

Distriktslegene og kampen mot sykdom

En studie av distriktslegenes bidrag i kampen mot sykdom i
Rogaland i perioden 1900-1940



Universitetet
i Stavanger

Master i historiedidaktikk

Merete Myhra Nordin

Våren 2016



Universitetet
i Stavanger

DET HUMANISTISKE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Master i historiedidaktikk	Vårsemesteret, 2016 Åpen
Forfatter: Merete Myhra Nordin (signatur forfatter)
Veileder: Gunnar Nerheim	
Tittel på masteroppgaven: Distriktslegene og kampen mot sykdom. En studie av distriktslegens bidrag i kampen mot sykdom i Rogaland i perioden 1900-1940. Engelsk tittel: The Public Doctors and the Fight Against Disease. A Study of the Public Doctor's Contribution to the Fight Against Disease in Rogaland in the Period 1900-1940.	
Emneord: Medisinhistorie Distriktsleger Rogaland Sykdom	Sidetall: 119 + vedlegg/annet: 134 Stavanger, dato/år

Forord

Det er mange som fortjener en takk for å ha bidratt i arbeidet med denne oppgaven. Først og fremst vil jeg takke min kjære ektemann, Anders, som har støttet meg gjennom oppturer og nedturer.

Videre vil jeg takke veilederen min, professor Gunnar Nerheim, for gode diskusjoner, motivasjon og støtte. Takk for førsteklasses faglig veiledning og for at du har vært tålmodig og forståelsesfull. Du har alltid hatt troen på meg og det er jeg spesielt takknemlig for.

Takk også til Silje Myhra for gjennomlesning og gode tilbakemeldinger. Takk til venner og familie for oppløftende ord og gode samtaler. Spesielt har medstudent Andreas Gaard bidratt til å heve denne oppgaven.

Jeg har tilbrakt mange timer på Statsarkivet i Stavanger og jeg vil gjerne takke for god service og hyggelige ansatte. Særlig vil jeg takke førstearkivar Jan Alsvik for hjelp med valg av distrikter og god kunnskap om Rogaland. Og ikke minst takk for hjelpen med tolkning av uforståelig legeskrift i gamle protokoller.

Takk også til de ansatte på Riksarkivet i Oslo for god hjelp med å finne det jeg har trengt av dokumenter.

Dere har alle vært uunnværlige.

Mai 2015

Merete Myhra Nordin

Innhold

Kapittel 1 – Innledning og problemstilling	1
Innledning	1
Problemstilling og avgrensning	2
Den medisinske forskningstradisjonen	5
Tidligere forskning	8
Teori og metode	11
Kulturkollisjon	14
Kildemateriale	16
Møteprotokoller	18
Kapittel 2 - Distriktslegene	20
Medisinene og behandlingsmetodene	21
Fremkomstmidler	23
En nærmere presentasjon av noen av distriktslegene i Sokndal, Finnøy og Sandnes	24
Sandnes	25
Finnøy	26
Helselover	28
Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme	31
Legeloven av 1912	36
Distriktslegeinstruksen	39
Kapittel 3 – Sykdom, smitte og distriktsleger	42
Med koleraen som utgangspunkt	42
Miasme og kontagionisme	43
Smittesynet blant leger i Norge	46
Oppsummering	49
Kapittel 4 – Legene, samfunnet og hverdagen	50
Næringsliv	51
Utvandring	54
Folkekarakteren	55
Matvaner	57
Drikkevann	60
Boliger	64
De hygieniske forholdne i distriktene	67
Problemet med spyting	70

Oppsummering	72
Kapittel 5 – De mest utbredte sykdommene	73
Vannbårne sykdommer	74
Luftveisinfeksjoner	77
Spanskesyken	79
Tuberkulose	83
Barsel-feber	87
Sinnssykdom	89
Rasehygiene og steriliseringslov – forebyggende arbeid mot sinnssykdom	94
Oppsummering	96
Kapittel 6 – Kampen mot sykdommene	97
Isolasjon	97
Helserådenes håndtering av tuberkulose-loven	100
Opplysningsarbeid	102
Sunnhetsforskrifter	103
Distriktslegens hjelpere	104
Desinfeksjon	108
Vaksinasjon	111
Anestesi, antiseptikk og aseptikk	114
Oppsummering	115
Kapittel 7 - Avslutning og konklusjon	116
Bibliografi	120

Kapittel 1 – Innledning og problemstilling

Innledning

Sykdom har alltid opptatt menneskene og hver tid har sin dominerende sykdom og sine utfordringer. Pest herjet i middelalderen, koleraen på 1800-tallet og tuberkulosen på 1900-tallet. I dag har vi flere medisiner, nye hjelpemidler og bedre behandlingsmetoder og det forskes stadig på nye løsninger for forbedring. Men «[d]et er et farlig mistak å forestille seg at vi kan befri menneskene fra sykdom og lidelser ved stadig å heve levestandarden, mestre omgivelsene bedre og utvikle nye terapeutiske prosedyrer. I en verden i konstant bevegelse vil hver tidsepoke og enhver sivilisasjon ha sine sykdommer» og utfordringer.¹ I dag er AIDS en sykdom det enda ikke er funnet en kur mot og flere bakterier blir resistente mot antibiotiske stoffer på grunn av overforbruk.

Smittsomme sykdommer ble ikke vanlig før menneskene slo seg ned og samlet seg i større grupper. Mikroorganismer som bakterier er avhengig av rikelig tilgang på verter. Dessuten bodde nomadene ikke lenge nok på de forskjellige stedene til at de rakk å forurense drikkevannet. Dyrehold er også forbundet med sykdom da spesielt kyr kunne være bærere av sykdommer farlige for mennesker. Nomadene slapp derfor unna sykdommer fra dyr fordi det ikke ble vanlig med husdyrhold før jordbruket og fast bosetting.²

I 1836 ble det bestemt at det skulle opprettes 36 distriktslegestillinger i Norge for å sikre legehjelp til alle. Ikke alle så nytten av å ha en distriktslege i området. Det var nok av lokale byggedoktorer og kloke koner som kunne hjelpe for en mye billigere penge. Dessuten var det begrenset hva legene kunne tilby av kurative tjenester. I løpet av det 19. århundre fikk legene en større plass i samfunnet. Fremskritt i legevitenenskapen ga dem en tyngde og troverdighet de ikke tidligere hadde hatt. Det ble satt strengere krav til utdannelsen. Nye medisinske gjennombrudd førte til at legenes behandlingsmetoder ble mer virkningsfulle. Oppdagelser innen anestesi førte til at operasjoner kunne utføres på en tryggere måte og bakteriologien bidro til en mer målrettet praksis med hensyn til å behandle infeksjoner.³

¹ A. Schiøtz 2003a: 13

² Porter 1999: 16

³ Sandvik 2000

Kreft, hjertesykdommer og Alzheimers er sykdommer som antakelig alltid har eksistert, men det synes å være en økende utvikling i antall tilfeller av denne type sykdommer i det 20. århundre og da spesielt i i-land. En grunn til dette kan være at økt levealder har ført til at flere lever lenge nok til å oppleve sykdommene. En annen grunn kan være livsstilsrelatert. Mange røyker og drikker. Andre grunner kan være at det antagelig er mer karbon i luften i dag på grunn av nedhugging av skog og økt bruk av fossilt brennstoff. Hudkreft har økt på grunn av at flere UV-stråler slipper gjennom ozonlaget på grunn av forurensning. I tidligere tider ville langt færre overlevd genetiske sykdommer, og de ville ikke kunnet overføre sine «syke» gener videre til neste generasjon. Naturlig utvalg finnes ikke lenger fordi helsevesenet er så godt at vi blir friske og kan reproducere avkom. Dette fører til høyere frekvens av arvelige sykdommer.⁴

I perioden fra distriktslegeordningen ble opprettet i 1836 til nedleggelsen i 1984, skjedde det mye både med profesjonen, helsevesenet, medisinen og helseinstitusjonene. Distriktslegenes historie er interessant på flere nivåer. For det første kan man studere hvordan profesjonen utviklet seg og hvilken rolle legene selv hadde i denne prosessen. For det andre kan den si noe om hvordan behandlingsmetoder har utviklet seg og den kan si noe om hvordan sykdom ble forstått av dem som forvaltet helbredelsen. Den kan også si noe om hvordan en sosial klasse forholdt seg til andre klasser. I denne oppgaven har jeg hatt mest fokus på behandlingsmetoder og sykdom og i hvilken grad distriktslegene har bidratt i kampen mot sykdommene. I tillegg har jeg undersøkt distriktslegenes holdninger til og skildringer av befolkningen.

Problemstilling og avgrensning

Konkret er jeg opptatt av følgende problemstilling:

Hvordan bidro distriktslegen til å bekjempe sykdom i Rogaland i perioden 1900-1940?

For å svare på denne problemstillingen har jeg valgt å fokusere på tre legedistrikter i Rogaland, Sokndal, Sandnes og Finnøy. Distriktene er valgt på bakgrunn av to kriterier. For det første måtte det være et godt kildegrunnlag. Det andre kriteriet var at distriktene til

⁴ Porter 1996: 48-51

sammen skulle utgjøre et rimelig representativt utvalg for Rogaland. De måtte derfor være spredt geografisk og ha forskjellig næringsgrunnlag.

For hvert distrikt har jeg valgt meg ut et helserådsområde. For Sokndal har jeg valgt å studere både Sokndal landsogn og Sokndal ladested.⁵ For Sandnes har jeg valgt Gjesdal, og for Finnøy har jeg valgt Årdal.

Legedistrikt 1900	Flateinnhold (km ²)	Innbyggere	Leger	Tannleger	Jordmødre	Hjelpevaksinatører
Amtet	9147,15	125 658	37	10	76	40
Sokndal	790,77	5917	2	-	4	3
Sandnes	1 955,84	17 092	5	-	7	5
Finnøy	1521,19	10 524	3	-	8	8

I legeloven av 1912 ble det bestemt at det skulle opprettes flere legedistrikter. I 1915 ble Finnøy delt og Årdal kom under Hjelmeland legedistrikt. Sokndal legedistrikt besto i tillegg til landssognet og ladestedet av Lund og Heskestad frem til Lund ble skilt ut som eget legedistrikt i 1915 og Heskestad ble lagt under dette distriktet. Sandnes besto i tillegg til Gjesdal av Sandnes ladested, Høyland, Klepp, Time, Høle og Fossan, men besto etter 1915 bare av Gjesdal, Høyland og ladestedet.

Legedistrikt 1915	Flateinnhold (km ²)	Innbyggere	Leger	Tannleger	Jordmødre	Hjelpevaksinatører
Amtet	9147,15	137 581	51	19	87	46
Sogndal	291,82	2749	1	-	2	1
Sandnes	389,48	9865	4	1	5	2
Finnøy	120,69	3287	1	-	3	3
Hjelmeland	1082,88	3604	1	-	3	3

⁵ Ladested: tettsted av bymessig karakter der borgerne hadde privilegium å drive handel. De var underlagt nærmeste kjøpstad som i dette tilfellet var Stavanger.

Sokndal ligger ved kysten i Dalane, et distrikt sør i Rogaland. Sandnes og Gjesdal ligger på Jæren og Finnøy ligger i Ryfylke. Dalane har et kupert landskap med mange vassdrag og til dels store vann. Landskapet er skarpt avgrenset mot Jæren som har fruktbare sletter. I heiene var det store sauebeiter. Dessuten ble det avdekket store mineralressurser. I Sokndal finnes Norges største bergverk, Titania AS, der det utvinnes titanjernmalm og ilmenitt.⁶ Titania startet sin drift i 1902.

Gjesdal ligger på Jæren og har vært et kraftsenter i norsk tekstil. Industrien har hatt spesielt mye å si for bygda.⁷ Årdal ligger i Ryfylke og det er spesielt frukt og jordbruk som har vært viktige i næringslivet.⁸

På slutten av 1800-tallet ble det oppdaget at mikroorganismer sto bak sykdommer som kolera, difteri og tuberkulose. Ordningen med sunnhetskommisjoner kom i gang fra 1860 og i 1900 kom tuberkuloseloven. Andre verdenskrig førte til endringer og nye «myndigheter» å forholde seg til, derfor har jeg satt grensen til 1940.

I oppgavens andre kapittel har jeg studert distriktslegenes historie og lovgivningen legene måtte forholde seg til. I kapittel tre har jeg sett på generell medisinhistorie Disse kapitlene er viktig for å få et bilde av hvilken forståelse distriktslegene antakelig hadde om sykdom og smitte og for å ha kunnskaper om hva slags behandlingsmetoder de hadde tilgjengelig. Kapittel fire gir noen korte riss av samfunnet i tiden mellom 1900 og 1940 i Sokndal, Sandnes og Finnøy sett gjennom distriktslegens øyne. I det femte kapittelet har jeg undersøkt hvilke sykdommer som var mest utbredt i Rogaland, med hovedfokus på Sokndal, Sandnes og



Figur 1: <http://akkuratheroq.no/content/j%C3%A6ren-distrikt>

⁶ Thorsnæs 2014

⁷ Sletten 1948: 100

⁸ Sletten 1948: 175-176

Finnøy. I kapittel seks har jeg undersøkt hvilke tiltak som ble forsøkt satt inn mot sykdommene. Avslutning og konklusjon kommer i kapittel sju.

Den medisinske forskningstradisjonen

Aina Schiøtz og Erlend Hem diskuterer i en artikkel publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* begrepene «medisinhistorie» og «medisinsk historie». I de siste tiår har skillet imidlertid blitt mer uklart da begrepene i dag brukes omtrent synonymt, Schiøtz og Hem hevder at det er en tydelig forskjell. Medisinhistorie er den historien som først og fremst handlet om den medisinske vitenskaps- og profesjonshistorien og som ofte ble skrevet av leger. Fra 1950-årene ble begrepet medisinsk historie introdusert. Medisinsk historie favner, i tillegg til vitenskapen og profesjonen, blant annet også emner som helsepolitikk, sykehus, sykdommer og pasienter. Historikere kom nå mer på banen. På engelsk kan *medical history* oversettes til medisinhistorie og *history of medicine* oversettes til medisinsk historie.⁹ I følge Anne Kveim Lie har medisinhistorie en relativt kort tradisjon og ble først institusjonelt forankret i Tyskland tidlig på 1900-tallet og i USA på 1930-tallet. De fleste som skrev medisinhistorie var i begynnelsen stort sett leger, og de var opptatt av å studere medisinen rolle og funksjon i samfunnet. De var overbevist om at verden gikk fremover og at medisinen spilte en sentral rolle for denne fremgangen.¹⁰ Videre deler Lie medisinhistorie inn i tre kategorier, «medisinenes sosialhistorie», «medisinenes kulturhistorie» og «medisinenes vitenskapshistorie». Disse tre kategoriene markerer også en overgang fra medisinhistorie til medisinsk historie.

Medisinenes sosialhistorie hadde sin storhetstid på 1970-tallet og var helt klart et historiefag. For rundt seksti år siden etterspurte Henry E. Sigerist en ny retning for feltet og plasserte medisin i en bred sosial kontekst. Han påpekte at medisin ikke var annet enn «the manifold relations between [medical corps and society]». Medisinsk historie ble derfor også sosialhistorie.¹¹ Fokuset skulle være nedenfra og opp, og det var nå perspektivene til de som tidligere bare hadde utgjort biroller i historien som skulle fremmes. Særlig var det pasientenes historier som ble vektlagt. Innen denne retningen dominerte sosiale årsaksforklaringer. Sykdom lot seg ikke bare forklare vitenskapelig. Historikere så også på politiske bevegelser

⁹ A. Schiøtz & Hem 2011

¹⁰ Lie 2008: 157-158

¹¹ Leavitt 1990: 1471

og andre sosiale forhold som kunne spille en rolle for den medisinske utviklingen. Teorier om strukturer, klasser og grupper og deres relasjoner innen et samfunn ble lånt fra samfunnsvitenskapen.¹² Tidligere hadde de viktigste kildene for en medisinhistoriker vært publiserte tekster. Men når medisinhistorien ble et delfelt av sosial eller kulturell historie, begynte historikerne å stille andre spørsmål enn tidligere. For å svare på disse spørsmålene, ble andre kilder og fremgangsmåter benyttet.¹³ Før 1900-tallet skjedde det meste av kommunikasjon mellom lege og pasient i hjemmet og for å få et innblikk i dette samspillet studerte historikere som Roy Porter og Dorothy Porter dagbøker og brev forfattet av syke.¹⁴ Andre kilder som kirkebøker, aviser og administrative arkiver ble også tatt i bruk. Medisinens sosialhistorie egner seg derfor godt dersom man skal studere fremveksten av de samfunnsmedisinske områdene og de store helsekampanjene.¹⁵ Judith Walzer Leavitt hevder at:

*[...] deconstructing primary sources of all kinds constitutes the backbone of good historical technique. If we can accept the productions of non-elite groups as relevant to medical histories – for example, family diaries and letters, garden contents, household recipes, papers of healers of all types – and place all available documents within a context of power relations and culture, we will be doing what good historians should do, reading deeply for the fullest possible understandings.*¹⁶

Både teori og praksis må studeres for å forstå kompleksiteten av krefter som påvirker historisk endring, understreker John Harley Warner. Etter å ha diskutert endringene i teoriene om sykdom i løpet av en periode, knyttet Warner disse endringene til praksisen til legene ved Boston Massachusetts General Hospital og Cincinnati Commercial Hospital. Problemet som oppstår når historikere fokuserer på teorier, er at det blir antatt at disse ideene kunne eksistere på tvers av nasjonale og internasjonale grenser. Det er ikke sikkert at Warners studie av to sykehus i USA vil være relevant for hele landet eller på tvers av landegrenser.¹⁷

¹² Lie 2008: 158-159

¹³ Leavitt 1990: 1472

¹⁴ Leavitt 1990: 1477

¹⁵ Lie 2008: 158-159

¹⁶ Leavitt 1990: 1482

¹⁷ Leavitt 1990: 1475-1476

Medisinens kulturhistorie fikk et oppsving i forbindelse med AIDS-epidemien. Under denne epidemien forsto historikerne at kulturen man var en del av hadde betydning for hvordan man oppfattet og forsto sykdom. Nye kilder ble tatt i bruk så som skjønnlitteratur, reklame, malerier, instrumenter og tegninger. Nye kilder behøvde nye metodiske verktøy som diskursanalyse, bildeanalyse og retorikk. Historikerne ønsket å studere hvordan betydning og mening ble skapt. I medisinhistorisk sammenheng betød det å studere hvordan folk tidligere ga mening til sine liv under sykdom.¹⁸ Forholdet mellom biologiske og kulturelle aspekter vil alltid være i konstant oppløsning ifølge Randall McGowen og Roy Porter påsto at «For even such phenomena as death and disease are encrusted with language, culture and history».¹⁹ Historikerne søker å forstå sykdom ikke bare biologisk. «[A]n illness may appear in one form in medical accounts while assuming a different shape in the public mind.». Historikerens oppgave er å vise relasjonen mellom disse forståelsene og også demonstrere hvordan de påvirket behandlingsstrategier.²⁰ For eksempel var sanatoriebehandling basert på ideen om at det rurale var bedre for helsen enn det urbane. Pasientene ble derfor plassert ute i frisk luft og måtte gjennomføre anstrengende trening.²¹ Behandlingsmetodene ble da ikke alltid like hensiktsmessige fordi de i større grad var basert på holdninger enn vitenskap. Distriktslegen på Finnøy anbefalte syke med lungetuberkulose å sitte i «absolut Ro lige fra Sygdommens Begyndelse» for å minske risikoen for hjertelammelse.²² McGowen viser hvordan medisin er kulturelt betinget og hvordan spørsmål om medisin kan si noe om kulturell selvforståelse. Han påstår også at medisinen har stor innflytelse på livene våre. Helse og sykdom har blitt så mektige at de brukes til å kartlegge og regulere vår verden. Verkene han undersøkte «force us to reexamine the shape of this powerful cultural institution, turning our attention from what it does to our bodies to the ways in which it works upon our minds and souls».²³

Medisinens vitenskapshistorie fokuserer på hvordan kunnskap oppsto og da ganske konkret hvordan den oppsto i laboratoriet. Denne medisinhistoriske grenen har i likhet med medisinen sosialhistorie hentet sine teorier fra samfunnsvitenskapene. Medisinhistorikere ønsker å gå inn i den «historiske situasjonen der kunnskapen blir produsert og forsøker å gjenskape kunnskapstilblivelsen».²⁴ I 1907 etterspurte Berthold Laufer et tettere samarbeid

¹⁸ Lie 2008: 159-160

¹⁹ Porter 1987: 15 via McGowen 1991: 82

²⁰ McGowen 1991: 82 og 85

²¹ McGowen 1991: 87

²² Møteprotokoll for Årdal: 20.10.10.

²³ McGowen 1991: 90

²⁴ Lie 2008: 164-165

mellom medisinhistorie og naturvitenskapene. Hvert felt har sine styrker og svakheter. For eksempel blir historien om kulturplanter og husdyr skrevet av botanikere og zoologer. Dette er lite tilfredsstillende sett fra et historisk perspektiv, mens historikerne på sin side mangler botanisk og zoologisk nøyaktighet i sin fremstilling. «The individual can not master all these sciences [geology, botany, zoology, archeology, history and anthropology]; and, instead of dividing our strength by working singly from isolated positions, we should advocate the uniting of all available forces for the best good of the same cause».²⁵

Det er medisins sosialhistorie som ligger denne oppgaven nærmest, men jeg synes det er interessant og viktig å huske på at begrepsforståelse er kulturelt betinget og at også jeg har en fot innenfor medisins kulturhistorie.²⁶ Dessuten ønsker jeg å ha i mente at kulturen kunne påvirke behandlingsmetoder og holdninger til sykdom.

Tidligere forskning

Av tidligere forskning er det særlig Aina Schiøtz' doktorgradsavhandling om distriktslegen som har vært mest relevant for meg. Avhandlingen, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*, ble publisert i 2000.²⁷ Schiøtz plasserer sin egen forskning i den sosialhistoriske forskningstradisjonen, nærmere bestemt medisins sosialhistorie. Schiøtz understreker at denne tradisjonen fokuserer på medisins plass i en større samfunnsmessig sammenheng og at feltets styrke er at medisin blir sett på som et «dynamisk kraftfelt».²⁸

Aina Schiøtz studerte i sin avhandling det offentlige legevesen på 1900-tallet som da besto av distriktsleger, stadsleger, fylkesleger og Stadsfysici. De offentlige legene utgjorde i slutten av 1800-tallet rundt 18% av den totale legestanden i Norge. Gjennom 1900-tallet var det alltid distriktslegene som var den største gruppen blant de offentlige legene og besto av ca. 90% av gruppa. Stadsfysici, stadsleger og fylkesleger hadde stort sett bare administrative oppgaver, i motsetning til distriktslegen som også skulle bidra med helbredende arbeid.²⁹ I avhandlingen

²⁵ Laufer 1907: 892-893

²⁶ Jeg kommer tilbake til dette under «teori og metode».

²⁷ Avhandlingen ble ferdig i 2000 og var i 2003 blitt bearbeidet og utgitt som bok, *Doktoren. Distriktslegens historie 1900-1984*.

²⁸ Schiøtz 2000: 8-9

²⁹ A. Schiøtz 2000: 6

om distriktslegen følger Schiøtz utviklingen langs tre linjer. Langs den første linjen har hun studert «hvordan legegruppen ble formet i samspill med den sentrale hovedadministrasjon og landets politiske ledelse, og som et resultat av lover og bevilgninger». Den andre linjen følger «de offentlige legenes vekslende plassering innen den medisinske profesjon», mens den siste linjen tar utgangspunkt i «legenes lokale kontekst og omhandler deres samhandling med det lokale styringsverk, så vel som med den befolkningen de skulle betjene».³⁰ Videre har hun delt avhandlingen inn i tre deler der hun først ser på profesjonsutviklingen i lys av «de overordnede rammebetingelsene og ut fra en institusjonell tilnærming». Deretter fokuserer hun på legenes private og personlige forutsetninger før hun i den siste delen undersøker praksisfeltet til distriktslegene.³¹

Aina Schiøtz' fokus på kontinuitet og endring i perioden 1900-1984 er svært nyttig for min oppgave. Hun har ikke avgrenset forskningen sin geografisk, noe som gir meg muligheten til å se Rogaland i sammenheng med resten av landet. I tillegg har Schiøtz fokusert på legens egne stemmer i saker som angikk dem og har derfor i stor grad brukt *Tidsskrift for den norske lægeforening* der mange skrev og sendte inn sine innlegg. Jeg har i mindre grad fokusert på debattene og heller fokusert på arbeidet til de offentlige legene ute i distriktet.

Sammen med Ole Georg Moseng ga Aina Schiøtz ut tobindsverket *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Moseng skrev om perioden mellom 1603 frem til 1850 i bind I, mens Schiøtz hadde ansvaret for bind II og skrev om *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Helsevesen forstås som «det samlede system av tjenester, institusjoner og lovgivning som samfunnet har bygd ut for å styrke folkehelsen, yte diagnostikk, behandling, rehabilitering og omsorg ved akutte og kroniske sykdommer og skade».³² Helsevesenet blir i verket betraktet på tre forskjellige måter. For det første betraktes helsevesenet som et politisk system drevet frem av skiftende ideologiske krefter. Den andre måten er å se på helsevesenet som et kulturelt system der man ser på samspillet mellom den som styrer og de som blir styrt. Og til sist som et sosialt system der man ser på fremveksten av yrkesgrupper.³³ Spørsmål om sykdomsutvikling og folkehelse spørsmål har vært viktige. Boka gir en god innføring i de mest vanlige sykdommene i Norge og fremveksten av helseinstitusjonene.

³⁰ A. Schiøtz 2000: 6-7

³¹ A. Schiøtz 2000: 7

³² Braut 2014

³³ A. Schiøtz 2003a: 14-15.

I verket *Legene og samfunnet* utgitt i 1986 av Øyvind Larsen, Ole Berg og Fritz Hodne satte forfatterne seg som mål å «se på utviklingen av en stand, en profesjon, en gruppe personer, hvis aktivitet, kunnskaper og ferdigheter i utgangspunktet er antatt å ha innflytelse på sykeligheten i alle dens fasetter, nemlig *legene*». De mener at fremveksten av en stand må sees på som et resultat av individuelle og kollektive valg tatt på grunnlag av premisser. Disse premissene kan hovedsakelig deles inn i tre typer. Den første er befolkningens vekst og utvikling og deres opplevelse av medisinske behov. Den andre typen er helsetilstanden i befolkningen beskrevet så objektivt som mulig og til slutt medisinsens utvikling som vitenskap. Det er spesielt bidragene fra Fritz Hodne og Øyvind Larsen som har vært relevant for min oppgave. Hodne skrev om utviklingen innen helse, medisin og befolkning etter 1800, mens Larsen skrev om legene i Norge fra 1800-tallet. Boken kan legges til den medisinske sosialhistorien, men det er også spor etter medisinsens vitenskapshistorie.

Anne-Lise Seip har skrevet et tobindsverk som tar for seg norsk sosialpolitikk i perioden fra 1740 til 1975. Den første delen, *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920* tar for seg fattighjelp og sosiale tjenester der helsetjenester var blant de viktigste. Seip undersøkte hva som ble gjort for å bekjempe fattigdommen og for å bedre folks liv. I den andre delen *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-1975* har Seip et kapittel om helsevesenet. Hun fokuserer på hvordan helsevesenet bidro i utviklingen av velferdsstaten og fokuserer ikke bare på legene, men på alle medisinske ansatte. I tillegg har hun mye fokus på arbeidet med hygiene og på hvilke områder i samfunnet dette arbeidet kom til uttrykk.

Kristin Øvergård Næss skrev i en hovedfagsoppgave fra 2011 om sunnhetskommissjonens arbeid i Kristiania i perioden 1860-1880. Øvergård Næss har sett på sunnhetskommissjonen i et europeisk perspektiv og har studert møteprotokoller for å kartlegge sunnhetskommissjonens arbeid. Jeg har, som Næss, studert helserådernes møteprotokoller. Næss har fokusert på hvordan befolkningen benyttet seg av helserådene som organ for forbedring og har undersøkt antall klagesaker tatt opp i møtene. Min problemstilling dreier i en litt annen retning. Jeg har fokusert på hvordan helserådene ble brukt av distriktslegene. Likevel har Næss' oppgave vært nyttig, og da spesielt i forbindelse med forståelsen av opprettelsen av sunnhetskommissjoner.

Av lokalhistoriske verk har *Folkestyrets fotfolk 1837-1940* skrevet av Egil Harald Grude, Hans Eyvind Næss og Gunnar Nerheim vært til god hjelp. Her blir helsevesenet i Rogaland

skildret og gir meg et innblikk i den regionale og lokale utviklingen i forskjellige helsepørsmål. Utbyggingen av sykehus, de sinnssykes forpleining og skildring av helsevesenets tilstand. I tillegg gis det et innblikk i urbaniseringsprosesser, utbyggingen av infrastruktur og inntoget av ny teknologi som fikk konsekvenser for distriktslegenes arbeid i felten.

Medisinens historie i Norge utgitt i 1936 av Reichborn-Kjennerud, Grøn og Kobro har jeg også hatt nytte av. Det er spesielt delen om tiden fra 1800 frem til 1936 skrevet av Kobro, som har vært relevant. Boken skildrer de sykdommene som rammet hardest, og beskriver utviklingen av legeutdannelsen og ramser opp alle Norges sykehus. Boken gir et godt innblikk i medisins kulturhistorie, særlig i holdninger til sykdom og helbredelse over tid. I tillegg har jeg hatt glede av Carl Schiøtz' *Lærebok i hygiene* fra 1938. Boken er skrevet i samarbeid med flere medisinere der Carl Schiøtz, professor i hygiene ved Universitet i Oslo, hadde hovedansvaret. Boken skulle være overkommelig for studenter, orienterende for leger og fungere som grunnlag i undervisningen i kurs for offentlige leger, og da spesielt helserådsordførere. Boken belyser holdninger til sykdom og hygiene i slutten av 1930-årene samtidig som den gir et innblikk i hvilke tiltak som ble satt inn mot smittsomme sykdommer.

Roy Porter ga i 1999 ut boken *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. Porter setter her medisinsk tenkning og praksis i sentrum for sin undersøkelse. Han diskuterer sykdom i et globalt perspektiv, men han har mest fokus på vestlig medisin. Porter var i 1996 også redaktør for *Cambridge Illustrated History of Medicine* der spesielt kapittel 4, skrevet av Edward Shorter om «Primary Care», har vært nyttig fordi han viser legenes behandlingsmetoder fra 1800-tallet og utover 1900-tallet. Nordmenn levde ikke i et vakuum og en hel del av de medisinske nyvinningene kom til Norge fra utlandet.

Teori og metode

For å få en bedre forståelse av kildene, har jeg valgt å bruke teorier fra samfunnsvitenskapen om forholdet mellom sosiale klasser. Fordi jeg studerer kilder skrevet av distriktsleger, er det vesentlig at jeg har en forståelse av hvordan hans ståsted var i forhold til pasientene han behandlet. Jeg har, som Aina Schiøtz, hatt utbytte av Bourdieus teorier om kapitalformene,

habitus og felt, slik det kommer til uttrykk i Bourdieus *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*³⁴. Begrepet «distinksjon» vies mye oppmerksomhet og har i dette tilfellet en dobbel betydning. Den første betydningen er distinksjon som det å lage eller se forskjeller. Og den andre betydningen «distingverthet» går ut på det å skille seg ut fra andre på en bestemt måte.³⁵

Bourdieu mener at vår totale kapital, vår klassestatus, blir bestemt av verdier og ressurser som kan deles i tre typer. Symbolsk kapital er den type kapital som blir gjenkjent som verdifull i forskjellige sosiale grupper og som kan gi prestisje og ære. Det kan for eksempel være snakk om utdanning, helse, utseende, hudfarge og fysikk. Kulturell kapital kan sees på som en bred underavdeling av den symbolske kapitalen. Å være i besittelse av kulturell kapital betyr å besitte kompetansen til «å mestre, erkjenne og gjenkjenne den legitime, godkjente kulturen». Denne typen kompetanse er ofte ervervet gjennom utdanning og dannelses. Den siste typen av kapitalformene er økonomisk kapital og tilegnes på bakgrunn av tilgangen på penger, men også i sosial omgang med næringslivet og å tolke økonomenes språk.³⁶ Aina Schiøtz viser i tillegg til en fjerde kapitalform, sosial kapital, som er en samlebetegnelse for kontakter og forbindelser som for eksempel slekt, kollegaer og venner. Hun påpeker at distriktslegene i bygdene antagelig hadde lite av denne kapitalen i sin lokale kontekst fordi de som regel ikke hadde noen slektskapsbånd i nærheten. De arbeidet selvstendig og hadde få vennerelasjoner.³⁷

Individets plassering i samfunnhierarkiet bestemmes på bakgrunn av hvor mye individet besitter av de forskjellige typene kapitaler. Kapitalformene er ikke statiske, men er i stadig endring og kan føre til stridigheter. Kampen om å bevare og øke sin kapital fører til at det utvikles strategier i konkurransen med andre grupper, en form for klassekamp.³⁸

«Som bagasje hadde [legene] med seg en kulturell kapital i form av medisinsk-faglige ferdigheter og kunnskaper ervervet ved Det kgl. Fredriks Universitet i hovedstaden». De var samtidig også bærere av «holdninger, verdier og virkelighetsoppfatninger som var formet gjennom oppvekst og studieår i den borgerlige livsverden». I den habitusen legene befant seg,

³⁴ Jeg har brukt den noe nedkortede norske oversettelsen fra 1995. Originaltittel: *La Distinction. Critique sociale du jugement* utgitt i 1979. Dessuten har jeg tatt utgangspunkt i Aina Schiøtz sin tolkning av Bourdieus teorier.

³⁵ Bourdieu 1995: 11. Innledning skrevet av Dag Østerberg.

³⁶ Schiøtz 2000: 233

³⁷ Schiøtz 2000: 234

³⁸ A. Schiøtz 2000: 234

var det klare regler for hvordan livet skulle organiseres og leves. Orden og renslighet var kardinaldyder.³⁹

Habitusformene er prinsipper som kan brukes til å skille mellom folk. Menneskers forskjellige tenkemåter arter seg både som åndelig og legemlig habitus gjennom «omgang med de kulturelle, sosiale og materielle omgivelsene».⁴⁰ «Habitus er et forenende og genererende prinsipp som lar indre rasjonelle kjennetegn komme til uttrykk i form av enhetlig livsstil, det vil si som et enhetlig sett av personer, goder og virksomheter». Det vil si at de som befinner seg i den samme habitusen vil ha større tilbøyelighet til å komme overens fordi de har de samme interessene og ideene.⁴¹ Distriktslegene befant seg i en habitus og befolkningen de behandlet i en annen. Dette kommer tydelig til uttrykk i medisinalberetningene på Finnøy der spyting innendørs var et problem. Distriktslegen forsøkte å få befolkningen til å bruke spytteflasker, men de ville ikke benytte disse utenfor hjemmet i frykt for å bli «ugleseet» av et «uforstandigt Publikum».⁴²

Feltbegrepet, i denne forbindelsen forstått som et sosialt felt, står for et område i samfunnet som er skapt for å kunne avgrense analytisk en del av den sosiale helheten og på den måten gjøre den tilgjengelig for empirisk studie. For å kunne kalle noe for «et felt», må det være et selvstendig område med sin egen autonomi. Videre må det være et system av relasjoner mellom forskjellige posisjoner som spesialiserte aktører og institusjoner som «strider om noe de har felles». Aina Schiøtz etablerer for eksempel det «medisinsk-faglige feltet» og «helse- og sykdomsfeltet» som sitt forskningsfelt. Det er de feltene distriktslegen befinner seg i, og som derfor vil være naturlig å studere.⁴³ Jeg vil si at det feltet jeg studerer er helse- og sykdomsfeltet fordi jeg studerer distriktslegens rolle i kampen mot sykdommene og hvordan han har bidratt i det helsefremmende arbeidet.

Jeg ønsker også å nevne hermeneutikken med sine teorier om tekstlig og historisk forståelse. Gadamer hevdet at alle mennesker har fordommer som er med på å farge de forventningene vi har til tekster og historie og at vi må bli oss bevisst disse fordommene. Dette kan gjøres ved å stille spørsmål ved fordommene og utfordre dem, men det betyr ikke at vi kommer til å sette

³⁹ A. Schiøtz 2003b: 273 (hele avsnittet)

⁴⁰ A. Schiøtz 2000: 234

⁴¹ Bourdieu 1995: 36

⁴² Medisinalberetning for Finnøy 1911

⁴³ A. Schiøtz 2000: 234

fordommene våre til side for så å få en helt ny oppfattelse, eller fordom. Poenget er at den historiske objektivismen er en illusjon. Vi vil alltid være påvirket av våre egne forforståelser og fordommer.⁴⁴ Søren Kjørup tolker Gadamer slik at man ikke vil få noen forståelse uten fordommene. Fordommene uttrykker vår forankring i familie, samfunn og stat og vår kulturelle bagasje. Vi kan snakke om at vi befinner oss i forskjellige horisonter, som både er språklig og kulturelt betinget, og som vi skal forsøke å forstå andre horisonter ut i fra.⁴⁵ Grunnen til at jeg har valgt å ha med dette er ikke bare for å vise at jeg må være oppmerksom på at min egen forståelse vil påvirke måten jeg leser og tolker kildene mine, men også at språket er i stadig endring. Det som ble lagt i et begrep for et århundre siden, samsvarer nødvendigvis ikke med det vi legger i det samme begrepet i dag. Samtidig ønsker jeg å sette disse teoriene om tekst og historisk forståelse i sammenheng med Bourdieu. Mennesker besitter forskjellige typer kapital som vil være med å påvirke våre fordommer, vår forforståelse og vår horisont som ikke bare vil påvirke hvordan vi tolker fortiden, men også hvordan vi tolker nåtidens samfunn og språk på forskjellige måter. Habitus skaper også forskjellige forståelseshorisonter. Det som for eksempel kan oppfattes som fornemt av en person, kan oppfattes som pretensiøst av en annen og vulgært av en tredje.⁴⁶ Distriktslegenes fremstilling av samfunnet vil være farget av fordommer forankret i de forskjellige kapitalene og habitus.

Jeg vil forsøke å bruke kapitalformene og habitus som redskaper i tolkningen og forståelsen av kildene og av distriktslegen. De kan være et verktøy til å forstå forholdet mellom distriktslegen og befolkningen der det kommer til uttrykk. Dessuten vil begrepene kunne hjelpe meg å gjøre det lettere å tolke og forstå måten legene handlet og tenkte. Samtidig har feltteorien bidratt til å etablere mitt forskningsfelt, helse- og sykdomsfeltet.

Kulturkollisjon

Legene befant seg tydelig i en annen habitus enn den habitusen befolkningen i distriktene tilhørte. De fleste distriktsleger kom fra borgerlige familier og var gjennom sin utdanning sosialisert inn i denne habitusen. Når legene dro ut i distriktene, skulle de arbeide med bønder og fiskere som hadde vokst opp under andre kår og hadde mer praktisk kunnskap enn

⁴⁴ Gadamer 2003: 39-43

⁴⁵ Kjørup 2014: 76; Kjeldstadli 1997: 71

⁴⁶ Bourdieu 1995: 37

teoretisk. Det blir snakk om et «møte mellom ulike erfaringsverdener og ulike kunnskapssystemer» som vil si ulike måter å tolke verden på.⁴⁷

Kvakksalvere var en trussel for legene som fikk lønn basert på sine kurative tjenester. I begynnelsen av det 19. århundret var kvakksalvernes behandlingsmetoder hverken mer farlig eller mindre effektive enn legens metoder.⁴⁸ Mot slutten av 1800-tallet ble undervisningen til medisinstudentene bedre og grundigere og kvakksalvernes metoder ble gammeldagse og lite effektive. Dessuten tok de pasienter som ellers ville gått til vanlig lege. Distriktslegene tok derfor opp kampen mot kvakksalveriet, et felt som «alltid hadde vært lokalsamfunnets eiendom».⁴⁹ I Sokndal ble en kvakksalver anmeldt etter å ha solgt hjemmelaget medisin.⁵⁰ Distriktslegen gjorde etter dette helserådets medlemmer oppmerksomme på den nye loven om «arcana» vedtatt av Stortinget i 1904.⁵¹ Dersom noen overtrådte lovens §4, kunne han straffes med høye bøter samt at medisinen ble konfiskert.⁵² På Finnøy var det i 1926 en kvakksalver som visstnok kunne stille diagnoser ved hjelp av hårstrå. Troen på kvakksalvere var på denne tiden temmelig utbredt. Det var også en del sekter som trodde på helbredelse ved bønn. Det var «forholdsvis mange» som døde uten at lege hadde blitt tilkalt, til tross for at avstandene var rimelige».⁵³

I tillegg kom legene med ny kunnskap om sykdommers smitteveier. Legene påsto at det var mellom personer sykdom spredte seg. De sosiale situasjonene ble de faretruende situasjonene. Legene krevde at befolkningen skulle tilegne seg kunnskap om bekjempelse av smitte og gjøre det til en del av hverdagen. Både vaner og kultur måtte endres. Den største endringen måtte skje i befolkningens levemåte og samværsformer. Trange hus med mange personer var svært smittefarlig. Aina Schiøtz hevder at «[Legene] tredde sine egne verdier om livsførsel og sunnhet over den folkelige kulturen – noe som i sin ytterste konsekvens bare førte til mer elendighet enn det sykdommen i seg selv skapte».⁵⁴

⁴⁷ A. Schiøtz 2000: 250-251

⁴⁸ Evans 1987: 207

⁴⁹ A. Schiøtz 2000: 246-247

⁵⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1906

⁵¹ Arkana betyr i denne sammenhengen medisin der sammensetningen hemmeligholdes.

⁵² Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 21.06.06

⁵³ Medisinalberetning for Finnøy 1926 og 1929

⁵⁴ A. Schiøtz 2000: 248

Michael Krohn var distriktslege i Ytre Nordhordland fra 1855 til 1863. For å høyne folks opplysningsnivå, holdt han en rekke foredrag i sunnhetskommisjonen. Den 25. juni 1857 holdt han et foredrag om «reenligheden». Rensligheten i befolkningen var lav både med tanke på husstell og klær. Krohn satte renslighet og orden i forhold til vedkommendes moralske karakter. Med dette hever han legenes moral over de andres. Det var legene som hadde kunnskapene om rett hygiene og som kunne lære dette til andre. Krohn hadde observert at høns fikk gå fritt inne i huset, hvor de la egg i sengen og gjorde sitt fornødne overalt. Krohn slet også med å finne rent vann og rene kjeler til å lage medisin i på hjemmebesøk. Kjelen ble rengjort ved hjelp av skitne fingre eller tungen. Kravene Krohn stilte til hygienens var at både ansikt og hender skulle vaskes minst en gang daglig. Klær burde skiftes ukentlig og sengetøy vaskes minst en gang i året. Oppholdsrom burde jevnlig luftes godt ut.⁵⁵

Observasjonene og kravene til distriktslege Krohn peker på de store forskjellene det var i synet på sykdom, smitte og hygiene mellom lege og befolkning på 1800-tallet. Krohn hadde en klart nedlatende holdning ovenfor lokalbefolkningen i Ytre Nordhordland. Han hadde en forståelse av at legene var i besittelse av verdifull kunnskap som befolkningen var avhengig av å få tilgang til. Han hevet også sin moral over befolkningens fordi de var urenlige.

Kildemateriale

For å svare på problemstillingen, har jeg lagt hovedvekten på to typer kilder. Den første typen er medisinalberetningene som ble skrevet og innsendt av distriktslegene. Den andre er helsesrådenes møteprotokoller. Denne oppgavens kilder er først og fremst skrevet av distriktslegene, men medisinsens sosialhistorie dreier seg om å se alle sider ved sykdom, helse og helbredelse. Medisinsens sosialhistorie dreier seg, som sagt, om å se på forholdet mellom det medisinske personalet og pasientene. Disse kildene er en måte å forstå dette samspillet, men de viser bare en side og dette gjør at jeg ikke kan påstå noe sikkert om forholdet. Likevel gir det en indikasjon på hvordan forholdet ble persipert.

Angående medisinalberetningene reflekterte Kobro i 1936 følgende:

Som boende i distriktet ofte i lange årrekker har de fleste distriktslæger fått et inngående kjennskap til befolkningens kår og lynne, hvorfor deres uttalelser i de forskjellige spørsmål

⁵⁵ Krohn 1857

*alltid er blitt tillagt stor vekt. Deres medisinalberetninger inneholder en mengde verdifullt stoff.*⁵⁶

Medisinalberetningene var årlige innrapporteringer fra distriktslegene der de skulle beskrive sunnhetstilstanden i befolkningen. De mest utbredte sykdommene, hygieniske forhold og været var blant de tingene som skulle dokumenteres. Allerede i 1803 fikk alle leger i Norge i oppgave å sende inn årlige beretninger fra sine distrikter om sunnhetstilstanden. Disse skulle sendes til de sentrale myndighetene.⁵⁷ Leger kunne få bøter på mellom 300 og 500 kroner dersom de ikke sendte inn rapportene sine.⁵⁸ Fra 1835 ble arbeidet med beretningene systematisert og gitt ut som *Beretninger om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge*.

Ved å studere medisinalberetningene får vi et bilde av hvordan samfunnet var på begynnelsen av 1900-tallet. Det er viktig å huske at det var leger som forfattet og skildret flere sider av samfunnet og at det er deres holdninger som ofte kommer til uttrykk. De hadde sin tolkning og oppfattelse av sine observasjoner av befolkningen og samfunnet, som nødvendigvis ikke samsvarte med det majoriteten mente den gangen. Selv om medisinalberetningene er skrevet ut fra legenes forståelseshorisont, kan de brukes til å danne et inntrykk av samfunnet. De sier også noe om distriktslegenes holdninger ovenfor den befolkningen de skulle betjene.

De samlede beretningene for hvert fylke med riksoversikt gir et inntrykk av hva helsemyndighetene mente, mens rapportene innsendt av enkeltlegene gir et inntrykk av hva som var legens oppfatning.⁵⁹ Mitt fokus har vært på hvilken oppfattelse legene hadde og jeg har derfor i størst grad brukt medisinalberetningene sendt inn fra Sokndal, Sandnes og Finnøy. Disse ligger på Riksarkivet og finnes henholdsvis i medisinaldirektørens og Statistisk Sentralbyrås arkiver.⁶⁰ Medisinalberetningene for perioden 1891-1921 ligger amtvist i medisinaldirektørens arkiv under Kontoret for lege- og sunnhetsvesen (MD I). Fra 1922-1969 finnes rapportene i arkivet til Statistisk Sentralbyrå, Sosiodemografiske emner, Helseforhold og helsetjenester sortert fylkesvis. Materialet har en klausulering på 80 år, så det som ligger

⁵⁶ Reichborn-Kjennerud, Grøn & Kobro 1936: 279-280

⁵⁷ Schiøtz 2003: 35

⁵⁸ Schiøtz 2000: 363

⁵⁹ Larsen, Berg & Hodne 1986: 60

⁶⁰ Medisinalberetningene for perioden 1815-1891 som ligger utenfor min avgrensning ligger i arkivet til Justisdepartementet under medisinalkontoret M.

åpent går frem til 1935. Jeg har ikke søkt innsyn i mappene for de fem siste årene, fordi jeg kan bruke samleutgaven på nett.

Møteprotokoller

Jeg har studert møteprotokollene til fire helserådsområder i tre forskjellige legedistrikter, Sokndal ladested og landsogn, Gjesdal og Årdal. Møteprotokoller er referater fra et bestemt møte eller utvalg. I møteprotokollene skal det stå opplysninger om når og hvor møtet fant sted, hvem som var tilstede samt et referat fra behandlingen av de sakene som var oppe.⁶¹

I 1860 ble loven om sunnhetskommisjoner vedtatt.⁶² Sunnhetskommisjonene, senere kalt helseråd, skulle ledes av distriktslegene og holde tilsyn med alt som kunne virke inn på stedets sunnhetsforhold. De skulle selv bestemme hvor ofte det skulle holdes møter. Innholdet i møteprotokollene er derfor varierende.

I tidsrommet mellom 1900 og 1940 hadde helserådene i Sokndal, Gjesdal og Årdal varierende antall møter. I Sokndal ladested ble det i tiden 1901-1937 holdt 40 møter. I Sokndal landsogn ble det holdt 72 møter mellom 1900-1940. I perioden 1901-1938 var det i Gjesdal 37 møter. I Årdal ble det holdt 23 møter i tiden 1900-1940, men mellom 1916-1924 og 1924-1932 ble det ikke avholdt et eneste møte.

Grunnen til at det er så stor variasjon i antall møter, er ikke godt å si. Det kan ha vært lite som skjedde og dermed få saker å ta opp; det kan ha vært mangel på leger i distriktet; eller det kan bekrefte deler av den bekymringen som ble ytret i forbindelse med innføringen av sunnhetsloven i 1860 om at virksomheten ville være avhengig av hvor mye arbeid hver enkelt lege var villig til å legge ned i kommisjonen.

Jeg har forutsatt at alle møter holdt i helserådene ble ført inn i protokollene og at det var distriktslegene som var rådernes ordførere. Møteprotokollene har i all hovedsak vært forfattet av distriktslegene selv og viser det arbeidet som ble utført i distriktene. Ved flere anledninger ble rundskrivelser fra myndighetene diskutert og ordføreren hold foredrag om diverse

⁶¹ <http://www.arkivverket.no/arkivverket/Offentleg-forvalting/Regelverk/Arkivterminologi-bokmaal>, 20.03.16

⁶² Jeg kommer tilbake til opprettelsen av denne loven senere i oppgaven der jeg også gjøre rede for innholdet i loven.

sykdommer. Hverken rundskrivelsene eller foredragene er gjengitt i protokollene, men temaet som ble tatt opp er alltid dokumentert. I noen tilfeller har medisinalberetningene kunnet bidra, men jeg har ikke alltid sett det som nødvendig å undersøke rundskrivelsene eller foredragene.

Helserådenes møteprotokoller for Stavanger amt ligger i Statsarkivet i Stavanger i arkivene til distriktslegene i hvert sitt område. Møteprotokollene for Årdal ligger under arkivet til distriktslegen på Hjelmeland. Sokndal landsogn og ladested ligger i arkivet til distriktslegen i Sokndal og protokollene for Gjesdal ligger i arkivet til distriktslegen i Gjesdal.

Jeg har gått gjennom møteprotokollene og medisinalberetningene fra alle distriktene, men det er fra Sokndal de mest fyldige beskrivelsene står. I protokollene og beretningene fra Sokndal blir det skildret et bredt spekter av problemer. Videre i oppgaven vil jeg derfor stadig komme tilbake til protokollene derfra.

Kapittel 2 - Distriktslegene

På begynnelsen av 1800-tallet var legene delt i to klasser på bakgrunn av sin utdannelse, medici og kirurgi. Medici hadde akademisk utdannelse, mens den kirurgiske utdannelsen var mer «håndverksmessig».⁶³ Norge fikk i 1811 sitt første universitet i Christiania der undervisningen i medisin startet opp i 1814. Før det ble opprettet universitet i Norge, tok de fleste legene utdannelsen i København. I 1824 ble det fastsatt at embetseksamen skulle omfatte naturhistorie, kjemi, anatomi, fysiologi, patologi, kirurgi, fødselsvitenskap og statsmedisin. Innenfor statsmedisin ble temaer som hygiene, sosialmedisin og rettsmedisin tatt opp. De skulle også ha praktisk disseksjonsprøve i anatomi samt kliniske prøver i medisin og kirurgi. Larsen påstår at legeutdanningen ut over 1900-tallet ble mer praktisk rettet med mindre fokus på vitenskapelig teori enn tidligere. Dette, mener Larsen, viser begynnelsen på fremveksten av en profesjon.⁶⁴ Distriktslegenes status økte med utdannelsen og ga dem økt symbolsk kapital.

I 1814 var det 42 offentlige legestillinger hvorav 4 stadsfysici, 11 amts- eller landfysici og 27 kirurgikater. I 1816 var antallet leger kommet opp i 99, når medregnet både de offentlige og privatpraktiserende. I 1827 var det totale antallet 120 og 80 av disse bodde i byene. Den 21. januar 1836 ble det ved kongelig resolusjon opprettet en ny legeordning med distriktsleger. Distriktslegeordningen førte til at det ble opprettet 36 distriktslegestillinger og alle var embetsstillinger. Distriktslegene skulle erstatte distriktskirurgikatene. Formålet med den nye ordningen var hovedsakelig å skaffe alle landets innbyggere tilstrekkelig legehjelp, men det viktigste ble senere tiltak mot smittsomme sykdommer.⁶⁵

Distriktslegen ble ansett som «selvskreven formann i de stedlige helsenevnder og i samarbeid med sykepleierforeningene, [...], leder han det forebyggende helsearbeidet [...] innen distriktets kommuner og disponerer de midler som ydes hertil så vel fra private som av det offentlige».⁶⁶ I 1984 ble det gjort en undersøkelse av stillingsbetegnelsene i *Norges Læger* for perioden 1893-1920.⁶⁷ Det var helt klart flest privatpraktiserende leger, mens den nest største

⁶³ Reichborn-Kjennerud, Grøn & Kobro 1936: 173

⁶⁴ Larsen, Berg & Hodne 1986: 345

⁶⁵ A. Schiøtz 2003b: 15-16

⁶⁶ C. Schiøtz 1938: 456

⁶⁷ Undersøkelse ble utført av Agnes Frølich i forbindelse med hennes hovedfagsoppgave om Norges første kvinnelige leger. Se Larsen, Berg og Hodne 1986: 361-365.

gruppen var distriktslegene. Av andre legetyper kan for eksempel nevnes kommunelege, skolelege, misjonslege og spesialister.

De privatpraktiserende legene var helt avhengig av lønnen de fikk for kurative oppdrag, mens distriktslegene var offentlige leger, embetsleger, og ansatt av staten. De hadde kombinerte stillinger der de skulle ivareta samfunnsmedisinske oppgaver og offentlig legearbeid, samtidig som de drev privat allmennpraksis.⁶⁸ «Legene fikk og påtok seg rollen som «samfunnsingeniøren» som skulle forbedre befolkningskvaliteten og bygge det gode samfunn [...]».⁶⁹ Det var gjennomgående svært lav kunnskap blant befolkningen om sykdomsårsaker, smitteveier og hygienens betydning for utbredelse av sykdommer. Legens kulturelle og sosiale bakgrunn var preget av utvetydige og klare regler for hvordan livet skulle organiseres og leves. For dem var renslighet og orden to kardinaldyder. Dette gjorde dem skikket til å «oppdra» allmuen og lære dem «sunnhetspleie», det vil si hygiene og forebygging av sykdom.⁷⁰

Medisinene og behandlingsmetodene

Læren om kroppens væskebalanse, humoralpatologien, oppsto i antikken og var frem til 1850-tallet den ledende forståelsen av sykdomsmekanismene. Teorien gikk ut på at kroppen består av fire væsker, gul galle, svart galle, blod og slim. Det var ubalanse i disse væskene som førte til sykdom. For å helbrede sykdom, måtte væskebalansen gjenopprettes. Dette kunne enten gjøres via årelating eller ved å fremprovosere oppkast. Edward Shorter mener at dette synet var som «a castle built in the air: it had little empirical foundation and was completely false in modern scientific terms».⁷¹ Med læren om mikroorganismer forsto legene at sykdom ikke skyldtes ubalanse i kroppens væsker, og behandlingsmetodene ble endret.

Edward Shorter skildrer hvordan den nye vitenskapen endret legens praksis i USA. Dette er et fint bilde på hvordan ting kan endre seg over tid, samtidig som jeg mener dette også kan relateres til norske legers utvikling. Den tradisjonelle legen var ofte overfladisk i sin nedskrivning av pasientens sykdomshistorie. De fysiske undersøkelsene var begrenset til å

⁶⁸ Grønlie 2015

⁶⁹ A. Schiøtz 2000: 324

⁷⁰ A. Schiøtz 2000: 17

⁷¹ Porter 1996: 123

sjekke tunga, måle pulsen og inspisere ansiktsuttrykk for å bedømme pasientens fordøyelse. Den typiske konsultasjonen endte gjerne med en resept på lakserende midler. Leger som forsøkte å bli mer vitenskapelige i sin praksis, skrev ned en systematisk sykdomshistorie og utførte mer omfattende fysiske undersøkelser ved å dunke, lytte og trykke på pasienten. Deretter vurderte de alle de mulige sykdommene pasienten kunne ha på bakgrunnen av tegn og symptomer de samlet inn. Til slutt stilte de diagnosen som pasienten mest sannsynlig led av ved å gjøre enda flere undersøkelser og laborietester. På universitetene lærte studentene at samme symptomer kunne stamme fra forskjellige sykdommer. De lærte å bruke mikroskopet og stetoskop og fikk i sin utdanning se hvordan forskjellige sykdommer påvirket vevet. Selv om de «nye» legene ikke hadde noen nye gode behandlingsmetoder, hadde de i det minste en annen forståelse av sykdomsmekanismene. De var overbevist om at de gamle metodene som ble brukt med utgangspunkt i humoralteoriene ikke ville fungere. Dette hindret dem i å gjøre mer skade enn nytte.⁷²

Det var ikke mange medisiner distriktslegene hadde til rådighet på begynnelsen av 1900-tallet. Penicillin ble ikke tatt i bruk i vanlig medisinsk praksis før etter andre verdenskrig.⁷³ Smertelindring har antagelig vært en av de viktigste formene for medisinsk behandling legene kunne gi. Leger hadde helt siden 1500-tallet vært klar over opiumens smertelindrende egenskaper. Morfin ble isolert fra opium for første gang på begynnelsen av 1800-tallet. I 1855 ble det kjent at morfin kunne gis ved hjelp av sprøyter rett inn i blodårene og ble på den måten enda mer effektivt fordi magesyren ikke brøyt ned virkestoffene før de ble tatt opp i blodet. Problemet var at morfin er et svært avhengighetsskapende middel. I 1899 ble en annen smertelindrende medisin fremstilt, acetylsalisylsyre, bedre kjent under navnet Aspirin. I tillegg til smertelindring virker dette legemiddelet febernedsettende og betennelseshemmende.⁷⁴ Nitritt og nitroglyserin ble tatt i bruk i 1867 og 1869, medisiner som minsker smertene ved hjertekramper.⁷⁵

⁷² Porter 1996: 128

⁷³ Se gjerne Robert Bud (2007) *Penicillin. Triumph and Tragedy*.

⁷⁴ Øye 2009

⁷⁵ Porter 1996: 126-137.

Fremkomstmidler

De fleste sykdommer ble behandlet hjemme og distriktslegenes arbeid krevde derfor mye reising, oftest til fots eller hest. I kyststrøkene ble båten flittig brukt. Distriktslegene måtte reise på sykebesøk i vær og vind og de kunne havne i fare for å skade seg. I dårlig vær kunne det være risikabelt for distriktslege Holtermann å krysse Foldenfjord i Nordland. I 1904 skaffet Holtermann seg derfor dekksbåt med motor. Til flere såkalte strandgårder kunne veiene være bratte og om vinteren kunne det være spesielt krevende og farlig å gå for fremmede.⁷⁶ I august 1902 hadde Hans Frisak angivelig vært i livsfare da båten han satt i på vei til sykebesøk kantret. Frisak fikk armen ut av ledd, men klarte å holde seg fast i båten som drev inn på et skjær. Det gikk også bra med de andre om bord. Medisinvesken hans hadde flytt opp. Der hadde han kloroform som jordmoren ga ham før de fikk armen i ledd igjen. Våren 1906 ble han kastet av vognen da hesten sprang ut, og ble betydelig forslått.⁷⁷

I sitt arbeid opplevde distriktslege Birger Wexelsen-Freihow mange anstrengende og farefulle reiser. Om vinteren var skiene det viktigste fremkomstmiddelet. Turene var på seks til åtte mil i sterk kulde og ofte med dårlig føre. Vinteren 1921 forliste han med motorbåt i Sognefjorden i en «forrykende» østenstorm.⁷⁸

Bilen ble etter hvert også vanligere og fikk sitt gjennombrudd i mellomkrigstiden. I utgangspunktet møtte bilen en del motstand i Rogaland, men motorloven av 1912 ga like regler for hele Norge. Den norske bilparken ble firedoblet mellom 1910 og 1915.⁷⁹ Bilen var nok kjærkommen for mange av legene, men det var ikke alltid mulig å bruke den om vinteren på grunn av de dårlige veiene. En bil krever godt utbygde veier og hesten fortsatte å være viktig i lang tid. Finnøy hadde fått gode veier etter 1900, men de egnet seg ikke for biltrafikk.⁸⁰

Telefonen som kom til Norge for første gang i 1876 og spredte seg raskt. Norge hadde fra 1895 det sterkeste og tettteste telefonnettet i verden. Med 14000 telefoner i landet var

⁷⁶ Kobro 1908: 552-553

⁷⁷ Kobro 1908: 232

⁷⁸ Kobro 1927: 388

⁷⁹ Grude, Næss & Nerheim 2015: 272-276

⁸⁰ Sletten 1948: 161

forholdet 1:140. Til sammenlikning var forholdet i Danmark 1:160 og i Frankrike 1:1600.⁸¹ Norge er et langstrakt land med spredt bosetting og hadde større behov for gode telefonforbindelser enn ellers i Europa. Telefonen lettet kommunikasjonen mellom pasient og lege og det ble lettere å avtale sykebesøk. Endringer av større omfang kom først på 1920-30-tallet.⁸² I Høgsfjord prestegjeld var det i 1901 ingen lege, men det var daglig dampbåtforbindelse og på to steder fantes det telefonforbindelse med Sandnes og Stavanger.⁸³

En nærmere presentasjon av noen av distriktslegene i Sokndal, Finnøy og Sandnes

Svein Holtermann ble født i Lindås i 1854. Han ble cand. med. i desember 1881 og praktiserte i Flekkefjord fra februar 1882 til november 1888 da han overtok Folden distriktslegeembete. Den 7. april 1894 ble han kongelig konstituert distriktslege i Sokndal distrikt, hvor han arbeidet frem til 1904. Da han skulle reise fra Sokndal, ble det holdt en offentlig fest for ham. Holtermann var gift og hans kone fødte 7 barn.⁸⁴

Etter Holtermann kom Carl Oluf Wingard. Han var født i Larvik i 1862 og var sønn av en kjøpmann. Wingard tok eksamen artium i 1879, og medisinsk eksamen i 1892. Han gjennomførte kandidat tjeneste ved Ullevåls epidemilasekt fra oktober 1887 til juli 1888, og ved Bergens kommunale sykehus fra april til august 1889. Han var assistentlege ved Rotvold sinnssykeasyl i årene 1889 til 1891. Wingard praktiserte i Tjøtta i 1892-93, og ble deretter kommunelege i Saltdalen til august 1894, og igjen i Tjøtta fra august samme år til september 1895. I 1898 ble han distriktslege i Grong der han var frem til juni 1899, deretter bestyrte han Fosnes distrikt i to måneder, Kolvereid fra oktober 1899 til april 1900, og Finnmarks distriktslegeembete fra januar til mars 1901. Fra 1904 var han distriktslege i Sokndal distrikt frem til 1913. I sin tid i Sokndal hadde han permisjon fra januar 1908 til juli 1909 for å tjenestegjøre som reservelege ved Neevengaarden asyl i Bergen og i 1909 var han epidemilege under en koppepidemi på Herlø. I 1913 ble han bestyrer for Romsdals sinnssykeasyl i Bolsø. I 1910 ble han valgt av Stavanger amtsting til sakkyndig medlem av en komité som skulle forberede byggingen av amtsasyl, og ble i 1911 medlem av

⁸¹ Nerbøvik 2011: 47-48

⁸² A. Schjøtz 2000: 338-340

⁸³ Medisinalberetning for Sandnes 1901

⁸⁴ Kobro 1908: 552-553

byggekomiteen. Han var medlem av den norske legeforeningen og Norsk psykiatrisk forening.⁸⁵ Han ble siden første direktør ved Dale asyl.

Mens Wingard hadde permisjon fra distriktslegestillingen i Sokndal, var det distriktslege Pedersen som vikarierte. Han var født i Molde i 1861 og var sønn av en snekker. I 1882 tok han telegrafkurs, eksamen artium tok han i 1888 og i 1899 tok han medisinsk eksamen. Før Pedersen kom til Sokndal, hadde han siden 1905 jobbet som assistentlege ved Gaustad asyl og etter tiden i Sokndal jobbet han som kommunelege i Nedre Eker. Han var gift og hadde tre barn.⁸⁶

Eyvind Bugge ble født i 1883. Han ble vernepliktig sekondløytnant i armeens sanitet i 1910 og utskrevet sanitetspremierløytnant i januar 1914. Han hadde noen års erfaring som vikarierende distriktslege før han fikk fast stilling i Sokndal i 1920.⁸⁷

Sandnes

Hans Geelmuyden Lund var født i Bergen i 1845. Han var medisinsk kandidat i 1874 og praktiserte i Stavanger fra 1875 frem til han ble distriktslege i Oppland i 1888. I 1899 ble Lund distriktslege i Sandnes der han arbeidet frem til han i 1912 døde av kreft.⁸⁸

Etter Lund fulgte Bendix Ebbell. Han var født i 1865 og var sønn av en kongelig fullmektig. Han tok eksamen artium i 1884 og studerte siden både teologi og medisin, og tok eksamen i 1888 og 1892. Etter eksamen studerte han i noen måneder ved Rikshospitalets kirurgiske avdeling. Med støtte fra den norske legemisjon reiste han til Tyskland der han studerte kirurgi og balneologi.⁸⁹ Juli i 1893 meldte han seg inn i Det norske missionselskap og ble i oktober samme år sendt til Madagaskar der han arbeidet som misjonslege. I Antsirabe bestyrte Ebbell et sykehus med 30 sengeplasser og drev en poliklinikk med mellom 8000 og 9000 besøkende hvert år. I tillegg til dette førte han tilsyn med et spedalskhjem, med ansvar for rundt 800 syke. I 1912 kom han tilbake til Norge og ble distriktslege i Sandnes der han var i seks år. I 1927 ble han konstituert og fra 1919 utnevnt til fylkeslege i Rogaland samtidig som han virket

⁸⁵ Kopro 1915: 570-571

⁸⁶ Kopro 1915: 241-242

⁸⁷ Kopro 1927: 50

⁸⁸ Kopro 1915: 58

⁸⁹ Balneologi er læren om bad og deres virkninger og da spesielt i forbindelse med sykdom.

som distriktslege i Hetland. Han arbeidet i begge stillingene frem til oppnådd aldersgrense.⁹⁰ Han ble gift i 1894 og hadde tre døtre.⁹¹

Thorleif Svaboe var gårdbrukersønn og født i 1878. Han tok eksamen artium i 1898 og medisinsk eksamen i 1905. Fra 1909 var Svaboe kommunelege i Nedstrand. Han ble i 1914 ansatt som distriktslege i Lund og han tok over etter Bendix Ebbell som distriktslege i Sandnes i 1919. I 1912 ble han valgt inn i tuberkulosehjemkomiteen for Rogaland som han ble leder av i 1913. Han var gift og hadde tre sønner.⁹²

Finnøy

Christian Wille var født i Flesberg i 1846. Han tok medisinsk eksamen i 1871 og var fra 1873 distriktslege på Finnøy. Der praktiserte han frem til sin død i 1904. Wille var gift og hadde 12 barn.⁹³ Etter ham overtok Hans Frisak, født i Grimstad i 1845. Frisak tok medisinsk eksamen i 1871 og praktiserte i Grimstad. Ved flere anledninger fungerte han som distriktslege i Vestre Nedenes under ledighet. Fra 1896 var han distriktslege i Ytre Søndfjord frem til 1904 da han ble distriktslege på Finnøy.⁹⁴ Frisak var antakelig distriktslege på Finnøy frem til 1916. I perioden mellom 1916 og 1924 er det ingen møter i helserådet og jeg har ikke klart å finne informasjon om hvem som var distriktslege i denne perioden.

Birger Wexelsen-Freihow var sønn av en sogneprest og født i 1884 i Tana. Han tok eksamen artium i 1905 og medisinsk eksamen i 1915. Wexelsen-Freihow var kommunelege på Hjelmeland fra januar til juni i 1915. Etter å ha praktisert på Hjelmeland ble han kommunelege i Os frem til 1916. I 1818 var han fiskerilege i Henningsvær og i 1919 var han stadslege i Mosjøen. Fra 1921 var han distriktslege i Innvik. Wexelsen-Freihow var gift og hadde tre barn og en sønn som var død.⁹⁵

Olaf Sveeggen Strømme var sønn av en skredder og født i Dale i 1896. Han tok eksamen artium i 1916 og medisinsk eksamen i 1923. Strømme hadde kandidattjeneste ved

⁹⁰ Larsen 2009

⁹¹ Kobre 1908: 263

⁹² Kobre 1915: 434

⁹³ Kobre 1915: 567

⁹⁴ Kobre 1908: 232

⁹⁵ Kobre 1927: 388

Diakonisseanstaltens sykehus. Fra 1925 var han distriktslege på Finnøy. Da han hadde permisjon fra distriktslegeembetet var han kandidat ved Ullevål sykehus, først ved medisinsk avdeling i 1929, så ved epidemiavdelingen i 1930.⁹⁶

David Thoralf Myhr var sønn av en telegrafbestyrer og født i Bodin i 1903. Han tok eksamen artium i 1921 og medisinsk eksamen i 1929. Fra september 1929 til juni 1930 bestyrte han distriktslegestillingen på Finnøy, mens Strømme arbeidet som kandidat ved Ullevål sykehus. Myhr vikarierte også for kommunelegen i Grue i Finnskog i 1930 og for distriktslegen i Måselv i 1931. Første halvår i 1934 hospiterte han ved Lyster Sanatorium. Utenom dette hadde han vikarstillinger i Lillehammer, Selbu og Meråker. I 1937 var han kandidat ved Bergens kommunale sykehus ved kirurgisk avdeling, deretter hospiterte han ved røntgenavdelingen.⁹⁷

Haakon Peder Thaulow Peterson tok medisinsk eksamen i 1922 og var fra 1924 distriktslege i Engerdal. Han var distriktslege i Hjelmeland fra august 1932 til oktober samme år, før han dro tilbake til Engerdal. Da han fratrådte stillingen som distriktslege i Engerdal, ble holdt befolkningen en avskjedsfest. I 1936 var han distriktslege i Røros. Da Peterson hadde tjenestefrihet i 1927 og 1930 var han assistentlege ved Hedmark fylkessykehus i Elverum og i 1933 var han kandidat ved Rikshospitalet ved den medisinske avdelingen.⁹⁸

Engjel Gjerdal var sønn av en gårdbruker. Han var født i Os i 1899. Gjerdal tok eksamen artium i 1920 og medisinsk eksamen i 1926. I studietiden var han kandidat ved Diakonhjemmets sykehus i 1925. I 1927 var han amanuensis hos distriktslegen i Orkdal. Han var i 1928 ved medisinsk avdeling ved Trondheim sykehus som kandidat. I perioden mellom 1928 og 1932 var han distriktslege i Tjøtta og fra 1933 var han distriktslege på Hjelmeland. Gjerdal var med tjenestefrihet fra sin distriktslegestilling assistentlege ved Lyster sanatorium i 1931 til 1932 og kandidat ved Rogaland fylkessykehus i Stavanger fra september til desember 1937.⁹⁹

⁹⁶ Kobro 1938: 649

⁹⁷ Kobro 1938: 289

⁹⁸ Kobro 1938: 617

⁹⁹ Kobro 1938: 135

Distriktslegene kom fra forskjellige steder i landet og de hadde forskjellig sosial bakgrunn. Det som gjorde dem like var den medisinske utdannelsen og arbeidet som distriktslege.

Helselover

To lover hadde sterk innvirkning på distriktslegens hverdag, Sunnhetsloven av 1860 og legeloven av 1912. I 1913 kom det også en instruks for distriktsleger i forbindelse med den nye legeloven.

Etter napoleonskrigene var det en kraftig folkevekst i Norge. Det var ikke nok arbeidsplasser og andelen fattigunderstøttede steg. Det var dårlige levekår som medvirket til økt sykkelighet og dødelighet.¹⁰⁰ Med industrialiseringen økte urbaniseringen, folk bodde tett og smittsomme sykdommer spredte seg raskt. Den vannbårne sykdommen kolera herjet på 1840- og 50-tallet med høy dødelighet rundt om i landet. Epidemiene på Øst- og Sørlandet ble, ifølge Aina Schiøtz, en slags katalysator for forandring. De markerte startskuddet for en ny æra i norsk helsevesen.¹⁰¹ Koleraen førte til en endret oppfatning av hvilken rolle det offentlige skulle ha når det kom til bekjempelse av epidemier og andre «dødbringende sykdommer».¹⁰² Samtidig viste epidemiene at det manglet et «stabilt administrativt apparat med forankring i lovverket».¹⁰³ På bakgrunn av dette ble det nedsatt en kommisjon i 1858 som arbeidet med det som skulle bli *Lov om Sundhedscommisssioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smittsomme Sygdomme*, bedre kjent som Sunnhetsloven.

Kommisjonen besto av sju menn der tre av dem hadde medisinskfaglig bakgrunn. De skulle «tage under Overveielse og afgive Betænkning angaaende Spørgsmaalet om Istandbringelsen af Lovbestemmelser om Sundhedspolitik og de under sammes Omraade henhørende Forhold» og i tillegg komme med et nytt lovforslag.¹⁰⁴ Under de omfattende lepraautbruddene på Vestlandet var det i 1857 blitt opprettet midlertidige sunnhetskommisjoner. Disse hadde gjort en så god jobb at lovkommisjonen foreslo at disse skulle bli permanente, få utvidet sitt mandat og i tillegg innføres i alle landets kommuner.¹⁰⁵ Erfaringen fra koleraepidemiene

¹⁰⁰ Schjønsby 2001

¹⁰¹ A. Schiøtz 2003a: 28

¹⁰² A. Schiøtz 2003a: 28

¹⁰³ A. Schiøtz 2003a: 43-44

¹⁰⁴ *Angaaende naadigst proposition til [...]* via A. Shiøtz 2003: 41

¹⁰⁵ A. Schiøtz 2003a: 44

bidro til at sunnhetskommisjonene skulle være faste og ikke bare fungere provisorisk i krisetider.¹⁰⁶

Edwin Chadwick, en jurist fra England som var ansvarlig for fattigloven av 1834, var overbevist om at det var en sammenheng mellom levekår og helse. Chadwick dokumenterte de nasjonaløkonomiske konsekvensene av fattigdom. Hans arbeid fikk stor politisk betydning både i Storbritannia og internasjonalt. Undersøkelsene hans la grunnlaget for Englands første folkehelselov som baserte seg på «opprettelsen av en sentral «folkehelseinstans (general board of health), som var ment å styre lokale helseråd (local boards of health). Disse skulle ledes av fagfolk (medical officers of health)». ¹⁰⁷ Den engelske folkehelseloven bygde også på «samtidig tankegods og dokumentasjon som var utviklet av *den europeiske hygienebevegelse*». ¹⁰⁸ Hygienebevegelsen besto av ledende fagfolk som leger, statistikere og jurister fra flere land, særlig England og Frankrike. Sykdomsmønstrene i industrisamfunnet ble kartlagt og dokumentert. Urbanisering ble sett på som en risikofaktor for folkehelsen. ¹⁰⁹ Hygienebevegelsen «hentet styrke fra frykten både for smitte og for sosial uro». ¹¹⁰

I årene hvor lovforslaget ble utformet var politikken sterkt preget av liberalistisk tankegang og det var få som ønsket en lov som innskrenket eller truet individets frihet, hverken med hensyn til eiendomsrett eller personlig frihet. I England ble dette løst ved å legge bestemmelsene under kommunestyret. Dette kunne forsvares fordi kommunestyret var folkevalgt og at individet dermed indirekte var med på å ta avgjørelser. Norge ble inspirert av England og gikk inn for et demokratiserende og desentraliserende lovverk som dannet bakgrunnen for et lokalt helsevesen med både faglig og politisk forankring i tillegg til høy grad av selvstendighet. ¹¹¹ Ordføreren i sunnhetskommisjonene skulle være leger, men resten av medlemmene burde være sammenfallende med kommunestyret, eventuelt formannskapet. De folkevalgte var avhengig av støtte fra befolkningen og ville nødig gjøre seg upopulære. På den måten ble eiendomsretten og den personlige frihet lettere ivaretatt gjennom de folkevalgte, samtidig som disse kunne få opplæring av legen og dermed spre kunnskapen videre ut i befolkningen. ¹¹²

¹⁰⁶ Seip 1994a: 228

¹⁰⁷ Schjønsby 2001; McNeill 1998: 276

¹⁰⁸ Schjønsby 2001

¹⁰⁹ Schjønsby 2001

¹¹⁰ Seip 1994a: 227

¹¹¹ Schjønsby 2001

¹¹² A. Schiøtz 2003a: 45

Dette var, ifølge Hans Petter Schjønby, en fremtidsrettet lov «både med hensyn til tidsmessighet, ansvarsfordeling og organisering». ¹¹³

Diskusjonen rundt lovforslaget i Stortinget hadde to fronter. Det var bøndene mot embetsmennene. Bondeopposisjonen fryktet at loven skulle føre til økte skatter og at embetsmennene skulle få mere makt. ¹¹⁴ I tillegg så de at permanente sunnhetskommisjoner kunne by på utfordringer. Det var nemlig opp til hver enkelt lege hvor mye arbeid de ville legge ned i kommisjonene. Dette ville føre til store variasjoner fra sted til sted avhengig av legenes interesser. ¹¹⁵ Bondetingmann Hammerstad fremmet et forslag om at det burde være frivillig for landdistriktene om de ville opprette sunnhetskommisjoner. Han mente at det ville være unødvendig med permanente institusjoner og heller en byrde enn en fordel. Lovens tilhengere pekte på at dårlig renslighet og lav hygiene var en viktig dødsårsak, spesielt på Vestlandet. Motstanderne hevdet at den lave dødeligheten i Norge skyldtes at det her sto bra til med hygienens sammenliknet med andre land i Europa. Andre hevdet det motsatte og påsto at rensligheten i Norge sto på samme nivå som andre land hadde vært for over 100 år siden og at den lave importen av såpe var et bevis på dette. ¹¹⁶ Distriktslegen i Sokndal, Svein Holtermann, mente grunnen til at epidemiske sykdommer var sjeldne og lite utbredt i hans distrikt slett ikke dreide seg om god hygiene, men på grunn av at befolkningen bodde spredt. ¹¹⁷

Den 16. mai 1860 ble sunnhetsloven vedtatt og var «retningsgivende for primærhelsetjenesten, den lokale helseadministrasjonen og det forebyggende arbeidet» helt fram til 1986. De siste restene av loven ble opphevet i 1994. ¹¹⁸ Aina Schiøtz skriver at grunnen til at loven var vellykket og virket i så mange år var takket være at lovens demokratiske innretning var nedfelt i bestemmelsen om sunnhetskommisjonens sammensetning der alle parter ble ivaretatt. Loven hadde blant annet en tilpassingsevne til lokale forhold der det ble tatt hensyn til om det gjaldt byer eller landkommuner. Sunnhetsloven gikk også vekk fra det tidligere tysk-inspirerte prinsippet om at det var politiet som skulle lede sunnhetsarbeidet i kommunen. Dette markerte overgangen fra det

¹¹³ Schjønby 2001

¹¹⁴ A. Schiøtz 2003a: 46-47

¹¹⁵ Schjønby 2001

¹¹⁶ Seip 1994a: 231

¹¹⁷ Medisinalinnberetning for Sokndal 1902

¹¹⁸ A. Schiøtz 2003a: 41

politimeslige kontrollerende til det forbyggende og konstruktive, altså fra det juridiske til det medisinske.¹¹⁹ Sunnhetskommisjonene, senere helseråd, «dannet kjernen i det offentlige helsevesen». Anne-Lise Seip mener at det egentlige nyskapende på 1800-tallet var «fremveksten av den lokale helseadministrasjonen, og med den det forebyggende helsearbeidet».¹²⁰

Komiteen som arbeidet med loven, skilte mellom politisk-administrativ organisering og sykdomsforebygging og bekjempelse av smittsom sykdom. Lovforslaget fikk derfor to hovedkapitler. Første kapittel er *Om Sundhedscommissioner* og annet kapittel *Angaaende særegne Foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme Sygdomme*. Det tredje og siste kapitlet omhandlet *Amlindelige Bestemmelser*.¹²¹ Jeg skal undersøke hver del for seg før jeg ser på utfordringene ved loven. Det første kapitlet om sunnhetskommisjoner vil være relevant for min oppgave fordi det dreier seg om kommisjonens oppbygging og hvilken funksjon den skulle ha. Kapittel to om særegne foranstaltninger ved epidemiske og smittsomme sykdommer, er viktig fordi det slo fast hvilken rolle sunnhetskommisjonen skulle ha i forbindelse med sykdomsutbrudd av epidemisk art.

Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme

Om Sundhedscommissioner

Lovens første paragraf fastsetter hvilken sammensetning kommisjonene skulle ha i byene og ladestedene. Ordføreren skulle være «vedkommende Embedslæge eller en anden af Medicinalbestyrelsen dertil antaget Læge». Resten av medlemmene skulle være magistraten eller en annen mann valgt av kongen, byens ingeniør og tre andre medlemmer som var valgt i møte av formenn og representanter. Funksjonstiden til de valgte medlemmene ble satt til fire år. I formannskapsdistriktene på landet skulle ordføreren også her være embetslegen eller en annen av «Medicinalbestyrelsen dertil antaget Læge». Resten av kommisjonen skulle enten bestå av hele kommunebestyrelsen eller så mange av dens medlemmer som mulig.¹²²

¹¹⁹ A. Schjøtz 2003a: 49-40

¹²⁰ Seip 1994: 221-227

¹²¹ Schjønsby 2001

¹²² Sunnhetsloven 1860: §8

Sunnhetskommisjonene i byene skulle ha sin oppmerksomhet «henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse». Dette innebar blant annet rensligheten, drikkevannsforhold, privetforhold og gjødsling og andre gjenstander som kunne virke skadelig på sunnhetstilstanden som behandlingen av skadelige næringsmidler. Når det gjaldt boliger skulle kommisjonen føre tilsyn med disse og påse at det ikke var mangel på lys eller luft. Boligene måtte heller ikke være fuktige, urenlige eller overfylt av slike ting som hadde «viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden». Kommisjonen skulle også forsikre seg om at det var tilstrekkelig med frisk luft i lokaler hvor mange mennesker var samlet på en gang samt at ingen næringsvei ble drevet slik at det var fare for den «almindelige Sundhedstilstand». Dessuten skulle de ha kontroll med kirkegårdene.¹²³

Sunnhetskommisjonene på landet skulle ha sin oppmerksomhet rettet mot å fremme sunnhetstilstanden samt fjerne de omstendighetene som kunne føre til utviklingen og utbredelsen av sykdom.¹²⁴ I byene hadde sunnhetskommisjonene plikt til å komme med forslag til sunnhetsforskrifter, mens på landet kunne de velge om det var behov for å lage disse.¹²⁵ Sunnhetsforskriftene måtte godkjennes av kommunestyret.

Sunnhetspolitiet ble lagt under sunnhetskommisjonene, «hvis Bestemmelser det almindelige Politi har at paasee efterkommede». Det alminnelige politiet måtte også henvende seg til kommisjonen med meddelelser vedrørende sunnhetsvesenet. Det var ikke tillatt å utføre undersøkelser i privatboliger, eller på privat grunn uten samtykke eller «uden i Kraft af en af Sundhedscommissionen derom fattet og vedkommende Private meddeelt Beslutning». Dessuten kunne ikke beslutninger tatt i sunnhetskommisjonen oppheves eller endres med mindre regjeringsdepartementet eller kongen bestemte dette.¹²⁶

¹²³ Sunnhetsloven 1860: §3

¹²⁴ Sunnhetsloven 1860: §11

¹²⁵ Sunnhetsloven 1860: §4 og §11

¹²⁶ Sunnhetsloven 1860: §5-7

Enhver husbonde eller husfar som oppdaget at en sykdom spredte seg i sin krets og som viste seg å være ondartet, hadde ansvar for å melde ifra til ordføreren eller noen av medlemmene i sunnhetskommisjonene. Eventuelt kunne det gis beskjed til politiet eller fattigvesenet som igjen var pliktig til å melde dette videre til kommisjonens ordfører. Hvis det hastet, kunne det rapporteres til nærmeste lege. Den legen som mottok en slik anmeldelse, var pliktig til å snarest undersøke de syke og forskrive de nødvendige foreløpige tiltak inntil ordføreren og sunnhetskommisjonen var underrettet.¹²⁷

Ved utbrudd av en farlig epidemisk eller smittsom sykdom, skulle sunnhetskommisjonen sette i gang de tiltak som sykdommen krevde.¹²⁸ Under slike omstendigheter var kommisjonen berettiget til å dele inn distriktet i avdelinger med en eller flere oppsynsmenn. Dersom en ondartet sykdom skulle gripe videre om seg, kunne det settes inn ekstraordinær legehjelp i de angrepne områdene. Likeledes kunne midlertidige sykehus opprettes. Dersom det ikke kunne skaffes et egnet lokale ved forhandlingene, kunne sunnhetskommisjonen forlange dette mot erstatning etter lovlig skjønn. Enhver sivil embedslege var forpliktet å overta legetilsynet ved det midlertidige sykehuset dersom dette fantes i hans distrikt.¹²⁹

Under mer omfattende og ondartede epidemiske og smittsomme sykdommer, måtte alle leger som hadde hatt syke til behandling rapportere dette til kommisjonen som deretter skulle holde medisinalbestyrelsen oppdatert. Personer som led av ondartede sykdommer der man fryktet smittefare, måtte la seg behandle på sykehus dersom dette ble påkrevd av sunnhetskommisjonen eller øvrigheten og de ikke kunne skaffe seg betryggende pleie i hjemmet.¹³⁰

Det var sunnhetskommisjonen som skulle bestemme hvordan gangklær, sengeklær og rom brukt av personer med smittsom sykdom skulle renses før de på ny kunne bli tatt i bruk. For å hindre at smitte skulle spre seg etter dødsfall, skulle den døde begravnes så fort som mulig.

¹²⁷ Sunnhetsloven 1860: §14

¹²⁸ Sunnhetsloven 1860: §15. Her står det også beskrevet hvem som har ansvar for kostnadene, men jeg føler ikke at akkurat det er relevant for oppgaven min å ta med.

¹²⁹ Sunnhetsloven 1860: §15-19

¹³⁰ Sunnhetsloven 1860: §20-21

Sørgestuer og likfølge burde forbys og likene burde legges i kister som var tjæret innvendig og som ble senket, om mulig fire alen under jorden (dvs. ca 2,5 meter).¹³¹

Almindelige Bestemmelser

I delen om alminnelige bestemmelser var det tre paragrafer. Den første paragrafen hadde bestemmelser om hva som ville skje dersom sunnhetskommisjonens forskrifter ikke ble fulgt. Det samme gjaldt hvis noen brøt lovens §14 om meldeplikt og unnlot å melde inn utbrudd av smittsomme sykdommer. Overtredelse kunne straffes med bøter eller påtale ved politiet. De to siste paragrafene gjaldt hva som skulle skje hvor det allerede fantes karantenevesen samt når den nye loven skulle tre i kraft og hvilke tidligere lover som nå opphørte.¹³²

Utfordringer knyttet til innføringen av sunnhetsloven

Ole Berg hevdet i boken *Legene og samfunnet* at selv om legene skulle være ordførere i sunnhetskommisjonene, ville det bli umulig å «drive gjennom en politipreget sunnhetspolitikk». Så lenge legfolk skulle være representert i kommisjonene, ville legen ikke komme noen vei om han ikke klarte å overbevise det lokale politiske miljø. Videre påstår Berg at sunnhetsloven var «en utpreget fullmakts- og rammelov».¹³³ Lege Ole Malm hevdet at sunnhetsloven ga kommisjonene rett til å «kontrollere nær sagt alt muligt» noe som ga et «diktatorisk Præg».¹³⁴ Aina Schiøtz understreker på sin side at sunnhetsloven understreket den offentlige legens ansvar for det forebyggende helsearbeidet. Å være ordfører for sunnhetskommisjonen, ble et av hans viktigste virkemidler.¹³⁵ Med denne loven ble distriktslegens «ansvar for det forebyggende, kontrollerende og administrative helsearbeidet stadfestet og regulert». Distriktslegene fikk ansvar for langt mer enn bare å tilby medisinsk hjelp til befolkningen.¹³⁶

¹³¹ Sunnhetsloven 1860: §24-25

¹³² Sunnhetsloven 1860: §26-28

¹³³ Larsen, Berg & Hodne 1986: 171

¹³⁴ Larsen, Berg & Hodne 1986: 171

¹³⁵ A. Schiøtz 2003: 49-50

¹³⁶ A. Schiøtz 2000: 35

Det at hele eller deler av kommunestyret skulle sitte i helserådet førte til to problemer. For det første ville de fleste av helserådene medlemmer være mer opptatt av kommunebudsjettet enn av helsearbeidet. For det andre var ikke sammensetningen slik at den sikret at helserådene medlemmer hadde forutsetninger for det arbeidet de skulle utføre. Sammensetningen av helserådet burde vise variert kompetanse og burde bestå av medlemmer utenfor herredsstyrets krets. Det burde helst være en eller to kvinner i rådet, en bygningskyndig person og gjerne en lensmann, prest eller skolelærer. Dessuten burde reglene bli like for by og land.¹³⁷

Videre var det nødvendig å gi helserådene myndighet. Helserådene hadde mulighet til å utforme egne sunnhetsvedtekter, men det var vanskelig å få befolkningen til å følge dem. Rådene burde få myndighet til å ilegge bøter. Det ville også være bedre om det var felles regler for alle.

Reformkravene ble diskutert gjennom 1920-tallet og en revisjon av loven kom i 1930. Kravene ble bare delvis innfridd. På landet fikk helserådene anledning til å supplere med medlemmer utenfor kommunestyrets krets og i byen ble denne gruppen økt fra tre til fem personer. I tillegg skulle minst ett av medlemmene være kvinne. Det ble også gitt adgang til å ilegge tvangsmulkt til de som ikke etterkom helserådene påbud. Kongen kunne også gi forskrifter som skulle gjelde for flere eller alle helserådsdistrikter.¹³⁸

Sunnhetsloven la på et tidlig tidspunkt faglige rammer for forebyggende helsearbeid med leger som naturlige ledere av dette arbeidet som ordførere i sunnhetskommisjonene. I flere andre land var det politimyndighetene som var «toneangivende i organisering og administrasjon av det lokale hygienearbeidet [...]».¹³⁹ Sunnhetskommisjonene skulle ikke bare virke ved utbrudd av epidemier, men bestandig arbeide for bedre helse. Det var spesielt hygienens blant befolkningen som skulle stå i fokus. Mot slutten av 1800-tallet ble kommisjonenes ansvarsområde støtt og stadig utvidet. Skoleloven av 1889 bestemte at sunnhetskommisjonene skulle uttale seg når nye skolebygg ble planlagt. De skulle også påse at pleiebarn ble forsvarlig anbrakt etter loven av 1892. Fabrikktilsynsloven av 1892 sa at de skulle holde tilsyn med industrien. De skulle øve kontroll med kirkegårder fra 1897 og ha tilsyn med jordmødre fra 1898. Alt dette var i tillegg til de oppgavene de hadde før 1890 som

¹³⁷ Seip 1994b: 92-93

¹³⁸ Seip 1994b: 93

¹³⁹ Schjønsby 2001

vaksinasjon, medisinalberetninger og meldeplikt om smittsomme sykdommer.¹⁴⁰ I 1900 kom tuberkuloseloven som i §6 slår fast at tuberkuløse kunne tvangsinnlegges på sykehus dersom den syke eller omgivelsene rundt «undlader at følge de af Sundhedskommissionen givne Forskrifter, og det som Følge deraf viser sig umuligt at skaffe den Syge en Modarbeidelse af Sygdommens Udbredelse nødvendig pleie».¹⁴¹

Legeloven av 1912

I følge sunnhetsloven av 1860 skulle distriktslegen være ordfører i helserådet, men stadig flere leger maktet ikke arbeidsmengden og privatpraktiserende leger tok distriktslegenes sted. En privatlege var avhengig av inntekter gjennom kurative tjenester og hans handlingsrom i helserådene ville dermed bli mindre enn for en offentlig lege lønnet av staten. Privatlegen fikk større problemer med å ta upopulære avgjørelser.¹⁴² Ofte var det et problem at befolkningen ikke ønsket å melde fra om sykdommer i frykt for isolering, men i 1931 hadde distriktslege Svaboe også et inntrykk av at «de private læger ikke [var] særlig begeistret for å melde tuberkulosestilfeller til helserådet».¹⁴³ At leger i privat praksis helst ikke ønsket å gå mot pasientene sine, kommer godt til uttrykk i dette sitatet:

*The doctor who has to live by pleasing his patients in competition with everybody who has walked the hospitals, scraped through the examinations, and bought a brass plate, soon finds himself prescribing water to teetotellers, and brandy or champagne jelly to drunkards; beefsteaks and stout in one house, and «uric acid free» vegetarian diet over the way; shut windows, big fires, and heavy overcoats to old Colonels, and open air and as much nakedness as is compatible with decency to young faddists, never once daring to say either «I don't know», or «I don't agree».*¹⁴⁴

¹⁴⁰ Seip 1994a: 233

¹⁴¹ Tuberkuloseloven 1900

¹⁴² A. Schiøtz 2000: 55

¹⁴³ Medisinalberetning for Sandnes 1931

¹⁴⁴ Sitatet er hentet fra forordet til Bernard Shaws stykke, *The Doctor's Dilemma*, som handler om en lege som har funnet en kur mot tuberkulose, men kan kun behandle ti pasienter samtidig. Dilemmaet oppstår når han må velge hvem som skal få behandling og han står mellom en venn og kollega og en talentfull kunstner. Via Porter 1996: 119.

Med privatleger som ordførere i helserådene, mistet distriktslegene sin handlekraft og autoritet.¹⁴⁵ Et annet problem med legeordningen før 1912 var at den ikke var bygd opp hierarkisk og distriktslegene hadde ingen som kunne bistå dem med råd og veiledning. Fra 1875 hadde de en medisinaldirektør, men han hadde svært begrensede ressurser. Mange leger var kommet godt opp i alder, men fortsatte i sin praksis. De offentlige legene hadde også dårligere lønnsbetingelser enn andre embetsmenn, mye på grunn av at det var forventet at de skulle ha en god biinntekt fra kurative tjenester.¹⁴⁶

I 1898 ble det nedsatt en kommisjon, ledet av medisinaldirektør Michael Holmboe, som skulle se på behovet for ny lovgivning. Kommisjonen fikk i oppdrag å «drøfte distriktslægeinstitusjonens hele eller delvise avløsning ved en ordning med kommunelæger, og i tilfælde disses lønning, ansættelsesmaate og forhold til det offentlige og de gjøremaal, som nu utføres av de civile embetslæger.»¹⁴⁷ Kommisjonen besto i tillegg til medisinaldirektøren av byråsjef E. L. Esmarch, distriktslege H. K. Kjelsberg, distriktslege B.M. Müller, kommunelege H.F. Scharffenberg og dosent J. Utheim. Legen Rs. Hansson var sekretær for kommisjonen. Kommisjonen hadde altså en overvekt av menn med medisinsk bakgrunn.

Kommisjonens medlemmer mente at sammenliknet med andre land, hadde befolkningen i Norge god tilgang på leger. I 1900 var det 1 lege på 2000 mennesker i Norge, mens forholdet i Sverige var 1: 4400, Finland 1: 7500 og Frankrike hadde 1 lege på 2500 mennesker. Bare Storbritannia, Irland og Danmark hadde flere leger per person. I følge SSB sine tall var ikke forholdet slik som lovkommisjonen påsto. Forholdet var ifølge SSB ikke 1:2000 i 1900, men 1: 2519. Til sammenlikning var det i 2009 1 lege på 213 personer.¹⁴⁸ Det må ha vært mye å gjøre på hver enkelt lege når de hadde ansvar for så mange pasienter, spesielt når hjemmebesøk var vanlig og infrastrukturen ikke var bygd noe særlig ut.

Selv om Norge hadde god tilgang på leger, var fordelingen ujevn. Det var større tilgang på leger i byene enn ute i distriktene. Ordningen med distriktsleger fra 1936 ble opprettet for å løse fordelingsproblemet, men mange embeter sto fortsatt ubesatt. Dessuten slo

¹⁴⁵ A. Schjøtz 2000: 55

¹⁴⁶ A. Schjøtz 2000: 56-58

¹⁴⁷ Inds. O.X. 1912: 1

¹⁴⁸ Statistisk Sentralbyrå

distriktslegene seg ofte ned i nærmeste by, noe som førte til at ordningen ikke fungerte slik det var tenkt.¹⁴⁹ Mangelen var størst i vestlandsamtene samt Nordland og Tromsø. Der varierte forholdene fra 1: 3200 til 1: 5200. Det var vanskelig å få legene ut i distriktene da de helst søkte seg til mer «tætgrændte» strøk.¹⁵⁰ For å bøte på dette ble det forsøkt å gi mer i reisegodtgjørelse, få distriktslegene til å møte på kirkestevner og markeder samt å pålegge dem å bo i de mer uheldig stilte bygdene. Kommunene hadde også forsøkt å skaffe seg kommuneleger, både med og uten statlig bidrag. Disse tiltakene hjalp litt, men ikke nok. Kommisjonens forslag til å bedre forholdene ute i bygdene var å dele inn i enda flere distrikter, men det var et dyrt tiltak. Distriktene skulle ikke være større enn at en og samme lege kunne ha overordnet ansvar og med det ha bedre kontroll og et helhetlig bilde av sunnhetstilstanden i sitt distrikt. I utkantdistriktene trengtes også unge, spreke menn med god fysikk. Problemet med det var at skikkede menn ikke søkte om de ikke fikk tilbud og mulighet til å bytte distrikt etter et par år. Men hvis det ble opprettet flere distrikter i nord, uten å opprette flere i de ettertraktede distriktene, ville det ikke være nok distrikter å dele ut siden.¹⁵¹

Kommisjonen så at distriktslegeordningen begynte å bli svekket på grunn av at tilsynet med fattig syke i mange tilfeller hadde blitt overtatt av privatlegene. De overtok også distriktslegenes stilling som ordfører i helserådet. Uten den viktige stillingen som helserådsordfører, klarte de ikke lenger å gjennomføre sine oppgaver som jo dreide seg om å holde rede på sunnhetsforholdene i distriktet. Helserådene fikk stadig flere oppgaver og de hadde en viktig jobb. Norge var for langstrakt og uensartet til at sentralstyret kunne ha oversikt og kunne derfor ikke makte alt. Det var viktig med god ledelse i helserådet slik at det ikke ble gjort tiltak i tide og utide.¹⁵²

Kommisjonen påpekte at:

*Den offentlige ansatte læges vigtigste opgave er at føre tilsyn med sundhedsforholdene i sit distrikt, han skal i første række sørge for at fremme de foranstaltninger, som tar sigte paa at bedre befolkningens sundhedstilstand. Hans vigtigste arbeide er av forebyggende art. Og denne del av lægegjerningen faar stadig større betydning.*¹⁵³

¹⁴⁹ Seip 1994a: 219

¹⁵⁰ Inds. O.X. 1912: 2

¹⁵¹ Indst. O.X 1912: 2

¹⁵² Indst. O.X 1912: 6

¹⁵³ Indst. O.X 1912: 14

Medlemmene av kommisjonen så også på lønnsordningen fra 1878 som foreldet og sa at det den gangen var tenkt at distriktslegene skulle kunne tjene litt gjennom privat praksis. I 1912 var dette vanskelig fordi andelen av private leger hadde gått opp og de var ofte yngre og hadde nyere og mer moderne utdannelse og derfor en fordel. Dessuten hadde distriktslegen som oppgave å ivareta stats- eller allmenne interesser, noe som «ikke alltid smaker enkeltmanden».¹⁵⁴ Kommisjonen foreslo høyere lønn og reisegodtgjørelse, samt en oversikt over hvilke oppgaver de offentlige legene skal ha.

Det offentlige legevesen fikk med legeloven en hierarkisk oppbygging fordi det måtte regnes som «en stor mangel, at vi nu savner overordnede læger» som kunne kontrollere og lede sunnhets- og medisinesvesenet i amtet. Amtslegen skulle være embedsmann og de skulle være det koordinerende leddet mellom medisinalbestyrelsen og de offentlige legene.¹⁵⁵

Distriktslegene skulle ikke lenger være ansatt som embedsmenn. Det at distriktslegene ikke fikk beholde sin embetsmannstittel førte til frykt for at de skulle miste autoritet og at søkningen til stillingene ville bli mindre. Det skulle siden vise seg at legene hverken mistet autoritet eller at søkningen ble lavere.¹⁵⁶

Kommunelegeordningen skulle utvides og sunnhetskommisjonene skulle danne kjernen i det offentlige helsevesen. Tallet på offentlige leger ble hevet fra 160 til 389.¹⁵⁷ Der kommunen skulle være med på å bære deler av lønnsutgiftene, skulle de få mulighet til å uttale seg om søkere til stillingene. Staten skulle lønne legene i landdistriktene og skulle der stå for ansettelsen.¹⁵⁸

Distriktslegeinstruksen

Et år etter at legeloven ble vedtatt, kom nye instruksjoner for distriktslegene.

Distriktslegeinstruksjonen av 18. juli 1913 hadde 27 punkter og ga i detalj «beskjed om hvilke «forretninger» distriktslegen pliktet å utføre». Tilsynsoppgavene var sentrale. Legen skulle ha det «overordnede ansvaret for å føre tilsyn med distriktets sunnhets- og sykepleie». De skulle

¹⁵⁴ Indst. O.X 1912: 6

¹⁵⁵ Seip 1994a: 221; Indst. O.X 1912: 6

¹⁵⁶ A. Schiøtz 2000: 82-84

¹⁵⁷ Seip 1994a: 221

¹⁵⁸ Seip 1994a: 222

ha oppmerksomhet på det som kunne fremme distriktets sunnhetsvesen, og spesielt da i egenskap av å være ordfører i helserådet.¹⁵⁹ Distriktslegen skulle også føre tilsyn med jordmødre, apotek og medisinutsalg, spedalske, sinnssyke og epidemisk smittsomme. Han skulle føre tilsyn med vaksinasjonen og dersom det var nødvendig, skulle han selv utføre vaksinasjon og revaksinasjon samt opplære og prøve hjelpevaksinatører.

Ved strafferettslige undersøkelser skulle distriktslegen fungere som fast rettsmedisinsk sakkyndig og han skulle bistå skolestyret med å undersøke «de innen distriktet abnorme barns tilstand» (pkt. 9). Hvis det ble forlangt, måtte han fungere som lege ved offentlige lærerskoler og folkeskolene i distriktet. Etter anmodning fra skolestyrets formann, måtte han delta i skolestyrets behandling av hygieniske spørsmål som angikk skolen.

Ved utbrudd av epidemier, måtte distriktslegen sende inn rapport til helsedirektøren. Han hadde også ansvar for de årlige medisinalinnberetningene. Distriktslegen kunne dessuten pålegges ansvar for legetilsynet ved fengsel og sykehus innen distriktet. Han måtte også overta legetilsynet med epidemisk syke i nabodistrikter ved behov.¹⁶⁰

Arbeidsoppgavene var mange og det var de administrative tilsynsoppgavene som skulle vies mest oppmerksomhet. Det kurative arbeidet kom med legeloven og legeinstruksen i andre rekke.

¹⁵⁹ A. Schjøtz 2000: 331

¹⁶⁰ Mork 1974: 25- 27

Oppsummering

Distriktslegene utgjorde altså en liten del av legestanden i Norge og hadde i egenskap av å være offentlig lege mange administrative oppgaver. De administrative oppgavene ble forankret i legeloven av 1912, noe som peker på at de sentrale myndighetene så på tilsynsoppgaver og administrasjon som en viktigere oppgave for de offentlige legene enn det kurative arbeidet. Distriktslegene var svært mobile og betjente flere distrikter før sin pensjon. Mange hadde også arbeidet på sykehus og i asyler. Behandlingsmetodene og fremkomstmidlene ble stadig bedre utover 1900-tallet og lettet distriktslegens kurative tjenester betraktelig. Det tok kortere tid å reise på hjemmebesøk og med en sikrere diagnostisering, ble det helbredende arbeidet også med tiden lettere. Jeg skal komme tilbake til behandlingsmetoder og kampen mot sykdom i kapittel fem og seks.

Kapittel 3 – Sykdom, smitte og distriktsleger

For å ha en forforståelse av distriktslegenes hverdag, har jeg sett nærmere på hvilket syn samfunnet og legene hadde på sykdom og smitte, og hvordan dette synet utviklet seg utover 1800- og 1900-tallet. Jeg har også studert distriktslegenes historie med hensyn til antall, utdanning, medisiner og behandlingsmetoder samt de to viktigste lovene i forbindelse med utførelse av de offentlige legeplikter.

I løpet av det 19. århundre endret synet på smitte og medisin seg betraktelig. Forbedring av mikroskopet gjorde det mulig å se bakterier og med bakteriologien kom forståelsen av at det var mikroorganismer som sto bak mange sykdommer. Før det bakteriologiske gjennombruddet, var det i all hovedsak tre rådende teorier om hvordan sykdom oppsto og smittet. Tilhengere av kontagionismen hevdet at sykdom smittet mellom mennesker. Miasmatikerne mente sykdom skyldtes miasmer i luften. Den siste teorien gikk ut på at lav moral økte sannsynligheten for å bli syk.¹⁶¹

Med koleraen som utgangspunkt

Da koleraen herjet på 1840- og 50-tallet, var enda ikke mikroben oppdaget og koleraens smitteveier var en gåte for de medisinske vitenskapsmennene. Uten forståelsen av at bakterier sto bak, ble sykdomsutbruddet forsøkt forklart på andre måter. For eksempel ble høyt alkoholforbruk forbundet med sykdom. Sykdom ble også forbundet med fattigdom, i og med at det ofte var i de fattige strøkene at det forekom mest sykdom. Sykdom ble av noen også forklart religiøst. De syke hadde syndet og ble syke som straff.¹⁶² Dette er det også eksempler på fra bygdene på Vestlandet der befolkningen hadde en fatalistisk tankegang når det kom til sykdom. Befolkningen mente at sykdom og død var forutbestemt og at forebyggende arbeid derfor var nytteløst.¹⁶³ Dessuten var det mange som mente at sykdom var sendt fra Gud. Det vil si at å forsøke å forebygge og helbrede sykdom ble sett på som en form for å gå mot Guds vilje.¹⁶⁴ Sykdomsbekjempelse var rett og slett en form for blasfemi.

¹⁶¹ Evans 1987: 235-236

¹⁶² Ohman Nielsen 2008:78

¹⁶³ Grude, Næss & Nerheim 2015: 312

¹⁶⁴ McNeill 1998: 243

Mange leger hadde observert at sykdom ofte fulgte årstidene og mente at sykdom kunne utløses av temperatur, vær og klima.¹⁶⁵ I medisinalinnberetningene ble legene bedt om å beskrive værforholdene gjennom hele året. Ved større utbrudd av en sykdom, ble dette gjerne begrunnet med kaldt vær.¹⁶⁶

Miasme og kontagionisme

Kontagionismen og miasmelæren var to motstridende retninger, men de var begge enige i at det eksisterte et smittestoff. Mens kontagionistene mente at det kom utenfra, mente miasmatikerne at smittestoffet kunne oppstå spontant. Kontagionistene hevdet at sykdom smittet mellom mennesker, mens miasmatikerne mente at smittestoffet besto av miasmer. Det var miasmene som førte til at folk ble syke. Visse sykdommer hadde lenge vært kjent som smittsomme mellom mennesker, enten ved berøring eller via korte avstander i luften. Ideen om at sykdom kunne smitte direkte mellom mennesker oppsto allerede blant de gamle egypterne og jødene.¹⁶⁷ I det Gamle Testamentet står det for eksempel om håndtering av sykdom der det var fare for smitte. Hvis pasienten hadde utslett ble han erklært ren når utslettet var borte og han hadde vasket klærne sine. Dersom pasienten hadde en hudsykdom ble han erklært uren av presten og han måtte «flerre klærne sine og la håret henge fritt. Han skal skjule skjegget og rope: «Uren, uren!» Så lenge han er angrepet, er han uren. Han skal bo for seg selv. Utenfor leiren skal han holde til.»¹⁶⁸ Det er interessant at religion ble brukt som et middel i kampen mot smittsomme sykdommer og at det allerede før vår tidsregning var en oppfattelse av at sykdom kunne smitte mellom mennesker. Kontagionistene hevdet at smittestoffet spredte seg ved berøring og at mennesker dermed kunne smitte hverandre. Karantene ble derfor ansett som det mest effektive smittevern. Karantene er forholdsregler i et land som tar sikte på å hindre import fra utlandet av «de såkalte farsotter». Farsottene var pest, kopper, kolera, flekktyfus og gul feber.¹⁶⁹

Før det var mulig å se bakteriene i mikroskopet, hadde miasmelæren flest tilhengere.

Miasmatikerne mente at sykdom ikke smittet mellom mennesker, men at epidemier oppsto på

¹⁶⁵ Ohman Nielsen 2008: 113

¹⁶⁶ Dette har jeg funnet flere eksempler på som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven.

¹⁶⁷ Baldwin 1999: 2

¹⁶⁸ 3. Mos. 13:1-46

¹⁶⁹ C. Shiøtz 1938: 231

grunn av miasmer i luften. Smittestoffet var i seg selv «temmelig harmløst», det var andre betingelser som måtte være oppfylt før sykdom kunne spre seg. For det første måtte smittestoffet bli omgjort til en miasme. Denne forandringen var kun mulig under visse omstendigheter i en atmosfære av «ekskremitter, uorden og animalske utdunstinger». ¹⁷⁰ Miasmer var «athmospheric exhalations given off by stagnant ponds, rotting vegetable and animal matter, human waste, and all that was filthy and putrescent» som kunne oppstå spontant.¹⁷¹ Teorien om miasme oppsto allerede i antikken og under utbruddene av pest i middelalderen ble gatene derfor beordret rensset for søppel og avføring for å hindre miasmene i å utvikle seg.¹⁷² Mange sykdommer var mest utbredt om sommeren. På denne tiden av året ble også stanken fra avfallet verre og vond lukt ble satt i sammenheng med sykdom og dannelsen av miasmer. Mens kontagionistene sverget til karantene for å forhindre spredning av sykdom, mente miasmatikerne at gatene måtte ryddes for søppel og både kloakksystemet og hygienetiltakene måtte bedres.¹⁷³

Ved sykdomsutbrudd var det ikke alltid alle i en husstand som ble smittet. Dette forklarte kontagionistene med at noen var mer utsatte for sykdom. De påsto at det eksisterte en form for individuell predisponering, altså medfødt mottakelighet.¹⁷⁴ Miasmatikerne hevdet også at noen mennesker var mer mottakelig for sykdom enn andre. Sykdom utviklet seg kun dersom miasmen møtte en person eller et samfunn som hadde en «velegnet «konstitusjon» for mottakelighet av sykdommen», for eksempel fattige i byens fattigstrøk.¹⁷⁵ Denne teorien forklarer hvorfor det var i slummen og i fattige strøk at epidemier slo hardest til.¹⁷⁶

¹⁷⁰ A. Schjøtz 2003a: 30

¹⁷¹ Porter 1996: 103; Ohman Nielsen 2008: 12

¹⁷² Bray 1996: 48

¹⁷³ Cipolla 1992: 5-7

¹⁷⁴ Baldwin 1999: 3 og 8

¹⁷⁵ A. Schjøtz 2003a: 30

¹⁷⁶ Porter 1996: 103

Det bakteriologiske gjennombruddet

På 1860-tallet var legene blitt mer opptatt av at det kunne være levende smittestoff som var årsaken til sykdom og de arbeidet derfor med undersøkelser i laboratoriene for å bekrefte eller avkrefte teorien. De forskerne som har hatt størst betydning for bakteriologiens gjennombrudd er Louis Pasteur og Robert Koch. Takket være bedre mikroskop, klarte legene til slutt å se bakteriene og den tidligere teorien om miasmer ble gradvis forkastet.

I 1878 ga den franske kjemikeren og biologen Louis Pasteur uttrykk for sin overbevisning om at mikroorganismer var ansvarlig for sykdom, forråtnelse og gjæring. Det var bare bestemte organismer som kunne føre til spesielle tilstander. Når disse organismene ble kjent, var det håp om at nye vaksiner kunne lages. Pasteur testet hypotesen sin på kyllinger med kolera. Gamle, svake bakterier ble injisert i friske kyllinger. De ble ikke syke. Deretter injiserte han de samme kyllingene og en referansegruppe uten forbehandling med ny kultur. De som tidligere hadde vært utsatt for organismene ble ikke syke, i motsetning til referansegruppen. Han gjorde de samme forsøkene med miltbrann og rabies.¹⁷⁷

Pasteur påviste gjennom sine eksperimenter at gjæring var forårsaket av visse bakterier og gjærsopp. Han beviste også at mikroorganismene ikke oppsto av seg selv, men at det fantes levende organismer i luften. Når disse organismene kom i kontakt med for eksempel buljong, begynte buljongen å gjære. Han motbeviste med dette miasmelæren og teorien om spontangenerasjon.¹⁷⁸ Pasteur viste også at mikroorganismen som surnet vin, døde ved 55°C. Denne metoden, kalt pasteurisering, har vært spesielt viktig i melkeproduksjonen.¹⁷⁹ På et helse rådsmøte i Gjesdal i 1901 holdt distriktslegen foredrag om nødvendigheten av «melkens rene behandling» samt nødvendigheten av pasteuriseringsapparatet som var blitt skaffet på meieriet.¹⁸⁰

I 1882 oppdaget den tyske legen Robert Koch tuberkelbakterien som forårsaket en av de mest fryktede og dødelige sykdommene i sin tid. Til tross for oppdagelsen av bakterien, klarte ikke forskerne å lage en kur mot sykdommen før i 1906. Den norske legen Ernst Ferdinand

¹⁷⁷ Porter 1999: 433-435

¹⁷⁸ Larsen 2014; Porter 1999: 429-432.

¹⁷⁹ Porter 1999: 432-433

¹⁸⁰ Møteprotokoll for Gjesdal: 23.11.01

Lochmann lanserte allerede i 1854 en smitteteori for infeksjonssykdommer ut fra egne observasjoner. Han hevdet blant annet at kolera skyldtes et smittestoff og motsa med det miasmatikerne.¹⁸¹ I 1883 bekreftet Koch teorien til Lochmann med oppdagelsen av kolerabasillen. Mange anerkjente og respekterte leger var overbeviste miasmatikere. En lege var til og med så sikker i sin sak at han drakk et beger med kolerabasiller. Heldigvis for han, ble han ikke syk, noe som sikkert fikk mange tilhengere av miasmelæren til å fryde seg.¹⁸²

«Bakteriologien – læren om mikroorganismene – fikk enorm betydning. Den revolusjonerte læren om sykdommenes opprinnelse og spredningsveier, og den revolusjonerte behandlingsmetodene og den medisinske tenkemåten.»¹⁸³ Hverken oppdagelsen av miltbrannbakterien eller tuberkulosebakterien førte til at miasmelæren ble forkastet helt. Begge sykdommene spredte seg langsomt, i motsetning til koleraens eksplosive utbrudd. Den gamle læren om miasmer ble hengende igjen et stykke ut i det 20. århundret. En grunn til dette var at miasmelæren og bakteriologien i mange sammenhenger hadde sammenfallende syn på hvordan man kunne forebygge og forhindre smittespredning.¹⁸⁴ De legene som holdt fast ved de gamle teoriene, hevdet at Pasteur og Koch hadde bevist at bakterier eksisterte, men ikke at bakteriene var den eneste grunnen til sykdom.¹⁸⁵

Smittesynet blant leger i Norge

I 1873 oppdaget Georg Armauer Hansen leprabasillen og viste med det at sykdommen hverken var arvelig eller miasmatisk, noe mange tidligere hadde trodd.¹⁸⁶ Distriktslegen i ytre Nordhordland, Thomas Collett, foretok i 1884 en optelling av alle de spedalske i distriktet. Optellingen syntes å dokumentere at arv også må ha spilt inn i sykdommens utvikling. Til tross for Hansens oppdagelse av leprabakterien, mente Collett, på bakgrunn av sine observasjoner, at spedalskhet var en arvelig sykdom. Selv om Collett selv ikke trodde på smitteteorien, håpet han at befolkningen kom til å gjøre det. Han håpet at dersom spedalskhet ble sett på som smittsomt, ville det bety et skritt frem for hygienens.¹⁸⁷

¹⁸¹ A. Schjøtz 2003a: 53-54

¹⁸² McNeill 1998: 272

¹⁸³ A. Schjøtz 2003a: 51

¹⁸⁴ A. Schjøtz 2003a: 51-55

¹⁸⁵ Barry 2004: 53

¹⁸⁶ A. Schjøtz 2003a: 53-54

¹⁸⁷ Sandvik 1992

Frykten for smitte kunne bli så stor at mødre ikke turte å ta vare på sine syke barn. I 1908 beretter distriktslege Pedersen om mødre som ikke stelte og vasket de syke barna og at det måtte en «god portion mod» til for å ta i «baade det ene og det andet». Mødrenes stadige unnskyldninger var: «Vi var redd for at bytte naar han var saa syk» og «Vi turte ikke vaske hende, naar hun er saa klejn». ¹⁸⁸ Det var også vanskelig å skaffe desinfektører og losji og pleie for de syke. ¹⁸⁹

På et legeforeningsmøte i Stavanger amt i 1890 var det ulike syn på hvordan influensa spredte seg. En lege mente at sykdommen ikke kunne være smittsom fordi den ikke spredte seg i radiær utstråling fra Haugesund og omegn til landdistriktene. Landdistriktet ble nemlig angrepet samtidig som byen. En annen lege mente at han hadde bevis for at den smittet. I hans distrikt hadde det tatt lenger tid før influensaen nådde de mest isolerte fjellgårder. ¹⁹⁰

Distriktslege Holtermann holdt i 1902 et foredrag i helserådet om de «miasmatiske kontagiøse sykdommer» og viser at forståelsen av miasmer som bakgrunn for sykdom og smitte, hang igjen selv etter det bakteriologiske gjennombruddet. ¹⁹¹

I *Lærebok i hygiene* fra 1938 blir smittsomme sykdommer skildret som «sykdom som kan overføres fra det ene individet til det annet. Overføringen skjer ved at et *smittestoff* overføres fra en *smittekilde* ad en *smittevei* til en *smittemottager*». ¹⁹² Smittestoffet ble ved alle smittsomme sykdommer forstått som mikrober. Mikrobene kunne deles inn i fire grupper. Bakterier, sopp, protozoer og ultravisible eller filtrable virus. Dette var lavtstående, encellede organismer. Det fantes også enkelte høyerestående organismer som skabbmidden og bendelormen. Disse kunne også fremkalle sykdommer og overføres mellom mennesker. Sykdommene de høyerestående parasittene førte til, ble ikke regnet til de smittsomme sykdommene. På denne tiden hadde de også en forståelse av at ikke alle mikrober forårsaket sykdom, men var nyttige for naturen. ¹⁹³

¹⁸⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1908

¹⁸⁹ Jeg kommer tilbake til enkelttilfellene senere i teksten.

¹⁹⁰ Møte i Stavanger amts legeforening 1890

¹⁹¹ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 18.02.02

¹⁹² C. Schiøtz 1938: 215

¹⁹³ C. Schiøtz 1938: 215

Smittekildene var, ifølge Carl Schiøtz' lærebok i hygiene, enten levende mennesker eller dyr. De fleste mikrober levde i kort tid utenfor menneske- eller dyreorganismen. Derfor måtte smitte skje relativt hurtig fra den levende smitekilden til smitemottakeren for at sykdommen kunne oppstå.¹⁹⁴ I 1910 trodde legene fortsatt at sykdom kunne bli lagret i og spredt via gjenstander. Det var dette året ni tilfeller av difteri i Sokndal. Et lett tilfelle i mars skyldes visstnok smitte fra en gammel skolebok. Pasienten hadde lånt boka fra en familie med sykdomsutbrudd i desember året før. Familien hadde da fått påbud om å brenne boka, men dette var ikke blitt gjort.¹⁹⁵

Ved de fleste smittsomme sykdommer ble smittestoffet utskilt gjennom den sykes avsondringer som avføring, urin, spytt og puss. Enkelte sykdommer, som for eksempel meslinger, var smittsomme før symptomer hadde utviklet seg. I noen tilfeller var en person også smittefarlig i rekonvalesenstiden. I denne perioden følte mange seg bedre og begynte derfor å bevege seg utenfor hjemmet og utgjorde i den forbindelsen en fare for omgivelsene. Smittebærere kunne være individer som ikke selv var syke, men som bar på de sykdomsvekkende mikrobenes. Et godt kjent eksempel i den medisinhistoriske litteraturen er kokken Mary, kjent som Typhoid Mary, som arbeidet i New York på begynnelsen av 1900-tallet. Det antas at hun i løpet av sin tid som kokk smittet rundt 50 personer med tyfoidefeber, uten selv å ha symptomer på sykdommen.¹⁹⁶

Smitteveiene, eller smitemåtene, kunne være forskjellige. Smitte kunne skje ved berøring, gjennom næringsmidler, gjennom insekter eller ved innånding. Kontaktinfeksjon kunne skje direkte ved kroppskontakt mellom mennesker, eller indirekte gjennom gjenstander som ikke var tilstrekkelig rengjort. Særlig på gjenstander som spiseredskaper, håndklær og lommeterklær var det stor fare for at det fantes bakterier. Næringsmiddelinfeksjon forekom gjennom mat og drikke. De næringsmidlene som oftest var infisert var vann, melk og kjøtt. Insekter utgjorde i Norge liten fare for smitte.¹⁹⁷ I 1916 døde en åtte år gammel gutt på besøk i Sokndal av bukhinnebetennelse. Gutten hadde gjentatte ganger hatt malaria og «var i det hele en svakelig gutt».¹⁹⁸ Faren var misjonær og gutten var høyst sannsynlig bitt av malariamygg i utlandet.

¹⁹⁴ C. Schiøtz 1938: 216

¹⁹⁵ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 05.03.10

¹⁹⁶ Porter 1999: 424

¹⁹⁷ C. Schiøtz 1938: 218-222

¹⁹⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1916

Dråpesmitte var «en meget viktig form for smitteutbredning, sannsynligvis den viktigste på våre breddegrader».¹⁹⁹ Ved hosting og nysing slynges små dråper med spytt ut i luften. Disse dråpene inneholder, hvis pasienten er syk, mikrober som fører til sykdom. Når friske personer puster inn dråpene med spytt, vil de risikere å bli smittet. Smittefaren var størst innendørs. Smitte kunne også skje ved støvinhalasjon, men det var sjelden. For eksempel kunne tuberkulosebasillen tørke inn og virvles opp med støvet. Spyttklyser på gulvet kunne være farlig for barn som krabbet rundt og fikk mikrobene overført til hendene.²⁰⁰

Oppsummering

Et skifte i synet på sykdom og smitte kom med bakteriologien på slutten av 1800-tallet, men den gamle læren om miasmer hang fortsatt ved hos noen leger. Den nye forståelsen førte til endringer i behandlingsmetoder og i det forebyggende arbeidet. Fra å forsøke å stanse miasmer og stank, måtte legene forsøke å stanse bittesmå, usynlige organismer.

¹⁹⁹ C. Schiøtz 1938: 220

²⁰⁰ C. Schiøtz 1938: 220-221

Kapittel 4 – Legene, samfunnet og hverdagen

Vi skal nå se nærmere på hvordan distriktslegen skildret samfunnet og befolkningen. Her er det først og fremst medisinalberetningene som har vært hovedkilden. Distriktslegene var sjelden fra distriktene hvor de arbeidet. Noen kom fra borgerklassen og hadde derfra med seg visse dyder om renhet. Alle norske leger hadde tatt utdanning i hovedstaden eller i utlandet og hadde med det tilegnet seg den samme forståelsen av sykdom, smitte og hygiene. Med en annen bakgrunn og forståelseshorisont, hadde legene en annen forutsetning til å beskrive og skildre menneskene rundt seg enn det de lokale selv hadde. De var muligens mer objektive, men samtidig kunne de være fordømmende i tolkningene av sine observasjoner. Poenget her er ikke å gi en «sann» fremstilling av samfunnet slik det var, men å formidle en forståelse av hvordan distriktslegen opplevde sitt lokalsamfunn og den befolkningen han var en del av og som var hans arbeidsplass.

Det som skulle stå i rapportene, var bestemt av de sentrale myndighetene, og har dermed gitt føringer for hva distriktslegene skulle fokusere på. Dette kan ha ført til at viktige poenger ikke har fått komme med. Samtidig viser dette fokuset hva som ble sett på som de viktigste innvirkningene på helse og sunnhet.

Medisinalberetningene fra legedistriktet Sokndal er gjennomgående mest detaljerte. I 1912 sendte distriktslege Wingard inn et vedlegg til medisinalberetningene. Vedlegget kalte han «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. Amt)». Dette gir en bredere skildring av forholdene i distriktet enn det medisinalberetningene vanligvis gjorde. I dette vedlegget skildret han geografi og klima, folkekarakter, næringsveiene, boliger, klesdrakten og levemåte. Wingard prøvde å lage en så realistisk og detaljert beskrivelse av Sokndal at dette dokumentet også i dag gir et godt innblikk i forholdene etter 1900. Innberetningene fra Finnøy og Sandnes er sjelden like utfyllende, men gode nok til å kunne gi en beskrivelse av forholdene også der. Der det har vært behov, har jeg også benyttet sekundærlitteratur.

Næringsliv

I følge Wingard var det i 1911 jordbruk og fiske som var hovednæringsveiene i Sokndal. Bare en liten del av befolkningen hadde fiske som sin egentlige levevei. De aller fleste fiskere hadde i tillegg en liten jordflekk, som de gjerne leide, der de hadde plass til å holde en ku. I tidligere tider hadde mange jordbrukere deltatt i det årlige fisket. Under vinterfisket var de ute etter sild. Sommerfisket foregikk om natten, med drivgarn etter makrell, og varte i seks uker. Mennene dro ut om ettermiddagen og kom hjem på morgenen med fangsten. Dagene gikk med til «Greiding» og tørking av garn, noe som førte til lite søvn og bidro til at sommerfisket ble sett på som det mest ««anstrengende og slitsomme af alle Aarets Fiskerier».²⁰¹ De senere årene hadde fisket vært lite lønnsomt. De fleste valgte derfor heller å bruke mer tid og energi på gården sin. På 1890-tallet var det fortsatt gode muligheter for laksefiske i Sokndalselven, men fisken var i løpet av de siste årene omtrent blitt borte uten at noen hadde klart å finne årsaken til dette. Det mest lønnsomme var «hjemmefisket» etter torsk, sei, kolje, lyr og lange som ble omsatt av oppkjøpere til gode priser og kunne drives hele året. I 1911 var det «kun» 25 fartøyer med ca. 120 menn som deltok i fisket. Alle båtene var seilfartøyer, og kun noen få hadde motor. Under første verdenskrig var det mange fiskere som tjente godt, og de gikk til innkjøp av fiskemotorbåter.²⁰²

Siden sildefisket for mange var en binæring, la det grunnlaget for pengehushold for gårdbrukere.²⁰³ Pengene kunne de bruke til å utvikle åkrene sine. All den stund fisket ga mindre inntekt, var det blitt ryddet en hel del ny jord. Driftsmåten var fortsatt gammeldags. Det var først fra 1910 og utover at moderne landbruksmaskiner og gjødslingsmetoder ble tatt i bruk. Ikke bare ga silden grunnlaget for pengeøkonomi takket være salg av fisk, sildeavfallet kunne også brukes som gjødsel. I et helserådsmøte i Sokndal ladested fikk kommisjonen i 1906 en forespørsel fra en handelsmann om han kunne få bruke en tønne med godt saltet makrellavfall fra året før som gjødsel på en teig innenfor bygrensen. Dette fikk han på den betingelse at «affaldet strax fjærnes, hvis Stanken bliver generende for Naboene».²⁰⁴ I 1923 fikk helserådet i Sokndal landsogn inn en klage over at det ble gjødslet med sild. Silden råtnet og klageren mente at luften ble forpestet. Han mente på grunn av stanken at dette måtte

²⁰¹ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 8

²⁰² Medisinalinnberetning for Sokndal 1920.

²⁰³ Aadnøy 1979: 222

²⁰⁴ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 14.05.06

utgjøre en smittefare. Han ba derfor helserådet om å forby denne form for gjødsling. Helserådet på sin side pekte på at sunnhetsforskriftene ikke forbød å bruke sildeavfall som gjødsel og sendte klagen videre til amtslegen.²⁰⁵ Dessuten var teorien om miasmer tilbakevist og helserådet visste at dårlig lukt i seg selv ikke førte til sykdom. Tidlig på 1900-tallet kom kunstgjødselen inn i bildet og det ble også mer vanlig å bruke «folkegjødsel». Folkegjødslet ble sendt i tønner fra Bergen.²⁰⁶ For å lage flere beitemuligheter, begynte bøndene også å gjødsle utmarka. Kulturbeitene var hovedsakelig for storfe og sau.²⁰⁷

Åkrene på Vestlandet var ofte små og lenge var det derfor ikke behov for å benytte hesteredskaper.²⁰⁸ I Rogaland var det tidlig på 1800-tallet få ploger og billig arbeidskraft, men på 1830-tallet ble arbeidskraften dyrere og redskapene billigere, og etterspørselen etter ploger og harver begynte å øke. Nye varianter av de gamle redskapene ble dessuten billigere og bedre.²⁰⁹ Hestehakker, gjødselspredere, høypresser, såmaskiner for rotfrukt, potetsettere og potetopptakere var noen av de viktigste nyvinningene innenfor jordbruksredskaper.²¹⁰

Av korn var det havre som ble dyrket mest, men kun til eget bruk, deretter var det bygg. Bøndene i Ryfylke og nordover spesialiserte seg på fedrift. Det var gode beiteområder som ikke egnet seg til dyrking av mat.²¹¹ I Sokndal var det mye oppdrett av kveg. «Sogndalskvæget» var etterspurt både på Vest- og Østlandet. De som hadde sauer, lot dem gå ute hele vinteren. Om sommeren ble sauene sendt i store flokker opp i fjellet der de ble gjett gjennom hele sommeren for 3 kroner per dyr. I månedsskiftet august/september ble dyrene ført ned til Lund eller Heskestad, hvor eierne måtte hente sine dyr. Årslammene ble solgt for mellom 10 og 12 kroner, noe som ga en god fortjeneste da den eneste utgiften bonden hadde på dyrene var når de var på sommerbeite. Hønsehold var også vanlig og store mengder egg ble sendt til byene. Grisehold var alminnelig, men stort sett til eget bruk. På fruktavlen tjente bøndene lite, men både blåbær og tyttebær ble eksportert til godt utbytte. Gårdsbrukene var

²⁰⁵ Møteprotokoll Sokndal landsogn: 09.04.23

²⁰⁶ Aadnøy 1979: 232-233

²⁰⁷ Aadnøy 1979: 235-237

²⁰⁸ Tveite 1959: 17

²⁰⁹ Tveite 1959: 238

²¹⁰ Tveite 1959: 243

²¹¹ Tveite 1959: 22

små og hadde i gjennomsnitt 3 til 4 kyr, 1 hest og 20 til 40 sauer.²¹² I 1920 var jordbruk og fiske fortsatt de mest vanlige næringsveiene. Gårdene var små, men velstelte.²¹³

Meieridriften i landet skjøt fart på 1870-tallet da iskjølesystemet ble kjent. I 1900 var rundt 800 meierier i drift i Norge.²¹⁴ Åpningen av Jærbanen i 1878 førte til at jærbuene kunne produsere melk for salg. De gode og mange beitene gjorde det mulig å holde flere melkekyr. Fra 1910 utviklet Rogaland seg til å bli et av de fremste meierifylkene.²¹⁵ I Sokndal fantes det kun ett meieri i 1911. På Finnøy var det en del meierier som etter 1910 gikk over til ysting istedenfor smørproduksjon.²¹⁶ De store separatorene som gjorde melk om til smør kom i 1881, de fleste var drevet av vann- eller dampkraft. Bøndene kunne også skaffe seg håndseparatorer til eget bruk.²¹⁷ Sandnes Meieri var det første på Vestlandet til å ta i bruk separatoren i 1887.²¹⁸

Industrien i Sokndal var i 1911 ikke stor, men i vekst. I Lund beskjeftiget de to største trevarefabrikkene mellom 15 til 20 menn. I Sokndal var det et lite spinneri og veveri der det jobbet rundt 25 stykker. Husfliden «indskrænker sig væsentlig» til spinning av ull og veving av det nødvendige ulltøy til hverdagsklær og strikking av sokker, men først og fremst til eget bruk. Det ble etter 1910 mer vanlig å kjøpe ferdiglagede klær. Enkelte drev med tresko for salg. Både i Sandnes og Gjesdal var det flere industrielle bedrifter som skapte arbeidsplasser for mange.²¹⁹ I Gjesdal var det flere ullvarefabrikker, den største lå på Ålgård. Ellers var det der trevarefabrikk, ljàfabrikk, spadefabrikk, mølle og treskofabrikk. I Sandnes var det et pottemakeri.²²⁰ På Finnøy var det i tillegg til meieriene en liten hermetikkfabrikk.²²¹

I Sokndal var Titania a/s og The Jøssingfjord Manufacturing Company a/s i 1920 de to største industrielle bedriftene og atskillige bønder hadde en god biinntekt fra industrien i området. Titania ble grunnlagt i 1902 og hadde storgruveanlegg som i 1920 sysselsatte rundt 29 menn. Fra gruvene hentet de opp ilmenitt som senere ble foredlet til titanoksid. The Jøssingfjord

²¹² «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stvgr. Amt)» 1911: 7-9

²¹³ Medisinalberetning for Sokndal 1920

²¹⁴ Nerbøvik 2011: 30

²¹⁵ Aadnøy 1979: 233

²¹⁶ Medisinalberetning for Finnøy 1920.

²¹⁷ Tveite 1959: 242

²¹⁸ Tveite 1959: 266

²¹⁹ Medisinalberetning for Sandne:1923

²²⁰ Sletten 1948: 100 og 113

²²¹ Medisinalberetning for Finnøy 1920

Manufacturing Company drev med smelting av sink og hadde rundt 100 ansatte. Femten år senere, i 1935, var bygden i en oppgangsperiode «idet a/s Titania stadig utvider sin bedrift; der er nu knyttet ca. 450 mann til denne».²²²

I Jøssingfjord, Sokndal, fantes det i 1911 en tremelmølle på 28 kverner. Når alle kvernene var i full drift, var mellom 10 til 24 menn sysselsatt. I tillegg førte driften til arbeidsplasser ved lossing og lasting. De fleste gårdene i Sokndal hadde egne kverner drevet av vannkraft for maling av korn. Kvernen på gårdene ble brukt til å male mel til eget, eller naboenes bruk.²²³

Den største delen av befolkningen hadde sin inntekt fra primærnæringene og de økonomiske kår i Sokndal var tidlig på 1900-tallet ganske dårlige og varierte fra år til år, alt avhengig av resultatene fra fisket og jordbruket. På Finnøy hadde de stort sett gode økonomiske kår. Fra Sandnes står det lite om økonomi, men det ble skrevet for året 1924 at fattigforsorgen var god, men «[d]er er forøvrig igrunnen ikke saa mange «fattige»».²²⁴ Dette tyder på at de fleste hadde nok til klare seg uten bidrag fra staten.

Utvandring

I alt utvandret rundt 800 000 nordmenn til Amerika, noe som helt klart var merkbart de stedene utvandringen var størst. Utvandringen fra Sokndal til Amerika var i 1905 av en slik størrelse at det var vanskelig å skaffe arbeidskraft. De som ble igjen i bygda, måtte jobbe ekstra hardt. Verst var det for kvinnene som hadde nok å stri med i hjemmet. De hadde blant annet ansvar for barnestell, husstell og matlaging, men måtte på grunn av migrasjonen bidra på andre områder i tillegg. Tiden strakk ikke til og de hygieniske forholdene ble dårligere. Distriktslege Wingard trodde at fordøyelsessykdommer i befolkningen ikke var et resultat av levemåte eller kosthold, men at det var blitt et problem på grunn av overanstrengelse.²²⁵ Det var «desværre» et «altfor stort Procenttal» av den yngre generasjonen som utvandret til Amerika.²²⁶ Utvandringen til Amerika sank rundt 1912, men fortsatt reiste ungdommen vekk

²²² Medisinalberetning for Sokndal 1920 og 1935; Brandsberg 1988: 230

²²³ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 9

²²⁴ Medisinalberetning for Sandnes 1924

²²⁵ Medisinalberetning for Sokndal 1907

²²⁶ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 5

fra bygden på jakt etter jobb. Nå dro derimot flere til byene og da spesielt Stavanger der de fikk jobb på hermetikkfabrikkene.²²⁷

Utvandringen førte ikke bare til mer slit og strev for de gjenværende. Ikke så rent få av emigrantene sendte årlige pengebeløp hjem til familien da de med stor «Troskab hænger ved sit Barndomshjem og sin tilbageværende Slægt».²²⁸ Etter at de gjennom «uafbrudt og strengt Arbeid» i «det fremmede Land» hadde tjent seg opp en del penger, kom de tilbake for å slå seg «nogenlunde sorgfritt» til ro ved de «kjære hjemlige Strande».²²⁹ De som kom tilbake fra «the far West», hadde da ofte en «Knæk» i levetiden etter det harde og «helsenedbrydende» arbeidet. Selv om de tilbakevendte nordmennene kunne være slitne etter flere år i USA, hadde de tydeligvis tatt til seg en del gode vaner som hadde en positiv innvirkning på befolkningen, særlig når det gjaldt hygiene og bekledning.²³⁰

Folkekarakteren

Doktor Wingard beskrev befolkningen i Sokndal som slank og høy og av dolikokefal type. Befolkningen i Lund og Heskestad var korte og hadde en tettere benbygning og var av mesokefal til brakykefal type. Det er interessant at hodeformen ble brukt til å beskrive mennesker. På begynnelsen av 1800-tallet påsto Franz Joseph Gall at hjernen var det organet som bestemte tanke, vilje og karakter. Formen på hjernen kunne avsløre personligheten. Hodeskallens form kunne, ifølge Gall, si noe om hjernens form og dermed røpe en persons karakter.²³¹ Om Wingard var påvirket av Galls teori, kommer ikke klart frem, men det kan virke som om han så på hodeformen som en viktig betingelse for å beskrive befolkningens karakter. Videre skildrer han sokndølen med et rolig temperament, men at det på bunnen lå «en vis Gemyttets Blødhed». De var i tillegg lett påvirkelige, noe som kom til uttrykk under de religiøse vekkelsesmøtene der de sarteste av natur ble angrepet så sterkt at det endte i sinnssykdom. Dette var tilfellet i 1906 da to kvinner ble erklært sinnsskye etter et slikt møte. Befolkningen i Lund og Heskestad var av en livligere natur, men mer stridbare. De virket også mer tilbøyelige til å ta i bruk nye gjenstander og følge utviklingen, i motsetning til Søkndølen som holdt seg mer til gamle tradisjoner. Innbyggerne i Sokndal var også mer

²²⁷ Medisinalberetning for Sokndal 1912

²²⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1905

²²⁹ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 5-6

²³⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1908

²³¹ Porter 1999: 499

tilbøyelig til hypokondri. Det skulle ikke mye til før legen ble hentet midt på natten. I Lund og Heskestad tok de sykdom mere med ro, med mindre det var mistanke om tuberkulose, en sykdom som «der staar Skræk af over dete Distrikt».²³² Et fellestrekk for befolkningen i hele distriktet var at de hadde sans for sparing, noe som kom til syne både privat og offentlig, men som også kunne komme «Smaaligheden betænkelig nær».²³³ Distriktslegen på Finnøy beskrev befolkningen der som høflige og behagelige å omgås.²³⁴

Innføring av hygieniske tiltak i Sokndal ble i 1903 hindret og vanskeliggjort av en nokså utbredt fatalistisk livsanskuelse. Mange mente at kun de som var ment å få en sykdom fikk den, og at alle foranstaltninger mot smitteutbredelse derfor var unyttige. Denne anskuelsen var et utslag av pietisme som også fantes hos «dannede mennesker».²³⁵ Distriktslegen uttrykker en avsmak for befolkningens idealer og tro og viser med dette tydelig at legene ikke befant seg i den samme habitusen som bygdefolket. Også de han peker på som dannede, var preget av den folkelige troen og viser at distriktslegen var i besittelse av en høyere kulturell kapital. Den kulturelle kapitalen hadde distriktslegene ervervet seg gjennom medisinstudiene der de lærte om sykdomsutbredelse og smitte og at det ikke var noe åndelig som sto bak. Befolkningen hadde troen, legene vitenskapen.

Gjennom hele 1800-tallet ble alkohol sett på som et onde. Det ble sett på som et samfunnsproblem som spesielt rammet de svake gruppene. I 1916 ble det innført brennevinsforbud i Norge. Dette året hadde edrueligheten i Sokndal gått noe ned, særlig blant de unge. Dette var på grunn av mye trafikk og mange fremmede som kom for å arbeide. Distriktslegen mente det ikke var grunn til bekymring fordi brennevinsforbudet ville regulere det hele. Etter krigen krevde avholdsbevegelsen at forbudet skulle bli permanent. I 1919 var det en folkeavstemning og brennevinsforbud ble innført. Brennevin og sterkvin skulle ikke omsettes i Norge. Motstanden mot alkohol var størst på Sør- Vestlandet og det var særlig blant religiøse grupper. Øl og svakvin var fortsatt lovlig.²³⁶ Legene hadde myndighet til å skrive ut brennevin på resept både som forebyggende og helbredende medisin. Noen leger tjente penger på dette, andre var mer skeptiske til alkoholens medisinske virkning.²³⁷ I 1918

²³² «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 5

²³³ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 5

²³⁴ Medisinalberetning for Finnøy 1906

²³⁵ Medisinalberetning for Sokndal 1903

²³⁶ Nerbøvik 2011: 179; Furre 2010: 62-64

²³⁷ Fuglum 1995: 421-422

ble det rapportert fra Sokndal at det ved enkelte anledninger hadde forekommet drikking av alkoholholdige drikker blant anleggsarbeiderne. Hvor de hadde fått tak i drikkevarene, var ikke godt å si, men det gikk rykter om at det hadde foregått en ganske livlig trafikk med salg av sprit til svært høye priser om bord på omreisende dampskip. En flaske whisky eller konjakk kunne gå for så mye som 50 kroner.²³⁸ Spania og Frankrike, som eksporterte mest vin og brennevin til Norge, truet med å øke tollene på norske varer. Dette ble gjort i et forsøk på å få de norske myndighetene til å oppheve brennevinsforbudet. Vinmonopol ble åpnet i 1921, men bare i byene.²³⁹ Brennevinsforbudet ble opphevet i 1927 etter en folkeavstemming i 1926.

Både i Sandnes, Sokndal og Finnøy sto edrueligheten og sedeligheten høyt. Selv under bryllup måtte alkoholforbruket sies å være lavt. På Finnøy hadde doktor Frisak kun sett én beruset person på de to årene han hadde fungert som distriktslege. Denne mannen var dessuten fra Stavanger.²⁴⁰ I Sokndal fantes det eksempler på folk som drakk når de var i byen, men som kunne holde seg unna alkohol i flere måneder når de kom hjem til bygden.²⁴¹ Det var mange gårder i Sokndal der det ble brygget øl under slåttene, men det var stort sett «letøl».²⁴² Det tynne ølet ble brukt som tørstedrikk og sterkøl ble kun brukt ved høytider.²⁴³ Å bruke øl som tørstedrikk hang nok sammen med at vannet som ofte var hentet fra brønner eller elver hvor det ikke alltid var trygt å drikke.

Matvaner

I dag er overvekt og diabetes to gode grunner til å ha et sunt og variert kosthold. Tidlig på 1900-tallet var den største faren ensformig kosthold og med det eventuelle mangelsykdommer og svekket immunforsvar. Om kostholdet til folk i Sokndal kunne distriktslegen i 1911 opplyse at «Kosten er omtrent som sædvanlig paa Landsbygden hertillands: saltet Fisk, Kjød og Flesk, men med et betydelig Tillæg af bedre Melk og Melkemaad end ellers almindelig samt – sist, men ikke mindst – af den ypperlige Havrekost af hjemmeavlet Korn».²⁴⁴ Havren

²³⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1918

²³⁹ Furre 2010: 62-63; se også Fuglum 1995 kap. 9 og 10

²⁴⁰ Medisinalberetning for Finnøy 1905

²⁴¹ Medisinalberetning for Sokndal 1902

²⁴² Medisinalberetning for Sokndal 1921

²⁴³ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 15

²⁴⁴ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 12

fra Vestlandet fikk på denne tiden større anseelse også innenfor sine «egentlige Hjembygder» som et «udmærket» og «styrkende» næringsmiddel. Innenfor Sokndal var dette, «heldigvis», det mest alminnelige brødkorn og ble brukt både i grøt, suppe og flatbrød.

I alle distriktene ble det jevnlig skrevet i positive ordelag om hvor mye god melk som ble drukket. I Sokndal kjente man kun meieriprodukter ved navn da de aller fleste skaffet melk og smør fra egen gård. Melken ble stort sett skummet for hånd, men enkelte hadde skaffet seg små «haandseparatorer». Ved bruk av egg var det vanlig å hardkoke dem, men egg ble for det meste eksportert.²⁴⁵

Flatbrød var en viktig del av kostholdet i Sokndal. I deigen til flatbrødet ble det innimellom blandet inn poteter. Disse flatbrødene var av en «udpræget fin Velsmag» samtidig som det virket som om det var «særdeles let fordøielig». Det ble vanligvis bakt flatbrød for et halvt år om gangen på hver gård og en god «Fladbrødbagerske» var meget etterspurt. Hvis man var bra forsynt med poteter, ble det om høsten og vinteren også bakt «Potetskager». Potetene ble kvernet og eltet med byggmel og vann før de ble kjevlet ut og stekt på flatbrødtakken og liknet tykke, små pannekaker. Disse ble brukt til ettermiddags eller som mellommåltid. Lefser av byggmel, «Kjøbebrød» og «Sirupskage» ble stort sett brukt til «Traktering» av gjester i tillegg til foredlingsprodukter av melk som «Gumme» og «Dravle». På 1920-tallet ble det stadig mer vanlig å kjøpe brød fra et av de fire bakeriene.

Befolkningen i Sokndal hadde lett tilgang på fisk og sild, og fisk var derfor den største «hovedbestanddele» i kostholdet. Om våren og sommeren ble fisken oftest saltet, men også tørket som klippfisk. Silden ble i alminnelighet speket og hver gårdbruker forsynte seg regelmessig med to tønner etter endt vårsildfiske som var i februar og mars. Under vårsildfisket kom det inn store mengder fersk fisk som ble distribuert over hele distriktet. Den ferske fisken ble stekt, ikke kokt. I sommermånedene juli og august måtte de som eventuelt ville ha fersk fisk dra til byen.²⁴⁶ Fra 1925 startet fiskebilen å kjøre rundt i Sandnes og ga med det store deler av befolkningen enkel tilgang på fersk fisk.

Flesk ble i desember saltet for bruk gjennom vinteren. Fårekjøtt og storfekjøtt ble ikke brukt mye på grunn av de høye prisene som ofte fulgte prisnivået i byene. Kjøttet ble stort sett saltet

²⁴⁵ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 13

²⁴⁶ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 14

og brukt i supper med gryn og erter. Noen ganger ble kjøttet heller tørket eller speket, men aldri røkt og kun sjelden stekt. Til jul laget de fleste en meget god sylte av flesket. Når sauene skulle slaktes om høsten, var det fast regel at selgeren skulle få all innmaten, hodet og blodet fra dyret. Av blodet ble det laget blodpølse som ble spist fersk. Innmaten ble brukt til å lage innmatspølse som de saltet og tørket, ofte inne i stuen i ovnskroken. Når man skulle spise innmatspølse, skar man av passende biter og stekte i stekepannen. Fårehodene ble flådd, saltet og lufttørket før de ble kokt og spist. Distriktslegen syntes at det var bemerkelsesverdig hvor mye mat det kunne være på de «nøgne» hoder.

Grønnsaker ble lite brukt. Kun hodekål, kålrabi, neper og gulrøtter. Derimot var saft og syltetøy av tyttebær og blåbær blitt vanlig i 1911. Kaffe ble i alminnelighet drukket tre ganger om dagen, av og til oftere, men kaffen ble brygget relativt svak. I Sandnes var kaffe den vanligste drikken som også ble drukket av barn, men i 1933 var det «mere sjelden» at barn fikk denne drikken.²⁴⁷ På Finnøy ble kaffe drukket oftere enn ønskelig.²⁴⁸ Distriktslege Wingard i Sokndal hadde forsøkt å få befolkningen til å bytte ut «den daarlige» kaffe med karvete. Flere steder hadde de nå begynt med denne teen som en avveksling til kaffen. Sjokolade ble kun brukt ved høytider og kakao aldri. Bruken av tobakk var i 1902 avtagende i Sokndal og det var mange av den oppvoksende ungdommen som hadde gitt uttrykk for at de ikke ville «lære sig at bruge den».²⁴⁹ Kaffe og tobakk blir i dag stadig diskutert. Det er innført kampanjer for å få befolkningen til å slutte med tobakk og det kommer stadig nye studier om hvor mange kopper kaffe som er greit å drikke daglig.

En vanlig dag med måltider så gjerne slik ut:

Kl. 6 morgen: Kaffe – Fladbrød med Smør og «Rammost» (stram av smak, besk, bitter).

Kl. 9 Fm: Havregrød og Melk.

Kl. 12 Middagsmad: 2 Dage i Ugen kocht salt (eller fersk) Kjød eller Flesk med Poteter og Suppe; 2 dage Spegesild (eller fersk stegt) med Poteter og Saftsuppe eller Melkesuppe; 3 dage kocht salt Fisk med Poteter og Melkesuppe (Saftsuppe).

Kl. 2 Kaffe med Sukkerbit.

Kl. 5 Em. «Mellemmad» = Kaffe med Fladbrød (eller Potetskage) med Smør og «Rammost».

Kl. 8 Aftenmad = Havregrød og Melk.

²⁴⁷ Medisinalberetning for Sandnes 1933

²⁴⁸ Medisinalberetning for Finnøy 1905

²⁴⁹ Medisinalberetning for Sokndal 1902

*Udenfor Aannetidene sløifes dog Morgengrøden, og der spises almindelig Frokost med Kaffe Kl. 7-8.*²⁵⁰

Dr. Wingard påpekte at det ble gjort svært lite for å variere kostholdet, men han hadde et håp om at dette ville bedre seg ettersom Stavanger amt hadde besluttet å opprette en husmorskole. Han håpet at denne skolen også kunne bidra til å lære elevene praktisk renhold, både for det personlige og huslige, som sto «sørgelig tilbake». Husmorskolen skulle begynne sin praksis i august 1912.²⁵¹ I 1928 ble det konstatert at amtsskolen «utvivlsomt» hadde bidratt til å utbre sans for matens «ordentlige Tillavning», men grønnsaker ble fortsatt for lite brukt.²⁵² I dag blir vi oppfordret til å spise «fem om dagen». Det vil si fem porsjoner med frukt, grønnsaker og bær hver dag.²⁵³

God ernæring var viktig for en sunn og frisk kropp. Allerede i 1880-årene var det blitt innført middag for fattige elever i skolen, men maten var næringsfattig. I 1926 ble Oslofrokosten introdusert med Carl Schiøtz i spissen. Frokosten var for de fattige elevene og skulle bestå av rundt en halv liter melk, to knekkebrød med margarin og mysost, kneippbrød med margarin og mysost, et halvt eple eller appelsin eller 100 gram med gulrot eller kålrabi. I vintermånedene skulle elevene også ha en teskje med tran. Fra 1935 fikk alle Oslobarn, som ønsket det, frokost ved skolen. De fleste norske kommuner innførte dette, men da i form av Sigdalsfrokosten som gikk ut på at elevene skulle ha med seg maten hjemmefra. Med det var nistepakken født. Ideen med skolemat spredte seg i Norden og til Australia der ordningen ble kalt «the Oslobreakfast».²⁵⁴

Drikkevann

Kunnskap om at sykdom kunne spres med drikkevann kommer også til uttrykk i medisinalberetningene. I Sokndal hentet de fleste vann fra «mer eller mindre» åpne brønner. Vannet var i tillegg av en «betydelig Haardhed». Det var også flere som måtte hente vann fra åpne vannløp der det ofte var tilsig fra dyrkede marker, noe som årlig førte til flere tilfeller av «Chol. Nostras». Drikkevannet hadde omtrent overalt tilsig av overflatevann og befolkningen

²⁵⁰ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 15

²⁵¹ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 15

²⁵² Medisinalberetning for Finnøy, 1928

²⁵³ Helsenorge

²⁵⁴ A. Schiøtz 2003a: 253-254

hadde blitt advart mot å «nyde Vandet i raa Tilstand».²⁵⁵ For å hindre forurensning av drikkevannet, ble det i sunnhetsvedtektene fra 1908 for Sokndal i §6 slått fast følgende: «I bæk eller brønd, hvorfra mat- eller drikkevann tages, maa ikke foregaa vask eller idethele noget foretages, som kan gjøre vandet urent. Brønder skal forsynes med en forsvarlig tæt overbygning».²⁵⁶ Sunnhetsforskriftene var retningslinjer forfattet av helserådene. Målet med forskriftene var å sikre sunnhetstilstanden i befolkningen og de inneholdt veiledninger om husbygging og ernæring i tillegg til drikkevann.

Både i Sokndal, Sandnes og på Finnøy hentet de fleste vann fra brønner. Brønnene var ofte i dårlig stand, usementert og uten tett overbygg. Vannet i brønnene ble lett forurenset av overflatevann og hvert år slet flere med diaré. Kolerabakterier tåler ikke alkohol så det tryggeste vår å drikke vin og øl. Det er kanskje ikke så rart at tynt øl var den foretrukne tørstedrikken?

Til vannforsyning ble det brukt regnvann, grunnvann og overflatevann. Hvis regnvann ble samlet opp renselig, var det fritt for skadelige mikrober og var et «meget godt vann». Grunnvann var i regelen fritt for skadelige kjemiske stoffer og ble hentet opp av brønner. Overflatevann var det vannet man hentet fra bekker, elver og innsjøer. Overflatevannet ville alltid inneholde mikrober som var tatt opp fra jordbunnen. Mengden med mikrober var avhengig av hvor infisert jordbunnen var.²⁵⁷

Problemer med drikkevann virker å ha vært størst i Sokndal der diaré og kolerine ofte blir omtalt i medisinalberetningene. Dessuten er det flere saker som omhandler drikkevann fra brønner og elver i helserådene i Sokndal ladested og landssogn. I Gjesdal søkte i 1915 Aalgaards Andelsvandleidningsselskab om tillatelse til å hente vann fra Kjellemyren. Helserådet fant det i «sanitær Henseende» av den største betydning for selskapet å få eierrettigheter over Kjellemyren «thi kun derved kan det sikre sig, at dets Vandforsyning altid holdes ren og fri for Forurensninger og Smittestoffer».²⁵⁸

²⁵⁵ Medisinalberetning for Sokndal 1909

²⁵⁶ Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1908: 282

²⁵⁷ Schiøtz 1938: 122-124

²⁵⁸ Møteprotokoll Gjesdal: 30.10.15

Helserådene behandlet mange saker som angikk drikkevann. De undersøkte kvaliteten på vannet og håndterte klagesaker. I oktober 1912 kom det i Sokndal inn en klage fra en mann som fikk sitt drikkevann forurenset når naboen vasket klærne sine. Drikkevannsinntaket til mannen var i en større strøm eller vann og var derfor ikke omtalt i sunnhetsforskriftene som kun omtalte bekker og brønner. Helserådet kunne derfor ikke nekte naboen å vaske tøy. Forslaget som enstemmig ble vedtatt lød som følger: «Uagtet det paaklagede Forhold visstnok maa betegnes som rimelig, saa har dog Helseraadet ikke Adgang til Paataale i Henhold til den i Herredets nye Sundhedsforskr.s §6 givne indskrænkning».²⁵⁹ En handelsmann klagde i 1935 over at naboen hadde forurenset brønnen etter mineringsarbeid. Helserådets ordførere opplyste at vannet i brønnen måtte ansees som «fuldstendig sudhedsfarlig paa grund av tilsig». Vannet var uklart og luktet. Det ble nedlagt forbud mot å bruke vannet fra brønnen. Handelsmannen hadde benyttet brønnen siden 1907 og vannet hadde alltid vært godt. Det ble med hjemmel i sunnhetsforskriftene for Sokndal §6 gitt påbud til naboen om å «snarest treffe sådanne forføininger at der påny bliver rent godt vand i brønden». To av helserådets medlemmer skulle sammen med ordfører Bugge påse at saken ble fremmet på en tilfredsstillende måte.²⁶⁰ Dette er to eksempler på at sunnhetsforskriftene ble fulgt. I det første tilfellet hadde ikke helserådet hjemmel i sunnhetsvedtektene til å foreta seg noe, mens de i det andre tilfellet kunne påby utbedring.

I 1907 hadde jernbanestasjonen på Moi lagt ut en kloakkledning som forårsaket forurensning av elven. Distriktslege Wingard ble i den forbindelse på et helserådsmøte bedt om å treffe de fornødne foranstaltninger for å hindre at kloakken forurenset drikkevannet til innbyggerne som hadde drikkevannsinntak rett nedenfor jernbanestasjonen. Distriktslegen sendte et krav til jernbanens driftsbestyrer om at forholdene som var i strid mot sunnhetsforskriftene i Lund, måtte rettes. Da Wingard ikke hadde fått svar på 3 uker, ba han lensmannen om å sperre kloakkledningen og han anmeldte forholdet til politimesteren i henhold til sunnhetsforskriftenes pålegg. Anmeldelsen førte til at stasjonsmesteren til gjengjeld sendte inn en anmeldelse der han klagde på de øvre Moigårdene for å ha forurenset ellevannet med klesvask og bading. Dette førte til at distriktslegen la ned forbud mot bading og klesvask, noe som førte til stor uvilje blant innbyggerne. For å få en oppklaring, sendte Wingard saken til medisinaldirektøren som fant at det ikke var hjemmel i sunnhetsforskriftene til å innføre et slikt forbud, selv om det i stor grad var ønskelig. På grunn av forbudet hadde det begynt å gå

²⁵⁹ Møteprotokoll Sokndal landsogn: 29.10.12

²⁶⁰ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 29.11.35

rykter om at kommunen skulle bli gjort ansvarlig for avsperringen av stasjonskloakken. Etter alle spekulasjonene fant herredstyret det nødvendig å meddele distriktslegen at Lund kommune ikke ønsket noen forbindelse med saken. Distriktslegen samlet helserådet til et møte hvor han omtalte «Drikkevandet, dets forurensning og disses mulige Forebyggelse» med særlig hensyn til forholdene på Moi. I samme møte fastholdt helserådet enstemmig kravet til sløyfingen av den påklagede kloakkledningen, men det ble ikke gjort noe vedtak i forbindelse med klesvask og bading. Doktor Wingard sendte på anmodning inn en redegjørelse om saken til amtmannen som deretter ba herredsstyret i Lund om å iverksette en bestemmelse foreslått av distriktslegen i sunnhetsforskriftene. I oktober kunne politimesteren meddele at kloakkledningen skulle sløyfes, men at den nye driftsbestyreren ikke kunne bli ansvarliggjort for tidligere feil.²⁶¹

I dette tilfellet kan doktor Wingard minne litt om doktor Stockmann fra Ibsens stykke *En folkfiende*. Doktor Stockmann kjempet for å forhindre at folk skulle bli syke i byens helsebringende bad etter at han har oppdaget at vannet inneholdt farlige bakterier. Wingard ønsket også at befolkningen skulle unngå sykdom og jobbet iherdig for å innføre forebyggende tiltak. Som doktor Stockmann møtte også Wingard motstand, men han klarte å overbevise medlemmene i helserådet om at kloakkledningen til jernbanestasjonen var en fare for Mois innbyggere.

I flere tilfeller bidro industrien til forurensning av drikkevannet. I 1920 fikk helserådet spørsmål om Sokndalselven var skikket til drikkevann. Helserådet måtte da meddele at de ikke anså elven som skikket til drikkevann fordi den «for en væsentlig del løber gjennom bebyggede strøg, langs gjødslede marker, hvorfra er sundhedsskadelig tilsig man antager at finde sted: der er en selvfølge at A/S Titania ved sit malmvaskeri Ydderligere forurenser elven». Titania var i gang med en undersøkelse for å finne kilden til forurensningen av Sokndalselven og helserådet ønsket derfor å avvente resultatet fra undersøkelsen før de kom med noen endelig uttalelse. På samme møte ble det også behandlet en klage over at «guersli grube» forurenset drikkevannet til en mann. Han hadde ikke kunnet bruke vannet i elven på to år og hadde måttet gå lang vei for å hente rent vann. Helserådet uttalte i den forbindelse: «Mysseleven er forurenset fra «guersli grube» i saadan udstrækning at elven maa ansees uskikket til drikkevand.». Helserådets formann hadde undersøkt saken nærmere og funnet at

²⁶¹ Medisinalberetning for Sokndal 1916

elven var «ganske uren». Mer enn dette ble det ikke gjort fra helserådets side. Hva grunnen til det kan være, er jeg usikker på. Det kan hende klageren hadde tilgang på drikkevann fra andre steder, gruveselskapet hadde kanskje stor makt, eller de så på det som et problem som uansett var uløselig.

Boliger

I skrivet *Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)* for året 1911 er det gode skildringer av hvordan boligene så ut, men det står ingenting i medisinalberetningene om hvor mange som til vanlig bodde i samme hus. Gjennom møteprotokollene fra helserådene har jeg derimot fått et inntrykk av at det var flere som bodde trangt.

På Finnøy var det gode boligforhold og «rummelig plads». Folk flest hadde mer plass enn det som var nødvendig.²⁶² I Sokndal var boligene gjennomgående små. Det var lite byggeareal i Sokndal, husene lå derfor dels oppetter fjellet og dels med grunnmuren ute i vannkanten. På grunn av plassmangel var det lite «ytre rum» og derfor lite eller ingen plass til husdyr. Fra «gammel tid» hadde det derfor vært vanlig å ha dyrene i kjelleren i våningshuset. Etter iherdig arbeid fra helserådets side, begynte man å få bukt med dette.²⁶³

Våningshusene av «gammel type», som var vanlig i Sokndal frem til 1911, var bygd på en lav grunnmur med kun liten eller ingen kjeller. I midten av huset lå kjøkkenet med eller uten forgang. Der det var tilstrekkelig økonomi, hadde de på hver side av kjøkkenet en stue. Den ene av stuene ble brukt som «bedsteværelse» og ble til daglig ikke brukt. Gulvene var enkle, dørene og vinduene var «tætsluttede».²⁶⁴ På denne tiden var det dog en del utskifting av boliger og de nye byggene ble satt opp på høy grunnmur med godt og høyt kjellerrom. Kjøkkenet var i de nye husene fortsatt plassert i midten, men med «Entré paa Forsiden og Bislag paa Bagsiden». Ovenpå ble ofte 1-2 værelser brukt til soverom. I de nye boligene fantes det slagvinduer «overalt», men de ble benyttet «altfor lidet i den kolde Aarstid».²⁶⁵ I Sandnes var det på 1920-tallet en del nybygging der man gikk bort fra de gamle «Jærhusee»

²⁶² Medisinalberetning for Finnøy 1919

²⁶³ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 9-10

²⁶⁴ Medisinalberetning for Sokndal 1908; «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 9-10

²⁶⁵ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 9-10

og bygget «Sandnæshus». De nye husene ble ansett både som praktiske og hygieniske.²⁶⁶ Jærhusene var lave og bygget var tilnærmet symmetrisk. Inngangsdøra og bislag var plassert på midten av huset med to og to vinduer sammensatt på hver side.²⁶⁷

Dr. Wingard forklarte at det på kjøkkenet i de eldre bygningene var en grue i kjøkkenet der det ble laget mat. I tillegg var det mange som hadde installert en bileggsovn. Denne var ofte en firkantet og solid støpejernkasse med vakre utsmykninger. Distriktslegen hadde vært på et hjemmebesøk der han hadde sett en slik ovn fra 1672. Flere hadde også byttet ut støpejernovnen med en «Byggegyrde» med et tett lokk. I de nye husene var det vanlig med kakkelovner og gjerne et lite «kammers» til hver stue. På kjøkkenet var gruen byttet ut med komfyr. Brensel var dyrt og det ble for det meste fyrt med torv eller rå ved. I de fleste hus var det så dårlig trekk at luften ofte ble «overmaade kvælende og usunn». Det var i tillegg en sparsomhet, «som overalt findes», og som førte til et ønske om å utnytte vinterfyringen maksimalt. Om vinteren ble det luftet lite og helst ikke i det hele tatt for å spare på brenselet. Vanligvis ble bare den ene stuen varmet opp og brukt som dagligstue og også «sengekammer» for husfolket og de minste barna. De eldste barna lå på loftet over stuen i sine alkover. For å varme opp andre etasje, hadde man en luke i gulvet der det steg varm luft opp fra stuen. «Naar nu fyres godt i stuen blir jo den naturlige ventilasjon ganske livlig».²⁶⁸ Alt innarbeidet foregikk i stuen, noe som ga et inntrykk av uorden og urenslighet. Matkoking i stuen var sjelden i indre bygdestrøk, men mer vanlig langs kysten.

På Holmen i Jøssingfjord fikk befolkningen i 1909 muligheten til å installere elektriske lys inne mot en liten betaling per lampe i året. I 1910 var det en gårdbruker på Omdal som fikk anlagt et lite elektrisk anlegg for elektrisitet til eget bruk på gården. Han fikk med dette strøm til belysning og drivkraft for gårdmaskinene sine. Høsten 1911 fikk innbyggerne på Moi elektrisk lys. Distriktslegen meldte at «Det ser i det hele ud til, at Elektrisitetssagen er kommet på Dagsordenen».²⁶⁹ I 1916 hadde de fleste i Sokndal gode økonomiske kår og det var «særdeles rummelig» med penger blant befolkningen. Elektrisitet ble nå i større grad også

²⁶⁶ Medisinalberetning for Sandnes 1921

²⁶⁷ Reigstad [s.a]: 9

²⁶⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1908; «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 9-10

²⁶⁹ «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal Lægedistrikt (Stavgr. amt)» 1911: 11

brukt til oppvarming og flere hus hadde skaffet seg kokeplater. Elektriske ovner ble også kjøpt inn, noe som var positivt med tanke på kullnøden.²⁷⁰

Koleraen var en skremmende sykdom og en utbedring av vann og kloakk ville bidra til å stanse fremtidige utbrudd. I perioden mellom 1848 og 1854 utbedret og bygget Central Board of Health i Storbritannia vann- og kloakksystemene i de nye industrielle byene. De viste at dette lot seg gjøre uten å koste for mye penger. Flere land fulgte etter, inkludert Norge. I Rogaland var det Stavanger som i størst grad investerte i utbedringer på begynnelsen av 1900-tallet.²⁷¹ Vannklosetter ble ikke vanlig før det ble opprettet kommunale renseanlegg på 1910-tallet, og dette var stort sett forbeholdt byene. Det var fortsatt 31% av den norske befolkningen som manglet bad, og 27% som manglet vannklosett i 1970-årene.²⁷² Det var langt mellom gårdene på bygda, og det var ikke like stort behov for et velfungerende vann- og avløpssystem. Kostnadene ville bli større enn helsegevinsten. På begynnelsen av 1900-tallet hadde de fleste ute i distriktene priveter. Flere av sakene i helserådene peker på utfordringer med privetene. I 1903 utførte helserådet i Sokndal ladested hjemmebesøk og avdekket flere hjem med feil eller mangler knyttet til privetene. En familie hadde et privet i den øvre enden av huset og innholdet rant inn under huset. Andre hadde stinkende og fulle priveter. Disse ble pålagt å skaffe nye tønner. Dersom forholdene ikke ble rettet, ble de ilagt bøter.²⁷³

Sunnhetsvedtektene for både Sokndal og Gjesdal konsentrerte seg i stor grad om krav til oppføring av nye boliger. Det skulle være en forsvarlig grunnmur på minst 30 cm. Beboelsesrom skulle ha en høyde på minst 2,5 meter. Stall, fjøs og priveter måtte ikke være nærmere huset enn 10 meter og det skulle ikke ligge slik til at det ikke kunne komme kloakk til steder der man oppbevarte mat eller hentet vann. Dersom et rom eller hus ikke oppfylte kravene om blant annet tilstrekkelig lys og luft, kunne helserådet forby rommets eller husets benyttelse inntil de «forefundne mangler er rettet».²⁷⁴

I læreboken i hygiene fra 1938 er «bolighygiene» et tema. Der står det at *Til tross for at vårt kjennskap til boligens innflydelse på helsen ennå er meget mangelfullt, har vi dog grunn til å gå ut fra at boligene spiller en viktig rolle, kanskje ikke minst for sinnets helse. Det er neppe*

²⁷⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1916

²⁷¹ Beretning om Sundgedstilstanden og Medicinalforholdene 1900: 137

²⁷² Norsk folkemuseum

²⁷³ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 01.10.03

²⁷⁴ Møteprotokoll Gjesdal: 19.07.13

*tvil om at gode boligforhold bidrar til å skape større velvære, arbeidsglede og ydeevne hos beboerne, og det må der legges stor vekt på. Såvel av hygieniske som sociale grunner må vi derfor arbeide for å bedre boligforholdene.*²⁷⁵ Videre understrekes de hygieniske kravene som var viktige å stille til en bolig. Den måtte verne mot både kulde og varme. Den måtte ikke være fuktig, overbefolket eller lytt. Den måtte ha rikelig med sol, lys og frisk luft. Huset måtte være godt vedlikeholdt og lett å holde rent og det måtte være fritt for utøy og andre skadedyr. Videre måtte det være lett å renovere på en hensiktsmessig måte.²⁷⁶ Mange av kravene gitt her, er også krav vi har til boliger i dag.

De hygieniske forholdne i distriktene

De hygieniske forholdene i Sokndal ble i 1900 konstatert som mindre gode, «skjønt fremgang spores». Årsaken til dette var fattigdom blant befolkningen samt dyrt brensel, men en hel del skyldtes også uvitenhet og likegyldighet. Forståelsen av frisk lufts betydning for helsen var «sørgelig» liten. *Renlighedssansen gjør ikke samme fremskridt som lysten til at pynte sig og følge moden, der er meget fremtrædende, særlig hos den kvindelige ungdom og i regelen står i skrigende misforhold til vedkommendes økonomiske evne.*²⁷⁷ I medisinalberetningen for 1902 kunne distriktslegen i Sokndal fortelle at den personlige rensligheten sto lavest. Lus var svært utbredt. Det virket heller ikke som om folk skammet seg over å «huse disse parasiter». Med husstellet sto det bedre til, men det var heller ikke mye å skryte av. Grunnen til at befolkningen stort sett var så sunn og at det i tillegg var lite utbredelse av epidemiske sykdommer, skyldes den spredte bosettingen og befolkningens sunne «bekjæftigelser». ²⁷⁸ I 1903 registrerte distriktslegen i Sokndal at frykten for tuberkulose hadde ført til forbedring av hygienen hos folk flest. Samtidig visste befolkningen mere om hvilke krav som ble stilt til god hygiene. Særlig den yngre delen av befolkningen var blitt flinke. Likevel ble deres praktiske gjennomføring hindret av «gammel slendrian og fordom». ²⁷⁹

I Sokndal var det også et problem at befolkningen hadde dyr i våningshuset. I 1903 var det ni personer som fikk påbud om å fjerne dyr fra kjelleren. En mann hadde 13 griser og høner

²⁷⁵ C. Schjøtz 1938: 175

²⁷⁶ C. Schjøtz 1938: 177

²⁷⁷ Medisinalberetning for Sokndal 1900

²⁷⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1902

²⁷⁹ Medisinalberetning for Sokndal 1903

under boligen sin, andre hadde kyr. I Sunnhetsforskriftene av 1908 søkte de å gjøre enda tydeligere klart at det ikke var hygienisk å ha dyr i samme bolig som menneskene bodde. Paragraf 3 dreide seg om at «Hester, kjør, faar, gjeter, svin eller høns maa ikke huses i vaaningshus eller noget rum, som har væg og tak fælles med samme».²⁸⁰

I 1908 meldte distriktslegen i Sokndal til medisinaldirektøren at den personlige hygienen ble forsømt i en «næsten utrolig grad». Mange vasket antakelig kun ansiktet sitt litt før de skulle i kirken. Selv om landskapet var rikt på vann, var det få som kunne svømme. Krohn hadde gjort seg de samme observasjonene i 1857 blant befolkningen i Ytre Nordhordland. I dag er det et problem at folk dusjer og vasker seg for ofte. Huden kan tørke ut og vi vasker vekk de nyttige bakteriene.²⁸¹

I medisinalberetningen for Sandnes i 1900 kunne distriktslege Lund melde om at «renligheten» sto på et «meget lavt standpunkt, der spares i høi grad på sæbe og vand». For å oppnå bedre renslighet, måtte spesielt den «kvindelige ungdom oplæres i større renlighed, om sin person, sit madstel og fjøsstel». Distriktslegen mente at trange økonomiske kår og en «medfødt mangel paa den aller tarveligste renlighedssans» var det største hinderet for god hygiene blant befolkningen, men han håpet at tuberkuloseloven fra samme år skulle bidra til å bedre de hygieniske forholdene.²⁸² Året etter var ikke forholdene blitt noe særlig bedre. Distriktslegen påpekte igjen at det var kvinnene som måtte «tage løftet», men at tiden og kreftene ikke strakk til. Det var dyrt med tjenestehold, alt måtte gjøres selv. Det førte til at renholdet av huset ble skjøvet til side. Matstellet kunne heller ikke roses og det kom ekstra godt til syne under sykdom at «husmoderen» ikke hadde kunnskap om matlaging for syke. Tuberkuloseloven og legenes «hygieniske regler» vil antakelig bidra til at rensligheten, «der paa altfor mange steder staar sørgelig tilbage», ville bli «betydelig» bedre.²⁸³ Distriktslegen forklarte den dårlige hygienen som en medfødt mangel på renslighetssans og hadde i likhet med Krohn en nedlatende holdning ovenfor befolkningen. Distriktslege Lund viser en avsmak for befolkningens vaner og distanserer seg fra deres holdninger til renhet, noe som viser at Lund tilhørte en annen habitus enn de fleste innbyggerne i Sandnes. Det er også tydelig at det var kvinnene som hadde ansvaret for alt som hadde med renslighet og hygiene å gjøre.

²⁸⁰ *Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1908*: 282

²⁸¹ Brix 2013

²⁸² Medisinalberetning for Sandnes 1900

²⁸³ Medisinalberetning for Sandnes 1901

For den personlige hygienen kunne arbeidere ved ullvarefabrikken i Gjesdal bruke fabrikkens badeinnretning fra 1903, og fra 1905 kunne arbeidere ved fabrikken i Time bruke badeanstalten der.²⁸⁴ Etter dette er beretningene ganske sparsomme med beskrivelsene av de hygieniske forholdene. Ofte er det ikke nevnt i det hele tatt. Det er ikke godt å si hva grunnen til dette er, men det kan tenkes at det skjedde liten utvikling og at det derfor ikke var nødvendig å gjenta det samme hvert år. Først i 1934 blir det igjen nevnt og inntrykket er at hygienen begynte å bli bedre. Skolelokalene var da gode og ved helsesøsterens inspeksjon var både renhold og andre hygieniske forhold i det store og hele bra. Det som var blitt påpekt av mangler hadde straks blitt rettet på av skolemyndighetene.²⁸⁵

På Finnøy meddelte distriktslegen allerede i 1905 at både hygienen og økonomien i distriktet var god. Husene var som regel romslige og velstelte. Det var «adskillig sans for litt Hygge og Komfort, Gardiner er meget almindelig». Befolkningen hadde stort sett god økonomi, noen «støre Formuer vistnok ydterst sjeldne, men ligesaa sjelden er stor Fatigdom».²⁸⁶ I forbindelse med tuberkuloseloven hadde det hygieniske tilsynet «utvivlsomt» bidratt til et mer gjennomført renhold i hjemmene, men det var sjelden det lyktes å få pasientene til å bruke spytteflasker.²⁸⁷

Utover 1920-tallet ble rensligheten enda bedre på Finnøy. Rensligheten var i 1919 «særdeles god», da sammenliknet med indre bygder på Vestlandet. De sto for eksempel «himmelvidt» over Sirdal.²⁸⁸ På Finnøy ble det vasket oftere og grundigere. I 1928 var rensligheten fortsatt god, men det fantes hus man ikke kunne se på som rene. Den personlige rensligheten var varierende i 1930-årene, til tross for dette var det lite utøy, men en del skabb. Frem til 1921 var de hygieniske forholdene også i Sokndal blitt atskillig bedre. Det var godt renhold i skolene. I 1928 ble det meldt at de hygieniske forholdene var gjennomgående gode, men det var fortsatt rom for forbedring. Det virket også som om folk flest hadde fått en bedre forståelse av «hvilken betydning renslighed har for hjemmene».²⁸⁹

²⁸⁴ Medisinalberetning for Sandnes 1905

²⁸⁵ Medisinalberetning for Sandnes 1934

²⁸⁶ Medisinalberetning for Finnøy 1905

²⁸⁷ Medisinalberetning for Finnøy 1906

²⁸⁸ Medisinalberetning for Finnøy 1919

²⁸⁹ Medisinalberetning for Sokndal 1928

Når det gjaldt bekledning, var undertøy for voksne stort sett hjemmevevd ulltøy, mens barna ofte hadde bomull innerst. «Yderklæderne» til hverdagsbruk var ofte hjemmevevd, men det virket som om dette var på vei til å gå ut av bruk. I 1911 var billig kjøpetøy blitt mer vanlig. Dette holdt ikke den samme kvaliteten som hjemmelaget tøy.²⁹⁰ Lintøy ble brukt i minst fjorten dager før det ble vasket. Ulltøyet kunne befolkningen gå med i opptil fire uker før klesvask, kanskje også betydelig mere «efter lukten at dømme». Det kunne være et tegn på forbedring at hverdagsklærne stadig ble mere «bymæssige» og det var spesielt kvinnene som fulgte med på motene i «motejournalene».²⁹¹

Tresko uten overlær var det vanligste fottøyet til hverdags. Når man gikk inn i et hus, lot man skoene stå ute i forgangen eller i kjøkkenet før man gikk inn i stuen.²⁹² Dette førte til at føttene ble svært skitne og det var «vanskelig at tro, huden under er hvid».²⁹³ Fordelen med å ta av seg skoene før man gikk inn, var at man unngikk å trekke jord og søle med seg inn i oppholdsrom, samtidig som man husket på å skifte sokker om disse var blitt våte etter utarbeid. Treskoenes evne til å holde på varmen var betydelig, men det krevdes solide, tykke strømper for «Slitagens Skyld».²⁹⁴

Problemet med spyting

Spyting var et gjennomgående problem i distriktene, og ble spesielt bemerket på Finnøy. Tuberkulose var en av de mest fryktede sykdommene på begynnelsen av 1900-tallet. Den spredte seg i befolkningen som dråpesmitte og kampen mot spyting ble derfor spesielt viktig for å forhindre spredning. Det var ofte lite eller ingenting å utsette på renholdet i hjemmene og heller ikke i håndteringen av opphostingen til tuberkulosesyke. Problemet var at distriktslegen ikke hadde lyktes å få tuberkuløse pasienter til å anskaffe spytteflasker og «noget Tvangsmiddel dertil har man vel ikke; paa Tunet eller udenfor Hjemmet blir vel desværre derfor Expektoratet som Regel anbragt, hvor det kan falde sig.»²⁹⁵ Befolkningen fryktet visst å bli «ugleseet» av et «uforstandigt Publikum» og dette var en av grunnene til at de ikke ville bruke spytteflaske utenfor hjemmet.²⁹⁶ Spyting ble i mange miljøer sett på som

²⁹⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1911

²⁹¹ Medisinalberetning for Sokndal 1908

²⁹² Medisinalberetning for Sokndal 1911

²⁹³ Medisinalberetning for Sokndal 1908

²⁹⁴ Medisinalberetning for Sokndal 1911

²⁹⁵ Medisinalberetning for Finnøy 1909

²⁹⁶ Medisinalberetning for Finnøy 1911

et typisk uttrykk for maskulinitet og « [å] spytte langt og rikelig ble sett på som en karslig egenskap».²⁹⁷ Det å være forsiktig med oppspyttet til tuberkuløst syke trengte «vistnok mere og mere igjennem». Men at spyting i det hele, også fra friske personer, var en «modbydelig og farlig Uskik» ville ikke den voksne delen av befolkningen forstå. Til tross for at spyting var forbudt på dampskip, ble det støtt og stadig observert tilfeller der både passasjerer og mannskap spyttet. Legene håpet på at den «opvoxende Generation» ville bidra med bedring. Distriktslegen på Finnøy kunne spore vilje og interesse blant de yngre lærere til å innprente hygieniske forholdsregler.²⁹⁸ Det ble i 1913 ikke spyttet like mye i forsamlingsrom og hus, men det ble fortsatt spyttet en del inne.

I 1902 kom «Bestemmelser om Renhold m.m. i Skoler». Formålet var å sikre sunnheten til elevene, og ansvaret ble lagt på lærere og skolestyret. For det første skulle det ikke være tillat å spytte på gulvet inne i skoleværelser eller i ganger. Det skulle være spyttebakker tilgjengelig som skulle være fylt med vann, sand, fuktig sagmugg, hakket ener eller granbar. Spyttbakken skulle rengjøres daglig og innholdet skulle brennes eller kastes i binger eller graves ned i hull i bakken. Helserrådene skulle føre tilsyn med skolene og påse at barnas omgivelser var trygge for helse. Dersom skolelokalene utgjorde en fare mot barnas helse, kunne helserrådet kreve at skolen ble holdt stengt inntil feilene ble rettet.²⁹⁹

I Sokndal ble det i anledning av klager over «Spyttesvineriet» i kirken besluttet i et helserrådsmøte i januar 1910 at «Det henstilles til Ladestedets Bystyre sammen med ladestedets Herredstyre at bevilge det Fornødne til Anbringelse af Spyttbakker i Kirken» samt «Trykning af Plakater med Forbud mod at spytte paa Gulvet».³⁰⁰

I Sandnes ble det i 1927 etter at alle barna i samme familie ble syke, skrevet følgende i medisinalberetningen: «For at undgaa familiesmitte mest mulig indprentes de tuberkuløse en nøiagtig tilintetgjørelse av spyttet og altid hoste i et rent lommetørklæ for at undgaa draapeinfeksjoner».

²⁹⁷ Blom 2002

²⁹⁸ Medisinalberetning for Finnøy 1912

²⁹⁹ *Bestemmelser om Renhold m.m. i Skoler*: §§1-2 og §11

³⁰⁰ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 11.01.10

I kampen mot spyting kommer distriktslegenes habitustilhørighet klarest til syne. Distriktslegens avsmak mot befolkningens vaner skinner tydelig gjennom. Det som ble sett på som maskulint av allmuen, ble sett på som motbydelig av distriktslegen. Dette markerer klart at distriktslegen tilhørte en annen habitus enn befolkningen og viser distriktslegenes «distingverthet». Det kan synes, som Aina Schiøtz hevdet, at distriktslegene forsøkte å tre sine verdier over befolkningens kultur.

Oppsummering

I alle bygdene jeg har valgt å studere livnærte befolkningen seg hovedsakelig av primærnæringene, men industrien vokste etter hvert frem i begynnelsen av det 20. århundre. Folk bodde ofte trangt i tette hus, men nye hus ble stadig bedre. Utvandringen førte til mere arbeid for den delen av befolkningen som ble igjen i Norge samtidig som hjemvendte Amerikafarere tok med seg gode hygieniske vaner. Befolkningen var religiøs, noe som ofte var til hinder for at folk lyttet til distriktslegens råd. God ernæring var viktig for en sunn kropp. Dette visste distriktslegene og kom med anbefalinger og tips om kosthold. De holdt også tilsyn med drikkevannet og fulgte med på forurensning. Hygienen var mindre god i begynnelsen av 1900-tallet, men tuberkuloseloven hadde gjort sitt for å innføre gode hygieniske vaner blant befolkningen.

Distriktslegenes holdninger ovenfor befolkningen kommer særlig til uttrykk i skildringene av de hygieniske forholdene. Befolkningen og distriktslegene hadde forskjellig oppfatning av hygiene og de hadde forskjellig forutsetning til å kunne gjennomføre distriktslegenes hygieniske krav. Såpe var dyrt og det var travle tider for kvinnene som hadde hovedansvaret for stellet hjemme. Distriktslegene så med avsmak på og til tider forakt for befolkningens vaner.

Kapittel 5 – De mest utbredte sykdommene

De sykdommene som får mest oppmerksomhet i medisinalberetningene, er de epidemiske sykdommene. Når det er økt hyppighet og forekomst av en sykdom blant grupper av mennesker innenfor et begrenset eller definert tidsrom, kalles dette en epidemi. Tidligere var det stort sett smittsomme sykdommer som var årsak til epidemier, og begrepet ble ofte brukt synonymt med de epidemiene som var av smittsom karakter. Epidemi gjelder alle sykdommer og årsaker til dødsfall og trenger derfor ikke nødvendigvis å være av smittsom karakter.³⁰¹

De sykdommene som ble ansett for å være av epidemisk art på begynnelsen av 1900-tallet var: eksantematisk tyfus, cerebrospinalmengitt, akutt poliomyelitt, skarlagensfeber, meslinger, difteri, dysenteri, barsel-feber, pyemi, septikemi, pemfigus hos nyfødte, rosen, røde hunder vannkopper, kuma, kikhoste, akutte katarrer i åndedretsorganene, influensa, lungebetennelse, pleuritt, giktfeber, malaria, akutt diaré og skjørbuk. Tuberkulose sto for seg selv i et eget skjema. Denne listen er hentet fra medisinaldirektørens årlige utgivelse av medisinalberetningene for år 1918. Lista viser at epidemiske sykdommer ikke bare ble forstått som smittsomme sykdommer. Pyemi og septikemi er blodforgiftning og ikke smittsomt, heller ikke barsel-feber. De mest vanlige sykdommene var tyfoidefeber, difteri, rosen, vannkopper, kikhoste, akutte katarrer, influensa, lungebetennelse, pleuritt, giktfeber og akutt diaré.

Det var ikke bare legene og myndighetene som var bekymret for de smittsomme sykdommene. Ved mistanke om epidemiske sykdommer ble legen «i regelen hurtig [hentet] til epidemiske syge dels p. gr. af frygt for smitten, og dels fordi befolkningen ved at de i disse tilfælde ydes gratis tilsyn, derimod udsættes ofte tilkaldelse af læge i andre tilfælde».³⁰² Det at befolkningen skulle få gratis legehjelp ved utbrudd av en epidemi, viser at det var viktig for myndighetene å få flest mulig til lege for å stanse spredning.

³⁰¹ Langård 2015

³⁰² Medisinalberetning for Sandnes 1900

Vannbårne sykdommer

Blant de vannbårne sykdommene var kolera den mest fryktede og dødelige. Kolera er en sykdom som først er beskrevet i kilder fra India, hvor sykdommen spredte seg fra og ble en pandemi i fem omganger. I 1850-årene kom den til Norge; den spredte seg raskt, tok mange liv og viste at det ikke fantes noen god ordning for bekjempelse av epidemiutbrudd i Norge. Aina Schiøtz kaller koleraepidemien for en øyeåpner, og at det framfor alt var den sykdommen som førte til strukturelle endringer innenfor det norske helsevesenet. Koleraen var en eksplosiv sykdom som rammet brått både rik og fattig og den hadde en skremmende framtoning.³⁰³

Kolera er en vannbåren sykdom som spres via forurenset drikkevann. Det var legen John Snow som fant ut at kolera ikke var forårsaket av miasmer, da den ikke angrep lungene, og at den ikke var smittsom. Han mistenkte at det var forurenset vann som var årsaken, og i 1854 viste han at teorien stemte. Nesten alle smittede hentet vann fra samme sted, mens det i et fengsel der forholdene var mer uhygieniske, var få dødsfall fordi de hentet vann fra egen brønn.³⁰⁴ Koch oppdaget i 1884 at kolerabakterien stort sett befant seg i tarmene på menneskene og bekreftet Snows teori om vannbåren spredning. Denne oppdagelsen var svært viktig i forbindelse med forebygging av sykdommen.³⁰⁵ Distriktslegen i Årdal omtalte på et helse rådsmøte i 1910 en koleriepidemi som hadde opptrådt om vinteren, og anbefalte at det ved tilfeller av denne sykdommen ble vist forsiktighet med avføringen, «hvorfra Smitten Kommer».³⁰⁶

I 1848 ble det gitt ut en anvisning av regjeringen kalt *Anviisning for Ulægekyndige til at kunde kjende og behandle den ondartede Cholera, indtil Lægehjelp kan erholdes*. For å beskytte seg mot kolera burde normalt kosthold opprettholdes og mat som kunne føre til tynn avføring burde unngås. Kaldt vær kunne fremkalle sykdom, og det var derfor viktig å kle seg godt og spesielt holde magen varm. Dersom koleraen først slo til, skulle den syke få hvile. Han skulle holde seg unna kaldt vær og nyte varm drikke, helst te. Den syke kunne også få tynne supper kokt på ris, havre eller byggryn. Vin og vann kunne også brukes. Magen skulle

³⁰³ Evans 1987: 228

³⁰⁴ Porter 1999: 413

³⁰⁵ Porter 1999: 437-422

³⁰⁶ Møteprotokoll for Årdal: 19.03.10

gnis inn med kamfersprit, terpentinolje eller brennevin. Eventuelt kunne en sennepskake legges på magen i en til to timer, eller til huden ble rød med sterk svie. Hvis kvalmen vedvarte, kunne kamferdråper benyttes. Det var viktig at den syke ble holdt varm med ulltepper. Dersom det var mistanke om sykdom var det viktig at lege ble tilkalt, for han visste i ethvert tilfelle hvilken behandling som ville være best for pasienten.³⁰⁷

Noen av behandlingsmetodene skissert ovenfor, vet vi i dag har lite for seg. Kolera dehydrerer kroppen og det gjør også alkohol. Den viktigste behandlingsmetoden mot sykdommen er tilføring av væske, slik at pasienten ikke blir dehydrert. Etter at koleraens smitteveier ble kjent, var det lettere å forebygge nye utbrudd av sykdommen. På 1900-tallet var det ingen koleraepidemier, men diaré var et vanlig problem, spesielt i Sokndal. Distriktslegen kom ikke med tips til behandling av sykdommen, men oppfordret til koking av drikkevann de årene forurensningen var størst. Det var altså størst fokus på å forhindre utbrudd.

I Sokndal var det ofte utbrudd av kolerine (akutt diaré) og i 1907 skyldtes dette en oversvømmelse av markene med påfølgende forurensning av drikkevannet. I 1908 var det en kolerineendemi som førte til at helserådet gikk ut med en oppfordring om å rense alle brønner for å hindre tilsig av overflatevann.³⁰⁸ I 1910 var det få tilfeller av diaré i Sokndal. Dette året hadde nedbørsmengden vært jevn og passelig stor, det var nesten ikke overflatevann og drikkevannsinntakene unngikk den «ellers her så almindelige Forurensning». Distriktslege Pedersen, som vikarierte i Sokndal i to år, mente at akutt diaré forekom spredt gjennom hele året fordi det «utvilsomt [sto] i forbindelse med distriktets slette hygieniske forhold». I 1918 var det også flere tilfeller av kolerine utover sommeren og høsten, enkelte tilfeller var ganske alvorlige med blodig avføring. En jente på et år døde etter en uke med sykdommen. Det ble til slutt sendt bud på legen, men jenta var død før han kom frem. Distriktslegen fremholdt i et helserådsmøte betydningen av hurtig legehjelp samt at alt drikke- og matvann måtte kokes.³⁰⁹ I tillegg måtte det vises forsiktighet med avføringen og gjennomføres «omhyggelig vask» etterpå.

Under første verdenskrig ble det innført rasjonering på matvarer, noe som førte til flere tilfeller med diaré i Sandnes i 1917 og 1918. Folk flest skyldte på grovbrødet av sammalt

³⁰⁷ Anviisning for Ulægekyndige 1848 – kutte ut avsnittene?

³⁰⁸ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 20.10.08

³⁰⁹ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 26.06.18

hvete, som de ikke likte. Doktoren mente derimot at det heller skyldtes at hele kostholdet var blitt endret med surrogater, sammalt mel og hvalfett. Det var i tillegg dyrtid og flere led av underernæring, noe som sammen med kaldt vær hadde gitt seg utslag i at mange ble syke.³¹⁰

Tyfoidfieber er en annen vannbåren sykdom som ofte opptrådte på 1800- og begynnelsen av 1900-tallet. Symptomene på sykdommen er kvalme, feber og hodepine. Både diaré og forstoppelse er vanlig. Sykdommen spres gjennom urin og avføring fra en smittet person som enten blir overført på mat eller via drikkevann.³¹¹ Kobro skrev i 1936 at det i de siste tiårene hadde blitt en økt forståelse av basillbærerens betydning for sykdommens utbredelse.³¹² På begynnelsen av 1900-tallet var det tilfeller der tilsynelatende friske mennesker var «bærere» av sykdommen og med det smittet andre.

Tyfoidfieber opptrådte epidemisk i Sandnes i 1901. På Finnøy samme år kom en fisker syk hjem etter kontakt med Haugesundsfolk. Han smittet hele familien hvorav tre voksne barn døde. En mann gikk tre uker syk i Sokndal før han søkte lege. Han ble da satt i isolasjon og var syk i til sammen seks uker. Det var ingen andre som ble smittet. Distriktslegen mente det skyldtes den spredte bosettingen at han kunne gå syk i tre uker uten å smitte andre.³¹³ I 1901 var det en tyfoidfieberepidemi i Time. Helserådet påla meieriene å stanse melkemottaket og oppfordret dem til å skaffe seg pasteuriseringsapparat.³¹⁴ I Sandnes ble det i 1931 oppdaget at et utbrudd av tyfoidfieber stammet fra meieriet, som da ble stengt. All melk ble pasteurisert i 3 uker. Pasteurisering av all melk som skulle selges i butikker, ble ikke påbudt før i 1951.³¹⁵

Sykdommen var fryktet og det ble tatt mange forhåndsregler for å begrense utbredelsen. I Time ble flere skoler stengt under epidemien i 1901. Times ordfører døde i den store tyfoidfieberen og herredstyret måtte ha tillatelse fra helserådsordføreren for å møte opp i kirka. Det måtte også hentes hjelp fra Stavanger og sju sykepleiere kom for å bidra.³¹⁶

I dag forekommer kolera og tyfoidfieber sjelden i Norge og andre vestlige land, men sykdommene forekommer fortsatt i noen områder i Asia

³¹⁰ Medisinalberetning for Sandnes 1917

³¹¹ Myrvang 2015a; tyfoidfieber ble også omtalt som tyfus på 1900-tallet.

³¹² Kobro 1936: 256

³¹³ Medisinalberetning for Sokndal 1906

³¹⁴ Søyland 2013: 92

³¹⁵ Ulleberg 2015

³¹⁶ Søyland 2013: 92

Luftveisinfeksjoner

Infeksjoner i øvre eller nedre del av luftveiene er ofte forårsaket av virus og kalles luftveisinfeksjoner. Forkjølelse er en av de vanligste luftveisinfeksjonene. Slimhinnene i nesa og de øvre luftveiene angripes. I medisinalberetningene var det først og fremst difteri og skarlagensfeber som fikk mye oppmerksomhet. Sykdommene rammet ofte barn og kunne spre seg raskt. Influensasykdommer var også hyppige, men ble lite omtalt, bortsett fra i 1918 da spanskesyken kom til landet.

Før difteriserumet ble innført i Norge i 1884, var difteri en svært dødelig sykdom. Dødeligheten som tidligere kunne ligge på rundt 20%, var etter hvert minimal, i hvert fall når den syke kom tidlig til behandling.³¹⁷ Difteri er en akutt infeksjon forårsaket av difteribakterien. Bakterien gir betennelse i slimhinnene i svelg og luftveiene og kan tette igjen halsen slik at pasientene ikke får puste. Sykdommen kan også forekomme som infeksjon i hudsår.³¹⁸ Smitte skjer via dråpeoverføring fra den syke for eksempel ved at den syke hoster eller nyser.

Et problem med denne sykdommen var at basillbærere kunne utskille basiller gjennom mange måneder og år. Disse basillbærerne kunne smitte andre, men selv ikke ha symptomer. Dette var tilfellet ved en landbruksskole på Finnøy der det i 1909 var et difteriutbrudd. Etter det første registrerte tilfellet av sykdommen, opptrådte den med jevne mellomrom utover våren. Dette på tross for preventiv injeksjon av serum. Distriktslege Thorleif Næss, ordfører i helserådet på Nedstrand, dro til skolen for å ta kulturprøver for å finne «bacillbærere». Han fant da 7 tilfeller av difteribasiller i halsen blant de friske elevene. En av dem som bar på smitten, var skolens husholderske som håndterte maten. Ingen av de som bar på smitten hadde kjent noen symptomer og de hadde heller ikke vært syke. Etter at smittebærerne var blitt behandlet, opptrådte det ikke flere tilfeller av sykdommen. Det virket som om de som var injisert preventivt kun var immune i 3 uker, men at de som eventuelt ble syke etter dette hadde et mildt sykdomsforløp.³¹⁹

³¹⁷ Kobro 1999: 263

³¹⁸ Norsk Helseinformatikk 2015

³¹⁹ Medisinalberetning for Finnøy 1909

Difteri opptrådte omtrent årlig og ofte epidemisk. For eksempel var det 36 tilfeller til behandling i Sandnes i 1903 og 53 i 1904. I Sokndal var det i 1905 kun et tilfelle, serum ble brukt preventivt og det opptrådte ikke flere tilfeller etter dette året. På Finnøy var det i 1908 noen få tilfeller der alle kom seg etter serumsbehandling og til dels varme «vanddampe».

Distriktslege Lund i Sandnes ytret i 1903 en ide om at difteriserumet ville ha best effekt ved preventivt bruk. Problemet var at det kun var de som hadde råd til serumet, som hadde muligheten til dette. En nedsettelse i pris slik at serumet kunne brukes preventivt på alle, ville bidra til å hindre sykdommens utbredelse. Det var på denne tiden flere som holdt sykdommen skjult og unngikk å kontakte legen.³²⁰ I 1913 var det fortsatt et problem at sykdommen ble holdt skjult og legen ble i mange tilfeller hentet alt for sent. Dette året var det en stor andel av syke med difteri som døde fordi de ikke fikk serumsbehandling tidlig nok.³²¹

Utbrudd av skarlagensfeber var relativt vanlig. Skarlagensfeber er en halsbetennelse forårsaket av streptokokkbakterier. Ved utbrudd ble pasienten isolert og det ble utført desinfeksjon. Sykdommen opptrådte årlig med forskjellig styrke. Det var på Finnøy i 1909 en utbredt epidemi av skarlagensfeber med 96 tilfeller. Sykdommen opptrådte spredt og var mild. Tiltakene som ble satt inn mot smitte var isolasjon og senere rengjøring. Friske skolebarn ble nektet skolegang og melkesalget ble stengt. Et par ganger ble skolen stengt og rengjort. Ordføreren i helserådet skildret skarlagensfeberens symptomer og fremhevet nødvendigheten av at tilfeller raskt ble anmeldt for å begrense utbredelsen. Siden tilfeller av sykdommen sjelden ble anmeldt, ble vedkommende tilsynsmann oppfordret til å gripe inn så snart han fikk kunnskap om forholdet.³²²

Året før var det i Sandnes en meget utbredt epidemi. Legen antok bestemt at det også måtte være flere tilfeller av sykdommen som ikke var blitt anmeldt til legene. Sykdommen hadde for det meste vært av en så lett art at det ikke var nødvendig med tilsyn. Legen tvilte også på om befolkningen var klar over det dersom de fikk sykdommen i hus. Dessuten kom «lysten til at undgaa tabet ved hindret melkesalg» i veien for innrapportering til legene.³²³

³²⁰ Medisinalberetning for Sandnes 1903

³²¹ Medisinalberetning for Sandnes 1913

³²² Møteprotokoll for Årdal: 26.05.09

³²³ Medisinalberetning for Sandnes 1908

Distriktslegen i Sandnes, dr. Ebbel, understreket i 1916 sterkt betydningen av å bekjempe av skarlagensfeber. Dette året opptrådte sykdommen epidemisk, slik den også hadde gjort året før. «Der har sandsynligvis været flere hundrede Tilfælde; men kun en Brøkdel af dem kommer under Behandling og bliver anmeldt». Dette skjedde fordi sykdommen opptrådte lett og gikk fort over. Folk flest så derfor ikke nødvendigheten av å tilkalle lege. Dessuten var det mange som trodde at det kun var en tredagers halsesyke eller røde hunder. Ettersykdommer som Nefritt (akutt nyrebetennelse) og Otitt (ørebetennelse) forekom sjelden. Det var kun et dødsfall som kunne knyttes til skarlagensfeberen og det var på grunn av en ettersykdom som angrep en voksen kvinne.³²⁴

Jeg får inntrykk av at befolkningens uvilje mot å melde fra om tilfeller av epidemiske sykdommer til tider kunne gjøre distriktslegene frustrerte og fortvilet. Uten å vite om tilfeller, kunne ikke legene gjennomføre forebyggende tiltak. Sykdommen ble mer utbredt enn det som hadde vært nødvendig.

Spanskesyken

Influensasykdommer har lenge vært blant de vanligste luftveissykdommene og opptrådte ofte epidemisk, men var som regel uten alvorlig karakter.³²⁵ Distriktslegen i Sokndal skrev i 1900 at «influentaen optrådte som sædvanlig næsten udelukkende i vinter og vårmånedene». Vi vet også i dag at influensa og forkjølelse helst opptrer i vintermånedene. Grunnen til dette kan være klima og at folk oppholder seg tettere sammen innendørs.³²⁶ Dette året var det 68 tilfeller av influensa med 7 dødsfall i Sokndal.

I medisinalberetningen fra Sokndal står det i 1918 at «nogen epidemi forekom ikke før i november maaned, da influenza (spanskesyken) satte ind med talrike tilfelde og nogen dødsfald».³²⁷ Spanskesyken var en verdensomspennende influensaepidemi som kom til Norge sommeren 1918 og varte til mars 1919. På verdensbasis er det usikkert hvor mange som døde, men tallene ligger på alt fra 30 til 100 millioner. I Norge ble 1,2 millioner smittet og mellom 13 000 og 15 000 døde i en befolkning på bare 2,6 millioner, det gir en mortalitet på 1,1 til

³²⁴ Medisinalberetning for Sandnes 1916

³²⁵ I dag kommer stadig nye varianter av influensa for eksempel SARS i 2002/2003 og svineinfluensaen i 2009.

³²⁶ Tønjum 2014

³²⁷ Medisinalberetning for Sokndal 1918

1,3%. Det var flest personer i alderen 20 til 40 år som ble smittet, og dødeligheten var høyest blant menn i alderen 25 til 29 år.³²⁸ Spanskesyken skyldes et influensavirus som forskere tror spredte seg med dråpesmitte mellom mennesker. Inkubasjonstiden var på to dager og symptomene var plutselig høy feber, hoste, smerter i øynene, ørene og ryggen, ømhet i hodet og svelget, belegg på tungen, sykdomsfølelse, blødning fra nesen og svimmelhet. Influentaen varte i noen dager til en uke. Mange ble friske etter dette, men noen utviklet ettersykdommer som kunne være spesielt dødelige. Det var for eksempel mange som ble angrepet av lungebetennelse etter spanskesyken. Også sykdommer som meningitt, bronkitt og diaré gjorde sykdommen verre. De som ble rammet av sykdommen, kunne ved et senere tidspunkt oppleve komplikasjoner. Det kunne for eksempel være døvhet, søvnproblemer og konsentrasjonsvansker. Spanskesyken kom i tre bølger til Norge. Den første var sommerepidemien 1918, deretter høstepidemien 1918 og til slutt vinterepidemien 1918 til 1919. Sykdommen ble først observert i Kristiania før den spredte seg videre innover i landet. Sykdommen spredte seg via tog- og båtruter.³²⁹

Det kan være flere og sammensatte grunner til at spanskesyken ble så omfattende. Det kan ha vært viruset som kanskje kan ha formert seg i flere vev og muligens hadde det effektive mekanismer som klarte å unngå menneskers immunforsvar. Spanskesyken brøt ut i slutten av første verdenskrig. Tilstandene i skyttergravene ga gode forhold for et virus å spre seg. I Norge bodde mange trangt, og da spesielt i byene. Spredt bosetting begrenset ofte spredningen av smittsomme sykdommer.³³⁰ I 1918 var legedekningen 0,4 per 1000 og det var i tillegg mangel på sykepleiere. Dessuten fantes det ingen vaksine eller medisin.³³¹

I Sandnes var det 1753 tilfeller av influensa, 20 med dødelig utfall. Året før hadde det til sammenlikning vært 228 tilfeller av influensa. Spanskesyken kom i juli. «Især gikk det udover Mænd, og besynderlig nok Mænd i den kraftigste Alder; Børn og gamle Folk slap lettere fra det».³³² Aina Schjøtz mener dette skyldes at menn arbeidet og var derfor oftere i kontakt med andre mennesker.³³³ En del av tilfellene endte med ettersykdommer som lungebetennelse og hjernehinnebetennelse. Dessuten ble en mann sinnssyk som følge av influenzaen.³³⁴

³²⁸ Schjøtz 2003a: 218; Borza 2001

³²⁹ Borza 2001

³³⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1902

³³¹ Borza 2001

³³² Medisinalberetning for Sandnes 1918

³³³ A. Schjøtz 2003a: 219

³³⁴ Medisinalberetning for Sandnes 1918

På Finnøy var det enkelte tilfeller av sykdommen i juli, men den kom for alvor i november. Spanskesyken rammet 223 personer hvorav 6 av tilfellene endte dødelig. «Der var Syke i næsten hvert hus, flere eller færre, enkelte til dels noksaa daarlige». Sykdommen utartet seg med høy feber, ofte lungesykdommer og «noksaa ofte næseblåsning». Lungebetennelse fulgte i noen tilfeller etter influensaen. Det var ikke «uden Risiko» man pleiet syke av spanskesyken med lungebetennelse. Legen visste om flere tilfeller der pleieren selv var blitt syk. Det var for eksempel en 22 år gammel pleierske som selv ble syk og døde. I 1919 var det på vinteren en ny bølge med spredte tilfeller av «spansken» med påfølgende bronkitt og et par lette tilfeller av lungebetennelse. Ingen dødsfall kunne dette året knyttes direkte til spanskesyken.

Skildringene av sykdommene i innberetningen for Sokndal er, som vanlig, litt mer utfyllende. Her fortelles det at i løpet av sommeren og høsten ble det oppdaget tilfeller av forkjølelse som virket å smitte lettere enn normalt. En mann hadde vært i Bergen med kona si i den tiden sykdommen hadde utbrudd der. De ble begge forkjølet og barna som hadde vært hjemme ble smittet av foreldrene når de kom tilbake fra turen. De oppsøkte ikke legen. Senere inntraff det et par liknende tilfeller. Det første sikre tilfellet distriktslegen observerte, var da en ung mann tilkalte hjelp for høy feber, sterk hodepine, sår hals og vond rygg. Dette varte et par dager før feberen forsvant. Pasienten var «svak efterpaa, men kom sig litt efter hvert».³³⁵ I november kom spanskesyken for alvor til Sokndal landsogn og i løpet av vinteren 1918 ble 98 personer smittet, men ingen døde. Sykdommen spredte seg til distriktet fra amtsskolen i en nabobygd der to gutter fra Sokndal gikk. Skolen ble stengt og de to guttene kom syke hjem og alle medlemmene i begge familiene ble smittet. På ladestedet var det i november bare noen få tilfeller. Der var det en anleggsarbeider som smittet hele familien på fire der en gutt på to år døde. Deretter stilnet det i desember før det tok seg opp igjen etter nyttår i hele bygden. Denne gangen var det 310 tilfeller og 5 dødsfall.³³⁶ For å forhindre videre smittespredning, ble det gjennomført desinfeksjon der det hadde vært dødsfall og for øvrig hos de som måtte ønske det.

I Sokndal ladested ble det bestemt i et møte 16. november at *alle slags sammenkomster i offentlige lokaler inden ladestedet som oppbyggelser, basarer, søndagsskole og andet foreningsliv, hvorved mange mennesker kommer sammen, indtilvidere maa indstilles.*

³³⁵ Medisinalberetning for Sokndal 1918

³³⁶ Medisinalberetning for Sokndal 1918

Hvis epidemien faar nogen større utbredelse gis helseraadets ordfører bemyndigelse til at paaby lukning indtil videre av stedets folkeskole. Tiltaket ble opphevet 8. desember samme år. I Sokndal landsogn ble det bestemt 21. november at

1. Folkeskolen lukkes.

2. Den paatænkte fortsættelseskole utsættes.

3. De offentlige lokaler og private foreningers forsamlingslokaler lukkes og maa ikke utleies til sammenkomster av nogen art, saa længe epidemien er paa sit høieste.

Saasnaart epidemien viser sig at være i tilbakegang, vil helseraadet træ sammen for at ophæve disse bestemmelser. De ble opphevet 17. desember. I helserådene i Gjesdal og Årdal, ble det ikke gjort noen bestemmelser for å stanse spredningen av sykdommen.

Under spanskesyken i 1918 fantes det ingen effektive midler mot influensa.

Behandlingsmetodene varierte fra by til by og fra land til land. Noen hevdet at morfin ville få ned respirasjonsfrekvensen, mens andre mente morfin tørket inn lungenes naturlige sekret. I Hellas og Østerrike injiserte legene pasientene med en blanding av kvikksølvklorid, noe andre leger mente var uheldig for magen. Noen leger sverget til kinin og stryknin, andre mente dette økte faren for hallusinasjoner. I Virginia delte legene ut atropinkapsler og whisky, mens legene i England og India sverget til Aspirin. En doktor fra Seattle anbefalte å fukte håndklær med varm eddik som deretter skulle legges på magen. I Sverige var det kalde omslag som gjaldt.³³⁷ Forslagene til behandling var mange og viser desperasjonen blant verdens leger over å ikke ha effektive medisiner.

I Sokndal var behandlingen av de syke «i alt væsentlig symptomatisk». Hvis luftveiene var angrepet, ga distriktslegen alltid kamfermikstur. I begynnelsen forsøkte legen også å behandle med «de saa lovpriste sublimatinnjektioner (0,003)», men han kunne ikke finne noen sikker virkning av disse. Ved epidemier etter nyttår brukte legen «salicyl natriu[m]» og kamfer. Alvorlig lungebetennelser ble behandlet med digitalis, noe som virket å ha god effekt i flere tilfeller.³³⁸ Salicyl natrium, bedre kjent som salisylsyre, er en organisk syre som kan virke betennelsesdempende, febernedsettende, og smertestillende. Kamfer ble brukt som slimløsende middel. Digitalis ble vanligvis brukt ved hjerteflimmer.³³⁹ Jeg tror at digitalis ble brukt i behandling av pasienter med spanskesyken for å senke høyt blodtrykk.

³³⁷ Izzeoni 1999: 116-117

³³⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1918. Alle sitater i avsnittet er herfra.

³³⁹ Øye 2009a; Øye 2009b; Øye 2014

Tuberkulose

Tuberkulose var en av de mest dødelige sykdommene før medisiner mot den ble utviklet. Sykdommen rammet alle, men først og fremst unge mennesker. Aina Schiøtz kaller den for «folkesykdommen framfor noen» på grunn av framtoningen, utbredelsen og det langvarige sykdomsforløpet og fordi den medførte «enorme menneskelige lidelser».³⁴⁰ Tuberkulosen kan angripe forskjellige organer i kroppen, men mest vanlig var lungetuberkulose. Sykdommen overføres ved dråpesmitte. Tuberkulose kunne også ligge latent hos smittede. De hadde kanskje hatt en primærinfeksjon som hadde blitt slått ned av kroppens immunforsvar, men det var ikke sikkert at alle bakteriene var døde.³⁴¹

«Efterat tuberkelbacillen var påvist av Rob. Koch i 1882, begynte for alvor kampen mot tuberkulosen i Norge som i andre land».³⁴² I Norge var det Klaus Hanssen som ledet kampen. Hanssen var forfatteren av «tuberkuloseplakaten», som ble vedtatt i 1889.

Tuberkuloseplakaten tok sikte på å forhindre smitte ved å opplyse om sykdommens natur og smitteveier. «Tæring er en Sopsygdøm» og at det med spyttet fra syke fulgte «store Mængder Tuberkelbaciller».³⁴³ Basillene var så «yrende smaa» at de kunne virvles opp i luften som støv når spyttet var tørket inn. Siden tuberkulose kun smittet via spyttet, behøvde man derfor ikke «at frygte for at omgaaes lungesyge, naar kun den fornødne Forsigtighed og Renslighed anvendes». Videre fulgte 11 regler som måtte følges for å «modarbeide Tæringens Udbredelse».³⁴⁴ Navnet tæring kommer av tuberkulosens karakter. Sykdommen angrep unge så vel som gamle og «sucked the life out of them, turned them into cachectic shells, and then killed them».³⁴⁵

I 1900 kom *Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme* bedre kjent som «tuberkuloseloven». Loven var den første i sitt slag i verden.³⁴⁶ Den var av profylaktisk art og tok sikte på å bekjempe smittefaren og samtidig legge det meste av

³⁴⁰ Schiøtz 2003a: 206; se også Ida Blom (1998) *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900-1960*.

³⁴¹ Myrvang 2015

³⁴² Kobro 1936: 263

³⁴³ Tuberkuloseplakaten 1889

³⁴⁴ Tuberkuloseplakaten 1889

³⁴⁵ Barry 2004: 52

³⁴⁶ A. Schiøtz 2003b: 23

utgiftene på staten.³⁴⁷ Klaus Hansen og medisinaldirektør Michael Holmboe ledet arbeidet. Til tross for at loven kom til å gi helserådsordførerne «rett og plikt til å administrere meldeplikt, tilsyn, tvangsinnleggelse og tvungne hygieniske tiltak», møtte den lite motstand blant stortingsrepresentantene. Tuberkulosen hadde et stort omfang og skremmende karakter. I tillegg veide legenes fagkunnskaper nok til at selv den «mest inngrrodde» liberalist ble overbevist av lovens nødvendighet.³⁴⁸ Blant befolkningen møtte den mer motstand. Individets rettigheter var viktig, men å verne flertallet ble vurdert som enda viktigere. Loven ble derfor vedtatt.³⁴⁹

Loven beskriver hvordan klær og beboelsesrom brukt av tuberkulosesyke skulle desinfiseres og behandlingen av fattige syke. Den kunne forhindre folk i å ta jobber der det var særlig fare for smitte.³⁵⁰ Et tillegg i tuberkuloseloven som kom 25. juni 1935, bestemte blant annet at før ansettelse, måtte lærere underkaste seg legeundersøkelse og at kontroll skulle gjentas hvert år.³⁵¹ Loven påla leger som oppdaget sykdommen hos en pasient, å melde fra til sunnhetskommisjonens ordfører. I tillegg måtte dødsfall og flytting også meldes inn.³⁵² Dersom den behandelende legen ikke mente at de nødvendige hygieniske foranstaltninger ble fulgt, skulle sunnhetskommisjonens ordfører underrettes. Legene var også forpliktet til å meddele de «fornødne Oplysninger om de ethvert Tilfælde vedrørende hygieniske forhold» dersom ordføreren ba om det.³⁵³

Lovens §6 ga sunnhetskommisjonene lov til å fjerne tuberkulosesyke fra sine hjem dersom det var fare for smitte og pasienten ikke fikk tilstrekkelig pleie. De skulle da legges inn i sanatorium, pleiehjem eller sykehus. Dersom det ble krevd at ubemidlede skulle innlegges, skulle utgiftene dekkes av amts- eller bykassen og statskassen skulle godtgjøre 4/10 av dette. Inntil halvparten av amtets utgifter kunne overføres på det herredet der den syke hørte hjemme.³⁵⁴ Det at det offentlige tok på seg ansvaret for å beskytte de friske, var ikke nytt. Med tuberkuloseloven tok det offentlige også på seg å helbrede de syke, og dette var nytt. Tidligere var det blitt sett på som familienes ansvar å sørge for behandling av de syke.

³⁴⁷ Kobro 1936: 264

³⁴⁸ A. Schiøtz 2003b: 24

³⁴⁹ Blom 2002

³⁵⁰ Tuberkuloseloven 1900: §§7-9

³⁵¹ Kobro 1936: 264

³⁵² Tuberkuloseloven 1900: §§2-3

³⁵³ Tuberkuloseloven 1900: §4

³⁵⁴ Tuberkuloseloven 1900: §13

Tuberkuloseloven bidro til at mange ukjente tilfeller av sykdommen ble oppdaget blant befolkningen i Sandnes.³⁵⁵ I Sokndal stilte befolkningen seg lojalt bak tuberkuloselovens gjennomførelse. På grunn av stor smittefrykt, var det vanskelig å oppdrive pleiere til de syke.³⁵⁶ Tuberkuloseloven hadde fremkalt en «ren skræk» blant befolkningen. Familier med tæringssyke ble nektet losji og ingen ville ta imot enslige. Det var i 1902 få ledige plasser på sykehuset og distriktslege Lund fryktet at de syke skulle bli hjemløse.³⁵⁷ På Finnøy var tuberkulosen i 1905 meget utbredt. Av 79 kjente dødsfall skyldtes 35 tuberkulose. Stellet av de syke var som regel renslig og de syke var gjennomgående forsiktige med å spytte inne, men det var vanskelig å få dem til å bruke spytteflaske. I 1908 kom det adskillige hjem fra Amerika med tuberkulose. I 1914 ble tuberkulosehjemmet på Nedstrand åpnet, noe som gjorde det lettere å få lagt inn pasienter uten muligheter for pleie i hjemmet.³⁵⁸ I 1910 meldte distriktslegen i Sokndal at tuberkulosen syntes å være i tilbakegang. I 1925 var det fortsatt fullt på sanatoriene og en venteliste på minst 3 måneder for å få plass. Den eneste muligheten var å søke seg inn til sanatorium på Lillehammer, men dette var dyrt og måtte gjøres på eget initiativ uten støtte fra staten.

Når folk fikk påvist tuberkulose, ble de gjort oppmerksom på «Sygdommens smitsomme Natur» og fikk et eksemplar av «Foranstaltninger for at hindre Udbredningen af tuberk. Sygdomme». Dette fikk de enten utdelt på legens kontor eller i forbindelse med et av de regelmessige hygieniske besøkene.³⁵⁹ Det var meldeplikt ved flytting til helserådets ordfører, og dersom en tuberkuløs døde eller flyttet, ble det utført desinfeksjon på samme måte som ved andre sykdommer. Ti år etter at tuberkuloseloven ble innført virket det ikke som om befolkningen i like stor grad var opptatt av å melde fra og følge de foranstaltninger som gjaldt, men så fort de ble gjort oppmerksom på farligheten ved sykdommen, ble reglene nøyaktig fulgt. Legen ble i noen tilfeller hentet kun dager før dødsfall inntraff.³⁶⁰

Distriktslegen i Sandnes konstaterte i 1915 at påfallende mange eldre hadde fått påvist smitten i løpet av de siste årene. Mange hadde gått og hostet i mellom 10 til 20 år og hadde ikke tatt

³⁵⁵ Medisinalberetning for Sandnes 1902

³⁵⁶ Medisinalberetning for Sokndal 1902 og 1903

³⁵⁷ Medisinalberetning for Sandnes 1902

³⁵⁸ Medisinalberetning for Finnøy 1914

³⁵⁹ Medisinalberetning for Sokndal 1910

³⁶⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1910

noen forsiktighetsregler. De kunne derfor ha spredt smitten både «vidt og bredt». Noen hadde ikke søkt legehjelp i det hele tatt og ante ikke at de hadde tæring. Andre mente at de ikke hadde fått beskjed av legen.³⁶¹ I 1920 ble det meldt at tuberkulosen syntes å være i nedgang i Sandnes, mens det i 1923 igjen var en økning i antall tilfeller. Distriktslegen trodde at dette «muligens [kunne] ha sin årsak i at veiret sommeren 1923 og vinteren med var usedvanlig kaldt og surt.».

I 1920-årene var tuberkulosen på retur på Finnøy. Distriktslegen mente at årsaken var at rensligheten var blitt bedre i befolkningen. De vasket både hus og kropp oftere og grundigere. Innbyggerne var også blitt mer samvittighetsfulle med å følge legens påbud og i tillegg oppsøkte de legebehandling tidligere.³⁶² I 1929 var det igjen flere tilfeller av tuberkulose, men det var nå lett å få plass i tuberkulosehjem.

Det ble mellom 1897 og 1934 oppført seks nye tuberkulosesanatorier. Sanatorier er kuranstalter for syke der de fikk medisinsk behandling.³⁶³ I tillegg til sanatoriene var det bygget «pleiehjem» som opprinnelig var beregnet på de uhelbredelige, men som «i tidens løp har fått en noe annen karakter og derfor er kalt «tuberkulosehjem», fordi de også optar syke som passer for almindelig kurbehandling lik sanatoriens; hjemmene er da innrettet på å gi den moderne behandling».³⁶⁴ Behandlingsmetodene var dietetisk-hygienisk og skulle fungere både preventivt og kurativt. Fet mat, renslighet og frisk luft skulle både beskytte og helbrede. I 1920-30-årene ble en ny metode tatt i bruk, pneumothorax. Metoden gikk ut å blåse luft inn i pleurahulen slik at den angrepne lungen klappet sammen. Håpet var at dette skulle hindre sykdommen i å utvikle seg.³⁶⁵ I Norge i 1935 var det i alt 14 sanatorier med 1341 plasser, 4 sanatorier med 182 plasser for barn og 134 tuberkulosehjem med 3390 plasser. Det ble årlig behandlet rundt 10 000 pasienter i disse anstalter. I 1936 hadde legene siden begynnelsen av århundret sett en betydelig nedgang i sykdommen, men den var «ikke så stor at man kan nedlegge våbnene i kampen mot sykdommen; tuberkulosen er dessverre ennå en folkesykdom».³⁶⁶

³⁶¹ Medisinalberetning for Sandnes 1915

³⁶² Medisinalberetning for Finnøy 1920

³⁶³ Braut 2009

³⁶⁴ Kobro 1936: 264

³⁶⁵ Blom 2002

³⁶⁶ Kobro 1936: 265

Barselveber

Barselveber er en infeksjon som kvinner kan få i forbindelse med fødsler. Det er bakterier, og da stort sett streptokokker, som har skyld i smitten. Rundt 1900 førte barselveber ofte til død. I dag brukes antibiotika i behandlingen mot infeksjonen.³⁶⁷ På 1840-tallet oppdaget den ungarske legen Ignaz Semmelweis at smitteoverføring i forbindelse med barselveber skjedde via legers og jordmødres hender. I Wien var det to fødeklinner, på den ene holdt medisinstudentene til og ved den andre var jordmødrene. Der medisinstudentene holdt til, var barseldødeligheten på 29%, mens den var på 3% ved den andre klinikken. Som et eksperiment fikk Semmelweis studentene til å bytte plass. Det viste seg at barselveber fulgte medisinstudentene. Medisinstudentene gikk rett fra obduksjoner med sine instrumenter til fødende kvinner uten å utføre tilstrekkelige hygieniske tiltak. I mai 1847 beordret Semmelweis håndvask med klorholdig vann før studentene fikk bistå under fødsler. Resultatet var at barseldødeligheten på fødeklinikkene sank. Semmelweis ble ikke lyttet til av sine kolleger. Han flyttet i frustrasjon til Budapest der han introduserte desinfeksjon med klor. Barselvebersdødeligheten sank her til under 1%.³⁶⁸

Til tross for Semmelweis' iherdige formaninger om bedre hygiene, var det stor motstand i legestanden over hele Europa mot å akseptere oppdagelsen hans. Først 21 år etter Semmelweis død i 1865 førte erkjennelsen om infeksjoner og smitteoverførsel til faste rutiner i hygiene og forebyggende arbeid ved sykehus.³⁶⁹ I et helse rådsmøte i Årdal i 1900 ble det gitt opplæring i «almindelig god Renlighed» til forebyggelse av barselveber.³⁷⁰ I 1907 i Gjesdal leste formannen i helse rådet opp et sirkulære om barselveber og det ble utdelt veiledninger til alle medlemmene.³⁷¹

På begynnelsen av 1900-tallet ble jordmor brukt i rundt halvparten av alle fødsler i Sokndal, mens jordmoren på landsbasis ble brukt i 80% av alle fødsler i 1902.³⁷² Jordmorutdannelsen var Norges første formelle og teoretiske utdanning for kvinner og viser hvor viktig dette

³⁶⁷ Nesheim 2014

³⁶⁸ Porter 1999: 369-470. Se også Sherwin B. Nulands *The Doctors' Plague: Germs, Childbed Fever and the Strange Story of Ignac Semmelweis* (New York: W.W. Norton, 2003).

³⁶⁹ Schiøtz 2003a: 55

³⁷⁰ Møteprotokoll for Årdal: 24.10.00

³⁷¹ Møteprotokoll for Gjesdal: 10.06.07

³⁷² Medisinalberetning for Sokndal 1902; A. Schiøtz 2003a: 127

yrket var for samfunnet. I 1861 ble jordmorskolen i Bergen opprettet. Akkurat som distriktslegene dro jordmødrene hjem til de fødende kvinnene, men noen jobbet også på sykehus.³⁷³ Jordmødrene hadde også yrkesmonopol.³⁷⁴ I 1921 var «ueksaminerte fødselshjelpersker» fortsatt vanlig i utkanten av Sokndalsdistriktet fordi det var langt til jordmoren.³⁷⁵

I noen tilfeller lå fosteret feil, eller moren hadde svake rier. Da måtte det utføres tangforløsning, som ofte endte bra for både mor og barn. Tangen ble oppfunnet på 1600-tallet og brukt i Norge for første gang i 1747. Vanlig ble den imidlertid ikke før på 1800-tallet. Hvem som skulle få opplæring i å bruke tang ved fødsler, ble lenge diskutert. Kvinnene hadde lenge hatt monopol på fødselshjelp, men tangen førte til at mennene kom på banen. Overlege ved jordmorskolen i Bergen i 1870, Peter Herman Vogt, ønsket at jordmødre skulle få muligheten til å bruke tang. Legene i byen fryktet at de skulle miste inntekt dersom jordmødrene skulle få tillatelse til å bruke tang og var imot forslaget til Vogt. Noen fryktet også at jordmødrene skulle tro de var likestilt med legene dersom de fikk opplæring i tangbruk, mens andre igjen mente at det var viktig at jordmødrene kunne anvende tangen. Flere leger i distriktene uttrykte på den andre siden at lønnen ikke var verdt strevet med å dra ut midt på natten i all slags vær for å ta over vanskelige fødsler. Spesielt på Vestlandet var avstandene ofte store. De store avstandene gjorde at det kunne ta svært lang tid før legen kom og jordmorens benyttelse av tang kunne i mange tilfeller bety forskjellen på liv og død. I 1885 fikk Vogt vestlandske leger og medisinaldirektøren med på laget og han startet opp undervisning i bruk av tang på jordmorskolen. Selv om Vogt hadde fått støtte i saken og startet opp undervisning, fikk jordmødrene likevel ikke formell godkjennelse for bruk av tang.³⁷⁶

I medisinalberetningene blir det årlig oppgitt bruk av tang ved fødsler, men aldri hvem som utførte dem. Det kan være grunn til å tro at det var legen som utførte dem og at jordmoren assisterte. I 1918 ble det i Sokndal utført to tangforløsninger i kloroformnarkose. Disse ble utført på grunn av manglende rier og resultatet var vellykket i begge tilfellene.³⁷⁷ Om det var

³⁷³ Sjøraa 1984: 103 og 139

³⁷⁴ Sjøraa 1984: 108-113; A. Schjøtz 2003a: 127

³⁷⁵ Medisinalberetning fra Sokndal 1921

³⁷⁶ A. Schjøtz 2003a: 131-133

³⁷⁷ Medisinalberetning fra Sokndal 1918

vanlig å legge de fødende i narkose, står det lite om i innberetningene. Det er uvisst om jordmødrene hadde tillatelse til å bruke kloroform på egenhånd.

Jordmødre var en viktig ressurs både for fødende kvinner og distriktslegene. De hadde med seg eget utstyr til bruk under fødselen. Disse måtte desinfiseres før de ble brukt hver gang. Likevel var det tilfeller der kvinner ble syke av barsel-feber. I Sokndal var det i 1907 et lett tilfelle av barsel-feber der jordmoren ble påbudt desinfeksjon og å avholde seg fra praksis i en uke. På Finnøy var det i 1912 et tilfelle av barsel-feber der jordmoren måtte gjennomføre rengjøring av «egen Person, Klæder og Instrumenter.». Også i 1913 var det på Finnøy et tilfelle av barsel-feber der huset måtte desinfiseres samt jordmoren, hennes klær og redskaper. En jordmor som arbeidet i Stavanger, ble suspendert i åtte dager på grunn av at hun hadde tre dødsfall i sin praksis kort tid etter hverandre. «Desinfektion af Saavel Jordmoderen og hendes Effekter som af Barselkonernes Senge og Sengklæder udførtes af Sundhedsvæsenet.».³⁷⁸

Sinnssykdom

«Den frihetsbølge som gikk over Norge i 1814, bragte ikke noen frihet til alle de ulykkelige som satt innesperret i arrestlokaler, kolde uthus, i såkalte dollhus eller lignende. De måtte ennu i mange år vente på befrielse og forståelse».³⁷⁹

Jeg bruker betegnelsen sinnssyke om psykiatrispasienter i og med at det var denne betegnelsen som ble brukt i medisinalberetningene jeg har studert. I 1848 ble «Lov om sindsyges behandling og forpleining» vedtatt av Stortinget, bedre kjent som sinnssykeloven. «De «sinnssyke» ble skilt ut som en egen gruppe, og skulle ikke lenger være en del av fattigpleien».³⁸⁰ Som i resten av Europa ble det også i Norge bygd egne asyl for sinnssyke. Gaustad asyl var det første av sitt slag i Norge og åpnet i 1855. Det var ikke før Dale asyl åpnet i 1913 at Rogaland fikk et eget asyl for de sinnssyke i fylket. I sinnssykeloven av 1848 ble det lagt stor vekt på at bruk av tvang og isolering kun skulle benyttes dersom det var ytterst nødvendig og bare i kortere perioder. Fysisk avstraffelse var ikke lov. Alt skulle dokumenteres grundig. Asylene ble lagt slik at det var mulig å få tilstrekkelig med frisk luft

³⁷⁸ Med. Ber. 1900: s. 130

³⁷⁹ Kobro 1936: 268; Dollhus ble også kalt dårehus eller dårekister

³⁸⁰ Grude, Næss & Nerheim 2015: 317

og det måtte være gode muligheter for sysselsetting innenfor jordbruk og gårdsarbeid. I tillegg måtte asylene bygges slik at man kunne skille pasientene etter kjønn og tilstand.³⁸¹

I reglementet for Gaustad asyl ble de sinnssyke delt inn i fem avdelinger. En avdeling skulle være for rolige syke av den dannede klassen og en for allmuen. En tredje avdeling skulle være for de urolige, en for de voldsomme og den siste for urenlige. I tillegg ble pasientene kjønnsinndelt.³⁸²

Pasienter som kun var mildt angrepet av sinnssykdom, kunne bli plassert i privat forpleining der de gjerne bidro i gårdsarbeidet. De som var villig til å ta seg av fattige sinnssyke, fikk kontant betaling fra fattigkassa. Det ble konkurranse mellom gårdbrukere på pris for å få tildelt ««mildt sinnssyke» eller «rolige» med god arbeidskapasitet».³⁸³ Det var også forbudt, ifølge sinnssykeloven, å holde de syke innesperret ved privat forpleining. Hvis dette var nødvendig, måtte det avklares med en lege.³⁸⁴ Etter at Klepp og Time ble skilt ut fra Sandnes distrikt i 1914, var det ikke like mange sinnssyke i privat forpleining i distriktet. De private ville ikke lenger ta imot sinnssyke da de syntes at de heller skaffet dem «mere Bryderi end Fordel», og det var som regel bare familie de tok i forpleining.³⁸⁵

I 1905 ble det rapportert tre nye tilfeller av sinnssykdom i Sokndal. En 35 år gammel mann døde samme år av delirum acutum. Sykdommen hadde startet 2-3 uker i forveien som en «melankolsk Forstemning med religiøse Vrangforestillinger». Årsaken var antakelig overanstrengelse i våronnsarbeidet. Han var i tillegg arvelig disponert. Det andre tilfellet var en kvinne med akutt melankoli som ble innlagt i asyl på privat regning. En fabrikkarbeider på 28 år som var arvelig belastet, ble «søvnløs og begynte at gruble». Dette førte til at han mistet appetitt og arbeidslyst og «blev forstemt med hypokondre Vrangforestillinger». På grunn av mangel på asylplasser ble han behandlet i hjemmet, og skal ha blitt helt frisk etter to måneder.³⁸⁶ Hvordan behandlingen i hjemmet foregikk, står ikke beskrevet.

³⁸¹ Boye & Angell 1927: 14-15

³⁸² Boye & Angell 1927: 22

³⁸³ Grude et al. 2015: 319

³⁸⁴ Boye & Angell 1927: 17

³⁸⁵ Medisinalberetning for Sandnes 1914

³⁸⁶ Medisinalberetning for Sokndal 1905. Alle sitater herfra.

Utover vinteren og våren 1906 «gik der en stærk religiøs Vækkelse» gjennom Sokndal. Det foregikk daglige «Opbyggelser» med påfølgende bønnemøter som ofte varte til langt ut på natten og som var av en «overmaade paagaende Karakter». «At dette maatte have en oprivende Virkning paa sensible Naturer vil være selvsagt». Det fulgte da også to tilfeller av sinnssykdom på grunn av dette. En kvinne på 40 år, lidende av «akut mani», ble innlagt i asyl med offentlig bidrag. En pike lidende av melankoli ble behandlet hjemme hos familien, da de ikke ønsket å sende henne i asyl. Hun ble frisk etter rundt fire måneder. Det var blitt holdt av plass for en ung «Paranoiker» på asylet for privat regning, men familien bestemte seg for å ha ham hjemme. Det var også holdt av plass på Eg asyl for offentlig regning for en alkoholisert mann. Hustruen hans hadde imidlertid klart å få han med seg til noen avsidesboende slektninger der han fikk bo og hvor han etter hvert ble bedre.³⁸⁷

Det var i 1908 ingen nye tilfeller av sinnssykdom i Sokndal, men en tidligere innlagt mann, måtte påny legges inn på Eg asyl. En ung mann ble, med amtslegens godkjennelse, men mot distriktslegens råd, overtatt til forpleining med stats- og amtsbidrag. Han ble en dag funnet druknet et stykke fra forpleierens hjem. De antok at han hadde tatt en liten båt for å ro over vannet for å besøke en jente, men båten tok inn vann og han kunne ikke svømme.³⁸⁸

I 1900 var det 83 sinnssyke i privat forpleining i Sandnes. Flere av pleierne hadde «erhvervet sig ret god dygtighed i omgang med de sindssyge». Legetilsynet skjedde til ubestemte tider, slik at de som hadde sinnssyke i forpleining ikke skulle kunne forberede seg. Kravene til de sinnssykes oppholdsrom ble høyere og lønnen til pleierne, som oftest var gårdbrukere, burde øke. Det var flere blant de sinnssyke som kom fra et «yderst tarveligt hjem, men naar det offetnlige skal betale for dem, maa saavel pleie som rumlighed kræves større end et slet stellet hjem har kunnet yde dem».³⁸⁹

Distriktslege Lund i Sandnes hevdet i 1902 at mange av pasientene i privat forpleining «aldeles ikke [var] skikket» til å være det. De var urenlige, urolige, voldsomme eller så hadde de en «ødeleggelses lyst». Lund hadde hatt et håp om at da det statlige asylet i Bodø ble åpnet, ville det ha vært plass til noen av de «chroniske tilfælder». Dette skjedde ikke. Alle de statlige asylene var fremdeles overfylte. Det at så mange ble tatt vare på privat, var skadelig

³⁸⁷ Medisinalberetning for Sokndal 1906. Alle sitater hentet herfra.

³⁸⁸ Medisinalberetning for Sokndal 1908. Alle sitater hentet herfra.

³⁸⁹ Medisinalberetning for Sandnes 1900

for befolkningen. Dessuten var det vanskelig å gi dem rett behandling og det krevdes mye av forpleieren. Det var derfor legens håp at det skulle åpnes flere offentlige «pleieanstalter». Det syntes dessuten som om antallet av sinnssyke bare fortsatte å stige. Det var også mange sinnssyke som legen mente passet i privat forpleining. Hvis man fikk satt i asyl de «mere vanskelige sindssyge», ville det i Sandnes distrikt være mulig å finne mange gode «forsvarlige og vante sindssygeforpleiere».³⁹⁰

I 1904 var mellom 80 og 90 sinnssyke i privat forpleining i Sandnes. For øyeblikket var det overfylt på de eksisterende statlige asylene og mange av de som befant seg i privat forpleining burde heller ha vært på asyl fordi de var urenlige, voldelige, hadde en trang til å ødelegge ting rundt seg. De var derfor en fare for samfunnet rundt dem. De som befant seg i privat forpleining, fikk gjennomgående god behandling. I 1910 var det 11 sinnssyke i privat forpleining i Sokndal som til sammen utgjorde en årlig utgift på 1224 kroner fordelt på stat og amt. For å effektivisere tilsynet med sinnssyke i privatforpleining, forsøkte Wingard å samle så mange av disse som mulig i en enkelt grend.³⁹¹ I 1913 var det fortsatt rundt 80 «sinnssyke» i privat forpleining med stats- og amtsbidrag i Sandnes legedistrikt. «Mange af disse har det meget godt, lever sammen med Familien, spiser ved det fælles Bord, deltager i Husets Arbeide o.s.v. Men i andre Tilfælde har Stellet ladet adskillig tilbage at ønske.». På grunn av mangel på asylplasser, var det i privat forpleining «adskillige sindssyge» som «slet ikke egnede sig dertil». Det hjalp da Dale asyl ble åpnet i slutten av 1913. Flere av de «værste Patienter» ble da flyttet dit.³⁹² Også pasienter fra Sokndal ble sendt til Dale. Et eksempel er en kvinne som i 1916 ble innlagt. Hun hadde hatt flere «anfald af sindsygdom», men etter rundt sju måneder ble hun utskrevet som helbredet og giftet seg året etter.³⁹³ Før Dale asyl åpnet hadde de som trengte det, blitt sendt til asylere andre steder i landet. Ofte ble de sendt til Eg asyl i Kristiansand.

Det fantes også sinnssyke i privat forpleining på Finnøy. Alle distriktslegene beskrev den private pleien i begynnelsen av 1900-tallet som stort sett forsvarlig, god, tilfredsstillende og uten unødig tvang. I Sokndal hadde de sinnssyke det «efter Omstændighederne godt» og ble overalt behandlet som familiens «egne» medlemmer.³⁹⁴

³⁹⁰ Medisinalberetning for Sandnes 1904

³⁹¹ Medisinalberetning for Sokndal 1911

³⁹² Medisinalberetning for Sandnes 1913

³⁹³ Medisinalberetning for Sokndal 1916

³⁹⁴ Medisinalberetning for Sokndal 1909

Etter 1900 ble legene mer opptatt av de sinnssyke pasientenes kropp og hvordan den kunne kontrolleres. De som var urolige, ble holdt i ro. Pasientene ble for eksempel lagt i bad eller reimer. Frem til 1900 hadde overraskende bad blitt brukt for å påvirke de sinnssykes sinn. Overraskende bad var plutselig neddukkning eller dusj som skulle gi pasientene en sjokkeffekt. Badene kunne også strekke seg over flere dager med eller uten opphold om natten. Langbad ble fortsatt brukt i det 20. århundre. Ved spesielt urolige pasienter ble det spent et dekken over badekaret med et hull til hodet og et hull til å fylle på mer vann. Dette begrenset pasientenes bevegelsesfrihet og kunne minne om en isolasjonscelle. Behandlingen av de sinnssyke i asyl bar i første halvdel av 1900-tallet preg av tvang og isolasjon.³⁹⁵

Frem mot 1920-tallet hadde psykiatrien opplevd en stagning. Asylene hadde et fengselslignende preg og de var nesten helt rømmingssikre. De hygieniske forholdene var bedre 100 år tidligere, men stadig flere ble lagt inn i asyl i håp om at de der skulle bli friske på egenhånd. Psykiaterne i asylene var desperate etter alternative behandlingsmetoder, særlig i forbindelse med de kronisk syke. Tilstandene ved asylene bar preg av håpløshet og fortvilelse.³⁹⁶

Den østerrikske legen Wagner-Jauregg hadde allerede i 1890-årene vist interesse for sammenhengen mellom feber og galskap. I 1917 testet han ut teorien ved å injisere blod fra en soldat med malaria i en pasient med nevrosyfilis. Pasienten som fikk injisert malaria, var uansett på siste steg av sykdommen og det neste var døden. Teorien var at den høye kroppstemperaturen ville drepe de bakteriene som eventuelt befant seg i pasientens hjerne. Tre uker etter injiseringen fikk pasienten sitt første anfall. Etter ni anfall ble pasienten gitt kinin. Anfallene stanset og etter en måneds tid kunne sterk bedring registreres hos pasienten. Wagner-Jauregg fikk nobelprisen for metoden som i løpet av få år ble tatt i bruk i flere land, inkludert Norge.³⁹⁷

Det var lange tradisjoner for å behandle de rike med opium. Opium ble brukt som beroligende middel. Mot slutten av 1800-tallet ble morfin og skopolamin tatt i bruk for å roe ned maniske pasienter. På 1800-tallet ble sinnssyke også gitt avføringsmidler. Ideen var at det var giftige

³⁹⁵ Nerheim 2015: 326

³⁹⁶ Nerheim 2015: 326

³⁹⁷ Nerheim 2015: 326-327

stoffer i tarmene som sto bak sinnssykdom. Sovemedisin ble også brukt for å forlenge narkose. Flere av disse stoffene kunne føre til avhengighet. I tillegg skjulte de kun symptomene. Sykdommen ble ikke kurert og problemet var der fortsatt.³⁹⁸

Det neste innen behandlingsmetoder var sjokkbehandling og kunstig koma.

Elektrosjokkbehandling, en kontroversiell metode, ble tatt i bruk for første gang på Dale asyl i 1938. I dag benyttes elektrosjokkterapi i noen få tilfeller. Insulinbehandling i asylene ble introdusert etter at insulin kunne produseres syntetisk. Pasientene ble injisert med insulin til de fikk så sterk hypoglykemi at de gikk i koma. Når legene mente pasientene hadde ligget i koma lenge nok, ble glukose tilført blodet. Mange leger mente også at symptomene hos schizofrene ble bedre ved å fremkalle kunstige epileptiske anfall.³⁹⁹

Utover 1920- og 30-tallet økte interessen for psykoanalysen. Psykoanalyse var resurskrevende og det var kun de velbemidlede som hadde råd til denne formen for behandling. Metoden krevde hverken mekaniske eller farmasøytiske virkemidler. Det var i størst grad leger utenfor sykehusene og asylene som tok i bruk psykoanalysen som hjelpemiddel.

Lobotomi hadde ikke fått innpass ved Dale asyl før andre verdenskrig.⁴⁰⁰

Rasehygiene og steriliseringslov – forebyggende arbeid mot sinnssykdom

Når det gjaldt sinnssykdom, mente mange leger at det beste forebyggende tiltaket var å nekte pasienten å reprodusere avkom. Den mest fremtredende representanten for rasebiologi og slektshygiene i Norge var Jon Alfred Mjøen. Mjøen var farmasøyt og hadde studert biologi og kjemi i Tyskland og USA og var en av stifterne av den internasjonale eugeniske verdensorganisasjon.

Eugenikk betyr direkte oversatt fra gresk «god slekt». Den omfatter tiltak for å påvirke arvemessige sammensetninger. Dette kunne gjøres ved å hindre barnefødsler hos de med «skadelige gener» og øke barnetallet hos de med «positive gener». Målet var å sikre befolkningskvaliteten ved ulike «negative tiltak» som sterilisering, ekteskapsregulering,

³⁹⁸ Nerheim 2015: 327

³⁹⁹ Nerheim 2015: 327

⁴⁰⁰ Nerheim 2015: 326-327

segregering og internering.⁴⁰¹ Problemet med internering var at det var kostbart og ikke helt sikkert. Kvinner kunne bli gravide selv når de var internert og det var mulig å rømme. I tillegg var det et «unødig stort inngrep i vedkommendes personlige frihet».⁴⁰²

Temaet blir også diskutert i Carl Schiøtz' lærebok i hygiene, der står det at «Det blir kort sagt hygienens oppgave å gjøre mest mulig ut av individet så langt det arvmessige preg tillater». Han så for seg at det burde være et samarbeid mellom hygiene og eugenikk. Det var ønskelig å regulere reproduksjonen og da spesielt i familier som stadig fikk barn som måtte inn i særskolen.⁴⁰³

Sosialdepartementet sendte i 1931 ut et forslag om tiltak som skulle forhindre at visse grupper skulle få «mindreverdige avkom». Disse gruppene var sinnssyke, åndssvake og epileptikere. Metoden var todelt med tvungen segregasjon og/eller sterilisering. Segregering i anstalter hindret de sinnssyke i å forplante seg. Dersom de ikke utgjorde en fare for samfunnet, kunne de få tilbud om frihet dersom de lot seg sterilisere frivillig. I 1932 kom innstillingen fra straffelovrådet. Forslaget innebar at tvungen sterilisering kunne foretas av «helt åndssvake og håpløst sinnssyke med vergens samtykke».⁴⁰⁴

I stortingsforhandlingene for 1934 står utkastet til lov om «adgang til sterilisering m.v.». Der står det at «[e]n operasjon eller annen behandling som tilsikter å oppheve en persons forplantningsevne eller kjønnsdrift (seksualinngrep), kan foretas såfremt tillatelse innhentes efter reglene i denne lov».⁴⁰⁵ Tillatelse kunne gis av medisinaldirektøren. Dersom inngrepet gjaldt en person som var mindreårig, sinnssyk eller som hadde «mangelfullt utviklede sjelsevner», måtte tillatelsen gis av et sakkyndig råd nedsatt av kongen.⁴⁰⁶ Rådet skulle i tillegg til medisinaldirektøren bestå av fire personer. Det skulle være to leger, en dommer og minst en kvinne.

Et seksualinngrep kunne innvilges dersom en person selv søkte om det og det var «aktverdig grunn» for å utføre inngrepet.⁴⁰⁷ For sinnssyke og personer med «særlig mangelfullt

⁴⁰¹ Nesby 2014

⁴⁰² Schaffenberg 1928 via Haave 2000: 28

⁴⁰³ C. Schiøtz 1938: 44-47

⁴⁰⁴ Seip 1994b: 104-105

⁴⁰⁵ Steriliseringsloven 1934: §1

⁴⁰⁶ Steriliseringsloven 1934: §2

⁴⁰⁷ Steriliseringsloven 1934: §3

utviklende sjelsevner» kunne vergen, politimesteren eller anstaltsbestyreren begjære seksualinngrepet. Dersom personen var gift, skulle ektefellen «så vidt mulig» få uttale seg om begjæringen.⁴⁰⁸ De som kunne bli begjært sterilisert, var personer som ikke ville være i stand til å sørge for seg selv og sitt avkom gjennom eget arbeid. Det samme gjaldt dersom det var fare for at en «sykelig sjelstilstand eller en betydelig legemlig mangel» kunne bli overført til avkommet. Hvis personen på grunn av en «abnorm kjønnsdrift» ville ha begått sedelighetsforbrytelser, kunne også sterilisering komme på tale.⁴⁰⁹ Betegnelsen «mangelfullt utviklede sjelsevner» var hentet fra straffeloven av 1902 og var ment å dekke begrepet «åndssvak».⁴¹⁰ I dag er begrepet erstattet med psykisk utviklingshemmede. Loven ble vedtatt med mindre endringer og trådte i kraft fra 1. juni 1934.

Loven møtte lite motstand, muligens fordi det fantes liknende lover i flere andre land og fordi rasehygienien hadde innflytelsesrike tilhengere. Det var på denne tiden heller ingen som hadde sett hvilke konsekvenser rasetenkning, segregering og sterilisering kunne få i et politisk diktatur. Med andre verdenskrig og nazistene så man skyggesiden av rasehygienien, likevel sto loven frem til 1977.⁴¹¹ I mitt materiale fra Sokndal, Sandnes og Finnøy ble denne loven ikke anvendt før 1940. Det står heller ingenting om rasehygiene i medisinalinnberetningene. Jeg synes likevel det er interessant å ha med dette i denne oppgaven for å vise hvordan arv ble diskutert og forstått i forbindelse med sinnssykdom. Det var en tankegang som også legene ute i distriktene i stor grad delte.

Oppsummering

Av sykdommer var det de smittsomme som skapte mest frykt og særlig tuberkulosen ble viet stor oppmerksomhet. Læren om mikrober kommer til syne i skildringene av sykdom. For å forhindre at mikroben skulle spre seg, ble syke satt i isolasjon og det ble utført desinfisering og rengjøring. I tillegg fantes det for noen sykdommer vaksiner og serum både med kurative og profylaktiske egenskaper. Distriktslegen hadde ansvar for å føre tilsyn med de sinnssyke og hadde ansvar for å forsikre at den private forpleiningen var god og human.

⁴⁰⁸ Steriliseringsloven 1934: §7

⁴⁰⁹ Steriliseringsloven 1934: §4

⁴¹⁰ Haave 2000: 209

⁴¹¹ Seip 1994b: 105.

Kapittel 6 – Kampen mot sykdommene

Foruten sinnssykdom var det de smittsomme sykdommene som fikk mest oppmerksomhet fra distriktslegene. Distriktslegenes kamp mot sykdom var derfor i all hovedsak kampen mot de smittsomme sykdommene. I 1938 skrev Carl Schiøtz at «Kampen mot de smittsomme sykdommer må bestå i å uskadeliggjøre smittekildene, å hindre smitteoverføring og å øke smitemottagerens motstandsevne».⁴¹²

Hvilke metoder hadde distriktslegene til disposisjon i denne kampen? For å finne svaret på det spørsmålet har jeg studert helserådenes møteprotokoller og medisinalberetningen. Jeg har i tillegg brukt *Lærebok i hygiene* som kom ut i 1938.

Isolasjon

Første prioritet var å uskadeliggjøre smittekildene. Sunnhetsloven påla helserådene å innføre tiltak for å stanse utbrudd av epidemier. Et vanlig tiltak i alle distriktene var isolasjon. I mange tilfeller var smittekilden et menneske. For å uskadeliggjøre mennesket som smittekilde, ble isolasjon regnet som den mest effektive metoden. Dersom pasienten ble isolert fra resten av samfunnet, kunne denne ikke smitte andre og utgjorde dermed ingen fare. Tidspunktet for når isolasjon ble startet og gjennomført var avgjørende for om isolasjonen ville bli vellykket. Dette var ikke alltid like lett fordi noen sykdommer var smittsomme før det var mulig å stille diagnose. Når sykdommen først var brutt ut, var det for sent å sette pasienten i isolat. Meslinger er et eksempel på en sykdom som smitter i det katarralske stadium før utslettet er synlig.

Ved isolasjonspåbud kunne pasientene bli lagt inn på sykehus på epidemiavdelingen eller de kunne bli isolert i hjemmet. Dersom isolasjon i hjemmet skulle bli vellykket, måtte pasienten ha et eget rom med minst mulig gjenstander som kunne ta opp smitte. I tillegg måtte pasienten ha en egen pleierske som helst burde ha øvelse i å pleie pasienter med smittsom sykdom. Isolasjonen burde vare helt til pasienten var smittefri. Ved difteri og tyfus kunne man ta basillprøver og på den måten finne ut om pasienten var fri for smitten. For sykdommer hvor

⁴¹² C. Schiøtz 1938: 225

det ikke kunne tas basillprøver, var det en fare for at pasienter ble sluppet ut fra isolasjon før de var fri for smitten. For disse sykdommene var det «rent empirisk» satt opp en bestemt varighet for hvor lenge isolasjonen skulle vare. Ved skarlagensfeber var det satt en isolasjonstid på seks uker og for poliomyelitt minst tre uker.⁴¹³

Forløperen til isolasjon var karantene. Kontagionistene som var tilhengere av dette tiltaket. Både når det gjaldt isolasjon og karantene hadde man på den ene siden kravet om individuelle rettigheter og på den andre siden kravene fra samfunnet om beskyttelse. Det var individets rett til å bestemme over egen kropp mot statens behov for å sikre helsa til resten av samfunnet.⁴¹⁴ Offentlige reguleringer som begrenset absolutt individuell autonomi, ga det igjen i større frihet fra lidelse. Altså «Public health was a public good that justified limitations on individual freedom».⁴¹⁵ Fordi karantene ble møtt med stadig større motstand i siste halvdel av 1800-tallet, gjennomgikk ordningen store forandringer gjennom første halvdel av 1900-tallet. Tidligere var det vanlig at skip med alle om bord ble satt i isolasjon og da gjerne i en periode på 40 dager, men denne formen for karantene var til stor sjenanse for handelen. Karantenen brakte heller ikke fullstendig hindring fra sykdomsspredning og «rett som det var» brøt en sykdom gjennom sperren. I 1938 var det blitt mer vanlig å undersøke og kontrollere skip som kom fra infiserte steder.⁴¹⁶ Peter Baldwin kaller denne formen for karantene, neokarantene. Neokarantenes virkemidler var inspeksjoner og overvåkning, isolasjon av syke og desinfisering.⁴¹⁷ Nye problemer i denne tiden var den økende flytrafikken og menneskenes nye evne til å raskt forflytte seg over store områder. Avstandene på jorden var med flytrafikken blitt «uhyre forminsket».⁴¹⁸

I Sokndal ble det meldt om skarlagensepidemier som utartet seg mildt. Mange barn som ble angrepet av skarlagensfeber, hadde små symptomer på sykdommen. Dette gjorde isolering vanskelig. Det vekket misnøye blant befolkningen å isolere nærmest friske barn. I 1905 skrev distriktslegen at skarlagensfeber «Under en saa mild Epidemi som denne synes Paabud om Isolasjon etc. kun lidet virksomme; det vækker stærk Misnøie, at man «skal stænges inde, endda Barna er ganske friske», og enkelte trodsige Gemytter forledes til at sætte haardt mod

⁴¹³ C. Schiøtz 1938: 225-226

⁴¹⁴ Baldwin 1999: 10

⁴¹⁵ Baldwin 1999: 528

⁴¹⁶ C. Schiøtz 1938: 231-232

⁴¹⁷ Baldwin 1999: 141

⁴¹⁸ C. Schiøtz 1938: 231-232

haardt og overse de af Sundhedsk. trufne Foranstaltninger». I 1909 var det 61 tilfeller av sykdommen i Sokndal og den var særlig ondartet i Lund og mildere i Sokndal. I Heskestad viste enkelte personer seg likegyldige for de gitte påbud og de ble anmeldt til politimesteren. Det hele «resulterede imidlertid kun i en Mulkt på 5 Kr. for 2 af de Tiltalte!». Samme år ble en mann fra Lund anmeldt til påtalemyndighetene for å ha gått i kirken og dermed brutt påbudet om isolasjon. Han måtte velge mellom å betale en bot på 10 kroner eller å gå fengsel i 6 dager.⁴¹⁹ Året etter ble en kvinne anmeldt for brudd på isolasjonspåbud. Kvinnen slapp straff fordi hun var fattig og hadde en stor barneflokk. Hun fikk istedenfor en «alvorlig Irettesættelse» av lensmannen.⁴²⁰

Doktor Ebbel i Sandnes hevdet at skarlagensfeber burde «udgaa af Listen over de Sygdomme, som det offentlige ubetinget skal tage sig af» fordi sykdommen hadde vært av en mild karakter de siste årene og at det var «et Misforhold mellem Sygdommens Ubetydelighed og det store Apparat, som sættes i Bevægelse imod den». Dessuten led både det private og det offentlige tap. De private mistet inntekt når det ble lagt ned forbud mot melkevarene og befolkningen led når skolene måtte holdes stengt. Det offentlige måtte bruke penger på skyss, diett og desinfeksjonsmidler, en kostnad det offentlige godt kunne vært spart. Kun hvis sykdommen var av ondartet karakter, burde det offentlige trø til.⁴²¹ I medisinalberetningen for Sandnes for 1905 kom det også frem at befolkningen selv valgte å droppe legebesøk i frykt for isolasjon og nekt av melkesalg.

Distriktslegen på Finnøy meldte også i sine beretninger om et mildt sykdomsforløp av skarlagensfeber. Der var det også få som meldte fra om sykdommen, og noen fikk diagnosen ved tilfeldigheter. Det ble gjennomført isolasjon av de syke, rengjøring, stans av melkesalg og de friske barna ble nektet å gå på skole.⁴²² Skolene der det var mange smittede ble stengt for en periode og lokalene ble rengjort. Også i Sokndal ble skolen i ladestedet holdt stengt og desinfisert i 1908. Distriktslege Pedersen meldte om milde forløp av sykdommen. Mens skolen var stengt, ble undervisningen flyttet til kommunelokalet. I helserådets møteprotokoll står det «Paa grund af i hvert fall et sikkert tilfælde af skarlagensfeber hos Pedellen [...]

⁴¹⁹ Medisinalberetning for Sokndal 1905

⁴²⁰ Medisinalberetning for Sokndal 1906

⁴²¹ Medisinalberetning for Sandnes 1916

⁴²² Medisinalberetning for Finnøy 1908

besluttede Sogndal helseraad at skolen dernest skal stanses og børnene skaffes skolelokale andensteds». ⁴²³

Helserådernes håndtering av tuberkuloseloven

Helserådene hadde en bestemt plass i håndteringen av tuberkuloseloven. Med §6 i ryggen kunne helserådets medlemmer velge å legge inn tuberkuløse i tuberkulosehjem, sanatorier eller sykehus dersom de ikke fikk forsvarlig pleie hjemme. Dette er noe jeg ser på som en form for isolasjon. Isolasjon har to siktemål. For det første skal omgivelsene beskyttes fra smitekilden, altså pasienten. For det andre skal pasienten beskyttes. ⁴²⁴ Begge disse siktemålene kommer til syne i helserådernes bestemmelser om innleggelse i henhold til tuberkuloseloven. Pasienten ble isolert på grunn av smittefaren og fordi pasienten ikke fikk tilstrekkelig pleie i hjemmet.

I perioden mellom 1900 og 1940 ble det til sammen holdt 172 helserådsmøter i Sokndal ladested, Sokndal landsogn, Gjesdal og Årdal. I løpet av de 172 helserådsmøter ble tuberkulose diskutert i 54 av dem hvorav 42 dreide seg om tuberkuloselovens §6. Det er uten tvil dette temaet som ble tatt opp flest ganger i helserådene, noe som understreker at tuberkulosen var en svært fryktet sykdom. På begynnelsen av 1900-tallet dreide møtene seg i størst grad om å opplyse helserådernes medlemmer om sykdommen og om den nye tuberkuloseloven, samt dele ut Klaus Hansens tuberkuloseplakat.

Første gang tuberkuloselovens paragraf 6 ble benyttet var så sent som i 1918 i Sokndal landsogn. ⁴²⁵ En 44 år gammel kvinne ble da innlagt med hjemmel i tuberkuloselovens §6. Følgende vedtak ble gjort: *Hun lider av en tuberkuløs sykdom i huden med store aabne saar hvorfra der til stadighet kommer smittefarlige avsondringer. Der bor flere unge mennesker i huset blandt andet et barn som til enhver tid maa stelles av moren da der ikke er anden kvindelig hjælp at opdrive. Familien bebor praktisk talt bare et værelse, hvor man spiser og opholder sig hele dagen, og ægtefellene sover om natten. Faren for smitteoverførelse til andre*

⁴²³ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 09.10.08

⁴²⁴ Hovig & Lystad 1987: 227

⁴²⁵ Det er her snakk om Sokndal ladested, Sokndal landsogn, Finnøy og Årdal og gir derfor ikke noe informasjon om lovens benyttelse i andre deler av fylket eller landet.

*er derfor overhengende stor. Helseraadet bestemmer derfor at [kvinnen] skal indlægges i sykehus i henhold til tuberkuloselovens §6.*⁴²⁶

Eksempelet over viser et tilfelle med åpen tuberkulose. Holdningen var åpenbart den at kvinnene skulle stelle med hus og barn. Det var tydeligvis uhørt at mannen skulle bidra på dette området, da det var nødvendig å skaffe kvinnehjelp for at den tuberkuløse skulle få fri fra barnestell. Av de 42 innleggelsene var det, i tillegg til overnevnte kvinne, to andre med tuberkulosesår. En mann hadde, i tillegg til lungetuberkulose, sår ved flere ledd på høyre hånd. Han hadde også et sår på hodet. Sårene var åpne og væsket og han ble ansett for å utgjøre en betydelig smittefare for de rundt seg. Det siste tilfellet var en kvinne som både hadde lungetuberkulose og åpen tuberkulose i smittende stadium.⁴²⁷

I Årdal måtte en kvinne på 35 år legges inn på pleiehjem fordi hun ikke hadde noen til å ta vare på seg. Hun hadde ikke egne midler og hun hadde heller ingen pårørende som kunne stå for utgiftene. Derfor anbefalte helserådet at hun med hjemmel i tuberkuloselovens §13 skulle bli innlagt med stats- og fylkesbidrag.⁴²⁸ I dette eksempelet skjedde innleggelsen hovedsakelig for å beskytte og pleie kvinnen.

I Gjesdal måtte en tuberkuløs kvinne legges inn i tuberkulosehjem fordi hun var sinnssyk og derfor ikke kunne innordne seg etter de alminnelige reglene for sykdommen.⁴²⁹ Argumentene for å legge inn pasienter var ofte at det var stor smittefare på grunn av trange boforhold med mange beboere og dårlig hygiene. Mange hadde små barn som sto i fare for å bli smittet. En mor ble i 1930 lagt inn i tuberkulosehjem fordi hun var i «det smittefarlige stadium» og hadde en datter på 7 år som ikke hadde egen seng.⁴³⁰ En mann måtte forlate sin kone og et 6 uker gammelt barn.⁴³¹ De yngste som ble lagt inn i tuberkulosehjem, var 15 år.

I Sokndal var det i 1923 to veiarbeidere som måtte legges inn i tuberkulosehjem. Begge led av lungetuberkulose og bodde i trange brakker som de delte med de andre arbeiderne. Brakkene var trekkfulle og uskikket til oppholdsrom for en syk.⁴³² En tuberkulosesyk mann bodde

⁴²⁶ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 26.06.18

⁴²⁷ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 23.03.25 og 06.04.25

⁴²⁸ Møteprotokoll for Årdal: 13.11.24

⁴²⁹ Møteprotokoll for Gjesdal: 20.10.28

⁴³⁰ Møteprotokoll for Gjesdal: 07.04.30

⁴³¹ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 16.04.36

⁴³² Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 07.05.23 og 06.11.23

hjemme med sin gamle mor som ikke kunne stelle ham. Han tilbrakte dessuten mye tid sammen med barna til søsteren som bodde i nabohuset. En annen mann bodde alene i en liten stue og hadde ingen til å pleie seg. Han led i tillegg av en nyresykdom.⁴³³ Alle disse ble innlagt i tuberkulosehjem i henhold til tuberkuloselovens §6 med støtte fra fylket og staten i henhold til §13.

Opplysningsarbeid

En annen måte å uskadeliggjøre smittekilden var å gi befolkningen opplæring i sykdommens forebyggelse og hygieniske tiltak. Forebyggende helsearbeid handlet i stor grad om å endre befolkningens holdninger og vaner, noe som kunne føre til kollisjon mellom embetsstandens kulturelle vaner og folkelig kultur. De hadde ulike idealer og ulike materielle betingelser.⁴³⁴ Distriktslege Krohn ba sunnhetskommisjonens medlemmer om å gjøre det som sto i deres makt for å få allmuen til å innse «så vel nytten som nødvendigheten af en gennemført reenlighed».⁴³⁵ Den hygieniske folkeopplysningen var et sentralt og viktig moment i det hygieniske arbeidet. «Den store hovedoppgave må da være å vekke forståelsen av at det virkelig er mulig å forebygge sykdommer, og det er mulig i en utstrekning som folk flest ikke er klar over». Det ble i den forbindelse pekt på nedgangen i tuberkulose, spedbarnsdødelighet og lepra som et resultat av folkeopplysning.⁴³⁶

Forholdene de offentlige legene møtte ute i distriktene, var at befolkningen hadde et lavt kunnskapsnivå om sykdom, smitte og hygiene. Det var distriktslegenes ansvar å opplyse befolkningen for å forebygge utbrudd av epidemiske sykdommer. Distriktslegen skulle både betjene og oppdra allmuen, altså kurere sykdom og være lærere i sunnhetspleie.⁴³⁷ Distriktslegen sto «i en enestående posisjon i skjæringspunktet mellom de vitenskapelige og de folkelige fortolkninger av helse og sykdom».⁴³⁸ Distriktslegen hadde den vitenskapelige bakgrunnen som han kunne formidle videre til befolkningen, han var på sett og vis

⁴³³ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 04.07.21 og 10.01.33

⁴³⁴ A. Schiøtz 2003a: 79

⁴³⁵ Krohn 1857

⁴³⁶ C. Schiøtz 1938: 63

⁴³⁷ A. Schiøtz 2003b: 273

⁴³⁸ A. Schiøtz 2003b: 239

«bindeleddet mellom vitenskapen og befolkningen».⁴³⁹ På hjemmebesøk hadde distriktslegen pasientene på tomannshånd og kunne på den måten gi tilrettelagt opplæring av allmuen.

Det finnes en rekke eksempler på denne type opplysningsarbeid fra helserådernes møteprotokoller. Distriktslegene holdt foredrag i helserådets møter og det ble trykket opp skriv og plakater som helserådernes medlemmer fikk ansvar for å dele ut. I Gjesdal ble det i 1900 holdt foredrag om desinfeksjonstønner og det ble besluttet å trykke opp 300 eksemplarer av «veiledning for syge lidende af tuberculose». Opplysning om tuberkulose var et tilbakevendende tema. Det ble også holdt foredrag om håndtering av melk, serumsbehandling og sykdommer som for eksempel barsel-feber. Ved et helserådsmøte i Årdal i 1905 ble brokk og dens behandling omtalt med «nogle Ord» av ordføreren, som særlig anbefalte den «radikale operasjon».⁴⁴⁰

Også i Sokndal ble det holdt foredrag om sykdommer og utdelt plakater og skrivelser. Under en tørkeperiode i Sokndal i 1928 ble Sokndalselven forurenset. Det ble i forbindelse med forurensningen hengt opp to oppslag. Det første oppslaget oppfordret til å koke ellevannet før bruk. Det var ikke selvsagt kunnskap for alle at mikrober dør ved høye temperaturer og at koking av drikkevannet kunne forhindre utbrudd av diaré. Det andre oppslaget ba befolkningen om å ikke forurense elven unødige i tørkeperioden da flere var henvist til å utelukkende å bruke vann fra elven.⁴⁴¹

Sunnhetsforskrifter

Sunnhetsloven av 1860 slo fast at det skulle lages sunnhetsforskrifter i byene og at det kunne lages forskrifter i landdistriktene. I Sokndal ble det laget nye forskrifter i 1908 og i Gjesdal i 1913. Sunnhetsforskriftene var mer å regne som retningslinjer enn som regler før det i 1930 ble åpnet for at helserådene selv kunne ilegge bøter for dem som ikke fulgte påbudene eller forbudene. Sunnhetsforskriftene ga retningslinjer for oppføring av nye hus, gjødsling, vann, mat og smittsomme sykdommer. For eksempel skulle beboelseshus skulle ha en forsvarlig grunnmur med minst to trekkhull. Høyden i bruksrom måtte være på minst 2,5 meter og det

⁴³⁹ A. Schjøtz 2003b: 239

⁴⁴⁰ Møteprotokoll for Årdal: 05.06.05

⁴⁴¹ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 18.06.28

måtte settes inn vinduer som kunne åpnes. Fjøs, grisehus og liknende måtte plasseres minst 10 meter fra våningshuset.⁴⁴²

I 1935 lagde helserådet i Sokndal landsogn også forskrifter for butikker og bakerier. Gulv og disker skulle rengjøres daglig og spyting på gulvet skulle være forbudt. Helsrådet kunne gi påbud om at det skulle være et tilstrekkelig antall spyttebakker som daglig ble tømt og rengjort. Butikker og rom brukt til oppbevaring og salg av matvarer, skulle ikke brukes til soverom eller kjøkken. Vann, såpe og rene håndklær skulle alltid være tilgjengelig. Butikkens arbeidere måtte vaske hendene ofte og pakke maten forsvarlig inn og ikke i avisapir. Oppslag om at kundene ikke skulle ta på varene, skulle henge lett synlig. I bakerier var det forbudt med all form for tobakk. Bakeren måtte bruke hvitt arbeidstøy som ikke skulle brukes utenfor bakeriet og som måtte skiftes minst en gang i uken. Bakere som led av hudsykdom på hender eller armer, skulle ikke jobbe i bakerier.⁴⁴³

Sunnhetsforskriftene kan sees på som en form for opplysningsarbeid fordi det der ble skissert hva som var forventet av befolkningen i forbindelse med sunnhetsarbeidet. Det ga også føringer for hva som var rett og galt i forbindelse med sunnhetsforholdene. For å sikre sunnheten i befolkningen, kommer det gjennom sunnhetsforskriftene til uttrykk at hygiene og renslighet var viktig.

Distriktslegens hjelpere

Distriktslegene hadde det overordnede ansvaret for opplysningsarbeidet og det var de som hadde den lengste utdannelsen og dermed den beste kunnskapen. Likevel var det ikke lett å nå ut til alle. Distriktslegene fikk god hjelp i opplysningsarbeidet fra flere kanter. Som ordførere i helserådet kunne distriktslegen gi opplæring til resten av medlemmene om sykdommer og hygiene. Dette kunne helserådets medlemmer igjen spre videre. Det ble også trykket en del plakater som helserådsmedlemmene fikk i oppgave å dele ut.

I Sandnes var det mange som alt for sent oppdaget at de var smittet av tuberkulose. De syke antok symptomene skyldtes forkjølelse. Når legen til slutt ble hentet var store deler av

⁴⁴² Møteprotokoll for Gjesdal: 19.07.13

⁴⁴³ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 16.05.35

lungene angrepet og det var lite håp for helbredelse. Distriktslegens håp var at kjennskapen til sykdommen ville bli større gjennom arbeidet til tuberkuloseforeningene i distriktet.⁴⁴⁴ I tiden før 1916 hjalp tuberkuloseforeninger folk med å bli innlagt i sanatorium eller på pleiehjem. De ga også melk til dem som ble pleiet i sitt eget hjem.⁴⁴⁵

I kampen mot tuberkulose peker Ida Blom på tuberkuloseforeningenes opplysningsarbeid som en viktig bidragsyter til at sykdommen forsvant. Nasjonalforeningen, stiftet i 1910, var i stor grad engasjert i opplysningsvirksomheten. Foreningen arrangerte foredrag i bygdene med leger, prester og lærere som foredragsholdere. I tillegg til dette delte de også ut brosjyrer og medlemsblad. Fra 1913 ble medlemsbladet sendt til alle som kunne tenkes å ha nytte av det. Leger, jordmødre, ungdomslag, sanitetsforeninger og avholdsforeninger var blant gruppene som fikk bladet tilsendt. Nasjonalforeningen hang opp plakater på offentlige steder med oppfordring om å ikke spytte, hverken innendørs eller utendørs. Fra 1913 kom ideen om å bruke «vandelærere», og sykepleiere og jordmødre ble sendt på hjemmebesøk til familier som kunne tenkes å trenge opplæring i hygiene.⁴⁴⁶

Distriktslege Krohn påpekte i 1857 skolens viktige rolle i opplæringen av befolkningen. For å få befolkningen ut av gamle vaner, måtte barna tidlig læres opp i god hygiene. Dette måtte skje i de nærmeste omgivelsene, før skolen senere overtok den videre dannelsen.⁴⁴⁷ Presten Andreas Faye ga i 1853 ut *Almueskolen eller Vink til at opdrage og undervise Børn, samt ordne og Styre en Almueskole*. Der understreker han at læreren burde ha sin oppmerksomhet rettet mot barnas renslighet, næring, bekledning, bevegelse og forhold til sykdom.⁴⁴⁸ I en rundskrivelse fra kirke- og undervisningsdepartementet ble det i 1905 ytret et ønske om at betydningen av renslighet for å forhindre tuberkulose måtte understrekes i folkeskolens høyere klasser. Det ble anbefalt å benytte Klaus Hansens skriv om tuberkulose og ha det som utgangspunkt for undervisningen.⁴⁴⁹ På 1920-tallet mente Carl Schiøtz det var på tide å reformere lærerutdanningen. Lærerne sto elevene nærmest. De omgikk barna daglig og visste «hvor skoen trykket». Carl Schiøtz hevdet at lærerutdanningen i for liten grad fokuserte på barns og ungdommers biologi. Han mente at det måtte bli større fokus på hygiene i

⁴⁴⁴ Medisinalberetning for Sandnes 1914

⁴⁴⁵ Medisinalberetning for Sandnes 1916

⁴⁴⁶ Blom 2002

⁴⁴⁷ Krohn 1857

⁴⁴⁸ A. Schiøtz 2003a: 114

⁴⁴⁹ Sunnhetsstilstanden og medicinalforholdene 1905: 329

skoletiden.⁴⁵⁰ Distriktslegen på Finnøy hadde i 1912 i forbindelse med arbeidet mot spyting, observert at lærerne gjerne ønsket å bidra i hygienearbeidet.

Ikke bare kunne lærere nå ut til barna. Gjennom barna kunne de også enklere nå frem til foreldrene. De kunne gi elevene gode hygieniske vaner og øke kunnskapsnivået om sykdom og smitte. At lærerne var viktige allierte for distriktslegene, kom til uttrykk i et helserådsmøte i Årdal i 1900. Lærerne ble da pålagt å «efter evne» hindre at utøy ble overført mellom barna i skolen.⁴⁵¹

Aina Schiøtz påpeker at jordmødrene var viktige hjelpere for distriktslegene. Legene var embetsmenn og i en annen sosial og kulturell klasse enn befolkningen han skulle behandle. Jordmødrene var ofte fra bygda og med det en del av folket. Hun hadde imidlertid gått på skole og kunne derfor mye det var verdt å lytte til. Det var lettere for folk å høre på tips fra en jordmor av samme sosiale klasse og det var i mange tilfeller jordmoren som lærte befolkningen å bruke såpe og vann og riktig ernæring for barn.⁴⁵²

Jordmødrene var gode støttespillere for distriktslegene. Ikke bare kunne de forløse barn, de bidro også i opplæringen av mødre, både når det kom til hygiene, ernæring og barnestell (Gunnars notater). Dessuten var det stor sannsynlighet for at befolkningen lyttet til jordmorens råd. Hun var ikke «moralsk» overlegen og befant seg i samme habitus, med den samme kulturelle kapitalen som bygdefolket. Hun var godt kjent med befolkningens overbevisninger og skikker, samtidig som hun hadde utdanning.

I 1908 ble det sendt ut et skriv forfattet av direktøren for det sivile medisinalvesen under medvirkning av professor A. Johannessen, overlege ved barneavdelingen på Rikshospitalet. Johannessen hadde vært aktiv ved opprettelsen av to hjem for ugifte mødre. Professoren holdt også flere foredrag om barns pleie og ernæring.⁴⁵³ Skrivet var rettet til jordmødrene og inneholdt 18 punkter om «spædbarnets næring og stel». De fem første punktene handlet om viktigheten av amming. Morsmelk var den naturlige næringen for spedbarn dersom moren var frisk. Om moren ikke selv kunne gi bryst, ble det anbefalt å skaffe en amme til barnet.

⁴⁵⁰ A. Schiøtz 2003a: 254-255

⁴⁵¹ Møteprotokoll for Årdal: 24.10.00

⁴⁵² Schiøtz 2000: 337

⁴⁵³ Kobro 1908a: 605

Ammen måtte imidlertid være undersøkt av en lege først. Så snart mor var godt uthvilt etter fødselen, burde barnet legges ved brystet. Hvor ofte barnet burde få bryst og når det burde avvendes sto også beskrevet. Videre i punktene 6 til 9 beskrives det hvordan morsmelkerstatning kunne lages og oppbevares. I punkt 10 står det at næringen skulle gis barnet fra en ren kopp med en ren skje og man måtte ikke «sætte koppen eller skeen til sin egen mund først». Videre står det om vask og stell av barn, barnetøy og sengeklær. Dersom barnet hadde oppkast og diaré i flere dager, måtte lege kontaktes. Det siste rådet var å ikke la barnet sitte før det selv klarte å sitte uten støtte.⁴⁵⁴

Distriktslege Pedersen i Sokndal mente at anbefalingene i skrivet var for uklare. Han hadde observert at jordmødrene ofte brukte skittent sengetøy og at stellet var uhygienisk. Han mente at veiledningen hadde blitt klarere ved å endre på disse punktene:

- a. Man burde nevne noe om hvordan en kvinne skulle forberede seg før fødselen, og også noe om brystenes behandling. Selv om dette lå litt utenfor skrivets oppdrag, mente legen det likevel var bedre med en frisk mor og et friskt barn.
- b. At det ikke skulle stå «ren» kopp og «ren» skje. På landet var gjenstandene nemlig ansett som rene når de var tørket med «tommelfingergummen» og tørket med forklesnippen, «for ikke at nævne, hvor «guldren» en liten ske er, naar den efter en overhaling i munden er tørret med nævnte forklæsning». Hvis forkledet så skittent ut, tørket de bare med baksiden. Legen hadde vært borti folk som samvittighetsfullt fulgte skrivet, men «disses ord og tilsvarende begreper maa dække hverandre». Det burde derfor heller stå «køgt» enn «ren».
- c. Nevne at et nyfødt barn godt kan unnvære næringstilførsel og vann de første timene etter fødselen. Det å tygge kavring og legge det i en klut som barnet skulle få suge på, var noe «svineri».
- d. Til slutt hevdet han at det å putte sin vætede finger inn i et nyfødt barns munn for at barnet skulle få suge på den, burde straffes på lik linje med å vise seg beruset på gate, jernbane eller dampskip og ved gjentakelse med «ærestap(!)». ⁴⁵⁵

Mens Krohn i 1857 mente lav moral var årsaken til dårlig hygiene og urenslighet blant befolkningen, mente Pedersen i 1908 at det skyldtes uvitenhet og lav kunnskap om hva renslighet egentlig innebar. Som Krohn uttrykker også Pedersen forakt for den allmenne

⁴⁵⁴ Sundhetstilstanden og medicinalforholdene 1908: 273-275

⁴⁵⁵ Medisinalberetning for Sokndal 1908

rensligheten. Selv satt han med fasiten på den rette hygiene. Forskjellene på Krohn og Pedersen er at Pedersen ikke mente at befolkningen hadde lav moral. Han viser med det en annen forståelse av sine medborgere enn det Krohn hadde.

Desinfeksjon

For å hindre smitteoverføring ble det i de aller fleste tilfeller utført desinfeksjon etter sykdom og død. I «Veiledning for desinfektører i landdistriktene» blir desinfeksjon forstått som: *tilintetgjørelse av levende smittestoffer, som findes i avsondringer fra syke, lidende av smittsom sykdom, eller som klæber ved bruksgjenstande eller boliger. Man kan dræpe smittestoffet ved at utsætte gjenstandene for ophetet vanddamp, ved at koke dem eller ved at behandle dem med mere eller mindre giftige stoffer – desinfeksjonsmidler.*⁴⁵⁶ Veiledningen kom ut i 1908. Denne ble utarbeidet av medisinaldirektoratet under medvirkning av epidemilege M. Geirsvold. Skrivet ble lagt ved medisinalberetningene for året 1908 og inneholder beskrivelser av de forskjellige desinfeksjonsmidlene og metodene samt en oversikt over når, hvor og hvordan de forskjellige metodene skulle benyttes.

I 1938 ble det skilt mellom løpende desinfeksjon og sluttdesinfeksjon. Med løpende desinfeksjon mentes den daglige desinfeksjon under sykdommen. Dette ble gjort for å drepe smittestoffene med det samme de ble utskilt av pasienten. Alle gjenstander som sekreter og eksk्रेter hadde vært i kontakt med måtte desinfiseres daglig. Dette var for eksempel bestikk, håndklær, kopper og tallerkener, skittentøy og lommetørklær. Sluttdesinfeksjon ble utført når isolasjonen skulle heves. Dette gjaldt selve sykerommet, sengeklær og liknende som kunne ha blitt infisert under sykdommen. På 1930-tallet ble det lagt mindre vekt på sluttdesinfeksjon enn tidligere fordi det hadde blitt oppdaget at smittestoffene levde forholdsvis kort utenfor menneske- og dyreorganismen, og at det først og fremst var de levende organismene som var smittsomme og ikke de døde gjenstander. Til gjengjeld ble det økt fokus på en grundig og løpende desinfeksjon.⁴⁵⁷

De mest brukte desinfeksjonsmidlene i 1908 var karbolvann, kresolsåpevann, kalkmelk og formaldehyd eventuelt «sublimationopløsning». Karbolvann ble brukt til desinfisering av

⁴⁵⁶ Sundhetstilstanden og medicinalforholdene 1908: 275

⁴⁵⁷ Schiøtz 1938: 227-231

spytt og oppkast. Kreolsåpevann ble brukt til å vaske malte flater og som tilsetning til avføring og urin. Kalkmelk ble laget av alminnelig frisk, brent kalk og ble især brukt som tilsetning til avføring. Det ble også brukt til desinfisering av «priveter, kagger og bøtter» og til hvitning av tak, vegger, brannmurer og liknende. Når det gjaldt avføring og urin, skulle dette om natten samles i nattmøbel og blandes med like deler kalkmelk og røres godt om og stå et par timer før det ble slått ut. Møbelet skulle så spyles med desinfiserende væske og vaskes. Priveter skulle vaskes med grønnsåpevann og desinfiserende væsker og innholdet i bingen overhelles med kalkmelk eller klorkalkmelk.⁴⁵⁸ Sykeværelser skulle desinfiseres ved å vaske rommet med godt, varmt grønnsåpevann som ved vanlig storrengjøring. Deretter måtte det vaskes med desinfiserende væske. Dette holdt for «almindelige smittsomme sykdommer», men ved kopper var det dessuten ønskelig å overstryke brannmuren med kalkmelk og hvitte taket.⁴⁵⁹ Formaldehyd ble brukt til spyling av rom eller i dampform for desinfeksjon av klær. Gassen var meget irriterende for øyne, nese og luftveier. Sublimatopløsning var det sterkeste middelet og kunne brukes på tøy som ikke tålte koking. Tøyene måtte da ligge i løsningen i minst 12 timer. Det var legen som skulle bestemme hva slags midler som skulle brukes.⁴⁶⁰ I 1915 ble det bestemt at helserådets ordfører i Sokndal ladested skulle gå til «bystyret med andragende om at faa indkjøpt 2 tonder Klorkalk for kommunens regning til desinfeksjon av priveterne».⁴⁶¹

For desinfeksjon av klær og tøy, var desinfeksjonstønner en av de rimeligste og enkleste metodene. Etter en time i desinfeksjonstønner, var klærne blitt desinfisert.⁴⁶² Bruken av desinfeksjonstønner ble forklart i Gjesdal helseråd i 1901. Bestemmelsen om å gå til anskaffelse av en slik tønne ble imidlertid utsatt til et annet møte og det skulle også da fremkomme forslag om stedet og valg av desinfektør.⁴⁶³ Selv om metoden med desinfeksjonstønner skulle være enkel, var det få som hadde redskapene som trengtes i huset og det ble derfor i 1938 anbefalt at desinfektøren selv skulle ha utstyret hjemme. Alt som tålte koking, burde kokes i 15-20 minutter. Dersom gjenstandene hverken tålte koking eller damp, kunne varmluft benyttes noe som egnet seg godt til bøker, pelsverk, lærsaker og finere klær.⁴⁶⁴ I 1910 var det ni tilfeller av difteri i Sokndal, fem var i samme familie, ellers kunne

⁴⁵⁸ C. Schiøtz 1938: 230

⁴⁵⁹ C. Schiøtz 1938: 230

⁴⁶⁰ Sundhetstilstanden og medicinalforholdene 1908: 276-277

⁴⁶¹ Møteprotokoll for Sokndal ladested, 08.05.15

⁴⁶² Sundhetstilstanden og medicinalforholdene 1908: 276

⁴⁶³ Møteprotokoll for Gjesdal: 19.02.01

⁴⁶⁴ C. Schiøtz 1938: 227-228

det ikke finnes noen forbindelse mellom tilfellene. Et lett tilfelle i mars skyldtes visstnok smitte fra en gammel skolebok pasienten hadde lånt fra en familie med sykdomsutbrudd desember året før. Familien fikk påbud om å brenne boka, men dette ble ikke gjort.

I 1903 startet jakten på en fast desinfektør i Sokndal distrikt. Stavanger amtskommunekasse skulle betale 3 kroner for hver dag som ble brukt på desinfeksjonsarbeid, så fremt distriktslegen kunne bevitne at det anvendte dagantall var nødvendig. I 1905 hadde de enda ikke ansatt noen. Det ble bestemt at det skulle gis et tillegg til de 3 kronene fra amtskassen på 2 kroner. De siste 2 kronene skulle betales fra herredskassen. Helserådet bemyndiget distriktslegen til å «avterre fra Kirkebakken efter dertil skicket Mand».⁴⁶⁵ Et år senere hadde det fortsatt ikke meldt seg noen til jobben, «uagtet» betalingen på 5 kroner per desinfeksjonsdag. Helserådet antok derfor at det var «frugtesløst foreløpig at forsøge paa at faa nogen ansat».⁴⁶⁶ I 1902 var frykten for å bli smittet av tyfus så stor på Hjelmeland at det ikke var «raad for at faa leiet hjælp til at faa rengjort huset». Distriktslegen måtte selv reise med sine «skydsfolk» for å utføre desinfeksjonen. Distriktslegens konklusjon var at å få ansatt en desinfektør, «lader sig neppe gjøre».⁴⁶⁷

Det var ikke alltid jordmødrene fulgte de påbud de fikk om desinfisering. I 1900 ble hele 29 av totalt 59 tilfeller av pemfigus hos nyfødte observert i Skudeneshavn. I mai var det to tilfeller av sykdommen, der også mødrene fikk blemmer. Jordmoren desinfiserte instrumentene sine og det var ikke da noen nye tilfeller før i oktober. Da ble 6 av 7 barn hun stelte med angrepet og hun ble suspendert i en måned. «Redskapene» hennes ble desinfisert, men straks hun igjen gikk ut i praksis ble samtlige barn (fem stykker) hun stelte med smittet hvorav en døde. Igjen ble hun suspendert i en måned og alt utstyret hennes ble desinfisert, «men tiltrods herfor indtraf der i December et nyt Tilfælde.»⁴⁶⁸ Dette eksempelet viser hvor viktig riktig desinfisering var for å forhindre smittespredning. Denne jordmoren må ha vært overfladisk med desinfiseringen, noe som førte til at mange barn ble syke.

I 1904 gjennomførte helserådet i Sokndal ladested tilsyn med skolen. Det ble oppdaget at inntaket på mørkeloftet samt vinduskarmene var dekket av støv og spindelvev. Det ble

⁴⁶⁵ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 22.06.05

⁴⁶⁶ Møteprotokoll for Sokndal landsogn: 21.06.06

⁴⁶⁷ Medisinalberetning for Finnøy 1902

⁴⁶⁸ Sundhetstilstanden og medicinalforholdene 1900: s. 131

anbefalt ny rengjøring. Skolebestyreren hadde innrettet kullbod i kjelleren til hønsehuset. Han brukte også et rum under trappen i første etasje til å oppbevare kull, noe som var uheldig fordi kullstøv ble ført ut i gangen og inn i klasserommene. Hønsene gikk fritt og skolebestyreren ble pålagt å bygge et hønsehus samt en inngjerdet plass der de kunne gå fritt. Vannet i skolebrønnen var meget urent og brønnen ble anbefalt rengjort.⁴⁶⁹ Det var ingen krav til hvordan rengjøringen skulle foregå. Rene skoler med god luft var viktig for å sikre en frisk generasjon. Helserådene sørget for at ingen skoler sluntret unna med rengjøringen og sikret barna tilgang på rent drikkevann.

Vaksinasjon

For å øke smittemottakerens motstandsevne var vaksinasjon den mest effektive metoden. «Ved vaksinasjon forstår vi en innpodning av et svekket eller drept smittestoff hvormed man tilsikter å skape en absolutt eller relativ uimottagelighet mot vedkommende sykdom».⁴⁷⁰ Vaksinasjon med levende, men svekket smittestoff ble brukt mot kopper, hundegalskap, miltbrann, tuberkulose, pest, kolera og enkelte andre lidelser. Vaksinasjon med drept smittestoff ble brukt mot tyfus, paratyfus, kolera, pest, kikhoste, forkjølelser og flere andre sykdommer. Vaksinene ble på slutten av 1930-tallet som regel fremstilt av «agarkulturer av vedkommende mikrobe som slemmes op i saltvann og drepes ved opvarming eller ved tilsetning av formalin». Vaksinasjon foregikk ved subkutan injeksjon og i de fleste tilfeller trengtes det flere injeksjoner med noen dagers mellomrom.⁴⁷¹

Hensikten med vaksinasjon er å beskytte den enkelte mot sykdom og å redusere muligheten for smittespredning i befolkningen.⁴⁷² Ved vaksinasjon blir kroppen utsatt for enten en svekket mikrobe, deler av en mikrobe eller noe som likner den mikroben man ønsker resistans mot. Når slike mikrober møter kroppens immunforsvar vil det dannes immunforsvarsceller og antistoffer. Dette fører til at virus ved en senere anledning vil bli «gjenkjent» og immunforsvaret vil bryte det ned før sykdommen rekker å bryte ut. «Det er oppnådd

⁴⁶⁹ Møteprotokoll for Sokndal ladested: 18.01.04

⁴⁷⁰ C. Schiøtz 1938: 231

⁴⁷¹ Schiøtz 1938: 231

⁴⁷² Hovig & Lystad 1987: 120

immunitet ved vaksinasjon». I dag er vaksinasjon en av de mest effektive måtene å forebygge sykdom på.⁴⁷³

Immunserum er et «serum som inneholder antistoff mot en bestemt mikroorganisme eller toksin fra denne.» Immunsera kan ekstraheres fra pasienter som nylig har gjennomgått sykdommen, eller fra dyr som er blitt immunisert.⁴⁷⁴ Frem til 1890-tallet var det vanlig å bruke «human lymfe» i vaksineringsen mot kopper. Det vil si at vaksinematerialet fra ett barn ble overført til et annet. Problemet med dette var andre sykdommer som kunne følge med en slik praksis. Bruk av «animal lymfe», hvor vaksinematerialet ble hentet fra podede storfe, var tryggere og ble innført på 1900-tallet i Norge.⁴⁷⁵ I 1916 var det kun vaksine av animal lymfe som ble brukt i Sokndal.⁴⁷⁶

Aina Schiøtz hevder at det rundt 1900 egentlig bare var to tilgjengelige virkemidler mot sykdom som hadde særlig effekt, det var koppevaksine og difteriantitoksin.⁴⁷⁷ Koppevaksine ble for første gang brukt i Norge i 1801. I 1811 kom et tillegg til vaksinasjonsloven av 1810 som i teorien gjorde vaksinasjon mot kopper obligatorisk. Prester måtte påse at alle konfirmanter og brudefolk var vaksinert og hadde godkjent vaksinasjonsattest. Det viste seg at effekten av vaksinen ikke var livslang og det ble satt i gang revaksinasjon. Tilliten til vaksinens effekt ble svekket og færre ble vaksinert. Utover 1900-tallet sank imidlertid antallet tilfeller av sykdommen betraktelig og den ble erklært utryddet av verdens helseorganisasjon i 1980.⁴⁷⁸

Et av de viktigste medisinske fremskrittene før 1935 var antitoksinet mot difteri utviklet i 1890 i Robert Kochs laboratorium i Berlin. Emil Adolf von Behring og Erich Wernicke viste at serumet fra en hest immun mot difteri kunne brukes til å immunisere andre hester. Dette var teknikker som var utviklet ved Pasteur instituttet i Paris. Den første produksjonen av de kommersielle vaksinene startet i 1892. Behring produserte også et serum mot stivkrampe i samarbeid med Shibasaburo Kitasato.⁴⁷⁹ For første gang fantes det en medisin som faktisk

⁴⁷³ Helsenorge

⁴⁷⁴ Harboe 2009

⁴⁷⁵ Tyrland 2001: TFDNL

⁴⁷⁶ Medisinalberetning for Sokndal 1916

⁴⁷⁷ Schiøtz 2003a: 52-53

⁴⁷⁸ Tyrland 2001: TFDNL

⁴⁷⁹ http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1901/behring-article.html

kunne kurere sykdom, en sykdom som særlig rammet mange barn. Difteriserum ble brukt både kurativt og profylaktisk.

I 1882 oppdaget den tyske legen Robert Koch tuberkelbakterien, men man hadde på denne tiden ingen vaksiner eller behandlingsmetoder. Det viktigste tiltaket ble derfor å forhindre smitteoverføring. Det var først på 1920-tallet at en vaksine ble tatt i bruk på mennesker. I løpet av 1926 ble den med hell gitt til 116 000 franske barn. Det er Albert Calmette og Jean Marie Guérin som står bak vaksinen vi kjenner som BCG. Vaksinen ble tatt i bruk i Norge fra 1947 og er i dag en del av barnevaksinasjonsprogrammet.⁴⁸⁰ Allerede før vaksinen ble tatt i bruk var det en nedgang i antallet sykdomstilfeller. Historikeren William H. McNeill forklarer nedgangen med at syke ble isolert, melkekyr med sykdommen ble slaktet og at det ble innført forbud mot spyting på offentlige steder.⁴⁸¹ I Rogaland synes det også å ha vært en nedgang i sykdommen før vaksine ble tatt i bruk. Også her ble isolasjon av syke brukt for å hindre spredning, for ikke å glemme legens kamp mot «spyttesvineriet».

Dersom vaksinasjonstettheten ligger på 95%, er smittefaren for uvaksinerte svært liten. Med en vaksinasjonstetthet på 95% vil ikke en sykdom kunne spre seg i mangel på smitemottagere. Både i Sandnes og på Finnøy var det motstand mot vaksinerings, men motstanden var størst i Sandnes. I Sokndal var det så å si ingen motstand i det hele tatt og både vaksinasjon og revaksinasjon ble omtrent utført årlig.⁴⁸² På Finnøy var det en del familier som unnlot å vaksinere barna sine ble det rapportert i 1925. Og fra Sandnes var det i 1924 en «utpreget motstand mot vaccination, særlig i ladestedet Sandnæs og i Gjesdal». I 1926 sto det følgende i beretningen fra Sandnes: *Vaccination: Der er utpreget motbør mot vaccination. Ved sidstekonfirmant indskrivning i Sandnæs var kun halvparten av konfirmantene viccinerede, - den anden halvpart søkte til biskopen om fritagelse og fik uten hensyn til lægeattesten indvilget sin ansøknig, naar de bare anførte at de var mot vaccination. Det er kun et tidsspørgsmaal, naar størsteparten av befolkningen her ikke er vaccineret.*

⁴⁸⁰ Porter 1999: 442 og Pedersen [s.a]: 30

⁴⁸¹ McNeill 1998: 287

⁴⁸² Medisinalberetning for Sokndal 1925

Anestesi, antiseptikk og aseptikk

Operasjoner rundt 1900 var svært smertefulle. Både opium og alkohol ble tidlig brukt som bedøvende midler ved operasjoner. Men det var ikke alltid like enkelt å utføre operasjoner på neddopa eller fulle pasienter. Kirurgiske operasjoner ble derfor ofte utført uten noen form for smertelindring. Fysikeren Thomas Beddoes oppdaget på slutten av 1700-tallet dinitrogenmonoksidens smertelindrende effekter. Stoffet, bedre kjent som lystgass, får musklene til å slappe av, fører til svimmelhet og kan fremkalle fnising og latter. På 1840-tallet ble både eter og kloroform tatt i bruk som bedøvelsesmidler.⁴⁸³ I Sokndal ble det i 1918 utført to tangforløsninger der kvinnene ble lagt i kloroformnarkose. Bakgrunnen for inngrepene var manglende rier. Resultatet var godt i begge tilfeller.⁴⁸⁴ Da doktor Frisak fikk armen ut av ledd etter at båten han satt i kantret, fikk han den på plass igjen etter å ha fått kloroform. Kloroformen hadde han i medisineskjen sin, noe som kan tyde på at dette var et stoff distriktslegene ofte hadde tilgjengelig.

Etter innføringen av anestesi ble operasjonene mindre smertefulle, men infeksjoner etter operasjonene var fortsatt et problem. Som Ignaz Semmelweis oppdaget, ble bakterier medisinstudenter brakte med seg fra obduksjoner overført til fødende kvinner, som så fikk barsel-feber. Det finnes to måter å stanse bakterienes framvekst og spredning, antiseptisk og aseptisk. Antiseptikk går ut på å drepe mikroorganismene eller forhindre at de formerer seg. Antiseptikk ble brukt etter operasjoner. Aseptikken kan betraktes som en videreutvikling av antiseptikken og er en metode for å forhindre at bakterier er tilstede. Denne metoden ble brukt under operasjoner for å sørge for at det ikke var mulig for bakteriene å eksistere. Leger hadde observert at klorkalk kunne stoppe forråtnelsesprosessen i sår og stoffet ble begynt brukt under operasjoner. På 1880-tallet var dette blitt vanlig rutine ved norske sykehus.⁴⁸⁵ Helt siden antikken, hadde alkohol blitt brukt ved sårbehandling og etter hvert dukket det stadig opp nye midler. Likevel er det den britiske legen Joseph Lister som har fått æren av å innføre antiseptikken i kirurgien. Han var inspirert av Pasteurs teorier om at bakterier sto for gjæring og forråtnelsesprosesser og at det samme gjaldt ved infeksjoner i sår og at det ikke var på

⁴⁸³ Porter 1996: 229. Kloroform brukes ikke lenger i dag fordi det kan føre til hjerte og leverskader.

⁴⁸⁴ Medisinalberetning for Sokndal 1918

⁴⁸⁵ A. Schjøtz 2003a: 55-57

grunn av miasmer i luften. Lister brukte karbolsyre ved sårbehandling, både antiseptisk og aseptisk.⁴⁸⁶

I 1917 kom en 17 år gammel gutt til distriktslege Moland med et empyem etter lungebetennelse. Gutten var sterkt medtatt og pulsen frekvent og «daarlig». Moland fant det derfor for risikabelt å sende ham til sykehus som lå ca. 50 km fra hans bolig. Pasienten ble i stedet brakt til et sted i nærheten av legens bolig der det ble utført empyemoperasjon. Etter alminnelig forberedelse ble et ca. 5 cm langt snitt laget på venstre side mellom skapularlinjen (skulderbladene) og bakerste aksillærline. Under lokal anestesi dissekerte legen seg gjennom brystkassen uten nevneverdig blødning og uten at pasienten «kjendte det mindste smerte». Det ble uttømt «en masse puss». Da operasjonssåret var sydd noe sammen, ble det lagt inn et drenerør som ble forbundet med «xeroformgaze», bomull og ullstoff. Forbindingen ble byttet hver dag i en uke, senere annenhver dag i en uke, så et par ganger i uken inntil pasienten etter 6 uker kunne reise hjem. Han kom til legetilsyn en gang i uken til såret var grodd. Pasienten ble operert 15. mai og ble utskrevet i slutten av juni. Ved juletider ble han igjen undersøkt. Lungene fungerte «fulstendig normalt» og arret etter operasjonssåret var jevnt og pent. Pasienten hadde begynt på amtsskolen i Helleland og hadde hele tiden følt seg frisk. «Naar man tar i betragtning, hvor let og smertefrit denne operation kan udføres under lokal anestesi med enkle apparater, kan der neppe være tvil om dens berettigelse i enkelte tilfælde, når den syke er svært medtat og ligger langt fra sygehus».⁴⁸⁷

Oppsummering

For å uskadeliggjøre smittekildene ble de syke plassert i isolat. For å hindre smitteoverføring fikk hygiene stor betydning og desinfisering og rengjøring ble utført. I tillegg ble opplysningsarbeid brukt som et ledd i å innføre gode hygieniske vaner. Opplysningsarbeidet kan også ha bidratt til å øke kunnskapen om de forskjellige sykdommene. Distriktslegen hadde også flere allierte i det forebyggende smittearbeidet. For å øke smitemottakerens motstandsevne, ble særlig vaksinasjon viktig. Aseptikken og antiseptikken var metoder benyttet for å øke pasientens motstandsevne mot infeksjoner i forbindelse med operasjoner.

⁴⁸⁶ Porter 1999: 370-371

⁴⁸⁷ Medisinalberetning for Sokndal 1917

Kapittel 7 - Avslutning og konklusjon

Vi har nå sett nærmere på helseforholdene i noen av Rogalands distrikter. Vi har sett på hvilke sykdommer som truet befolkningen og vi har sett hvilke tiltak som ble innført i kampen mot sykdommene. I vår sammenheng har vi vært spesielt opptatt av distriktslegens bidrag i kampen mot sykdom i perioden 1900-1940.

På begynnelsen av 1900-tallet var det, foruten sinnssykdom, de epidemisk smittsomme sykdommene som tok det meste av distriktslegenes tid. På denne tiden fantes det få medisiner og behandlingsmetoder som var effektive mot sykdom. Brøt sykdom ut, måtte pasienten ofte bare vente til sykdommen gikk over av seg selv. Distriktslegen måtte benytte de medisinerne og behandlingsmetodene han hadde tilgjengelig, noe som i mange tilfeller betydde smertelindring. Tuberkulose var en svært smittsom sykdom med høy dødelighet, men uten effektive medisiner, måtte sykdommen bekjempes på andre måter. Forebygging av sykdom fikk stor betydning, et arbeid som hørte til distriktslegens viktigste oppgaver. Å forebygge sykdom innebar å forhindre smitteoverføring. For å stanse overføring av smittsomme sykdommer, var de viktigste virkemidlene isolasjon, opplysningsarbeid, desinfeksjon, vaksinasjon, antiseptikk og aseptikk.

Oppdagelsen av mikrober førte til en stor endring i synet på sykdom og smitte. Bakteriologien ble «grunnleggende for utbyggingen og organiseringen av helsevesenet og for det forebyggende helsearbeidet. Og den påvirket i betydelig grad befolkningens holdninger, vaner og atferd». ⁴⁸⁸ Fra å forsøke å stanse miasmer og stank, ble det viktigere å isolere smittsomme pasienter. Ved å isolere pasienten, ble resten av samfunnet beskyttet. Tuberkuloseloven ga distriktslegene i egenskap av å være ordfører i helserådet, mulighet til å foreta tvangsinnlegginger. Ved tvangsinnleggelse, ble pasientene sikret god behandling og pleie. Distriktslege Collett, som selv ikke trodde bakterier var eneste grunnen til sykdom, fikk rett i at bakteriologien bidro til bedre hygiene. Kunnskapen om mikroorganismene var distriktslegene i besittelse av, en kunnskap de delte med befolkningen.

Distriktslegene fikk god hjelp i forbindelse med opplysningsarbeidet. Men det var distriktslegene som sto i første rekke i kampen mot sykdom. Mye kan tyde på at dette arbeidet

⁴⁸⁸ A. Schjøtz 2003a: 51

faktisk virket sykdomsforebyggende. I perioden fra 1900 til 1940 kunne distriktslegene stadig berette om bedre hygiene, bedre ernæring og bedre boliger. Det kan virke som om kunnskapsnivået blant befolkningen økte og at de fikk en ny forståelse for hva sykdom var.

Distriktslegene var ordførere i helserådene og det var forventet at medlemmene av rådet skulle bidra i opplysningsarbeidet. Men var helserådets medlemmer villige hjelpere? Møteprotokollene gir lite innblikk i diskusjonene og det kan godt tenkes at flere av distriktslegens avgjørelser ikke alltid var like populære. Ofte var medlemmene av helserådet også medlemmer av herredsstyret og deres interesser kan ha vært helt andre enn distriktslegens. Heller ikke medisinalberetningene skildrer forholdet mellom distriktslegene og helserådets medlemmer. Jeg har inntrykk av at distriktslegene, som doktor Stockmann fra *En folkefiende*, hadde befolkningens helse og sunnhet som førsteprioritet. Det er også distriktslegenes stemme som har vært fremtredende i denne oppgaven. Hva helserådets medlemmer foretok seg etter møtene, krever andre kilder og må bli et nytt studium.

Lærerne var også viktige for opplysningsarbeidet, men hvilken rolle spilte egentlig skolen i det helsefremmende arbeidet? Skolen skulle bidra til å endre barnas og foreldrenes holdninger og vaner til hygiene. Både blant lærere og leger i ledende kretser var det en oppfatning av at en sunn kropp var avgjørende for læring.⁴⁸⁹ Det ble trykket opp og gitt ut mange eksemplarer av lærebøker der renslighet og god hygiene ble formidlet.⁴⁹⁰ Det var ikke bare hygiene som var viktig for en sunn kropp. Allerede fra midten av 1800-tallet var det fokus på gymnastikk i skolen. Med den nye loven om folkeskole i 1936, ble kroppsøving obligatorisk for alle.⁴⁹¹ Det ble også ansett som viktig å ha et hensiktsmessig, hygienisk og lyst skolelokale. Sunnhetsloven av 1860 påla helserådene å holde tilsyn med skolene. Ved oppføringen av nye skolelokaler, skulle helserådene fungere rådgivende. I 1910 kunne helserådet i Gjesdal godkjenne planene om oppføringen av nytt skolebygg i Kyllingstad krets. Det var lett adgang til avløp for grunnvann og overflatevann samt god tilgang på rent drikkevann. «Tumlepladsen» for barna var god og hensiktsmessig.⁴⁹² I tillegg ble det ansett som skolens ansvar å sørge for at elevene fikk nok næring i løpet av skoledagen og i Oslo-skolene ble

⁴⁸⁹ A. Schjøtz 2003a: 248

⁴⁹⁰ A. Schjøtz 2003a: 115

⁴⁹¹ Nerheim 2015: 335 og 336; A. Schjøtz 2003a: 116

⁴⁹² Møteprotokoll for Gjesdal: 09.07.10

Oslo-frokosten innført. På bygdene ble barna bedt om å ta med niste hjemmefra med veiledning om hva matpakken burde inneholde.

Helt siden vaksiner begynte å bli masseprodusert og ble lett tilgjengelige, har de vært et viktig våpen i kampen mot sykdommer. Meslinger ble erklært utryddet i USA i 2000, men i 2015 var det et større utbrudd av sykdommen som spredte seg over store deler av landet. President Obama gikk ut og oppfordret foreldre til å la barna bli vaksinert.⁴⁹³ I Norge var det i 2011 et større meslingeutbrudd i Oslo der de fleste som ble syke ikke var vaksinert, åtte av disse var for unge til at de hadde fått vaksinen (som barn får når de er 15 måneder).⁴⁹⁴ Motstanden mot vaksiner har svingt frem og tilbake i mange år. Både i Sandnes og på Finnøy var det sterk motstand mot vaksinasjon på 1920-tallet. Den gangen måtte man søke til biskopen om fritagelse fra vaksinasjon. I dag er MMR-vaksinen, som blant annet beskytter mot meslinger, valgfri i Norge. Sølje Bergman har den siste tiden stått i spissen for vaksineskeptikerne i Norge. Bergman har valgt å ikke vaksinere sine tre barn fordi hun ikke stoler blindt på vitenskapen. Hun utalte i et intervju at «De som er for vaksiner har vitenskapen, mens vi som er imot ikke har annet enn vår tro på mennesket. Men jeg kan ikke leve mitt liv etter hva samfunnet sier at man bør gjøre». ⁴⁹⁵ Forskerne Mohn og Cox påpekte at så lenge vaksinasjonsdekningen blir liggende på 95% vil det gå bra, men hvis mange nok velger å gjøre som Bergman, ville sykdommene kunne spre seg i et raskt tempo. Videre hevdet de at vaksinene i dag er blitt så effektive at barnesykdommene ikke lenger er synlig i samfunnet og at «vi mister troen på at de finnes i det hele tatt. Men vaksiner er grunnsteinen i helsevesenet, og effekten av dem må ikke undervurderes. Vaksiner er, etter mat og vann, det første vi rykker inn med til katastrofeområder». ⁴⁹⁶ I en artikkel publisert i 1998 ble det lagt frem en hypotese om at MMR-vaksinen kunne forårsake inflammatorisk tarmsykdom og autisme. Artikkelen var falsk og ble trukket tilbake, men hypotesen førte til et redusert bruk av MMR-vaksinen i flere år. En dansk helseregisterbasert undersøkelse har i ettertid tilbakevist hypotesen, men fortsatt bruker mange skeptikere artikkelen som et argument mot vaksinasjon. ⁴⁹⁷

⁴⁹³ Dagsavisen 2015; VG 2015

⁴⁹⁴ Folkehelseinstituttet 2015

⁴⁹⁵ Westeng 2015

⁴⁹⁶ Mohn & Cox 2015

⁴⁹⁷ Folkehelseinstituttet 2015

Kobro hevdet i 1936 at distriktslegene hadde «spilt en fremtredende rolle i vårt land. Først og fremst ved sitt energiske arbeide for å bedre den almindelige hygiene, men dernest i kulturell, social og politisk henseende».⁴⁹⁸ Utsagnet viser tilliten, respekten og posisjonen distriktslegene hadde opparbeidet seg gjennom mange års arbeid. Distriktslegene var allsidige og engasjerte seg ikke bare i kampen mot sykdommene. De engasjerte seg også i politiske, kulturelle og sosiale forhold. Jeg er ikke like sikker på om befolkningen alltid var like begeistret for distriktslegens engasjement. Innbyggerne kunne nok til tider føle at distriktslegene hadde en nedlatende holdning ovenfor dem. Aina Schiøtz hevdet at «[d]et ville være å kreve det umulige om legene i utgangspunktet skulle kunne gripe og forstå den fremmede kulturen de trådte inn i».⁴⁹⁹ Distriktslegene befant seg helt klart i en egen habitus med en annen kulturell kapital, symbolsk kapital og økonomisk kapital enn befolkningen. Dette kommer gang på gang til uttrykk i medisinalberetningene og i helserådsarbeidet gjennom distriktslegenes holdninger ovenfor befolkningen.

Distriktslegen bidro på mange måter med å bekjempe sykdommer i Rogaland. For det første bidro distriktslegen til å bekjempe sykdom gjennom å tilby kurative tjenester til befolkningen. Han fungerte også ofte som fattiglege og behandlet de som ikke hadde midler til å betale fra egen lomme. Dette var et viktig arbeid, men det var det forebyggende arbeidet som i størst grad skilte distriktslegene fra de privatpraktiserende legene og som tok mye av distriktslegenes tid.

Stillingen som ordførere i helserådet ga distriktslegene en helt spesiell plass i samfunnet. De bestemte hvem som måtte isoleres og de holdt tilsyn med sunnheten i befolkningen. Som ordførere i helserådet hadde distriktslegene makt og kom den gangen med påbud og forbud. De kunne i mye større grad enn i dag påvirke befolkningens hverdag. Leger i dag må stort sett nøye seg med å oppfordre befolkningen til å ta kloke valg når det kommer til helse og sunnhet. Likevel er det ved enkelte sykdommer tvunget behandling, noe som tyder på at kampen mot smittsomme sykdommer fortsatt er høyst reell.⁵⁰⁰

⁴⁹⁸ Reichborn-Kjennerud, Grøn & Kobro 1936: 279 og 280

⁴⁹⁹ A. Schiøtz 2000: 250-251

⁵⁰⁰ Feiring 2014; Se også *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* av 1994

Bibliografi

- Aadnøy, A. (red.). (1979). *Bygd og by i Norge. Rogland*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Baldwin, P. (1999). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge University Press.
- Barry, J., M. (2004). *The Great Influenza. The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. USA: Penguin Books
- Blom, I. (2002, 10.01). Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca. 1940. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. Nr. 01. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/471855>
- Borza, T. (2001, 10.12). Spanskesyken i Norge 1918-19. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. Nr. 30. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/462099>
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S. Originaltittel: *La Distinction. Critique sociale du jugement*. 1979, Les Éditions de Minuit.
- Boye, T., Angell, T. (1927). *Norsk Medicinallovgivning. En kronologisk samling av lover og bestemmelser vedkommende Norges medicianlvæsen for aarene 1672-1900*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Brandsberg, R. (1988). *Sogndal Ladested, Sokndal og Egersund i eldre og nyere tid*. Egersund: [s.n].
- Bray, R. S. (1996). *Armies of Pestilence. The Impact of Disease on History*. New York: Barnes & Noble Books
- Brix, L. (2013). *Hvor ofte bør man vaske seg?* Hentet fra <http://forskning.no/bakterier-hygiene/2013/12/hvor-ofte-bor-man-vaske-seg>

Cipolla, C., M. (1992). *Miasmas and Disease. Public Health and the Environment in the Pre-Industrial Age*. New Haven og London: Yale University Press

Evans, R. J. (1987). *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910*. Penguin Books

Dagsavisen (2015, 05.02). Obama ber foreldre vaksinere. Hentet fra <http://www.dagsavisen.no/verden/obama-ber-foreldre-vaksinere-1.314993>

Feiring, E. (2014). Flere tuberkulosepasienter bør tvangsbehandles. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/Innhold/Nyheter/2014/August/Flere-tuberkulosepasienter-boer-tvangsbehandles>

Folkehelseinstituttet (2008, endret: 2015). Vaksinasjonsboka. 1.11 Holdninger til vaksinasjon. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=68730>

Fuglum, P. (1995). *Brennevinsforbudet i Norge*. Trondheim: Tapir forlag

Furre, B. (2010). *Norsk historie. 1914-2000*. (4. oppl.). Oslo: Det Norske Samlaget

Gadamer, H-G. (2003). Forståelsens sirkel (1959). *Forståelsens filosofi*. Artikkene er hentet og oversatt fra bind I og II av *Gesammelte Werke/ Hans-Georg Gadamer 1986/1993*. Oversatt av Helge Jordheim, Cappelen Damm (finn originaltittel).

Grude, E. H., Næss, H. E., Nerheim, G. (2015). *Folkestyrets fotfolk 1837-1940*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Haave, P. (2000). *Sterilisering av tatere 1934-1977. En historisk undersøkelse av lov og praksis*. Oslo: Norges forskningsråd

Hovig, B., Lystad, A. (1987). *Infeksjonssykdommer – forebygging og kontroll i samfunn og sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget

Iezzoni, L. (1999). *Influenza 1918. The Worst Epidemic in American History*. New York: TV Books

Kjeldstadli, Knut. (1997). Det fengslende ordet. Om «den språklige vendingen» og historiefaget. I Pryser, Tore (red.), *Valg og vitenskap. Festskrift til Sivert Langholm* (s. 51-78). Den Norske Historiske Forening – HIFO

Kjørup, Søren. (4. opplag 2014) *Menneskevidenskabene. Humanistiske forskningstraditioner*. Roskilde Universitetsforlag. 1. utgave 1996.

Kobro, I. (1908). *Norges Læger 1800-1908*. Første bind. Kristiania: Trykt i Centraltrykkeriet, 3. utgave av F. C. Kiær: *Norges læger i det nittende aarhundre (1800-1886)*.

Kobro, I. (1915). *Norges Læger 1800-1908*. Andet bind. Kristiania: Alb. Cammermeyers forlag, Lars Swanstrøm. 3. utgave av F. C. Kiær: *Norges læger i det nittende aarhundre (1800-1886)*.

Kobro, I. (1927). *Norges læger 1909-1925*, Oslo: Forlaget av H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).

Kobro, I. (1938). *Norges læger 1926-1936*, Oslo: Forlaget av H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).

Krohn, M. (1857). *Om reenligheden*. Hentet fra <http://www.uib.no/igs/66995/om-reenligheden-25juni-1857>

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

Laufer, B. (1907). A Plea for the Study of the History of Medicine and Natural Sciences. *Science*, New Series, Vol. 25, No. 649, pp. 889-895. Publisert av: American Association for the Advancement of Science

Leavitt W., J. (1990). Medicine in Context: A Review Essay of the History of Medicine. *The American Historical Review*, Vol. 95, No. 5, pp. 1471-1484. Publisert av: Oxford University Press in behalf of the American Historical Association.

Lie, A., K. (2008) Nyere perspektiver innen medisinsk historie, *Nytt Norsk Tidsskrift*, Universitetsforlaget, Nr. 2

McGowen, R. (1991). Identifying Themes in the Social History of Medicine. *The Journal of Modern History*, Vol. 63. No. 1, pp. 81-90. Publisert av: The University of Chicago Press

McNeill, W., H. (1998). *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Books

Mohn, K., G-I., & Cox, R., J. (2015, 22.03). Sølje Bergman er farligere for barn enn vaksiner. *Bergens Tidene*. Hentet fra: <http://www.bt.no/meninger/kronikk/Solje-Bergman-er-farligere-for-barn-enn-vaksiner-3325135.html>, sist besøkt: 14.04.16

Mork, T. (1974). *Den offentlige lege og hans arbeid. Helsedirektørens orientering til de offentlige leger 1974-75*. Oslo: helsedirektoratet – legekantoret.

Nerbøvik, J. (2011). *Norsk historie. 1860-1914*. (4. oppl.). Oslo: Det Norske Samlaget

Nerheim, G. (2015). Del 3. 1920-1940. I Grude, Næss og Nerheim, *Folkestyrets fotfolk 1837-1940* (s. 243-369). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Nesby L., H. (2014). Om åndssvake i etterkrigstidens Norge. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/3210865#doi>

Norsk folkemuseum ([s.a.]), *Hygiene*. Hentet fra <http://www.norskfolkemuseum.no/utstillinger/Faste-utstillinger/Teknologi-i-hjemmet/Hygiene/>

Ohman Nielsen, M-B. (2008). *Mennesker, makt og mikrober. Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Pedersen, A. G. ([s.a.]). Dødelighetsmønsteret i endring: Fra infeksjoner til livsstil. *Historisk helsestatistikk*. 30- 51. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-ii-1b.pdf>

Porter, R. (red.). (1996). *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press

Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History og Humanity from Antique to the Present*. London: Fontana Press

Reichborn-Kjennerud, I., Grøn, Fr., Kobro, I. (1936). *Medisinens historie i Norge*. Oslo: Grøndahl & søns forlag

Reigstad, I. ([s.a.]). Jærhuset. Hentet fra http://www.jaermuseet.no/samlinger/wp-content/uploads/sites/16/2015/09/1997_009_J%C3%A6rhuset.PDF

Sandvik, H. (2000). Distriktslegen. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/203254>

Schiøtz, A. (2000). *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*. (Doktorgradsavhandling), Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo, Oslo.

Schiøtz, A. (2003a). *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget

Schiøtz, A. (2003b). *Doktoren. Distriktslegens historie 1900-1984*. Oslo: Pax Forlag

Schiøtz, A., Hem, E. (2011, 17.06) Medisinhistorie eller medisinsk historie? *Tidsskrift for den Norske legeförening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2112898>

Schiøtz, C. (1938). *Lærebok i hygiene*. (2. utg.). Oslo: Fabritus & sønners forlag

Schjønsby, H. P. (2001, 10.01). Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskrift for Den Norske legeförening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/243435>

Seip, A-L. (1994a) *Sosialhjelpstaten blir til: Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Seip, A-L. (1994b). *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S

Sletten, V. (1948). *Rogaland rundt. Natur, folk, arbeidsliv*. Stavanger: Stabenfeldt Forlag.

Søraa, G. (1984). *Hent jordmora!* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Tveite, S. (1959). *Jord og gjerning: trekk av norsk landbruk i 150 år: Det Kongelige selskap for Norges vel, 1809-1959*. Kristiansand: I kommisjon hos Bøndenes forlag

Tyrland, M. (2001, 12.01). Kopper og koppevirus – 200 år siden første vaksinasjon i Norge, *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/461929>

Ulleberg, E. K. (2015, 06.10) Kan være farlig å drikke melk som ikke er pasteurisert. Hentet fra <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse/2015/09/upasteurisert-melk-usunt>, sist besøkt 05.04.16.

VG (2015, 09.02). VG mener: Vaksinemotstand. Hentet fra: <http://www.vg.no/nyheter/meninger/vg-mener-vaksinemotstand/a/23391357/>, sist besøkt: 14.04.16

Westeng, K. (2015, 12.02). Da jeg fikk meslinger på skolen var det aldri et skyldspørsmål. *Nettavisen, Side 2*. Hentet fra: <http://www.side2.no/helse/--da-jeg-fikk-meslinger-pa-skolen-var-det-aldri-et-skyldsprsmal/8541702.html>, sist besøkt: 14.04.16

Oppslagsverk

Braut, G., S. (2009). Sanatorium. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/sanatorium>

Braut, G., S. (2014). Helsevesenet. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helsevesenet>

Om Emil von Behring. Hentet fra

http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1901/behring-article.html

Folkehelseinstituttet. ([s.a]). Holdninger til vaksinasjon. Hentet fra

<http://www.fhi.no/artikler/?id=68730>

Grønlie, T. (2015). Helsereformer. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/helsereformer>

Harboe, M. (2016). Immunserum. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/immunserum>

Helsenorge ([s.a]). Kostråd: Spis minst fem om dagen. Hentet fra <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/fem-om-dagen>

Helsenorge ([s.a]). Vaksiner og vaksinebivirkninger. Hentet fra

<https://helsenorge.no/vaksiner/vaksiner-og-vaksinebivirkninger>

Larsen, Ø. (2009). Bendix Ebbell. *Norsk biografisk leksikon*. Hentet fra

https://nbl.snl.no/Bendix_Ebbell.

Larsen, Ø. (red.). (2014). Louis Pasteur. *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Louis_Pasteur

Myrvang, Bjørn. (2015). Tuberkulose. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/tuberkulose>

Myrvang, Bjørn. (2015a). Tyfoidfieber. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/tyfoidfieber>

Møteprotokoll: <http://www.arkivverket.no/arkivverket/Offentleg-forvalting/Regelverk/Arkivterminologi-bokmaal>, 20.03.16).

Nesheim, B-I. (2014). Barselfeber. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/barselfeber>

Norsk Helseinformatikk (2015). *Difteri*. Hentet fra

<http://nhi.no/livsstil/reisemedisin/sykdommer/difteri-1740.html>

Thorsnæs, G. (2014). Dalane. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/Dalane>

Tvedt, K., A. (2015). Brennevinsforbudet. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/Brennevinsforbudet>

Tønjum, T. (2014). Forkjølelse. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/forkj%C3%B8lse>

Øye, I. (2009a). Acetylsalisylsyre. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/acetylsalisylsyre>.

Øye, I. (2009b). Digitalis. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/digitalis>

Øye, I. (2014). Kamfer. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/kamfer>

Statistikk

Statistisk sentralbyrå ([s. a.]). *Antall leger og antall innbyggere per lege. 1900-2009*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/201102/09/tab-2011-05-02-02.html>

Bilder

<http://akkuratherog.no/content/j%C3%A6ren-distrikt>

Kilder

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene (1900). Hentet fra http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iv_055.pdf

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene (1908). Hentet fra http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_v_122.pdf

Riksarkivet

Medisinalberetningene for Sokndal, Finnøy og Sandnes finnes for årene 1900-1921 i

Medisinaldirektørens arkiv under Kontoret for lege- og sunnhetsvesen (MD I).

I mappen for årene 1910 og 1911 finnes teksten «Litt om hygieniske o.a. Forhold i Sogndal

Lægedistrikt (Stavgr. amt)» skrevet av Wingard for året 1911.

Medisinalberetningene for Sokndal, Finnøy og Sandnes finnes for årene 1922-1935 i arkivet

til Statistisk Sentralbyrå under Sosiodemografiske emner, Helseforhold og helsetjenester

Statsarkivet i Stavanger

Arkiv: Hjelmeland – distriktslege

Arkivstykke: Møteprotokoll – Helseråd. 1858-1943

Arkiv: Distriktslegen i Sogndal

Arkivstykke: Nr. 35

Sunnhetsprot./møtebok. 1856-1948

Arkiv: Distriktslegen i Sogndal

Arkivstykke: Forhandlingsprotokoll for sunnhetskommisjonen i Soggendals Ladested 1861-1941

Arkiv: Distriktslegen i Gjesdal

Arkivstykke: Forhandlingsprot. 1861-1963

Lover

Sunnhetsloven. (1860). Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme.

Tuberkuloseloven. (1900). Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme funnet i Norges Love. Samling af gjældende love af praktisk betydning. Udgivet

med henvisninger af P. I. Paulsen, expeditjonschef, Andet bind 1891-1908. Kristiania, Forlaget av H. Aschehoug & Co. (W. Nyggard): 1908

Bestemmelser om Renhold m.m. i Skoler. (1902). Funnet i *Sunnhetstilstanden og medicinalforholdene* (1902), side 382-383. Hentet fra http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iv_103.pdf

Stortingsforhandlinger

Ot. prp. nr. 17. (1934). *Lov om adgang til sterilisering m.v.*

Indst. o. x. (1912) Indstilling fra Næringskomite nr. 2 angaaende lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger. (Ot. prp. nr. 39. For 1911, dok. nr. 7 for 1912)