene bød på nye utfordringer for det offentlige helsearbeidet og de offentlige legene. Av ulike grunner ble det igjen vanskelig å rekruttere til etaten. Det skyldtes først og fremst de medisinske gjennombrudd og spesialiseringen innen de medisinske fag. Utbyggingen av sykehusvesenet førte til nye og attraktive stillinger. Primærlegene ble fratatt stadig flere oppgaver og ble, som enkelte uttrykte det, sittende med en henvisningspraksis. I en slik sammenheng ble det å hegne om helserådsarbeidet viktig.

Men helserådet ble truet fra flere kanter. For det første skjedde det en storstilt kommunesammenslåing dette tiåret, etter Schei-komiteens innstilling fra 1962. Det innebar at helserådene ble færre. Ifølge loven skulle det bare være ett helseråd i hver kommune. Dermed ble flere distriktsleger sittende uten helserådsoppgaver. Etter protester kom det mot slutten av tiåret en lovendring. Legene fikk sine råd tilbake.

Trusselen fra utenverdenen var imidlertid farligere. Samfunnet endret seg, nye problemer oppsto, gamle endret karakter, og i takt med samfunnsutviklingen ble også oppgavene stadig mer spesialiserte. Det var ikke å forvente at legene hadde kompetanse innen hele det saksfeltet helserådet hadde ansvar for. Så skjedde da også det at oppgaver ble flyttet ut av rådet og tatt hånd om av ingeniører, psykologer og andre fagfolk. Det gjaldt miljørettet helsevern og oppgaver hjemlet i bygningslov og sosiallovgivning. Utover på 70-tallet forsterket disse utviklingstendensene seg. Helserådet ble gradvis tappet for både oppgaver og ansvar. Sett fra en annen synsvinkel dreide dette seg om en utvikling der det var behov for å tilpasse samfunnets institusjoner til endrete betingelser.

De offentlige legene på sin side hevdet at problemene knyttet til samordningsspørsmål og miljøvern burde kunne løses innen eksisterende organisatoriske rammer. Vi må bygge på det som er bra, var omkvedet. Problemene med helserådene slik de nå fungerte, eller ikke fungerte, bunnet i at de manglet så vel penger som hjelpepersonell. Når helserådets ordfører dertil var en overbelastet distriktslege med 60-70 timers arbeidsuke – der det aller meste av tiden gikk med til å tilfredsstille befolkningens behov for kurative tjenester, og der det fantes få eller ingen reelle muligheter for faglig oppdatering – så sto legen nærmest maktesløs overfor det vell av oppgaver han eller hun burde gripe fatt i.

Ytterligere en trussel meldte seg: I 1930-årene var forslagene om helserådenes oppløsning knyttet til landets økonomiske problemer. I 1970-årene handlet det mer om ideologi enn om økonomi. Nærmere bestemt handlet det om å svekke ekspertenes dominans og å overføre makt og myndighet til folkevalgte organer – alt i tråd med de demokratiserings- og desentraliseringstendensene som lå i tiden.

Opptakten til kommunehelseloven

I 1972 og i 1975–76 kom det to offentlige dokumenter, en NOU og en stortingsmelding, som fikk avgjørende betydning for så vel helserådene som de offentlige legene.²⁰ NOU-en inneholdt noen brannfakler som, ifølge Evang, kom «som et sjokk i vide kretser av de offentlige leger».²¹ Distriktslege Hans Petter Schjønby skrev: «Innstillingen sier jo kort og godt at helserådene skal avskaffes, og at de offentlige leger mister kontrollen over det planlagte helsearbeid. ... Kan innstillingen tas som et mistillitsvotum til det offentlige legevesen?»²²

I innstillingen het det at hver kommune burde opprette et sossialsenter bestående av en helse-, trygde- og sosialseksjon. Den faglige delen av arbeidet i senteret burde ikke ledes av noen lege eller helserådsordfører, men av et *sosialutvalg* som skulle bestå av lederne for de forskjellige seksjonene. Administrativt skulle utvalget underordnes en *politisk* valgt nemnd, kalt *helse- og sosialstyret*. Det ble videre foreslått at helserådets *tekniske og hygieniske* pregede oppgaver skulle overføres til kommunens tekniske etat. I realiteten fremmet Sosialreformkomiteen forslag om å legge ned helserådet og derved også foreta drastiske endringer i de offentlige legenes arbeidsbetingelser og myndighetsområde. Sett fra de offentlige legenes side var forslaget om et politisk oppnevnt helse- og sosialstyre meldingens mest kontroversielle forslag. Særlig fordi man her så en utvikling i retning av en politisk styrt helsesektor på bekostning av fagstyret.

Helserådet som institusjon ble ikke nedlagt – ikke formelt. I 1977 kunne helsedirektør Mork melde at helserådet, som ett år tidligere hadde en usikker framtid, i det siste året syntes å ha befestet sin stilling.²³ Men legene følte seg ikke trygge, og kampen fortsatte. Så kom lov om kommunehelsetjenesten i 1982. Her heter det at rådet skal bestå (§ 1-3), men det står også at «Kommunestyret kan opprette styre, utvalg eller nemnd for bestemt saklig og/eller stedlig arbeidsområde innen helsetjenesten» (§ 3-2). Etter som tiden gikk ble helserådet stadig mer amputert. Helse- og sosialstyret, sammen med en del andre kommunale utvalg og organer, overtok det meste av styringen. I 1987 var helserådet ute.²⁴

20 NOU 1972: 30. *Sosialreformkomiteens innstilling II*. Stortingsmelding nr. 9 (1975-76) *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*.

21 *Aftenposten* 6. og 7. januar 1976, dobbeltkronikk.

22 *Utposten* 1972, nr 4.

23 *Utposten* 1977, nr 4-5: 16.

24 Mer om dette i Berg 2009 og Schiøtz 2003a.

Sunnhetsloven i norsk helsehistorie

«Den historiske begivenhet som mer enn noen annen hendelse har satt sitt preg på norsk helsetjeneste og bidratt til at sunnhetsforholdene i Norge i dag er så vidt gode, er utvilsomt sunnhetsloven av 1860,» skrev helsedirektør Karl Evang i 1955.²⁵ Uttalelsen sier mye om den betydning loven har hatt for utviklingen av norsk helsevesen – for organiseringen av tjenestene, for det forebyggende helsearbeidet og for helseprofesjonene. Hvorfor fikk loven så stor betydning, og hvorfor ble den stående så lenge? For det første handlet dette om lovens *elastisitet*, ved at den gav hjemmel for å løse stadig nye oppgaver. Dernest handlet det om sunnhetskommisjonenes spesielle *sammensetning* eller demokratiske innretning, der ulike parteres krav om styringsrett ble imøtekommet og som skapte legitimitet i befolkningen. Sist, men ikke minst, dreide det seg om lovens *lokale nedslagsfelt* og *lovgivende kraft*, med kommunen som et avgrenset og oversiktlig ansvarsområde.

Litteratur

Aftenposten 6. og 7. januar 1976, dobbeltkronikk av helsedirektør Karl Evang.

Aftenposten, onsdag aften, 11. april 1934. Skal vårt offentlige lègevesen undergraves? Av fylkeslege Sverre Kjølstad.

Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1870. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri 1872.

Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900. Kristiania: I kommission hos H. Aschehoug & Co 1902.

Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809 – 1983 – Den gamle helseforvaltning*. Rapport fra Statens helsetilsyn 8/2009.

Evang K. Sunnhetsloven av 1860 som den dag i dag kan inspirere vårt helsearbeid. *Liv og Helse* 1955: 201-3.

Hubbard W. The urban penalty: Towns and mortality in nineteenth-century Norway. *Continuity and Change* 2000; 15: 331–50.

Innstilling fra helsekomiteen om Det offentlige lègevesen (Budgett-innst. S. nr. 53, 1933). Stortingsdebatten ble gjengitt *in extenso* i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1933; 59: 493–94, 542–51, 60–68, 663–77.

Malm O. *Om en ny ordning af det civile lègevæsen*. Kristiania 1887.

NOS 1859. Fra distriktslege Sophus Høeghs medicinalberetning, Søre Sunnmøre 1859.

NOU 1972: 30. *Sosialreformkomiteens innstilling II*.

O. No. 34. *Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing betræffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. Betænkning og Udkast, afgivet af den ved kongelig Resolution af 6te Februar 1858 naadigst anordnede Commission, dateret 30te December 1859*.

25 Evang 1955: 201-203.

- Riksarkivet, Sosialdepartementet, Medisinaldirektoratet/Helsedirektoratet, Legekontoret, boks 2, mappe 021. Skriv fra fylkeslege Edvard Hegbom, 30. oktober 1947.
- Riksarkivet. Sosialdepartementet, Medisinaldirektoratet/Helsedirektoratet, Legekontoret, boks 338. Om revisjon av sunnhetsloven 1927, 1939.
- Scharffenberg H F. Det civile lægevæsens omordning. Bemerkninger til distriktslæge C. Benneches udtalelser. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1907; 27: 800 ff.
- Schiøtz A (a). *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax Forlag 2003.
- Schiøtz A (b). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Stortingsmelding nr. 9 (1975–76). *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*.
- Støren E. *Meldal gjennom det 19de aarhundrede. Essay i antropologi og folkehygiene*. Særtrykk av *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. Kristiania 1901.
- Sundhedsloven 150 år – Lov og forarbeider med innledning av Øivind Larsen. *Michael* 2010;7: Supplement 8.
- Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1913; 33: 216–17.
- Utposten* 1972, nr 4.
- Veiledning for Sundhedscommissionerne ... Udarbejdet af Indre-Departementes Expeditionsschef for Medicinalvæsenet. *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, Christiania 1861: 700–13.

Aina Schiøtz
professor i medisinsk historie
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
aina.schiotz@isf.uib.no

Loftsrydding, sunnhetskommisjoner og basiller

Michael 2007;7,345-50.

Ved utgangen av 1800-tallet, da smittsomme sykdommer og mangelfull hygiene var et meget stort problem, spesielt i en raskt voksende by som Kristiania, kunne man også tillate seg å spøke med dette! To viser fra Nytaars-revyen paa Eldorado i 1893 er bevis på det. Bacillens Sang og Sundhedscommissionens Vise gjengis her som faksimile.

Å bo i et gammelt hus etter sine forfedre kan by på en og annen overraskelse, f. eks. at man kommer over gamle og rare dokumenter innerst på loftet. Det gjaldt undertegnede for noen år siden. Jeg kom over en kasse med gamle noter og sanghefter.

Noen av visene vakte spesiell interesse, ikke minst ut fra tittelen. Den ene het *Bacillens sang*, den andre hadde overskriften *Sundhedskommissionens Vise*. Senere har jeg ved noen anledninger fått musikkmedarbeider i NRK, Eivind Bøksle til å fremføre sistnevnte med akkompagnement av prof. dr. med Sverre O. Lie som var ansatt ved Barneklubben på Rikshospitalet. Siste gang den ble brukt offentlig, var under Folkehelsekonferansen 2010 i Drammen i april hvor vi feiret Sundhedslovens 150 års-jubileum. Da ble visen fremført av Kjetil Roos-Bjerke med Olaf Gjerløw Aasland ved pianoet.

De to visene er å finne i et hefte fra *Nytaars-revyen paa Eldorado i 1893*. Begge sangene gjengis som faksimile på de neste sidene .

Når det gjelder *Sundhedskommissionens Vise*, finner vi navn som Ludvig Meyer (1861-1938) og Nissen (Oscar Nissen). Dette var to veteraner i det radikale miljø som etter hvert var med og dannet Arbeiderpartiet i 1887. De var «overløpere» fra Kristianias overklasse.

Nº 9. Bacillens Sang.

Tempo di Mazurka.

The musical score is written for piano and voice. The piano part consists of a simple harmonic accompaniment in the left hand and a more melodic line in the right hand. The vocal line is written in a single staff with a treble clef. The lyrics are in Danish and describe a character named Bacillus who is a doctor and a lover. The score is divided into six systems, each with a piano accompaniment and a vocal line. The first system includes a tempo marking 'Tempo di Mazurka.' and a dynamic marking 'f'. The second system includes a 'Fine.' marking. The third system includes a '1. Før man' marking. The fourth system includes a 'næ-ring' marking. The fifth system includes a 'vis-domstort' marking. The sixth system includes a 'al - vor' marking. The score ends with a double bar line and a repeat sign.

1. Før man trød-de, els-kov og

Fine.

tæ-ring, Svindsot og ryg-ter og cho-le - ra Lå i luf-ten og fik sin

næ-ring Af- Ja, man vid - ste ei hvor - fra! Nu da vor

vis-domstort er ste-gen, Ved man jo, hvad der spil - ler med: Hvis der skal

al - vor bli i le-gen, Ved man, der maa ba - cil - ler med!

C. W. 1886

Mazurka.

Og se paa mig, vø-ver og lil - le! Jeger jo just en slig ba - cil - le!

Varmsomet kys, let som en vind, Flyr jeg i sjæl og sind dig ind!

Se blot paa mig! Slige ba - cil - ler Nyttet det ei, man stængsler stil - ler;

Vikommer til, og selv du vil Hil-se vort Spil med: *Vive la ba-cille.*

D.C. al Fine.

2.

Kommer saa de kommbaciller,
 Blir det et spørgsmaalstegn, ak ja -
 Om til livet punktum de stiller!
 Tankestreg - Du har kolera!
 Men, hvad den *kommabacille* kom a',
 Kan man dog mærke af og til;
 Værre er *udraabstegns-bacillen*
 Kaldet: *Le grand reclam-bacille*.
 Ja den er fæl, er den end lille;
 Kjender De den reklam-bacille?
 Selv her i nord fandt man dens spor,
 Og i vor jord den stor sig gør!
 Ja, den er fæl, og slige baciller
 Nyttet det ei, man stængsler stiller;
 Hvor den end vil, den har sit spil
 Og skriger selv: *Vive la bacille!*

3.

Men den allerværste bacille,
 Siger man, skal i hjertet bo,
 Og i hvert et hjerte en lille
 Spire der fins, - ja eller to!
 Hjerte og hjerne blir betændte,
 Begge blir fyldt af farlig ild!
 Ofte det hændte: Med død det endte
 Smittedes man af: elskovs-bacille!
 Og se paa mig, vever og lille!
 Jeg er jo just en slig bacille!
 Varm som et kys, let som en vind,
 Flyr jeg i sjæl og sind dig ind!
 Se blot paa mig! Slige baciller
 Nyttet det ei, man stængsler stiller.
 Vi kommer til, og selv du vil
 Hilse vort Spil med: *Vive la bacille!*

Nº 8. Sundhedskommissionens Vise.

Allegro moderato.

Charles Kjerulf.

1. Med hver en kost, komunen

ei - er, Vi gaar i gaar-de - ne og fei - er, Og lidt det

vei - er, Om tidt vi plei - er At bli til sorg for hver en

lei - er! Hver søp-pel - kas-se rundt vi drei - er, Mulk-te - rer

strengt den kas-ses ei - er Og fó - rer den ad lan - ge

vei - er I by - en *rit.* rundt, det er saa *a tempo* sundt. *p* Og det er

C.W. 1886

to - nen I kom-mi - sjo - nen, Ja, det er to - nen, to - nen,

to - nen. Og det er to - nen I kom-mi - sjo - nen, Ja, det er

to - nen, to - nen, to - nen. Og det er to - nen I kom-mi -

sjo - nen, Ja, det er to - nen, to - nen, to - nen. Og det er

to - nen I kom-mi - sjo - nen, Ja, det er to - nen, to - nen, to - nen.

2

Ak, kunde-vi med feiergreier
 Faa bort alt smuds, som byen eier!
 Vandt kosten seier paa slig en feier
 Som Nissen, og som Ludvig Meyer!
 Paa redaktørerne, som pleier
 At kværke rygget, brafolk eier,
 Og som paa opspind blot arbeier
 Haleluja! Det skulde da,
 [: Bli „hovedtonen“ i kommisjonen,
 det sku' bli tonen, tonen, tonen!:]

C.W. 1886

Meyer var advokat og en av byens største gårdeiere. Han var i årene 1897-1900 formann for Arbeiderpartiet og i 1898-99 også redaktør av *Social-Demokraten*. Oscar Nissen (1843-1911) som var lege, var redaktør av *Social-Demokraten* i årene 1894-98 og senere formann i Arbeiderpartiet (1906-11). Han fremmet i 1893 krav om at «sygepleien» måtte overtas av det offentlige ved kommunene og dekkes over skatteseddelen. Ellers er Oscar Nissen mest kjent for sitt sosiale engasjement og sterke støtte til de streikende fyrstikkarbeiderskene ved Bryn og Grønvold fyrstikkfabrikker i Kristiania i 1889. Et hovedpoeng i streiken var de helseskadelige forholdene kvinnene arbeidet under og der den farlige sykdommen fosfornekrose var utbredt. Den angrep kjeven og kunne i verste fall føre til at benstykker smuldret vekk.

Oscar Nissen holdt for øvrig festtalen til åpningen av Folkets Hus i 1907. Her manet han frem bildet av en klasse og bevegelse på vei opp i lyset og inn i folkefellesskapet: «Folkets Hus! Et vældigst navn! Før alene Guds hus. Nu stiger folkets op af jorden. Her er alle velkommen – alle stænder og folkeslag! Arbeiderne er med i den store fremtidsmarsch; ingen lades tilbage. Arbeiderbevegelsen er den moderne kulturs brændpunkt. Det nødtvungne proletariat er snart en drøm. .. Det rødmer i horisonten og solen stiger. Alle sammen mod maalet – alle ærlige mænd og kvinder. Saa vær da dette sted helliget vore organisationer og deres arbejde».”

Teksten og notene til *Sundhedskommissjonens vise* er altså til en revy-vise. Den har en snert mot alt det radikale og innføringen av tvungen renovasjon. Uansett hvilken side revyen stod på i 1893, er det interessant å merke seg at *sunnhetsskommisjonene med dette hadde fått sin egen vise*. Man kunne altså spøke med dette!

Sundhedscommissioner er det gamle navnet på helserådene. De kom i forbindelse med Sundhedsloven av 1860. Fra 1905 sees betegnelsen «Helseråd» å ha blitt allment brukt.

Kanskje kan visen brukes av dagens ansatte i kommunehelsetjenesten, på en avslutningsfest, en sommerfest eller lignende?

Og så går det an å lage tilleggsvers selv, også.

God sang!

Anders Smith
tidligere fylkeslege, seniorrådgiver
Helsedirektoratet
anders.smith@helsedir.no

Fra tanntrekker til helsearbeider

Et tilbakeblikk på framveksten av tannlegeprofesjonen i Norge

Michael 2007;7,351-62.

Norsk odontologi feiret tre jubileer i 2009: Den norske tannlegeforening fylte 125 år, Statens Tandlægeinstitut – senere omdøpt til Norges Tannlegehøgskole – ble åpnet i 1909, altså for 100 år siden og femti år senere, i 1959, ble tannlegeundervisningen lagt til Universitetet. Denne artikkelen bygger på et jubileumsforedrag holdt på Tannlegeforeningens landsmøte i 2009. Artikkelen omhandler begivenheter i foreningens historie: fremveksten av tannlegeprofesjonen, interne stridigheter – og pussigheter.

1884 var et merkeår år i norsk politisk historie. Det året ble parlamentarismen innført og våre to eldste partier stiftet, først Venstre, deretter Høire. Det var også da organisasjonstanken for alvor kom på dagsordenen og blant annet medførte at Den Norske Tandlægeforening ble stiftet – faktisk to år før Den norske lægeforening ble til i 1886. At vi fikk en egen tannlegeforening ble i neste omgang avgjørende for at tannlegeutdannelsen ble formalisert fra 1893 med opprettelsen av Statens Poliklinik for Tandsygdomme, og for at Statens Tandlægeinstitut ble opprettet i 1909 (1-5).

Noen mente at tannlegeundervisningen burde legges til Det kgl. Frederiks Universitet. Men Universitetet betakk seg (1-3). Ingen «katt blant hermerlinerna». Det gikk ytterligere 50 år før tannlegene slapp inn i de hellige haller. Det skjedde da Norges Tannlegehøgskole ble innlemmet i Universitetet i Oslo (UiO) i 1959. Tre år senere (1962) kom tannlegeundervisning i gang også ved Universitetet i Bergen (UiB), og vel førti år etter det (2004), ved Universitetet i Tromsø (UiT).

De første tannlegene

Nå var det ikke slik at alle tannlegene som praktiserte før 1880-årene mangle skolering. I 1852 ble det krav om eksamen for den som ville kalle seg tannlege, og det ble opprettet en eksamenskommisjon bestående av tre leger – selv om forarbeidene tilsa at det «helst» også skulle være med en uteksaminert tannlege. Men dem var det ikke mange av. Da foreningen ble stiftet, var det omlag 50 i hele landet – hvorav vel 20 holdt til i Kristiania. Fire av landets tannleger var kvinner (3). Autorisasjonen avhang i hovedsak av om kandidaten hadde gjennomgått den foreskrevne læretid hos en fagperson som allerede var i yrket. På den måte ble visdom og vranglære overført mellom generasjonene.

De som praktiserte faget frem til 1880-tallet, utgjorde en broket masse. «Tandlægeri» ble stort sett utøvet av andre enn fagfolk. Det verserer historier om bygdesmeder og andre kraftkarer som trakk tenner. Slik kunne det ikke fortsette å være, mente mange, både leg og lærd, etter hvert som tannråten utviklet seg epidemisk i de voksende bysamfunnene og ble en folkesykdom i annen halvdel av århundret. Enkelte leger tvilte på nødvendigheten av en egen utdanning eller en egen tannlegestand. Et medlem av Det medisinske fakultet ved Det Kgl. Frederiks Universitet i Christiania uttalte i 1827: «Endnu er her i landet ingen auctorisert tandlæge og gid han aldrig maa komme»(3). Det var tilløp til profesjonsstrid, og flere leger mente det var tilstrekkelig med deres yrkesgruppe, supplert med en håndfull selv lærte praktikere som kunne utøve litt *plombering* – som man sa helt til 1960-tallet – i tillegg til tanninnsetting, etter legenes anvisning og tilsyn.

Profesjonalisering – tross motstand

I 1884, da NTF var stiftet, ble kravene til utdanning mer høyrøstede. Debatten dreide seg blant annet om hvilken allmennutdanning som skulle kreves av dem som fremstilte seg til eksamen. Fra 1884 måtte kandidaten ha middelskoleeksamen foruten to års beskjeftigelse hos autorisert tannlege. Men de toneangivende i foreningen ville løfte standen opp til å bli en *profesjon*. Det betinget at utdannelsen ble akademisert med *examen artium* som inngangsbillett.

Heller ikke nå var alle enige, verken blant tannlegene eller legene. Et argument mot artiumskravet hadde tidligere vært at det ville hindre kvinner fra å søke tannlegeyrket. Først i 1882 ble lov om kvinners adgang til examen artium og philosophicum vedtatt. Samme år tok den senere kjente kvinneforkjemper Ida Cecilie Thoresen (1858 – 1911) examen artium, som første kvinne.

Sentrale myndigheter var på denne tiden besjelet av den Søren Jaabækske ånd hvis fremste innhold var bestrebelsene på å spare penger. I tillegg var

stortingsflertallet skeptisk til embetsmannsstyret og snobbismen som fulgte med. Regjeringen Sverdrup hadde lite til overs for den autoriserte legevirksomheten. Det ble sagt at Stortinget helst så at kravet om middelskoleeksamen for tannlegestuderende også falt bort fordi den utgjorde en udemokratisk skranke for «almuesungdom» som søkte utdanning. Det må medgis at argumentet ikke var helt bak mål i en tid da neppe mer enn en prosent eller to av befolkningen hadde så pass utdanning som middelskoleeksamen.

I 1893 kom endelig den første offentlig behandlings- og utdanningsinstitusjonen for tannleger, Statens Poliklinik for Tandsygdomme. Opptakene ble basert på to års praktisk læretid hos tannlege etterfulgt av ett års skolegang. I 1909 ble poliklinikken «amalgamert» inn i Statens Tandlægeinstitut. Fra nå av ble det stilt krav om examen artium, og studietiden ble satt til tre år. Fra 1938 ble studiet fireårig, og fra 1960-tallet femårig.

«Tandlægerinder» og pengenød

Underveis mot formaliseringen av disiplinen odontologi skjedde mange pussigheter. Motstanden fra enkelte leger mot sine nye halvbrødre er nevnt. Den fortok seg etter hvert. Faktisk var mange leger blant forkjemperne for vitenskapsbasert undervisning for tannleger (3). Omvendt fantes tannleger som stilte seg tvilende til behovet. Det ga seg utslag i hendelser som i dag virker snodige.

Da Tannlegeforeningen ble stiftet i 1884, ble de tre kvinnelige tannlegene som den gang praktiserte i Kristiania, ikke invitert til stiftelsesmøtet. Det ble derimot en mannlig lærling som arbeidet hos en av dem. To av de kvinnelige tannlegene søkte likevel medlemskap, den tredje ble så såret at hun senere aldri ville bli medlem. De to søkerne slapp i første omgang heller ikke inn fordi flertallet av kollegene mente at «dametandlægerne», eller «tandlægerinderne» som de også ble kalt, kunne senke standens anseelse og virke hemmende på den kollegiale ånd (3). Men heldigvis for «damerne» og enda mer for standen, snudde stemningen etter et par år slik at kvinnelige tannleger ble innvotert i det gode selskap fra slutten av 1880-årene.

Men det fantes også tannleger som ikke så seg råd til å melde seg inn. Ved stiftelsen av NTF i 1884 ble det sendt anmodninger til kollegene rundt i landet om å slutte seg til. En kollega fra Bodø svarte: «Jeg skulle ønske at jeg kunde afse 15 kroner, så jeg kunde blive et Medlem af Foreningen, men desværre. Havde jeg vidst sligt i 1882, skulde jeg aldrig have taget fat paa Tandlægeprofesjonen, men jeg hørte, at Tandlægerne skulde tjene saa vældig, og dette har vistnok fristet Mange. Ja nu ser jeg, hvad man tjener!»

De første årene var Tannlegeforeningen mest som en lokalforening for Kristiania å regne. Helt frem til 1950-årene opererte foreningen med begrepene «innenbys vs. utenbys» medlemmer. Til å begynne med stod det sågar strid om de såkalte «provinstandlægerne» skulle ha stemmerett. Men rundt århundreskiftet dukket de første lokalforeningene opp (1-3). Utover 1900- tallet vokste de i antall og medlemstall. I 1955 ble den siste stiftet; Finnmark tannlegeforening. Dermed var Den norske tannlegeforening samlet i en fullregionalisert landsforening.

Kampen for faglig selvråderett

Kamp for faglig selvråderett ble én av Tannlegeforeningens merkesaker. Tannlegeyrket arbeidet seg opp fra en mangslungen fortid der forfedrene var mange: feltskjærere, barberere, bygdesmeder, urmakere og folk fra andre håndverksgrupper. Legene var opptatt av å slåss mot inntrengere fra en skare av illegitime slektninger, kvakksalverne, som legene mente tok seg til rette på deres grunn.

Dermed måtte tannlegene bane seg vei mellom den etablerte legestanden, på den ene siden, og fusentastene – kvakksalverne – på den annen. Tannlegene ble en stand eller profesjon med monopol på tannbehandling. I navnet måtte de imidlertid dele det med legene som hadde vært i markedet før dem.

Særlig i de første årene av tannlegeprofesjonens historie, og i de etterfølgende økonomisk pinaktige år, var også tannlegene opptatt av grensevakt mot inntrengere (1,2,3). Heller ikke omreisende tannleger som drev såkalt reisepraksis – en ikke uvanlig praksisform i distrikts-Norge henimot vår tid – var særlig populære blant kollegene. De undergravde næringsgrunnlaget for de fastboende gjennom dårlig arbeid som de forlot og levnet til de fastboende å rydde opp i, ble det hevdet. Enda verre var det selvfølgelig med de uautoriserte, for eksempel de halvutdannete, såkalte «dentistene». Tannlegeforeningens medlemmer ble pålagt å sende rapport til foreningen dersom for eksempel omreisende tanninnsettere praktiserte i distriktet. Tannteknikere som hadde opparbeidet hevd, kunne – så lenge de levde – få lov til å sette inn protese i tannløs kjeve. Men nåde dem dersom de satte inn protese i tilslutning til tenner – om så bare én tann. Selvfølgelig mente de autoriserte at de handlet til pasientens beste, som for så vidt falt sammen med deres eget beste. Nå ble riktignok den såkalte «kvakksalverloven» som forbød andre enn leger og tannleger «å ta syke i kur», myket opp fra 2004, men lovbestemmelsene som angår tannbehandling, er i hovedsak uendret.

Tannlegene som profesjonsgruppe

Som profesjon betraktet er tannlegeyrket ikke av de eldste. De originale og eldste profesjonene i Norge rekrutterte folk til embetsverket. Juristene hadde enerett på embeter som fogder, sorenskrivere, amtmenn, byråsjefer og ekspedisjonssjefer. Legene var og ble leger eller doktere, militære som sivile. Teologene er formodentlig den eldste profesjonsgruppen med tilnærmet monopol på presteembeter og gudsord.

Begrepet *profesjon* kan ha flere betydninger, men i vår sammenheng betegner det en yrkesgruppe med høy, oftest også spesialisert utdanning. Et sikkert kjennetegn er at profesjonene krever – i kraft av sin kompetanse – enerett på yrkesutøvelse på et viktig og/eller avgrenset felt i samfunnet. De aller fleste som har skaffet seg denne kompetansen, forblir i yrket, de vandrer ikke ut og starter andre karrierer.

Tannlegene kan tjene som spisseksempel på en profesjon med sterkt avgrenset virkefelt. Profesjonen kan takke tannverken for sin tilblivelse – og selvfølgelig forfengeligheten som i menneskeheten alltid har hatt et stort marked. Dagens kosmetiske tannpleie bygger på en tradisjon som vi kan følge tilbake til oldtiden.

Hangen til å skaffe seg bedre og lengre utdanning er et tredje karakteristisk trekk, gjerne også spesialisering ledsaget av forskning. Det styrker selvbildet og fagets prestisje. For legenes og tannlegenes del ligger begrunnelsen i styrket kompetanse – til beste for pasienten. Begrunnelsen aksepteres av samfunnet og skaper tillit. Men hvis tilliten misbrukes ved at profesjonene skaffer seg økonomiske eller andre særfordeler, reagerer samfunnet med fordømmelse. På 1970-tallet skrev for eksempel Dagbladet om de såkalte «amalgamhaiene» som angivelig boret og fylte, enten det var grunnlag for det eller ei.

Forenklet sagt arbeider profesjonsorganisasjoner ut fra to målsettinger som kan være forenlige, men som ikke alltid er det: Ett ideelt formål som innebærer fremme av faget til allmennhetens beste. Ett annet som handler om å optimalisere yrkesutøvernes økonomiske og sosiale interesser. I det trange farvannet mellom de to formålene har medisinerne og odontologene måttet manøvrere: Mellom samfunnets anseelse for kompetansen, og mistanken om at yrkesutøverne skal «sko seg» på pasientens eller samfunnets bekostning. Her er det om å gjøre at profesjonene holder tunga rett i munnen.

Kollegiale bestemmelser og indre justis

Da tannlegeutdanningen var etablert rundt forrige århundreskifte, begynte sammentømmingen av *tannlegestanden* for alvor. (Flere profesjonsgrupper

foretrakk lenge å omtale seg selv som *stand*, ikke *profesjon*, heller ikke *laug* som var forbeholdt håndverksyrkene.) Kollegiale bestemmelser og etiske regler sørget for kustus i rekkene. Reglene beskrev hvordan kollegene skulle forholde seg til pasienter, til kolleger, til reklame osv. Tannleger som ikke opptrådte i samsvar med bestemmelsene, risikerte sanksjoner, i verste fall eksklusjon. I 1934 ble tre medlemmer utstøtt: Én fordi han tross advarsel samarbeidet med en tanntekniker som drev kvakksalvervirksomhet, en annen fordi han var innehaver av AS Torvgatens Folketannklinikk som ikke innrettet seg etter foreningens honorar- og reklamepolitikk. En kvinnelig tannlege i Oslo ble ekskludert fordi hun på egen hånd, og utenom foreningen, hadde foreslått for Oslo kommune å opprette en kommunal klinikk for ubemidlede. Et par tiår tidligere var to tannleger, den ene i Drammen, den andre i Trondhjem, blitt ekskludert fordi de inngikk avtaler med krets-sykekassene om ansettelse og fordi de tok honorarer som var under foreningens minimumstakster. Disse tannlegene ble sågar boikottet, både av depotene gjennom såkalt depotblokade og av Tannlegeforeningen gjennom assistentblokade. Men ingen av blokadeforsøkene ble spesielt vellykkede eller langvarige (1,2).

Tannlegene i folkehelsearbeidets tid

«Mellomkrigstiden var helseopplysningens og folkehelsearbeidets storhetstid,» skriver historikeren Aina Schiøtz i sin bok om helsevesenets historie (6). I dette arbeidet var tannlegene og Tannlegeforeningen ivrige aktører. Grunnlaget for det vi i dag kaller folkehelsearbeid var lagt i sunnhetsloven av 1860. Enkeltstående reformhungrige og sosialt bevisste distriktsleger, jordmødre, sykepleiere, tannleger, lærere og entusiaster fra andre yrkesgrupper spredte budskapene og satte i gang tiltak. Rundt forrige århundreskifte vokste det frem organisasjoner som hadde til formål å drive folkehelseopp-lysning. Fagorganisasjoner og politiske partier engasjerte seg. Tuberkulosen var den store trusselen.

Barnekontrollstasjoner, organiserte helseundersøkelser, vaksinasjoner, kostholdsveiledning og skolefrokost er eksempler på tiltak som ble startet opp mange tiår før betegnelsen velferdsstat kom på agendaen. *Norsk forening for modtarbeidelse av tandsykdomme*, som senere ble til *Norsk Tannvern*, ble stiftet i 1911, året etter at den første skoletannklinikken ble opprettet i Kristiania (1-3). *Bladet Munnpleien* ble startet i 1916. I 1925 fikk legen Carl Schiøtz (1877 – 1938) satt i gang *Oslofrokosten* som gav anvisning på de riktige kostemnene – i tillegg til å gi kjevene mosjon. *Sigdalsfrokosten*, oppfunnet av distriktslege Olav Lien (1902-73) var en variant av Oslofrokosten, men tilpasset den økonomiske nødtørftigheten i kommunene

på 1930-tallet (6). Bestanddelene i begge frokosttypene var de samme, men i Sigdal-varianten skulle matemnene bringes med hjemmefra – som matpakke. Etter sigende er Sigdal-frokosten opphavet til den særegne norske matpakken vi bringer med oss på jobb, som få – om noen – andre nasjoner har etterapet.

Legestanden var sterk forkjemper for en radikal omlegging av kostholdet. Tannlegene fremhevet i tillegg betydningen av tannbørsten og Millers kjemisk-parasitære teori om årsaken og mekanismen bak tannråten. Forenklet sagt var legene opptatt av generell forebygging, mens tannlegene var mer lokalistisk orientert. Kirsten Frønæs, som har skrevet hovedfagsoppgave om «forebygging av tannsykdommer gjennom skolen 1910 – 1940» (7), hevdet i et foredrag på Tannlegeforeningens landsmøte i 2008 at tannlegene fokusering på lokale forklaringer hang sammen med profesjonskampen. For tannlegestanden gjaldt det å holde på råderetten over eget fagfelt, og derfor måtte lokale årsaksforhold fremheves. Tannlegenes kamp mot sukkeret kom for alvor i gang etter at kariesprofylaksens store forkjemper, professor Guttorm Toverud (1896 – 1969), var blitt en kjent mann i internasjonal odontologi.

Skoletannpleie

Skoletannpleie har eksistert i Norge i 100 år – vel å merke – i deler av riket. Ved inngangen til det 20. århundret ble det diskusjon blant tannlegene om *hvordan* det offentlige skulle engasjere seg i tannpleie. Skulle det skje gjennom drift av offentlige klinikker myntet på skolebarn, eller gjennom trygderefusjon ved behandling, også av voksne, hos privatpraktiserende tannleger? Det ble til at man valgte løsningen med skoletannpleie, fortrinnsvis ved offentlige klinikker. En grunn var at refusjonsordninger fra kretssykekassene ville innskrenke det frie tannlegevalget, terapivalget og prisregulere honorarene, noe Tannlegeforeningen ikke ønsket. Spesielt ille var det dersom terapivalget ble affisert.

Valget av skoletannpleie fremfor trygderefusjon var likevel først og fremst *faglig* begrunnet (3). Sosialt engasjerte tannleger hadde for egen regning undersøkt hundrevis av skolebarn flere steder i landet og konstatert hvor ille det stod til. En studiegruppe oppnevnt av Tannlegeforeningen reiste til Tyskland for å finne ut hvordan sykekasseordningen (trygderefusjon for tannbehandling) hadde virket der. Gruppen rapporterte om nedslående resultater. Også det talte for innføring av en offentlig skoletannpleieordning i stedet for trygderefusjon.

I Nord-Norge gikk det ennå mange tiår før man kom i gang med systematisk skoletannpleie. Byene og enkelte herreder i de nordligste fylkene

hadde riktignok tidvis skoletannpleie-ordninger, men oftest bare sporadisk, når de fikk tak i tannlege. Storparten av landsdelens ungdom ble ikke innkalt regelmessig til tannlege, verken til privat eller offentlig, før på 1950- og 1960-tallet. Det fantes også miljøer og bygder der tannpleie ikke ble ansett som nødvendig.

Indre stridigheter blant tannlegene

Mange tannleger – og Tannlegeforeningen i særdeleshet – ivret for innføringen av offentlig skoletannpleie. Motivet var dels faglig og ideelt, dels jordnært: Det dreide seg også om sysselsetting for tannleger i økonomiske nedgangstider. Foreningens «store komité», som den ble kalt, foreslo så tidlig som i 1914 toårig plikttjeneste for tannleger (3). Men det ville foreningens hovedstyre ikke være med på. Også et forslag om å utdanne spesielle skoletannleger eller «plombører» møtte motbør. Liknende forslag ble lansert så sent som i 1960-årene. Da ble det seriøst vurdert å utdanne såkalte «tannterapeuter» etter New Zealands mønster («dental nurses»). De skulle ha rett til å bore, men ideen ble droppet etter store diskusjoner blant tannlegene og ved lærestedene (3).

Også andre saker har til tider medført kontroverser i foreningen, som honorarsaken, trygderefusjon og spørsmålet om hvor fritt de enkelte interesse- og ervervsgruppene skulle kunne opptre innenfor Tannlegeforeningen (5). Men foreningen har aldri vært på kanten til splittelse. Foreningssplittelse ble det derimot i Danmark der skoletannlegene («børnetandlægerne») gikk ut av moderforeningen i 1985 og startet sin egen organisasjon.

Et dilemma for tannlegene – og i enda sterkere grad for legene – var og er hvordan yrkesutøvelsen skal være å betrakte: Er den først og fremst et offentlig anliggende, underlagt velferdsstatens forvaltning og regelverk, bygget på solidaritet og omfordeling av utgifter, og med fast lønn til yrkesutøveren? Eller skal yrket fortrinnsvis være et virkefelt for fri næringsvirksomhet, også kalt et *liberalt yrke*, eventuelt med ytelser som er subsidierte gjennom trygden, og med *fritt tannlegevalg* som kampmotto. Tilhengerne av det sistnevnte synet har tradisjonelt betraktet inngrep i den frie yrkesutøvelsen som en vederstyggelighet. For legenes del kom dette blant annet til uttrykk i kampen mot legeetableringsloven, for tannlegenes i lov om sivil tjenesteplikt for tannleger (1955 – 73). Hensikten med «beordringsloven», som den ble kalt, var å avhjelpe tannlegemangelen i distriktene. En tannlege som protesterte spesielt heftig, førte saken helt frem til Menneskerettsdomstolen i Haag. Han tapte. Det er lite trolig at han eller norske tannleger generelt stod seg på å gjøre saken til et spørsmål om menneskerettigheter.

Politiske brytninger har også gitt seg utslag i foreningspolitikken. En liten gruppe tannleger gikk i sin tid sterkt i mot forslaget fra foreningens hovedstyre om å innføre kommunal skoletannpleie. Begrunnelsen var at «de var redd den kommunistiske ånd som gikk gjennom hovedstyrets forslag,» skriver tidligere generalsekretær Arne Sollund (1922 – 98) i sin jubileumbok ved Tannlegeforeningens 100-årsjubileum (3).

Fra skoletannpleie via folketannrøkt til Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

Liknende motstand, riktignok uttrykt i mindre dramatiske ordelag, meldte seg da lov om folketannrøkt ble vedtatt i 1949 (3). Motstanden kom til tross for at folketannrøktoven var initiert av foreningen og til tross for at hovedhensikten var å sikre behandlingstilbudene i distrikts-Norge: Det skulle skje ved å *spre tannlegene*, som det het, gjennom å opprette fastlønnstillinger og satse på det organiserte, forebyggende tannhelsearbeidet, spesielt blant barn og unge (*det frie klientell*). En del av arbeidstiden var reservert for behandling av voksne (*det betalende klientell*). Det viste seg snart at det lå realisme snarere enn kommunisme bak Tannlegeforeningens strategi. De fleste tannlegene tilpasset seg gradvis den blandingsøkonomiske modellen som fra 1930- og 1940-tallet har karakterisert de nordiske velferdsstatene.

Utbyggingen av Folketannrøkta startet i 1950. Finnmark kom først i gang, deretter Nordland, så Nord-Trøndelag fra 1955, Troms fra 1959 og deretter fylkene sydpå – i tur og orden. Ikke alle tannlegene var begeistret for Folketannrøkta da den kom. De fleste privatpraktiserende den gang tilhørte førkrigsgenerasjonen. De hadde praktisert i «de harde 30-åra», og hadde fått erfare at det ikke i første rekke var behandlingsbehovet som regulerte etterspørselen etter tannbehandling, men i minst like stor grad pengeboka. Pasientgrunnlaget sviktet, mente de, først og fremst fordi de lave takstene i Folketannrøkta ville skape den rene dumpingen på tannpleiemarkedet. På enkelte småsteder der det angivelig bare var plass til én tannlege, ble det nå to eller flere. I en periode rundt 1960 sto frontene steilt mot hverandre og den ideologiske debatten om de frie yrker og om fritt valg av tannlege livnet til igjen.

Men det roet det seg etter hvert. Erfaringene senere tyder på at den systematiske tannpleien i offentlige klinikker bidro til å utvide tannpleiemarkedet. Langt flere tannlegepasienter søkte etter hvert regelmessig behandling. Samtidig har antallet privatpraktiserende tannleger økt sterkt i løpet av de siste 40 årene.

I 1984 ble folketannrøktoven erstattet av lov om tannhelsetjenesten, og etaten skiftet navn til Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Fylkes-

kommunene tok over forvaltningsansvaret for offentlig tannpleie. Frem til da hadde ansvaret vært delt mellom staten og kommunene. Om denne endringen ble det ikke strid.

Tannlegemangel, utdanning og forskning

Begrepet tannlegemangel oppstod tidlig på 1900-tallet. Ordet hadde knapt noen mening i århundret før. Grunnen var enkelt sagt at mangelen var – da som nå – først og fremst knyttet til *etterspørselen* etter behandling, ikke til *behovet*. Krav om tannlegeutdanning i Bergen ble første gang reist i 1919 (1-4). Men det møtte motstand fra de etablerte ved lærestedet i Oslo, representert ved professor Sverre Glad (1873 – 1953) som var alt annet enn glad for kravet. Han mente at opprettelse av et nytt odontologisk lærested ville føre til ødeleggende spredning av de faglige og økonomiske ressursene.

Men bergenserne gav ikke opp. Like etter annen verdenskrig tok de saken opp på ny. Denne gang lyktes de. I 1962 kom undervisningen i gang, og undervisningsbygget på Årstadvollen i Bergen kunne innvies året etter.

Ytterligere vel 40 år gikk før det kom i gang tannlegeundervisning ved Universitetet i Tromsø (2004). Motstanderne av enda et odontologisk lærested var særlig å finne ved de etablerte fakultetene i Oslo og Bergen, men utgjorde denne gang også flertallet i Tannlegeforeningens hovedstyre. Begrunnelsene var om lag de samme som de hadde vært den gang oslomiljøet argumenterte mot nyetablering i Bergen (5). Men regjeringen og Stortinget mente noe annet.

Forskningsinnsatsen var beskjedne i de første femti av tannlegeundervisningens hundre år her til lands. Størsteparten av nyvinningene kom fra utlandet, særlig fra Tyskland, USA og England. Frem til annen verdenskrig fantes bare tre norske odontologer med doktorgrad: Guttorm Toverud (1896 – 1969), Ingjald Reichborn-Kjennerud (1901 – 81) og Birger Nygaard Østby (1904 – 77). Det lille som var av forskning, foregikk like gjerne utenfor som innenfor Tannlegehøgskolen. Særlig merkbart ble det da Birger Nygaard Østby, godt støttet av helsedirektør Karl Evang (1902 – 81), fikk etablert Odontologisk forskningsinstitutt i 1950. Men kunnskapen som denne forskningen genererte, nådde bare i beskjedne grad frem til Geitmyrsveien og til oss som studerte der i første halvdel av 1950-årene. Først senere da Nygaard Østbys disipler, som Jens Wærhaug (1907 – 80), Harald Løe (1926 – 2008), John Silnes (1925 – 2000) og Thorvald Kvam (1901 – 73) fikk innpass i tannlegeundervisningen, ble det klart for oss studenter at det fantes en norsk, odontologisk verden utenfor Tannlegehøgskolen.

Rett skal være rett: På 1950-tallet ble det forsket på Tannlegehøgskolen også, i det vesentligste ved Barneavdelingen hos professor Guttorm Toverud

og ved Kjeveortopedisk avdeling hos professor Reidar Selmer Olsen (1899 – 1976). Men den forskningen så vi studenter lite til. Vi studenter lærte imidlertid fort at det var forskjell på periodontittens årsaksforhold i bygningens 4. etasje, der Avdeling for konserverende tannbehandling holdt til, sammenholdt med den rådende forklaring i Avdeling for protetikk i 3. etasje.

Spådommer og hvordan det siden gikk

I 1934 ved Tannlegeforeningens 50-årsjubileum holdt tannlege Mikal Bjerknes (1875 – 1948) et foredrag med tittelen *Tannlegen om 50 år*. Han slo stort på: «Rевmatisme, tuberkulose, hjertesykdommer, mavesyre og en rekke sykdommer kan skrive seg fra tennene,» sa han.(...) «Det er tannlegen som mottar de første faresignaler, og har således makten til å forebygge kalamiteter. Man kan i munnen lese en pasients tilstand og stille pasientens horoskop og hvordan vedkommendes liv bør arte seg» (2).

Bjerknes' optimisme grenset til faglig imperialism. Fokalinfeksjonsteorien var den gang på inntur. Senere har tannlegene og medisinerne fått et mer realistisk forhold til den. Vi aner mulighetene av en utvidet plass for odontologien blant helsefagene, men advarer mot faglig stormannsgalskap. På ett punkt hadde Bjerknes rett i sine spådommer: «Om 50 år vil man formodentlig være kommet så langt at et menneske beholder sine tenner til sin død,» sa han, og føyde til: «Men da må ikke tannlegene bli et substitutt på medisinen, men arbeide sammen med denne» (2). Kanskje kan han betraktes som en ideologisk forgjenger for «samhandlingsminister» Bjarne Håkon Hanssen.

Tannpleien i store deler av Norge frem til 1950- og 1960-årene bestod i betydelig grad av «blood and vulcanite dentistry»: blod (tanntrekking) og protetikk. Etter denne fasen kom restaureringsfasen karakterisert ved «drill and fill» (preparering og fylling, fortrinnsvis med sølvamalgam). Mot slutten av 1960-årene gikk tannpleien i Norge inn i sitt neste stadium: «Prevention» eller forebyggingsfasen med fluorid som det viktigste hjelpemidlet. Men før man kom så langt, hadde det vært ført hard kamp mot fluormotstanderne. Spesielt bitter var striden i 1950-årene, konsentrert rundt spørsmålet om vannfluoridering – et tiltak Tannlegeforeningen hadde gått inn for. Men tilhengerne av drikkevannfluoridering måtte gi tapt etter en rettsavgjørelse i Gjøvik der tilsetning av fluor til drikkevann ble funnet lovstridig.

Til gjengjeld satset tannlegene, godt hjulpet av tannpleierne, på fluorpusing og fluorskylling blant barn og unge. Fluortabletter ble vanlige, og praktisk talt hele befolkningen gikk over til å benytte fluortannkrem. Det hjalp. På få år ble kariesbølgen dempet, og det vokste frem en ny generasjon

som hadde få, i mange tilfeller, ingen hull. Periodontittepidemien (tannkjøttbetennelsen) avtok også da vi gikk inn i et nytt årtusen.

Sykdoms- og problembildet er i stadig forandring. Det samme er forståelsen av behovsbegrepet. Når ett problem synes løst, dukker et nytt opp, oftest uforutsett. Det har helseprofesjoner fått erfare til alle tider. Den norske tannlegeforening har gjennom sine 125 år klart å tilpasse seg skiftende behov og utfordringer. Det har bidratt til å holde tannlegeprofesjonen samlet samtidig som norsk odontologi har oppnådd internasjonal anerkjennelse for høy faglig standard.

Litteratur

1. Kullmann G. *Den Norske Tannlegeforening gjennom 50 år: 1884 – 1934*. Oslo: Fabritius, 1934.
2. Ramm J. *Den norske tannlegeforening gjennom 75 år: 1884 – 1959*. Oslo: Den norske tannlegeforening, 1959.
3. Sollund A. *Den norske tannlegeforening gjennom 100 år: 1884 – 1984*. Oslo: Fabritius, 1984.
4. Messelt EB, red. *Fra læringstid til akademisk studium. Tannlegeundervisningen 100 år*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1993.
5. Stenvik R. *Fra tannlegekunst til helseprofesjon. Den norske tannlegeforening i 125 år*. Oslo: Den norske tannlegeforening, 2009.
6. Schiøtz A. *Det offentlige helsevesen i Norge bd. 2. Folkets helse - landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
7. Frønæs K. *Det blir ikke hull i en tann som er ren. Forebygging av tannsykdommer gjennom skolen 1910 – 1940*. Hovedfagsoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.

Leif Arne Heløe

professor emeritus i samfunnsodontologi, Universitet i Oslo

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

leif.heloe@nibr.no

Mennesket, dets erkjennelsesmessige begrensning, utvikling og evner

Michael 2010;7:363-7.

«Jeg»-begrepet blir tangert, og muligheten for at det finnes preeksisterende naturlover som har potensialet for all utvikling fra et mulig urstoff diskutert, samt at vi her støter på vår erkjennelsesmessige begrensning. Dessuten blir hvordan livet oppstod på jorden og Darwins utviklingsteori berørt. Videre at vi lever i et smalt vindu i den tilsynelatende uendelige tiden foran og bak, og at vår hjerne har begrenset evne til å «forstå». Dernest blir kontrasten mellom det «å forstå» og «å oppleve» tatt opp, og at forskning er viktig selv om den bare har temporær verdi i lys av at det finnes et endepunkt for vår klodes eksistens, men høyest av alle menneskelige egenskaper blir evnen til medmenneskelig kjærlighet rangert.

«Jeg-et»

Hvem er egentlig jeg? Det eneste jeg vet, er at jeg føler at det er meg og ikke deg. Jeg lever i et vindu i tiden. I den uendelige tiden før jeg ble født, levde jeg altså ikke og når vinduet lukkes, eksisterer jeg ikke mer. «Cogito ergo sum», jeg tenker altså er jeg, var Descartes oppfatning. «Jeget setter seg selv» skrev Fichte, og «Sub specie eternitatis», alt måtte betraktes under evighetens synsvinkel hevdet Spinoza. Gjør det oss klokere? Vet vi noe om evighetens synsvinkel? Derfor, i likhet med Sokrates regner jeg med at mine tanker bare ender med spørsmål og ingen svar.

Alle våre lemmer og organer kan erstattes. Dette gjelder ikke hjernen og spesielt hjernebarken. Der sitter vår personlighet, gjør oss til individer og bevisstheten om at jeg er meg og ikke deg.

Som medisiner er jeg ingen fagfilosof, og har av den grunn bare noen synspunkter på vår tankeevnes begrensning. Noen tilsvarende momenter har jeg tidligere gitt uttrykk for i en artikkel med en annen vinkling og innhold for ikke-medisinere i tidsskriftet *Naturen* (1).

Naturlover, finnes de?

Finnes det preeksisterende naturlover bak termodynamikken, dannelse av elektroner, atomer molekyler og kjemiske reaksjoner? Som eksempel er katalyseprinsippet, altså regulering av hastigheten til kjemiske reaksjoner av stoffer som ikke inngår i prosessen, en naturlov? Enzymer, en forutsetning for alt liv, er slike katalysatorer.

Har det eksistert et urstoff (2) med evne til å skape et univers ved big bang (3,4) med galakser, solsystemer, liv og mennesker? Dette urstoffet vil alt annet hvile på. Kvarke-gluon plasmaet påvist i kjernefysiske laboratorier (Cern, Geneve og RHIC-laboratoriet, Brookhaven, USA), er postulert å være et slikt urstoff. Er det et evigvarende stoff uten opprinnelse? Eller er det en ringformet årsakskjede uten begynnelse og ende?

Skyldes utviklingen tilfeldigheter, eller har urstoffet inneholdt et urprogram med en rekke naturlover slik at urstoffets urprogram representerer den egentlige begynnelsen? Alternativt, finnes det en programskaper, altså en gud? Her må vi bare slutte oss til Kants formulering, «das Ding an sich», tingenes vesen vil være utilgjengelig for oss, vi opplever bare «das Ding für mich».

Hvordan oppstod livet?

Skyldes det elektriske utladninger eller stråling? A. L. Oparin og S. Müller har begge vist uavhengig av hverandre, at aminosyrer som er byggestenene i proteiner, kan bli dannet slik. Enzymer kan da bli syntetisert og deretter nukleinsyrer som er nødvendige for RNA og DNA og slik gi opphavet til den genetiske koden (5,6). Tidligere hadde Svante Arrhenius publisert sin panspermiteori og Fred Hoyle har nå tatt til orde for denne teorien som forutsetter at livet er kommet til vår klode med partikler fra andre himmellegemer (7). Dette løser imidlertid ikke dette problemet om hvordan liv kan oppstå. Det bare forflyttes til en annen klode. I denne forbindelse er det interessant at den lille ormen *C. Elegans* overlevde katastrofen som rammet romfergen Colombia.

Som diskutert ovenfor kan en anta at et urstoff har hatt potensialet til utviklingen av ulike livsformer, fylogenesen. Det kan ha vært tilfeldig, eller etter et visst program. Det må i så fall ha vært et mindre restriktivt program enn det som ligger til grunn for ontogenesen som styres av preprogramerte

gener. Disse skrues av og på i en styrt rekkefølge. Kan det tenkes at ontogenesen har påvirket fylogenesen (8)?

Darwins utviklingsteori forutsetter et tre som har mange grener med mennesket på toppen. Vi er privilegert, våre fiender er bare andre mennesker, men vi er avhengig av lavere livsformer for å overleve. Dette har vi felles med de lavere livsformene. Det er rasjonelt at høyere livsformer kan konsumere lavere sådanne. De høyere kan derfor benytte seg av «halvfabrikata» og unngår slik å måtte lage disse fra grunnen av.

Darwins teori har mange ubesvarte spørsmål, Survival of the fittest kan forklare utviklingen av hestens hover og elefantens snabel, men kan den forklare alle menneskelige egenskaper som er unyttige for å overleve? Kan den forklare vår glede av musikk og billedkunst og vår sans for etiske normer?

Hva forstår vi?

Vår kontakt med omverdenen ved hjelp av våre sanseinntrykk er begrenset. Vi vet at vi hele tiden er omgitt av stråling fra radio, fjernsyn osv, stråling som vårt sanseapparat ikke kan oppfatte. Det er mulig enkelte mennesker kan ha telepatiske evner, men dette er ikke vitenskapelig bevist.

Vår hjerne er utstyrt med et tankemønster som virker innprogrammert og blir forstått som logisk. «Forståelse» er et uklart begrep som er nær knyttet til «bevissthet». Det å oppleve noe er ikke det samme som å forstå det, selv om det «å forstå» også er en opplevelse. «Forståelse» forutsetter en tankerekke som leder til en konklusjon vi oppfatter som korrekt.

Forutsetninger og konklusjoner kan uttrykkes i symboler som i matematikken. Matematiske formregler er ikke basert på sanseinntrykk og kan komme i konflikt med disse. Newtons infinitesimalregning er således en ren tankekonstruksjon uten basis i sanseinntrykk, men et nyttig verktøy. En parabel kan uttrykkes ved en 2.grads ligning, men denne vil ikke gi oss et bilde av en parabel, og synet av en parabel vil heller ikke gi oss den matematiske formelen. Det er altså ingen direkte sammenheng mellom sanseinntrykket og den matematiske formelen.

Fysikeren Eddington har uttrykt at vi snakker om noe vi kaller «energi» uten at vi vet hva dette betyr. Heisenbergs usikkerhetsrelasjon sier at en elementærpartikkel ikke på samme tid kan ha nøyaktig posisjon og veldefinert hastighet, noe vi bare intellktuelt kan «forstå». Intellektuelt kan vi også «forstå» Einsteins krumme 4-dimensjonale univers med tiden som fjerde dimensjon, men ikke ved hjelp av vår sanserelaterte «forståelse». Vi har altså «forståelse» på to plan, en sanserelatert og en intellektuell. Heisenberg har sagt: «Vi må huske at det vi iakttar ikke er naturen selv, men natur

som er utsatt for vår måte å stille spørsmål på». «Forståelse» er et resultat av tenkning som også har en emosjonell komponent, vi føler at vi «forstår» noe. Vi «forstår» et problem for eksempel et matematisk når vi har løst det. Er det «å forstå» bevisstheten om en informasjonsrelatert integrasjon av en rekke kognitive og emosjonelle funksjoner? Vi må som konklusjon innrømme at vi ikke forstår det «å forstå».

Hjerneforskeren Emmerson Pough uttrykte det slik: «If the human brain were so simple that we could understand it, we would be so simple that we couldn't».

Opplevelse

Vi kan beskrive musikk ved hjelp av kurver og diagrammer over lydfrekvens, klangfarge osv uten at vi opplever det emosjonelle inntrykket. Notespråket vil derimot kunne gi en emosjonell opplevelse for de som kan oversette det til opplevelse. Vi opplever følelsesmessig for eksempel Beethovens 5. symfoni og impressionistenes malerier uten at vi kan si at vi «forstår» opplevelsen. Intellektuell «forståelse» synes derfor ikke å ha noen sammenheng med «opplevelse».

Hvorfor forske?

Det er beregnet at solen vår dør om ca 5 milliarder år, og at vår galakse da vil smelte sammen med nabogalaksen, Andromeda galaksen. Det er også antatt at vårt univers har en levetid på 15 milliarder år. Det finnes altså et endepunkt, selv om det er ufattelig langt unna. Mennesket og alt vi har funnet frem til ved forskning eksisterer bare et sekund i verdensaltet. Likevel må vi forske. Ved å bekjempe sult og sykdommer får vi også et bedre liv. Mennesket som art kan karakteriseres ved sin trang til forskning og kunstnerisk utfoldelse, selv om det er et privilegium for noen få.

Kjærlighet

Hvert eneste menneske har en egenskap som rangerer høyest av alle. Det er evnen til kjærlighet. Dette gjelder ikke bare kjærlighet til familie og venner og kan sammenfattes som medmenneskelighet og omsorg for andre.

Litteratur

1. Kvamme E. Vår erkjennelsesmessige begrensning. *Naturen*, 2003; Nr. 5, 215-22.
2. Løvhøiden G. Tveter T. S. Jakten på urstoffet. *Kronikk, Aftenposten* 2002;11.02.
3. Couper H, Henbest N, Gorbella L. *Big Bang*. Oslo: Damm, 1997.
4. Braaten O. Kosmologi og vår tids bilde av verden. *Naturen*, 2003; Nr. 2, 83-92.

5. Ridley M. *Evolution*. Oxford: Blackwell Sci. Publ, 1993.
6. Dundas I. Hvordan livet på jorden kanskje ble skapt av seg selv. *Naturen*, 1997; Nr. 3 136-140.
7. Hoyle F. *The Intelligent Universe*. London: Michael Joseph, 1993.
8. Hammer Ø. Vekst, form og livets historie. *Naturen*, 1998; Nr. 3, 163-168.

Elling Kvamme
professor em.
Søndreveien 4J
0378 Oslo
ekvamme@ubrik.uio.no

Apoteket – helsevesen eller butikk?

Michael 2010;7:368-70.



Hamran O. *Riktig medisin? En historie om apotekvesenet*. Oslo: Pax Forlag A/S, 2010. 391 s. ref., ill. Pris: NOK 399,- . ISBN: 978-82-530-3295-5.

Damen bak disken på apoteket var tydelig skuffet over at jeg så uberørt hadde passert de ruvende reoler med kosmetikk og kosttilskudd bare for å be om blodtrykkmedisin på blå resept. Hennes salgsframstøt var nesten desperat da jeg rakte fram bankkortet for å betale. Jeg hadde så skrukkete hender, kanskje jeg trengte den hudkremen de hadde tilbud på akkurat denne uken?

Apoteket har forandret seg fra tidligere tiders fornemme opphøydhed til dagens preg av å være butikk blant butikker, fra å være helsevesenets forlenkede arm til å bli en forretning på kundens premisser.

Før hadde apoteket en nimbus av å være stedet for sannhetens øyeblikk, her ble resultatene av sykehusets undersøkelser og legens overveielser, konkretisert i teksten på resepten, omsatt i noe håndfast, tabletter eller miksturer som du skulle ta, det videre ansvar var ditt! Nå er apoteket stedet man lurert på om man blir sprekere av de opppreklamerte piller X eller gjør mer lykke ved å smøre seg inn med salve Y.

Det er dette avsnittet av vår moderne medisinhistorie Hamrans nye bok handler om.

Etter noen generelle innledningskapitler som beskriver apotekvesenets bakgrunn i Norge, konsentreres interessen om tiden fra 1980-årene og opp til nå, der innføringen av ny apoteklov i 2001 er det viktigste skillet. Olav Hamran er ingen nykommer i feltet. Han ga blant annet ut en bok om

norske farmasøyters historie i 2008 (1). Hamran er til daglig leder for det nasjonale medisinske museum ved Norsk Teknisk Museum, så han ferdes i et miljø der man er vant til å se medisinske framskritt i et bakoverrettet perspektiv.

Faghistorikeren Hamran fornekte seg ikke. Han har dessuten støttet seg på et team av dyktige medarbeidere. Teksten har rikelige fotnoter og en omfattende litteraturliste for den som vil gå videre i stoffet. Illustrasjonene er mange og gode.

Men hva var det så egentlig som skjedde med apotekene? Det er komplisert. Apotekene som opprinnelig produserte legemidler selv, samtidig som de hadde ansvar for å holde et sortiment som kunne dekke befolkningens behov, endret seg da den farmasøytiske industrien etter hvert overtok så å si all produksjon. Mens apotekeren tidligere både hadde hatt daglig bruk for sin farmasøytiske kompetanse og sin medisinske og samfunnsmessige ansvarsfølelse, ble hennes eller hans rolle mer og mer å styre et rent salgsapparat. Apotekernes spesielle rolle var gjenspeilt i offentlige privilegier og reguleringer – for de fleste også ved at de hadde en god økonomi (2, 3).

Denne blandingen av å skulle vokte fag, samfunn og butikk avstedkom interne prosesser i miljøet. Dette er beskrevet i boka og er et stykke stands- og profesjonshistorie. Bekymringene i bransjen var store, ofte med henvisning til historie og tradisjoner som ikke måtte rokkes, men det var også uenigheter, der blant annet personlige interesser ofte veide tungt.

Apotekene kom imidlertid under et spesielt ytre press i siste del av 1900-tallet, fordi det nå vitterlig var blitt salget av industriens preparater som dominerte nesten fullstendig. Hva var da så spesielt med apotekene? Og kanskje var prisene på medikamenter for høye? I en tid da frie markedskrefter var et mantra, måtte det simpelthen skje noe med denne vernede bransjen. Og det gjorde det til gangs da apotekloven trådte i kraft 1. mars 2001. Før var alle apotek, bortsett fra de offentlige sykehusapotekene, privat eid i form av enkeltmannsforetak. Nå kastet vel forberedte, utenlandsk dominerte apotekkjeder seg over dem og overtok det aller meste ved hjelp av ulike teknikker. Hamrans sider 274-275 om apotekkjedene er et lynkurs i kapitalismens dynamikk og om hvordan norske politikere hadde sørget for at inntektene fra norske apotek ble overført til utlandet.

Et stort antall apotekere sluttet i sitt yrke tilknytning til omleggingen. Dette var dels av demografiske grunner, fordi mange var eldre. Dermed forsvant en del av motstanden. Men apotekerne solgte gjerne sine apotek for store beløp, hvilket åpenbart bidro til å døyve deres eventuelle faglige ruelle.

De pensjonerte apotekere var imidlertid sikkert glade for å være ute av det som hendte etterpå, da beskyldninger svirret mot apotekene om umo-

ralsk maksimering av profitt, om kartellvirksomhet, prisjuks og svindel av Folketrygden, økonomiske fordeler på pasientenes og fellesskapets bekostning osv. (s. 325). Økokrim ble koplet inn i 2006 og det gikk unna, ikke minst i offentligheten, detaljert beskrevet i Hamrans bok.

Sykehusapotekene er blitt igjen som offentlige og som å være en del av helsevesenet med dets etiske og faglige krav. Hamran refererer sykehusapotekenes jubileumsskrift fra 2006 (4), redigert av sjefen for Rikshospitalets apotek, Nina Refsum. Hamran inntar i sin bok stort sett historikerens tilbaketrente og distanserte rolle. Han tar således sjelden noe standpunkt, men her er han faktisk gjennom sin språkbruk og anvendelse av anførelstegn tendensiøs på en subtil måte (s. 343-344). Det kan nemlig hende at Nina Refsums argumenter for å bevare apotekenes faglighet og samfunnsprofil ikke bare er arvegods fra 1990-årene, men tanker som fortsatt er gyldige.

For den som er interessert i nyere norsk apotekhistorie, er Hamrans *Riktig medisin?* riktig medisin. Anbefales!

Litteratur

1. Hamran O. *Farmasøytenes historie i Norge 1858-2008*. Oslo: Press, 2008.
2. Sverre N Aa. *Et studium av farmasiens historie*. 2. utgave. Oslo: Norges Apotekerforening, 1982.
3. Johannessen FE, Skeie J. *Bitre piller og sterke dråper: norske apotek gjennom 400 år 1595-1995*. Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995.
4. Refsum N (red). *Sykehusapotek i 150 år – fordi trygghet er avgjørende*. Oslo: Sykehusapotekene ANS/Unipub, 2006.

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn

oivind.larsen@medisin.uio.no

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004