

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SO330S

Navn: Lisbeth Øgsnes

Kandidatnummer 14

Endring i smitte og sykdomsforståelsen blant legene i Hamarøy, Steigen og Tysfjord kommune i perioden 1860-1920

Hvilke epidemier rammet kommunene og hvordan vurderte legene smitten tilknyttet sykdommene i samme periode?

Dato: 16.11.2020

Totalt antall sider: 81

FORORD

Mark Harrison skrev i boken *Disease and the modern time* «In early modern Europe epidemics provided a regular reminder of the frailty of human life».¹

Menneskets sårbarhet kommer tydelig frem når liv og helse trues. 2020 vil for historien bli stående som året da Covid-19 rammet verden og store deler av befolkning, på ulikt vis, fikk føle pandemiens konsekvenser. Virusets spredning har vært med en fart og et omfang ingen har sett maken til siden spanskesyken i 1918. Året har vært uvirkelig og annerledes, og ved utgangen av 2020 har vitenskapen enda ikke kommet i mål med utvikling av vaksiner.

Å skrive en master i helsehistorie året 2020 har fremfor alt vært spennende, men også utfordrende. Spennende i forhold til at historien gjentar seg og utfordrende fordi pandemien krevde ekstra av meg i min jobb og førte til at oppgaven ikke ble ferdig i tide. Så takk for utsettelsen. Vil også takke Trine og Idar som har sett mine skrivefeil da jeg selv var nærmest blendet. Sist, men ikke minst må jeg takke min bedre halvdel. Han har tålmodig lagt til rette for at jeg skulle få skrive og viktigst av alt, motiver og pushet meg med stor tro på at dette kom jeg til å klare. Takk Knut Erik.

¹ Harrison 2008:27

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	1
1 Innledning	4
2 Teoretisk bakgrunn	7
2.1 Historiografi	7
2.2 Anvendte kilder	9
2.2.1 Medisinalberetningene	9
2.2.2 Litteratur	11
3 Metode	14
4 Distriktslegeutviklingen og samfunnet	17
4.1 Legeutviklingen i Norge og Nordland amt	17
4.2 Distriktslegene i Steigen og Hamarøy	20
4.3 Distriktslegene og leger i Lødingen og Tysfjord	23
5 Sunnhetsloven av 1860 og dens betydning	27
6 Endringer i legenes forståelse av sykdom og smitte	33
6.1 Humoralpatologien	33
6.2 Miasmeteorien	34
6.3 Kontagonismen	35
6.4 Endring i forståelsen av smitte blant legene i Hamarøy, Steigen og Tysfjord	36
6.5 Bakteriologien	41
7 Epidemier som rammet Steigen, Hamarøy og Tysfjord	45
7.1 Kolera og kolera nostras	46
7.2 Tyfoidefeber	49
7.3 Tuberkulosen	53
7.4 Difteri	60
7.5 Spanskesyken	63
8 Avslutning	68
9 Kilder og litteratur	73
10 Vedlegg	79

1 INNLEDNING

Som tema til denne masteroppgaven har jeg valgt å se på endring i legenes forståelse av sykdom og smitte og epidemiene som rammet Hamarøy, Steigen og Tysfjord kommune. For å undersøke dette vil jeg nærmere bestemt fokusere på legene som hadde sin tjeneste i disse kommunene og deres forståelse av smitten tilknyttet epidemiene som rammet befolkningen. Vurderte legene sykdom og smitte utfra miasmatiske, kontagiøse eller bakteriell forståelse? Like sentralt i besvarelsen var å undersøke hvilke epidemier som rammet kommunene og se etter legenes egne vurdering av sykdommen og smitten i perioden 1860-1920.

1860 er valgt som oppgavens starttidspunkt av flere årsaker. Med Sunnhetsloven av 1860 viste staten økende vilje til å ta ansvar for befolkningens helse og var et viktig vendepunkt i norsk helsehistorie. Loven med sine tre kapitler skulle regulere det offentlige helsearbeidet over hele landet. Hvilken betydning fikk Sunnhetsloven for Hamarøy, Steigen og Tysfjord? Den viktigste bestemmelsen av loven var opprettelse av sunnhetskommisjoner i alle byer og alle formannskapsdistrikt, noe som betød en kommisjon i hver kommune. For distriktslegene i Hamarøy/Steigen og Tysfjord/Lødingen innebar dette at de ble ordførere i to sunnhetskommisjoner. Med de store geografiske og ofte utfordrende reiseveiene kan man undre seg over hvordan befolkningens tilgang til legene og helsehjelp egentlig var?

1860-tallet var en periode hvor førmoderne sykdomsforståelsen fortsatt var gjeldende, men ble utfordret av ny kunnskap. Forståelsen av hva sykdom ble skapt av har utviklet seg gjennom generasjoner. Den eldste, humoralpatologien, oppsto i antikken og så sykdom i sammenheng med ubalanse i kroppsvæskene. De greske medisinere mente at sykdom var skapt av miasmer. Miasmene, som var luftbårne urenheter eller forurensning fra jorden, kunne utløse mange ulike sykdommer. Fra 1500 tallet fremsto en konkurrerende teori hvor sykdom kunne skyldes små «usynlige vesenene». Disse kunne overføre sykdom fra en person til en annen. De «usynlige vesenene» ble kalt contagium, som betyr berøring eller smitte.² Teorien fikk ikke anerkjennelse, men blant medisinere på 1800-tallet ble teorien på nytt bragt frem og det store spørsmålet var om sykdom ble skapt av miasmer eller contagium? Legenes handlinger gjenspeilte gjerne deres overbevisning, men grensene var ikke absolutte.

² Schiøtz 2003:32

Legedistriktene var i begynnelsen tilknyttet kirkesognene, hvilket innebar store geografiske områder og ofte utfordrende og farlige reiseveier for å bistå pasientene. Hvordan var distriktslegeutviklingen for Hamarøy, Steigen og Tysfjord? Valg av Hamarøy, Steigen og Tysfjord er først og fremst basert på at det ikke er gjort tilsvarende undersøkelser i kommunene tidligere og for det andre er dette typiske distriktskommuner med noe ulik historie tilknyttet legedekning og behandling av sunnhetsforskriftene. Hamarøy hadde felles legedistrikt med Steigen frem til 1882, mens Tysfjord og Lødingen var ett distrikt helt frem til 1911. Perioden legedistriktene var sammenslått blir de i oppgaven betegnet som Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjord, inntil de omtales hver for seg. Distriktslegeordningen var i utvikling, men det skulle ta tid før det ble en lege i hvert distrikt, også for Hamarøy og Tysfjord. Oppgaven vil i startfasen berøre alle fire kommuner fordi medisinalberetningene var felles. Etter hvert som distriktene ble delt vil oppgaven fokusere på helseforholdene i Hamarøy, Steigen og Tysfjord.

Med etablering av sunnhetskommisjoner og større fokus på befolkningens helse var det et økende krav til legene om dokumentasjon av helsetilstanden. Kildematerialet fra 1860-tallet er derfor blitt mer omfattende og av en slik form og kvalitet at det har vært av stor verdi for denne oppgaven. Kildematerialet har vært stort og avgrensingene nødvendig. Samtidig har det flere ganger falt naturlig å dra historien og tematikken lengre bak i tid. Dette er gjort for å vise sammenhenger og for å gi helhetsforståelse i tematikken.

Med dette som bakgrunn har jeg valgt følgende tema og problemstilling:

[Endring i smitte og sykdomsforståelsen blant legene i Hamarøy, Steigen og Tysfjord kommune i perioden 1860-1920](#)

[Hvilke epidemier rammet kommunene og hvordan vurderte legene smitten tilknyttet sykdommene i samme periode?](#)

For å belyse temaet og besvare problemstillingen starter kapittel to med historiografi hvor medisinsk historie gis en kort gjennomgang før anvendte kilder presenteres. Kapittel tre, metode, begrunner mine vurderinger og valg jeg har gjort for å kunne besvare tema og problemstillingen. I kapittel fire redegjøres for distriktslegeutviklingen i Norge og Nordland generelt og de utvalgte kommunene spesielt. I tillegg presenteres de ulike legene som av en eller annen grunn hadde gjort seg bemerket eller var av betydning for kommunene. Gjennom

Sunnhetsloven av 1860 og den påfølgende veiledningen, ble det utarbeidet sunnhetsinstrukser i noen kommuner, andre ikke. Hvilken betydning fikk Sunnhetsloven for Hamarøy, Steigen og Tysfjord og fikk utarbeidelsen av sunnhetsinstrukser betydning for kommunenes helsetilstand? Sunnhetsloven og den påfølgende veilederen ble håndtert ulikt av kommunene og blir behandlet i kapittel fem. Ved hjelp av sunnhetsinstruksene og medisinalberetningene skal jeg i kapittel seks følge legene i Hamarøy, Steigen og Tysfjord sine endringer i forståelsen av sykdom og smitte i perioden 1860-1920. Legenes endringer i forståelsen av sykdom og smitte videreføres i kapittel syv, da den settes i sammenheng med de ulike epidemiene som rammet Hamarøy, Steigen og Tysfjord. Kapittel åtte gir avslutning og besvarelse av de ulike problemstillingene oppgaven har reist.

2 TEORETISK BAKGRUNN

2.1 HISTORIOGRAFI

Lege og idehistoriker Anne Kveim Lie har i sin doktorgradsavhandling fra 2008 skrevet «Et ofte gjentatt mantra i den senere tid er at medisinsk historie tidligere i stor grad var et fag forbeholdt leger, skrevet av leger, for leger og om leger».³ I Tidsskriftet til den norske legeforening fra 2011 skrev Aina Schiøtz og Erlend Hem at legene var produsenter av medisinhistorie og i samme artikkel diskuteres begrepene «medisinhistorie» eller «medisins historie».⁴ De hevdet at begrepene de siste tiår har blitt anvendt omtrent synonymt, noe som har ført til et utydelig skille selv om det er klare forskjeller. Schiøtz og Hem viste til at begrepet «helsehistorie» eller «medisin og helsehistorie», som organisasjonen The European Association for the History of Medicine and Helath anvender, kan være gode alternativer med et ønske om å favne hele det medisinske feltet.⁵ For å komme befolkningen nærmere i møte, kan også begrepet folkehelse anvendes. Store norsk leksikon definerte begrepet slik:

Folkehelse er helsetilstanden i en avgrenset befolkning, et land eller en region. Folkehelse er noe annet og mer enn summen av de enkelte innbyggernes helsetilstand. Begrepet tar også opp i seg økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold som påvirker helsetilstanden.⁶

Begrepet folkehelse favner bredere og gjør det mer relevant å se helse i sammenheng med omkringliggende faktorer som har påvirket menneskene gjennom tiden. Faktorer som menneskene har vært styrt og avhengige av for å skape et godt liv og god helse.

Medisinsk historie, med søkelys på medisinhistorie er et relativt nytt forskningsfelt som ble forankret og institusjonalisert i Tyskland tidlig på 1900-tallet. I løpet av 1930-tallet emigrerte tyske medisinhistorikere til USA og faget ble etablert som forskningsfelt.⁷ På dette tidspunkt ble medisinsk historie satt i sammenheng med legevitenenskapens fremskritt og de store oppdagelsene. Der var god avstand fra de sosiale, kulturelle og politiske sammenhengene faget

³ Lie 2008:12

⁴ Schiøtz og Hem 2011

⁵ Schiøtz og Hem, 2011:131

⁶ <https://sml.sn.no/folkehelse>, 20.09.2020

⁷ Lie 2008:12

hadde for den historiske utviklingen. Ikke før 1970-tallet, da faghistorikerne inntok medisinhistorie, fikk faget nye vitenskapelige vinklinger og forskningen ble presentert ved hjelp av samfunnsvitenskapelige metoder og nye perspektiver.

I Anne Kveim Lies artikkel *Nye perspektiver innen medisinsk historie* fra 2008, har hun valgt å definere de siste førti årene med medisinhistorisk forskning i tre hovedtendenser, medisinens sosialhistorie, medisinens kulturhistorie og medisinens vitenskapshistorie. Hun poengterte at tendensene ikke må forstås kronologiske og at de fortsatt lever side om side, innen de medisinhistoriske miljøer. Samtidig markerte tendensene overgangen fra medisinhistorie til medisinsk historie. Den første tendensen, medisinens sosialhistorie, har hun valgt å starte på 1970-tallet da faghistorikerne inntok fagfeltet og kan på denne måten anses som en videreutvikling og nærmere definering av fagfeltet.

Gjennom faghistorikerne ble teoretiske og metodiske innfallsvinklinger endret. Først og fremst gjennom medisinens sosialhistorie og et «bottom up»-perspektiv. Øivind Larsen skrev i sin leder til tidsskriftet *Michael* nr 4/2012 at «History from below» ble et slagord og en trend i historiefaget for en drøy mannsalder siden.⁸ Historiens søkelys ble rettet mot den vanlige kvinne, mann, barn, arbeidsliv og hverdagsliv. Dette ble motvekt til det som ble ansett som gammeldags historie, hvor historien ble sett ovenfra. Mens den gammeldagse og tradisjonelle medisinhistorie var en underdisiplin til medisin, ble medisinens sosialhistorie et historiefag. Medisinens sosialhistorie var opptatt av de sosiale årsakene til medisinske fenomen. Ifølge Kveim Lie proklamerte den britiske medisinhistorikeren Roy Porter i 1985 «at en historie sett fra pasientenes synspunkt var medisinhistoriens egentlige anliggende».⁹ For å løfte pasientene som medisinhistoriens drivkraft måtte nye kilder anvendes. Dette var administrative arkiver, kirkebøker, dagbøker, brev og aviser. Disse ble kildene nærmest og spesielt viktig i sosialhistorien. Historikernes ønskemål om bruk av uhildete kilder ble supplert med tolkninger av subjektive tanker og innstillinger hos teksteier. Samfunnsvitenskapelige metoder og teoretiske perspektiver ble tatt i bruk sammen med hermeneutikken og sosiale årsaksforklaringer, som ble en viktig del av historiefagets vitenskapelige metoder.

Den andre tendensen Kveim Lie omtalte var medisinens kulturhistorie. I forbindelse med stigmatiseringen av AIDS-syke på 1980-tallet skapte kulturaspektet en ny tendens som ble viktig for betydningen av sykdomsoppfatningen. Historikerne rettet nå oppmerksomheten på meningene som de medisinske fenomenene hadde hatt i fortiden. Utgangspunktet var «den nye» kulturhistorien og forskerne undersøkte nå hvordan mennesker i fortiden gav mening til sine liv

⁸ Larsen 2012:323

⁹ Lie 2008:158

under sykdom, til naturen, til sosiale relasjoner i det medisinske feltet, og til slutt sine kroppar.¹⁰ Mens kulturhistorien søkte kilder som kunne belyse den sosiale situasjonen, ble alle kilder som kunne si noe om hvordan mening ble skapt i medisinske relasjoner relevante. Fra 1990 oppsto det Kveim Lie definerte som den tredje tendensen, medisinenes vitenskapshistorie. Medisinsk vitenskapshistorie fikk sin renessanse med én avgjørende endring. De store fremskritt og oppdagelsene ble erstattet med teori om hvordan kunnskap ble til i laboratoriet. De vitenskapelige feiltrinn og sidespor skulle undersøkes med samme metode, samme begrepsapparat og gi ny kunnskap. Produksjonen av kunnskap, fra både kulturelle og sosiale forhold, var like viktig som gyldigheten. Historisering, som teoretisk innfallsvinkel og metodisk prinsipp, innebar et syn på at kunnskap og viten i utgangspunktet var historisk frembrakt.

Medisinenes sosialhistorie vil være denne oppgaven nærmest og besvarelsen vil vise historien «from below», sett fra legens ståsted. Legens subjektive beskrivelser og tolkninger i forbindelse med smitte og sykdom er informasjon som benyttes for å finne svar på tema og problemstilling. Dette vil spesielt gjelde kapitlet som omhandler legenes forståelse for smitte og sykdom, men også kapitlet som behandler de ulike epidemiene kommunene ble rammet av og legens vurdering av smitten tilknyttet sykdommene. I legens beskrivelse av sykdom, smitte og levekår berøres også medisinenes kulturhistorie. Legens kulturelle ståsted fikk betydning i vurderingen av hygieniske forhold og befolkningens levesett.

2.2 ANVENDTE KILDER

2.2.1 Medisinalberetningene

Det finnes relativt mye forskning omkring tematikken helsehistorie i Norge. Her finns kunnskap å anvende for å belyse mine problemstillinger, men også for å skape nye refleksjoner og forklaringsmåter. Sentralt i utvelgelsen av litteratur og tidligere forskning har vært forskernes beskrivelse av tidsperiodens medisinske situasjon, helse- og leveforhold. Sentralt i dette er legene, deres profesjonsutvikling, sykdommene som rammet samfunnet og de vitenskapelige fremskritt som førte til endret syn på sykdom og smitte. For å få kunnskap om dette har medisinalberetningene vært mine primærkilder og har aktivt vært brukt for å finne svar. Medisinalberetningene har en relativ lang historie, selv om det tok tid før kongeriket Danmark-Norge fikk sin distriktslegeordning og medisinalberetningene ble landsomfattende.

¹⁰ Lie 2008:160

Medici overalt i de kgl. riger og lande skal aarlig, eller og ved forefaldende leilighet, med decano Facultatis i Kbhavn kommunikere, hvis rart og besynderlig in Re Medica eller naturali forefalder, hvilket decanus skal optegne in actis facultatis, posteritatem til efterretning.¹¹

Kravet om årlige rapporteringer fra 1672 kom fra dobbeltmonarkiet og representerte de første spor av offentlig tilsyn og bestemmelser. I første omgang var det rettet til medicis og apotekerne og rapporten skulle omhandle helseforhold. Rapportene representerte en tidlig statlig inngripen i legenes virke, men også en forløper til den senere medisinalberetning som vedvarte helt frem til 1984, da Kommunehelsetjenesteloven ble innført.¹² Det første kravet til årlige innberetninger kom til Norge som forordning av 20. desember 1803. Her ble det bestemt at «legene skulle innberette om sykdommer i sitt distrikt, spesielt kopper, fnatt og veneriske sykdommer, mortaliteten, inntrufne ulykkelige hendelser, tallet på praktiserende leger og jordmødre og deres vilkår, kvakksalveri og apotekervesen».¹³ Disse skulle sendes til sentrale myndigheter. Allerede i 1830 kom utvidede krav til innberetningene, og må derfor anses som om at beretningene var av betydning og verdi for de statlige myndigheter.

I tillegg til tidligere krav skulle legene nå redegjøre for alle epidemiske, endemiske og kontagiøse sykdommer. Nytt var også at rapporten skulle ha kommentarer om sykepleiere, sykehusdrift, badeinnretninger, antall obduksjoner, klimatiske forhold og andre forhold av forskningsinteresse for legevitenskapen.¹⁴ Ved årets slutt ble medisinalberetningene sendt fra distriktslegen til amtslegene, som formidlet dem videre til de statlige organene. I begynnelsen til Departementet for det indre. For perioden 1815-1891 ligger beretningene i arkivet til Justisdepartementet under medisinalkontoret M. For perioden 1891-1921 er beretningene systematisert amtvis i medisinaldirektørens arkiv under Kontoret for lege- og sunnhetsvesen (MD I). Fra 1922-69 ble rapportene sendt til Statistisk Sentralbyrå, sosiodemografiske emner, Helseforhold og helsetjenester, hvor de er sortert fylkesvis. Dette materialet har klausulering på 80 år. Siden dette arbeid berører perioden mellom 1860-1920 har det ikke vært nødvendig å søke innsyn på klausulert materiale og vil ikke være relevant som kilde for denne oppgaven.

¹¹ Schønsby 2009:3

¹² Moseng 2003:42

¹³ Larsen m.fl. 1986:60

¹⁴ Schiøtz 2003:36

Fra 1853 ble amtlegens rapporter samlet inn til årlige bearbejdede oversikter fra hele landet samlet under navnet «Beretning om Sunhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge». Rapportene er å finne hos Statistisk Sentralbyrå, ssb.no, under punkt 2.9 Generelle helseforhold. Beretningene er organisert fylkesvis og gir både skjematjsererte oversikter og generelle uttalelser over fylkets helsetilstand. Beretningene har vært en viktig kilde i arbeidet med å sammenlignepidemiene som rammet Hamarøy, Steigen og Tysfjord mot Nordland generelt.

Medisinalberetningene er et rikt kildemateriale med gode opplysninger, først og fremst om helsetilstanden i kommunene, men også om distriktslegenes mulighet for å yte helsehjelp. Beskrivelsene av befolkningens medisinske ståsted, legens oppfattelse av befolkningen og de ulike sykdommene som rammet samfunnet har vært viktig å hente ut av beretningene. Noen ganger, da legen beskrev behandlingen som ble gitt, har dette for det første gitt meg kunnskap om tilgjengelig behandling og for det andre kunnskap om legens forståelse av sykdom og smitte. Gjennom beretningene har det vært mulig å følge legenes kunnskap, tankesett og praksis. Dette var i en periode hvor den medisinske vitenskapen gjorde store fremskritt. Beretningene som redegjorde for leveforhold, hvordan været påvirket avlingene og fiskeriet, avdekket leger som hadde forståelse for sammenhengene mellom levekår og sykdom. Flere leger kommenterte allmuens boforhold, bekledning og sømmelig versus usømmelig levesett. Kommentarer som kan virke nedlatende overfor befolkningen, men må forstås i lys samtiden og utfra legens kulturelle ståsted. Beretningene har gitt meg et mangfold av beskrivelser av helseforholdene i Hamarøy, Tysfjord og Steigen, samtidig som kildekritisk bevissthet har vært helt nødvendig for å få mest korrekt informasjon fra beretningene.

2.2.2 Litteratur

For å få kunnskap om de vanligste sykdommene som rammet samfunnet gjennom 18- og 1900 tallet har spesielt tobindsverket til professorene i medisinsk historie Ole Georg Mosen og Aina Schiøtz vært relevant. Med hovedtittel *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003* har Moseng og Schiøtz forfattet hver sin bok. I bind I, *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*, har Moseng grundig redegjort for oppbyggingen av ansvaret for folkets helse. Her beskrives ulike sykdommer, epidemier og samfunnsmessig utvikling som bidro og dannet grunnlag for politisk handling frem til 1850. Bind II av Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, har vært like relevant da den viderefører helsevesenets utvikling frem til 1920, som er besvarelsens sluttunkt. Sluttent av 1800-tallet er ansett som et paradigmeskifte i den medisinvitenskapelige periode. Dette er tiden da de store oppdagelsene og de viktige hendelsene som for eksempel

bakteriologiens gjennombrudd, er godt og nøye behandlet av Schiøtz. I bind II begrunner Aina Schiøtz hvordan kampen mot epidemiene og infeksjonssykdommene var sterke drivkrefter til utviklingen av det offentlige helsevesen. Sykdom ble politikk og folkets helse et offentlig ansvar. Parallelt med medisins historie utvikles politisk, ideologisk og kulturell forståelse av folkets helse og velferd, noe som skulle bidra til en sterk og mektig stat. Disse forholdene har bidratt sterkt til det helsevesenet vi i dag er konsumenter av. Velferdsutviklingen, som preget det 20. århundret, har i stor grad skapt dagens helseutfordringer, hvor helsevesenet forventer helbredelse av sykdom og forhindre død. Dette står i stor kontrast til 1800-tallets forståelse av sykdom og død, som var en naturlig del av hverdagen. Utviklingslinjene og de ulike sykdommene som samfunnet ble rammet av, beskrives gjennom begge bindene og blir sentralt i mitt arbeid.

Aina Schiøtz er også forfatter bak boken *Viljen til liv* hvor hun har skrevet om de vesentligste trekkene i medisins utvikling fra oldtid til i dag. Boken er spesielt relevant fordi den belyser ulike sykdommer som rammet samfunnet i aktuell tidsperiode. For å få kunnskap om distriktslegeutviklingen har også Aina Schiøtz bok *Doktoren* vært viktig. Her har hun beskrevet distriktslegeutviklingen fra den spede begynnelse frem til 1984. Da ble distriktslegen kommunelege og underlagt rådmannen. Distriktslegenes historiske utvikling og deres ulike utfordringer i møte med pasienten, er viktig å reflektere over. Distriktslegejobben i Hamarøy, Steigen og Tysfjord fra 1860 til 1920 var ingen enkel jobb. For å nå frem til pasientene krevde det ofte at legen måtte krysse den farlige Vestfjorden, og et legebesøk kunne ta flere dager. I flere av beretningene uttrykte legene fortvilelse over de store områdene og avmakt overfor staten i prosessen med å få oppdelt distriktene. Legens kamp for sosial og faglig anerkjennelse, har vært en viktig del av helsehistoriens utvikling og beskrives godt i boken. Å få innblikk i legens forståelsehorisont utfra hans kulturelle ståsted, hans utdanning og praksis har gitt meg bedre forutsetning for å forstå legenes ulike beskrivelser av pasientens leveste, hans sykdom og forståelse for smitte.

Anne Lise Seip har i tobindsverket *Sosialhjelpsstaten*, kalt bind I *Norsk sosialpolitikk 1740-1920*, og bind II *Velferdsstaten blir til 1920-1975*. Seip starter bind I med setningen «Sosialpolitikken er født av ulikheten i samfunnet». ¹⁵ Å kunne dekke egne behov for livsopphold og omsorg, var ikke gitt alle og ifølge Seip kjernen i fattigdomsproblemet. I første bind utdypes fattigdomsproblematikkens vei frem til fattighjelp og sosiale tjenester, med

¹⁵ Seip 1994:11

helseforhold som samfunnssak. I bind I, som er spesielt relevant for min besvarelse, belyses helsevesenets betydning for utvikling av velferdsstaten. Kapittel elleve «Helse som samfunnssak», diskuterer de ulike forhold som bidro til utviklingen av helsesektoren. Dette beskrives ved hjelp av to mønstre, bølgen og linjen. Bølgene og linjene fikk betydning for utviklingen og endringen av synet på sykdom, hygiene og smitteforståelse, samt helsepersonellens betydning for utviklingen av velferdsstaten.

Flere av de allerede nevnte bøkene har vært anvendt for å innhente kunnskap om de ulike epidemiene som rammet Hamarøy, Steigen og Tysfjord. I beskrivelsen av spanskesyken har også Svenn-Erik Mamelunds arbeid, *Diffusjon av influensa i Norge under spanskesyken 1918-19*, vært til god hjelp for å kunne redegjøre for spanskesykens utvikling i kommunene. Mamelunds avhandling har gitt kunnskap om spanskesykens spredning og opptreden i Norge, noe som har vært nødvendig for å kunne sammenligne epidemiens utvikling i Hamarøy og Tysfjord.

3 METODE

Primærkildene for denne masteroppgaven har vært medisinalberetningene og *Norges Offisielle statistikk fro sunnhetstilstanden og medisinalforholdene*. Medisinalberetningene er innhentet fra Riksarkivet, mens Beretningene om sunnhetstilstanden i Norge ligger digitalisert hos Statistisk Sentralbyrå, SSB. Medisinalberetningene har vært helt sentralt. Først for å finne ut hvem som var lege i de ulike kommunene og deretter for å få oversikt over legenes vurderinger av sykdommen og smitten. Informasjonen fra medisinalberetningene har vært av stor verdi, samtidig som tolkningen og analysen av legens beretning har vært krevende. Legene vektla arbeidet med beretningene noe ulikt. Noen leger gav utfyllende beskrivelser av sykdommene, forståelsen av smitten, observasjon av smitteveiene samt behandlingene de iverksatte. Andre leger registrerte knapt medisinalberetningenes minstekrav. Medisinalberetningenes krav til utforming og hva som skulle rapporteres ble gjennom perioden stadig utvidet. Det som ikke ble krevd var beskrivelse av behandling. Noen ganger beskrev legene tiltak de satte i gang for å enten behandle eller for å forebygge sykdom. Disse tilfellene gir oppgaven god informasjon om legens ståsted og er av stor verdi. Oppgaven vil derfor oftere benytte disse kildene og begrunner hvorfor enkelte leger og beretninger oftere er henvist til enn andre.

Noen ganger uteble de årlige medisinalberetningene fra kommunene, eller de var mangelfulle. Årsaken ble da gjerne kommentert i den påfølgende beretningen. Ofte var forklaringen manglende legedekning, legens egen sykdom eller at de ikke strakk til. Dette gjør at enkelte av kommunene er bedre representert i besvarelsen enn andre. Jeg ser spesielt at Tysfjord kommune i perioder var uten distriktslege. Distriktslegen i Lødingen kommenterte da at det hadde vært vanskelig å nå over begge distriktene. En naturlig konsekvens av dette kan være at de ulike sykdommene ikke ble rapportert og kanskje underrapportert.

I arbeidet med kartleggingen av de ulike epidemiene som rammet Hamarøy, Steigen og Tysfjord har jeg anvendt *Norges Offisielle statistikk, Beretning for sundhetsinstruksene og medisinalforholdene i Norge*. Kildematerialet er rikt, og det har vært nødvendig å gjøre noen utvalg. Kommunene ble rammet av de ulike epidemiene til ulike tider. Medisinalberetningene har blitt nøye studert for å gjøre utvalg utfra epidemiens variasjon. Årene hvor epidemiene oppsto og fikk en økning er valgt ut sammen med årene de enten ble redusert eller forsvant. For å belyse epidemiens variasjon og omfang vil kommunene bli sammenlignet med Nordland generelt.

Ordinært i historiefaget blir kildene gjerne drøftet i forhold til deres relevans for tema og problemstilling. I denne oppgaven anvendes kildene til å se på hva legene selv vurderte og

rapporterte i forhold til sykdom og smitte. Oppgaven skal med andre ord vurdere og tolke legens egne vurderinger, noe som gjør at kildene anvendes noe utradisjonelt. Legenes observasjoner av smitten, hvordan sykdom oppsto de ulike stedene og hvordan legene tolket, satte i gang tiltak og rapporterte dette videre, har verdi for oppgaven. Viktige momenter blir å vurdere hva legene beskrev og deres tolkning av hvordan sykdommene smittet, hvordan de kunne hindre videre smitten og legenes behandling. Siden oppgaven vil anvende legenes egne vurdering er den også prisgitt legenes individuelle kunnskap. Deres handlinger gjenspeilte gjerne deres kunnskap og er momenter oppgaven vil søke for å besvare de ulike problemstillingene. Sentralt ble om legene hadde miasmatiske, contagiøse eller bakterielle forståelse av sykdom og smitte.

Når medisinalberetningene anvendes som kilde for å analysere legens forståelse av sykdom, smitte og eventuelt vurdering av egen praksis, vil kulturhistorien berøres. Legens kulturelle ståsted vil gjerne gjenspeile hans tanker om levetilstand, smitte og sykdom. Dette kom tydelig til uttrykk i flere av beretningene og vil anvendes som sitater i besvarelsen. Kulturforskjellen vil ikke bli vektlagt, men er ikke mindre viktig i forhold til historisk tenkning og forståelse av samtiden legene praktiserte i.

Mitt opprinnelige ønske for masteroppgaven var å skrive om samisk helsehistorie i Hamarøy og Tysfjord. Ved innhenting av kildene kom det raskt frem at dette ikke lot seg gjøre. Kildegrunnlaget var for lite og distriktslegene hadde nesten ikke omtalt samisk helse. Tankene ble da dreid mot helseforhold blant befolkningen i Hamarøy og Tysfjord kommune, noe som heller ikke var så enkelt. Dette fordi Hamarøy og Steigen delte distriktslege frem til 1886. Tiden da kommunene hadde felles distriktslege omtales distriktet i oppgaven som Hamarøy/Steigen, etter delingen, hver for seg. En konsekvens av at kommunene delte distriktslege var at det bare unntaksvis ble nevnt hvem som ble syke, og hvor. Situasjonen var lignende for Tysfjord. Tysfjord fikk egen lege fra 1907 som var underlagt distriktslegen i Lødingen. Denne legen rapporterte til distriktslegen i Lødingen, uten at beretningene tok særlig hensyn til eller omtalte Tysfjord spesielt. I oppgaven omtales kommunene som Lødingen/Tysfjord, inntil Tysfjord ble selvstendig. Fra 1915 forelå beretninger fra distriktslegen i Tysfjord og informasjonen ble med en gang mer utfyllende, både for Tysfjords befolkning generelt, men også samisk befolkning spesielt. Oppgaven vil derfor i tidlig fase favne bredt for deretter smalne inn til å omhandle Hamarøy og Tysfjord.

Å studere medisinsk historie har gitt kjennskap til historiefagets grensegang og krysning mot naturvitenskapen. Medisin som fag har sin bakgrunn i naturvitenskapen og gjennom sykepleierutdanningen har jeg tilegnet meg kunnskap nært medisin. Kunnskap om anatomi, fysiologi, sykdomslære, smitte og latinske ord og uttrykk har på den ene siden gitt meg styrke

i arbeidet med å lese kildene. På den andre siden kan denne kompetansen ha ført til at viktige forhold kanskje er oversett fra kildene. Dette kan være momenter andre ville problematisert, men for meg er internalisert. Dette kan ha medført at jeg har oversett viktige momenter og poeng til bruk i besvarelsen.

4 DISTRIKTSLEGEUTVIKLINGEN OG SAMFUNNET

Hvordan utviklingen av helsetilbudet i Norge og Nordland ville vært uten distrikslegeutviklingen, er vanskelig å se for seg. Legene var fagpersonene som var samfunnet og sykdommene nærmest. Gjennom medisinalberetningene ble myndighetene oppmerksomme på folks leveforhold og hvordan dette påvirket epidemiene. Legenes egne kommentarer i beretningen om utilstrekkelighet og manglende mulighet for å gi helsehjelp ut i de store distriktene bidro kanskje til oppdelingen. Hvordan var legesituasjonen for Hamarøy, Steigen og Tysfjord i perioden? Dette kapitlet har til hensikt å redegjøre for legeutviklingen i Norge og Nordland amt generelt og Hamarøy, Steigen og Tysfjord spesielt. Kapitlet vil deretter presentere legene i de ulike kommunene som av en eller annen grunn har gjort seg bemerket i sin legegjerning.

4.1 LEGEUTVIKLINGEN I NORGE OG NORDLAND AMT

Villads Nielsen ble i 1603 ansatt som Norges første tilsatte lege på offentlige midler. Ifølge Aina Schiøtz markerte dette en ny tid i utviklingen av det offentlige lege og helsevesen.¹⁶ At Villads Nielsen fikk denne æren, betød ikke at Norge tidligere hadde vært uten lege. I boken *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850* skrev Ole Georg Moseng at det allerede var to praktiserende leger i Bergen da Nielsen ankom byen. Han antydte at tittelen heller var et resultat av at Villads Nilsen var den eneste av legene som ikke rømte byen da pesten rammet.¹⁷ Uavhengig av årsak markerte en *offentlig* ansatt lege en tidlig erkjennelse av offentlig ansvar og engasjement for allmuens helse.

Kong Christian III, som var eneveldig konge i dobbeltmonarkiet fra 1536 til 1539, var statslederen som tok initiativ til å ansette en «lærder og forfaren Doctor i lægekunst» i hvert av landets stift. Da Bergen fikk tilsatt Villads Nilsen på offentlige midler i 1603, hadde dette sammenheng med at byen var blitt landet største og et knutepunkt for handel av varer til inn- og utland. For den nord-norske befolkningen var Bergen sentralt for videreformidling og salg av tørrfisk. Sentralisering og urbanisering av befolkningen betød samling av større folkemengder og dermed økt eksponering av sykdom og smitte. Kong Christian III's uttalelse «Intet stort samfunn kan unnvære en lege»¹⁸ forteller oss at Bergen på dette tidspunkt hadde

¹⁶ Schiøtz 2017:284

¹⁷ Moseng 2003:26

¹⁸ Moseng 2003:19

oppnådd ansett størrelsen og at landets overhode hadde vilje og tanke om offentlig regulering av helsestellet i dobbeltmonarkiet. Merkantilismens tankesett, som lå til grunn for å styrke dobbeltmonarkiet økonomisk, var avhengig av en sunn og sterk befolkning. Den økende befolkning ble i større grad ansett som ressurs, først og fremst for å sikre skatteinngang til kronen, men også for makt og militær opprustning. Mot slutten av 1600-tallet var det ansatt leger i Bergen, Kristiania og Trondhjems stift, som også innbefattet det nordenfjelske Norge.

I 1672 gav eneveldig kong Christian VI «Forodning om Medicis og Apothekere» universitetsutdannede medisinerer monopol på å behandle innvortes sykdommer. Om lag to hundre år senere, i 1875, ble Det Kirurgiske Akademi opprettet og adskilt fra universitetet, med formål å levere «dugelige» leger til hær og flåte. Den nye kategorien leger hadde anledning til å behandle alle tilstander, mens de universitetsutdannede, med tittel *doctores medicinae*, måtte forholde seg til medisinske sykdommer. Frem til etablering av Norges første universitet i 1811, var de fleste legene i Norge utdannet i København. Betydningen av å ha eget universitet i Norge, sett opp mot antall praktiserende leger, var stor. I 1814 var det 42 offentlige legestillinger i Norge. Bare to år etter var tallet 99, mer enn doblet. Dette var inkludert de privatpraktiserende legene. I 1827 var tallet steget til 120 hvorav 80 var bosatt i byene, en skjevfordeling Anne Lise Seip i boken *Velferdsstaten blir til*, definerte som et konstant fordelingsproblem mellom by og land.¹⁹ Bare 40 av landets 120 leger var tilgjengelig for den store gruppen nordmenn, som fortsatt bodde i distriktene. Som en løsning på fordelingsproblemet, ble det i kongelig resolusjon av 21. januar 1836 opprettet 63 distriktslegestillinger, som erstattet distriktkirurgikatene. Fra 1855 var 65 prosent av legene bosatt i byene, mot 35 prosent i distriktene.²⁰ Sett opp mot disse tallene, må det stadfestes at Hamarøy, Steigen og Tysfjord kom greit ut av legesituasjonen. Alle tre kommunene var utkants- og distriktskommuner og kunne vært i en situasjon uten lege. Selv om flere av legene problematiserte de vanskelige geografiske forholdene, var det flere som hadde lengre opphold i kommune, noe som må ha betydd at de trivdes og kanskje likte utfordringene distriktene hadde.

Aina Schiøtz har i flere av sine bøker hevdet at det var de smittsomme sykdommene som var drivkraften for offentlige tiltak i jobben for å bedre befolkningens helsetilstand. Schiøtz vektla koleraen spesielt og definerer denne som «øyeåpner» for samfunnets problematiske sider.²¹ Koleraepidemien, som hadde hatt sin debut i Norge på begynnelsen av 1830 tallet,

¹⁹ Seip 1994:218

²⁰ *ibid*

²¹ Schiøtz 2003:26

hadde overbevist om nødvendigheten med leger som kunne jobbe forebyggende, spesielt med tanke på de smittsomme sykdommene. Allerede på 1700-tallet var sykdom drivkraft til at det ble opprettet distriktskirurgikat i Nord-Norge, hvor Finnmark var først ute. Moseng skrev «[...] kopper førte til opprettelsen av Nord-Norges første distriktskirurgstilling». Dette ble bekreftet av amtslegen i Nordland for 1909-1920, Nils Christoffersen (1865 – 1947). Hans tilleggskriv til medisinalberetningen fra 1914 fikk tittelen «Lidt om Medisinalvesenets utvikling i Nord-Norge indtil 1914».²² Han skrev «I 1775 opprettes Finnmarkens distriktskirurgikat, det første av det slags i hele landet. Lønningen skulde utredes av Finnmarkens brendevinsavgiftskasse».²³ Sykdom var også årsak til at det i 1790 ble opprettet medisinalfond i Nordland. Amtsslegen kommenterte at medisinalfondet skulle opprettes «vesentlig av hensyn til radesyken og andre veneriske sykdommer».²⁴ Overskuddet fra medisinalfondet skulle gå til å lønne to medisinerere, en for Helgeland og Saltens fogderier og en for Vesterålen, Lofoten og Senja med Tromsø fogderier. Å favne over så store geografiske områder fremstår selv med dagens kommunikasjonsmidler uoverkommelig, men var en utvikling var utvikling i riktig retning. Ved sykdom var befolkningen selvhjulpne eller de oppsøkte hjelpere som på ulikt vis hadde tilegnet seg medisinsk kunnskap, kanskje ved bruk av urter eller var tillagt evner som gav hjelp. Om dette var medvirkende årsak til at det allerede fire år senere, i 1794, ble ytterligere oppdeling av de store legedistriktene, nevnes ikke i kildene og bør istedenfor ses i sammenheng med offentlig engasjement for å bedre befolkningens helse. Fra 1794 opprettes distriktskirurgikat for både Nordland og Troms.²⁵ Opprettelsen av legestillinger var ifølge Moseng svært systematisk, noe tilleggskrivet fra amtslegen bekreftet.²⁶

De siste tiårene av 1700-tallet og frem til unionsoppløsningen ble antall legestillinger bortimot tidoblet. For Steigen, Hamarøy og Tysfjord var det ingen større tilknytning til distriktslegene før den kongelige resolusjon i 1836 etablerte de 63 legedistriktene. Til Nordland kom det da én distriktslege til hver av distriktene Helgeland, Salten, Lofoten og Vesterålen. Legene ble betalt gjennom Medicinalfondet, som igjen ble finansiert av eksportavgiften på fisk. Alf-Ragnar Nielssen har i bind V av *Lødingen, Tjeldsund og Tysfjords historie 1700-1879, Fra vidstrakt prestegjeld til storkommune*, skrevet at Salten ble eget legedistrikt i 1825, men legen kom ikke før 1830. Økningen av difteri og tyföse sykdommer i samme periode, krevde flere

²² Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1915:271

²³ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1915:271

²⁴ *ibid*

²⁵ *ibid*

²⁶ Moseng 203:263

tiltak i forhold til tilsyn og forebygging av epidemiske sykdommer. Dette bidro sannsynligvis til oppdelingen av de store legedistriktene. 29. desember 1841 meddeltes det fra Departementet for Kirke og Undervisningsvæsen at Salten Distriktslegeembede skulle deles i to. Ett sørlig og ett nordlig distrikt som innbefattet Steigen, Hamarøy, Lødingen og Ofotens prestegjeld. Bare to år senere, i 1843, ble distriktene delt inn i et nordre og et søndre distrikt hvor Ofoten, Lødingen, Hamarøy, Steigen og Nordfold utgjorde den nordlige delen, kalt nordre Salten. Alf Ragnar Nielssen skrev at «nå var legen kommet så nær at det ble mulig å benytte ham i tilfelle sykdom».²⁷ Legen, som var bosatt på Nes i Hamarøy, kom nært Hamarøys befolkning, men fortsatt langt unna menneskene i Ofoten og sørlige deler av Steigen. Oppdeling av legedistriktet var en utvikling i riktig retning, men hvor stor tilgjengeligheten var, kan sikkert diskuteres. Legen i dette distriktet skulle bidra til at 13067 innbyggere, fordelt på et geografisk område med over 736 kvadratkilometer, fikk legehjelp i tillegg til andre statlige oppgaver.²⁸ Til sammenligning hadde Bodø legedistrikt to leger fordelt på 7907 mennesker bosatt på 53 kvadratkilometer og gjenspeilte Anne-Lise Sepis fordelingsproblem. Selv om lege var kommet til distriktet, må det antas at tilgjengeligheten enda var liten og det forebyggende helsearbeidet lite synlig, sett utfra befolkningen i legedistriktet.

4.2 DISTRIKTSLEGENE I STEIGEN OG HAMARØY

Christian M. Hoff (1814-1879) var legen som først skulle få bemanne det nye distriktet Nordre Salten. Han var en godt erfaren distriktslege og lege fra sykehuset i Kongsberg, men de store geografiske områdene og de tøffe nord-norske arbeidsforholdene gav utfordringer. Han skrev «Nordre Saltens Lægedistrikt henhører blandt de besværligste Lægeembeder, fordi alle reiser foregaar tilsjøs over veirharde og brede Fjorde [...]».²⁹ For å illustrere dette beskrev han i 1849 sin reise til Lofoten. Han var, i tillegg til sin ordinære tjeneste, tillagt rollen som fiskerilege under skreifisket. Han fortalte om en reise på mer enn 3 uker for å passere den 4 mil brede Vestfjorden for å komme fra Tranøy i Hamarøy til øya Skrova i Vestfjorden.³⁰ Med tanke på Alf Ragnar Nielssens kommentarer om tilgang til lege, må dette betraktes utfra at det tidligere ikke hadde vært lege tilgjengelig. Selv om det nå var lege i distriktet gav Hoff's beskrivelser bekreftelse på at tilgjengeligheten var redusert på grunn av de vanskelige og langvarige reisene

²⁷ ibid

²⁸ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1890:228

²⁹ Apold 2018:6

³⁰ Apold 2018:8

som distriktet fordret. Fra befolkningen var nok legen i første omgang en myndighetsperson som satte i gang forebyggende helsearbeid, og bisto ved sykdom. Befolkningen hadde fra tidligere tider vært vant til å være selvhjulpen ved sykdom og død. Parallelt ble samfunnet gradvis oppmerksom på betydningen av legens kompetanse, både i forhold til forebygging og legehjelp, noe vi kan anta skapte økende forventninger til legehjelp når sykdom inntraff.

I 1854 ble det ny deling av det store legedistriktet, Nordre Salten. Ofoten, Lødingen, Tjeldsund og Tysfjord ble nå ett distrikt, mens Hamarøy, Steigen og Nordfold det andre. Lege Peter Andreas Ekroll (1813-1867) som ved delingen hadde vært lege for hele distriktet, ble tildelt distriktene Hamarøy, Steigen og Nordfold og flyttet fra Hamarøy til Steigen.³¹ Oppdelingen av distriktet gav Ekroll reduksjon på cirka 5000 mennesker og 238 kvadratkilometer mindre areal å forholde seg til og må ha vært til stor lettelse. Han fortsatte sin legepraksis i Steigen, inntil han i 1861 ble lege på Reitgjerdet pleiehjem for spedalske. Ekroll, som kom fra Borgund i Møre og Romsdal, må ha vært over gjennomsnittet interessert i samfunnsmedisin og de rådende leveforhold i sitt legedistrikt. Hans kommentarer til medisinalberetningen fra 1860 er gjengitt av Anders Forsdahl i boken *Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere*. Dette er en samling av flere manuskript av medisinalberetninger som fortjente publisering på grunn av innhold og kvalitet. I boken fikk distriktslegen gjengitt sin medisinalberetning fra 1860 hvor han nøye, i tillegg til de ordinære kravene, hadde beskrevet ulike geografisk forhold som distriktslegen hadde å forholde seg til.³² Han redegjorde for levekårene hos befolkningen i Hamarøy og Steigen, hva som skapte helseutfordringer og forhold han mente styrket helsen. I manuskriptet hadde Ekroll, i likhet med Hoff, nøye redegjort for de geografiske utfordringene distriktslegen sto overfor. Han beskrev øyene som delvis var befolket, dalførene som strakk seg inn mot Sverige og havstykkene som måtte forseres for å nå frem til pasientene.

Fra 1865 overtok Paul Christian Føyn (1835-72) jobben som distriktslege for Hamarøy, Steigen og Nordfold. Føyn kom fra Tønsberg og hadde praktisert som lege på Lurøy før han ble befordret til Hamarøy.³³ Den første perioden bodde han i Steigen inntil Hamarøy Formannskap ba om at legen måtte flytte tilbake til Hamarøy. Sammen med Sunnhetskommisjonen utarbeidet Føyn *Instruksen for tilsynsmennene med hensyn til Sunnhetsvesenet i prestegjeldet*.³⁴ Instruksene viste en kunnskapsrik og fremsynt lege som ivret

³¹ Apold 2018:7

³² Forsdahl 184:144

³³ Kobro 1908:338

³⁴ Sunnhetsinstruks for prestegjeldet, Hamarøy og Steigen, vedlegg 1

for opplysningsarbeid og forebyggende helsearbeid i sitt distrikt. Føyn og mannskapet kullseilte i forbindelse med et sykebesøk i 1872³⁵. I tiden som fulgte var det flere distriktsleger som avløste hverandre med korte intervaller. Noen ganger var legen bosatt i Steigen og andre ganger i Hamarøy, noe som må ha komplisert tilgangen til legehjelp og for deres forebyggende helsearbeid.

I 1877 ble Eirik Kristoffer Nielsen (1848-92) ansatt som ny distriktslege med bosted Laskestad i Steigen. For Hamarøys befolkning ble dette en lang sjøreise og en langt dårligere ordning. Tilgangen til distriktslegen hadde tidligere vært god og man kan anta at bruk av lege mer alminnelig. Eyolf Apold kommenterte i Årbok for Hamarøy 2018 at kommunestyret reagerte raskt på den vanskelige situasjonen befolkningen i Hamarøy sto overfor og bevilget kr 1600,- i lønn for engasjement av privat lege.³⁶ Fra amtstinget ble initiativet beundret. De skrev «Man beundrer initiativet kommunen har tatt med å ansette sin egen Fattiglæge, der aflønnes med kr 1600,- aarlig af Kommunen, et Offer, der i pekuniære Henseende er saa stort, som hittil ukjent i Nordland og maaske i hele Landet [...]».³⁷ Dette bekrefter at kommunestyret så nødvendigheten med lege i kommunen, som kunne bistå ved sykdom og jobbe forebyggende for å styrke befolkningens helse. Hamarøy kommunestyre jobbet samtidig for å få legedistriktet delt, med lønn fra staten. Da saken ble behandlet i amtstinget 16. juli 1881 ble kart med begrunnelsen og uttalelsen fra distriktslegen vedlagt. Der sto «fra Tysnæs i Hammerø til de længst sydliggende gaarde i Stegen er 16 geografiske mile Søvei, der til dels er meget haard».³⁸ Legens kommentarer og kart som viste hvilke farlige farvann distriktet besto av, hjalp ikke. Amtstinget sendte saken videre til Stortinget, uten suksess. Det skulle gå enda 5 år med søknad om deling av legedistriktene før det ved hjelp av kongelig resolusjon ble bestemt at et nytt distriktslegeembete for Hamarøy skulle opprettes.³⁹ Stabilitet i legeordningen fikk ikke Hamarøy kommune før 1882, da Peter Johannes Hansen (1845-1920) avløste Gustav A. Mohr (1855-1890), som da hadde vært lege i kommunen i tre år. Peter J. Hansens sammenhengende tjeneste for Hamarøy fra 1882 til 1919 må anses som unikt. Gjennom 37 år kan man følge hans medisinalinnberetning, hvor han årlig rapporterte om befolkningens sunnhetstilstand. Hans sammenhengende tjeneste må også ha vært av uvurderlig betydning for befolkningen, for oppfølging av pasientene, deres sykdom og for resultatene av det forebyggende helsearbeidet.

³⁵ ibid

³⁶ Apold 2018:9

³⁷ Apold 2018:8

³⁸ Apold 2018:9

³⁹ Ibid

I bokverket *Norges Læger*, bind 2, skrevet av lege og medisinhistoriker Isak Kobro ble Hansen nevnt med få linjer.⁴⁰ Han døde på Hamarøy i 1920, bare to år etter å ha pensjonert seg.

Etter at Hamarøy og Steigen ble delt i hvert sitt legedistriktene ble situasjonen for Steigen i lange perioder ustabil. Etter Peter Andreas Ekroll overtok Christian Paul Egede Nielsen (1835-1891). Han hadde praktisert i to år da Christian August Randers (1835-1891) overtok og ble i Steigen i fem år. Etter dette kom Eirik Kristoffer Nielsen (1848-1892), som ble værende i Steigen fra 1877 til 1891. Nielsens sammenhengende periode på 14 år utgjorde den lengste kontinuiteten av lege for befolkningen i Steigen. Nielsen ble selv syk og fikk ifølge Kobro diagnosen nevrasteni. Diagnosen sammenlignes i dag med utmattelsessyndrom. Det var tydelig at Nielsen var en populær distriktslege siden han i nekrologer ble beskrevet som «distriktets populæreste mand».⁴¹ De neste elleve år avløste flere leger hverandre med tjeneste i ett og to år før de dro videre. Stabilitet ble det ikke før Peter Nicolaysen (1874 – 1950) overtok embete og ble i kommunen fra 1912 til 1923.

4.3 DISTRIKTSLEGENE OG LEGER I LØDINGEN OG TYSFJORD

For Hamarøy og Steigen sto kampen i første omgang om hvor distriktslegen skulle bo, inntil distriktet ble delt i 1886. For Tysfjords del var situasjonen litt annerledes. Da Stortinget i 1837 gjorde vedtak om opprettelse av norske kommuner ble disse stort sett identisk med prestegjeldene.⁴² Hamarøy og Steigen var, i motsetning til Tysfjord egne prestegjeld og var selvstendige kommuner, men delte distriktslege. Tysfjord var i storkommune sammen med Lødingen og Tjeldsund. Lang reisevei over Vestfjorden utfordret lokaldemokratiet i forhold til deltakelse på møtene og dannet utgangspunkt for søknad om å bli egen kommune i 1855 og 1858.⁴³ Begge gangene ble søknadene avslått. Ny tanke og strategi ble da å få selvstendighet ved å bli eget prestegjeld og deretter legedistrikt. Dette ble heller ikke imøtesett, fordi biskopen mente at ansettelse av egen kapellan var enklere og billigere løsning og gjorde samme nytte. Fra Kirkedepartementet ble det orientert om saken «de så dette som det første steget i retning av at Tysfjord skulle bli eget prestegjeld og egen kommune».⁴⁴

Legen som befolkningen i Lødingen/Tysfjord først skulle få kjennskap til var Carl Adolph Riis (1816-1855). Riis var distriktslege i Lødingen og Tysfjord i perioden 1855 – 58

⁴⁰ Kobro 1908:430

⁴¹ Kobro 338:1915

⁴² Nielssen 1994:395

⁴³ Nielssen 1994:397

⁴⁴ Nielssen 1994:400

og var ansvarlig lege da resolusjonen om deling av Lødingen, Ofoten og Tysfjord legedistrikt ble vedtatt. Han var bosatt i Lødingen kommune, noe som var en sentral plassering utfra geografi, men langt unna Narvik med tettest bosetning. Ansvar for Tysfjord, Lødingen og Ofoten innebar å være lege for 10 089 mennesker fordelt på 5858 kvadratkilometer. Riis måtte forsere Vestfjorden for å besøke sine pasienter i Tysfjord, og enda lengre sjøvei når han måtte til Narvik og videre inn i Ofotfjorden. I tillegg risikerte han å være borte flere uker hvis været ikke tillot hjemreise. Etter Riis overtok Andreas Stoltenberg. (1822-1868) Han kom fra Tromsø og fylte distriktslegefunksjonen de neste seks neste årene, frem til 1864. Tiden etter var urolig med tanke på stadige utskiftninger av leger, og kan være forklaring på at det tok tid før Lødingen og Tysfjord fikk utarbeidet sin sunnhetsinstruks.⁴⁵ Ikke før Peter Andreas Birck (1846- 1913) overtok embetet og var lege fra 1886 til 1892 ble det noenlunde stabilt. Fra 1893 ankom Lauritz Achenbert Stengel (1853-1943) og tjenestegjorde fra 1893 til 1898. Stengel var legen som sammen med sunnhetskommisjonen i 1896 jobbet frem og fikk godkjent sunnhetsinstruksen for Tysfjord kommune. I sitt siste år som lege i Lødingen/Tysfjord opplevde Stengel at distriktet ble delt, men det skulle enda ta tid før egen lege kom til Tysfjord. Ditmann Bjerkelund (1872-1950) fra Bindal ble første lege med bosted Kjøpsvik i Tysfjord. Der ble han kommunelege og ordfører i sunnhetskommisjonen inntil 1916 da Wilhelm Godske (1878-1858) overtok.⁴⁶ Godske ble Tysfjords første distriktslege, men ble bare værende i ett år før Jørgen Berntinus Kolflaath (1860-1917) overtok. Kolflaath hadde vært i Australia og New Zealand som lege i et hvalfangstselskap før han kom til Tysfjord i 1917. Kolflaath viste stort engasjement som lege da tuberkulosen og spanskesyken herjet som verst i Tysfjord.⁴⁷

Opprettelse av egen distriktslegestilling for Tysfjord kommune ble en prosess som tok tid. Kongelige resolusjon av 1854 gav distriktslege til storkommunen, men med bosted Lødingen. Egen distriktslege ble ikke opprettet før 1906 og medisinalberetninger fra distriktslegen i Tysfjord fremkommer ikke før 1913. Dette kan tyde på at det ikke ble ansatt eller at det ikke var mulig å få tilsatt lege i kommunen, slik Anne Lise Seip skrev «[...] men mange embeter stod ubesatte».⁴⁸ Hvorfor dette tok tid kan bero på flere faktorer. Fra 1907 var det ansatt kommunelege med bosted Kjøpsvik, men underlagt distriktslegen i Lødingen. Befolkningen hadde da tilgang til legehjelp og behovet for egen distriktslege var kanskje ikke til stede. Folket fikk den hjelpen de søkte og var sannsynligvis fornøyd med det. Ved

⁴⁵ Skrevet om i kap. 5, Sunnhetsloven av 1860 og dens betydning.

⁴⁶ Kobro 1908:121

⁴⁷ Kobro 1927:193

⁴⁸ Seip 994:219

gjennomgang av medisinalberetningene var det distriktslegen i Lødingen som rapporterte om sunnhetstilstanden, helt frem til 1915. Etter den tid forelå egne innberetninger fra Tysfjord kommunes distriktslege.

Årsaken til at det tok tid før Tysfjord kommune fikk egen distriktslege, kan forklares utfra flere forhold. Det tok blant annet flere år før kommunen fikk selvråderett. Tore Pryser skrev i boken *Norsk Historie 1814-1860* at det kommunale selvstyret ikke kom brått på med formannskapsloven av 1837.⁴⁹ For Hamarøy og Steigen stemte nok dette, de hadde vært selvstendige enheter før loven inntraff. De hadde selv styrt sin fattigkommisjon, skolene og andre kommunale tjenester. For Tysfjord var det annerledes. Bjørg Evjen som har skrevet Tysfjords kommunes historie har i bind I *Et sammensatt fellesskap*, poengterte at frem til 1862 ble Tysfjord skilt fra Lødingen på flere områder. I 1864 ble de eget skoledistrikt og eget fattigdistrikt, de ble selvstendig prestegjeld i 1867, og endelig i 1869 egen kommune.⁵⁰ Tysfjord var i stor grad styrt fra Lødingen. I styringen var de representert gjennom én fast plass i formannskapet og tre i kommunestyret. Enkelte oppgaver ble overført før kommunen ble selvstendig og kom ikke overraskende på denne måten. De ulike oppgavene ble gradvis etablert og bemannet av kommunens egne innbyggere. Selvstyret kom med andre ord som en gradvis overgang ved å overta styringen av de ulike organene, helt til de endelig opprettet eget kommunestyre i 1869. Etter dette tidspunkt skulle en rekke roller fylles i de ulike forvaltningsorgan og avgjørelsene skulle tas lokalt. For å få nasjonale myndigheters økonomiske støtte, skulle administrasjonen bemannes og ledes av fagfolk. Spesielt viktig var skole og helse. De styrende i Tysfjord kommune viste imidlertid at de tok ansvar for den nye politikken og lokaldemokratiet ved at hele kommunens befolkning ble representert. Bjørg Evjen kommenterte i boken «at det er verdt å merke seg at også den samiske delen av befolkningen var representert i lokale utvalg, de deltok i kommunale styre og stell».⁵¹

Med etableringen av flere legedistrikt fikk legen en sterkere posisjon i samfunnet, selv om det foreløpig bare var amtlegen som fikk den hederlige benevnelsen embetsmann.⁵² Legen, som statens redskap, fikk gjennom sunnhetskommisjonene ansvar for folkehelsen, noe begge *Sundhedsinstruksene for Prestegjeldet* i Hamarøy er bekreftelse på.⁵³ Sunnhetsinstruksene var dokumentasjon på at legen og sunnhetskommisjonen tok sine oppgaver på alvor. Ifølge Anne

⁴⁹ Pryser 1999:249

⁵⁰ Evjen 1998:19

⁵¹ Ibid

⁵² Seip 1994:221

⁵³ Sunnhedsinstruks for prestegjældet i Hamarøy beskrevet i kapittel 5

Lise Seip hadde ikke sunnhetskommisjonene plikt til å lage sunnhetsforskrifter - bare når epidemier brøt ut. Samtidig var det hele avhengig av en lege som tok initiativ og hadde overtalelsesevne overfor kommisjonen og kommunestyret.⁵⁴ For Hamarøy og Steigen kan vi derfor tolke det slik at de hadde både lege, kommisjon og et herredsstyre som så viktigheten og betydningen av det forebyggende helsearbeid. Dette er i motsetning til Lødingen/Tysfjord, som hadde stor utskiftning av leger i perioden. At kommunen ikke fikk på plass sunnhetsinstruks, betød ikke at kommunestyret ikke forsto viktigheten av sunnhetsarbeidet. Det er mer nærliggende å tenke at det meste berodde på legen og hans engasjement for det forebyggende helsearbeidet. Samtidig må det konstateres at for å gjøre dette arbeidet og strekke til over de store geografiske områdene, måtte legen ha tid. Dette kan tenkes var mangelfull da han var lege for Ofoten, Lødingen og Tysfjord befolkning og et areal på 5868 kvadratkilometer.

Følelsen av utilstrekkelighet overfor de store geografiske avstandene kan se ut til å ha vedvart videre inn i neste århundre. Amtlegen kommenterte dette i sin rapport så sent som 1914. Han skrev «Regelen har vel været som endnu til dels i vore dage i avsidesliggende, lægefrie bygder, at presten eller især prestefruen eller en eller anden «klok kone» har måttet hjelpe til med råd og dåd», når sykdom rammet samfunnet. Den vitenskapelige utvikling og folks forventning til helsehjelp hadde sikkert vært medvirkende til følelsen av utilstrekkelighet for legen, slik Larsen m.fl. har skrevet i boken *Legen og samfunnet*.⁵⁵ I boken *Doktoren* av Aina Schiøtz viste hun til sitat av den norske legen Fredrik Mellbye. Han skrev «Distriktslegen uten sin hustru, det måtte vært en umulig situasjon».⁵⁶ Schiøtz kommenterte at legens posisjon og status i lokalsamfunnet berodde på legefruens ulønnede og usynlige bidrag. I medisinalberetningene hvor legenes uttrykk for lange distanser og utilstrekkelighet overfor folket, kan man anta at legefruen og doktergården var et spesielt viktig sted for befolkningen og stedet hvor de henvendte seg. Dette arbeidet har dessverre ikke vært kommentert i noen av medisinalberetningene som har vært gjennomgått i arbeidet med oppgaven.

⁵⁴ Seip 1994:230

⁵⁵ Larsen m.fl. 1986:94

⁵⁶ Schiøtz 2003:240

5 SUNNHETSLOVEN AV 1860 OG DENS BETYDNING

1800-tallet var en tid da Norge opplevde kraftig befolkningsvekst og kjennetegnes av flere store epidemier. Økt befolkning medførte arbeidsledighet og andelen fattigunderstøttede steg. Fattigdom og tettbodddhet, kombinert med dårlige levekår gav økt syke- og dødelighet.⁵⁷ I tillegg førte industrialiseringen og urbaniseringen til kraftig økning av miljøhygieniske risikofaktorer, noe som var en trussel mot folkehelsen. I *Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003* skrev Aina Schiøtz «Koleraepidemiens skremmende omfang og høye dødelighetsrater synliggjorde en rekke problematiske sider ved samfunnet – fattigdom, underernæring, trangbodddhet og elendige sanitære forhold».⁵⁸ Dette var forhold som myndighetene ikke lengre kunne se bort fra og helsearbeid tvang seg på den politiske dagsorden. Landets politiske ideologi og tradisjon for kollektivt versus individuelt tanke sett fikk betydning for hvordan folkehelsearbeidet og det forebyggende arbeidet ble gjennomført. Nye offentlige forordninger og regulerende tiltak var brudd på det rådende liberalistiske tanke settet i Norge, og var konfliktfylt materiale. Schiøtz hevdet videre at epidemiene på Øst- og Sørlandet i 1850-årene var katalysator for forandring og startskuddet for en ny æra i det norske helsevesen. Spesielt frykten for kolera medførte at regjeringen så seg nødt til å *innføre Lov om Karantænevæsenet af 12te Juli 1848*.⁵⁹ Dette var ett av de første offentlige regulerende tiltak for å løfte den unge nasjonen opp på et tilfredsstillende kulturelt og økonomisk nivå. Å «bevare Slekten som Individet sundt» krevde tiltak og kan ses på som del av den norske nasjonsbyggingsprosessen.⁶⁰ De ulike epidemiene krevde offentlige reguleringer selv om det gikk på bekostning av individets frihet, noe befolkningen i Hamarøy, Steigen og Tysfjord kom til å merke. Kapittelet har til hensikt å redegjøre for Sunnhetslovens betydning for helsearbeidet i kommunene.

Koleraepidemien som herjet på 1830-tallet var viktig for myndigheten å få kontroll på og det ble raskt nødvendig å etablere et administrativt apparat som kunne jobbe helseforebyggende. 6. februar 1858 ble kommisjonen som skulle arbeide med det som kom til å bli *Lov om Sundhedscommissioner og om Foransaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme* etablert. Kommisjonen besto av syv medlemmer. Tre med medisinsk-faglig bakgrunn og sentrale skikkelser innen medisinsk forskning med utenlandsreiser og

⁵⁷ Scjønsby 2001

⁵⁸ Schiøtz 2003:26

⁵⁹ Schiøtz 2003:29

⁶⁰ Schiøtz 2003:43

erfaring fra «mer civiliserende Nationer».⁶¹ Kommisjonen skulle «[...] tage under Overveielse og afgive Betænkning angaaende Spørgsmaalet om Istandbringelsen af Lovbestemmelser om Sundhedspolitiet og de under sammes Omraade hen rende Forhold».⁶² I tillegg skulle de komme med nytt lovforslag. Loven, som ble best kjent som Sunnhetsloven av 1860, besørget permanente kommisjoner i alle landets kommuner og skulle jobbe med forebyggende helsearbeid. Kommisjonen skulle være i beredskap i krisetider, n r epidemier truet eller var brutt ut. Forslaget om faste sunnhetskommisjoner var begrunnet utfra de vellykkede kommisjonene som var etablert i forbindelse med leprautbruddene på Vestlandet på 1850-tallet. Kommisjonene ble etter hvert døpt om og er best kjent som kommunenes helseråd. Hensikt og sammensetning av sunnhetskommisjonene var noe ulikt fra by og land, men felles var at den skulle bestå av kommunestyrets medlemmer og ledes av lege. I byene skulle kommisjonen i tillegg bestå av en jurist og en ingeniør.⁶³

Sunnhetsloven ble i 1861 fulgt opp med veileder for utarbeidelse av sunnhetsinstrukser, en for byene og en for landdistriktene. For byene ble det anbefalt lokale sunnhetsforskrifter med hensyn til nye endringer og krav. De skulle bistå i   finne midler i bekjempelsen av forhold som kunne skape sykdom. Dette ble etterfulgt av administrative tiltak rettet mot sanitære forhold, renovasjon, vannforsyning, næringsmiddel og andre faktorer som i større grad berørte byen og dens preg av industrialisering og befolkningsvekst. Flere av punktene ble gjeldene for landdistriktene, men ambisjonen var ifølge Schiøtz lavere. Her var kommisjonens viktigste oppgave «[...]   motta og spre kunnskaper om den alminnelige sunnhetspleien og slik fordreie «barbari og vankunnighet»».⁶⁴ I boken *Sosialhjelpsstaten blir til* påpekte Anne Lise Seip at by og land kom i noe ulik stilling. Hun skrev at på landet var virkekretsen bare antydnet og gjengav lovens   11. Her sto at kommisjonene skulle «have deres Opm rksomhet henvendt på hvad der kan tjene til Sunhedstilstandens Fremme og Fjernelse af de Omst ndighetder som i befordre Udvikling af Sygelighed og Udbredelse af Sygdom».⁶⁵ Aina Sc itz har skrevet at lovens tilpasningsevne til lokale forhold og lovgivende kraft var forankret i   4 og 11. Hun skrev at «Sunnhetskommisjonene i byene *skal*, og i landkommunene *kan* fremme forslag til alminnelige

⁶¹61 Schiøtz 2003:41

⁶²62 *Angaaende naadigst proposition til [...]* via A. Shi tz 2003: 41

⁶³63 Seip 1994:229

⁶⁴64 Schiøtz 2010:332-44

⁶⁵65 Seip 1994:230

forskrifter for sunnhetsvesenet i kommune». ⁶⁶ Det var med andre ord overlatt til distriktslegene å ta initiativ til utarbeidelse av sunnhetsinstruksjer.

Paul Føyn (1835-72), distriktslege i Hamarøy og Steigen, utarbeidet sammen med kommisjonen *Instruks for tilsynsmændene med hensyn til Sundhedsvæsenet i Præstegjeld* i 1871. ⁶⁷ Instruksen kan ses på som et direkte resultat av Sunnhetsloven fra 1860 og vitner om en lege som ivret for forebyggende helsearbeid. Schiøtz skrev at forskrifter som ble utarbeidet måtte godkjennes av kommunen og deretter av departementet. ⁶⁸ Forskriften ble etter dette satt opp i lovs form og derfor ikke mulighet for andre myndigheter å forandre. For Hamarøy kommune ble instruksen av 1871 stående til 1882, da ny distriktslege ankom Hamarøy. Den nye distriktslegen Peter Johannes Hansen reviderte den gamle instruksen slik at ny instruks ble i tråd med ny kunnskap og tenkning. Om det ble utarbeidet nye forskrifter for Steigen, slik Hamarøy fikk i 1882, har ikke vært mulig å finne før 1904. For Tysfjords del tiltrådte herredstyre 18. mai 1896, her sto under sak en «til Behandling af sundhetsforskrifter for Tysfjorden ift Justisdepartementets Skrivelse af 29. januar 1896. Enstemmigt vedtages saadanne Forskrifter:» ⁶⁹ Forskriftene har ikke vært å finne i arkivene i lovoppsatt form, slik de eksisterte for Hamarøy og Steigen. Derimot fremkom de i apendix til *Beretning om Sunnhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge for aaret 1896*, utgitt av Directøren for det Civile medisinalvæsen. ⁷⁰ Dette betød at Tysfjord kommune ferdigstilte sine sunnhetsinstruksjer og at arbeidet ble videresendt og godkjent av departementet, dog 25 år senere enn Hamarøy og Steigen. Et betimelig spørsmål var da om Hamarøy og Steigen ble mindre rammet av epidemiske sykdommer enn Tysfjord? Tatt sunnhetsforskriftene i betraktning burde de vært det, men flere faktorer var medvirkende. ⁷¹

Betydningen av lovforslaget om opprettelse av sunnhetskommisjoner i aller byer og herreder var stor. Distriktslegen var kommisjonen eller helserådets ordfører, og resterende medlemmer var vanligvis de folkevalgte kommunestyret. Lokal forankring var nødvendig for at legen og kommisjonen raskest mulig kunne sette i gang nødvendige tiltak, hvis epidemier og smittsomme sykdommer brøt ut. Kontinuitet i tjenesten av samme lege i kommunen gav naturlig tillit og kan lettere ha gitt aksept for de ulike tiltakene og instruksene som ble iverksatt.

⁶⁶ Schiøtz 2003.49

⁶⁷ Sunnhetsinstruks for prestegjeldet, Hamarøy/Steigen, vedlegg 1

⁶⁸ *ibid*

⁶⁹ Formannskapsprotokoll for Tysfjord (1895-1912)

⁷⁰ Norges Offisielle statistikk for sunnhedstilstanden og medisinalforholdene 1896:294

⁷¹ Blir behandlet i kap. 7, epidemier som rammet Steigen, Hamarøy og Tysfjord

Hans Petter Schjønby skrev i sin artikkel fra Den norske legeforenings tidsskrift *Michael* at det lå to hovedmotiver for den lokale og politiske forankringen av det forebyggende helsearbeidet.⁷² For det første lå det en bevissthet om at lovbestemmelsen som skulle hindre og bekjempe sykdom kunne medføre innskrenkninger i eiendomsretten og den personlige frihet. Derfor skulle slike bestemmelser avgjøres i kommunestyret. Det andre motivet viste periodens demokratiseringstendenser og utilitarisme. Det demokratiserende motivet bak de ulike bestemmelsene lå i hovedsak hos embedtsmennene, siden demokratiet enda ikke var fullt utbygd. Utilitarismen sto sterkt i både sunnhetsinstruksen av 1871 og for Hamarøys reviderte i 1882. For å holde kontroll på at innbyggerne forholdt seg til forskriftene avsluttes instruksen med punkt tolv «Enhver, der paabegynder Opførelse av Vaaningshus, har at melde dette for Ordføreren i Sundhedskommisjonen». Slik kunne distriktslegene sørge for at husene som ble bygd forhindret sykdom og fikk omgivelser uten bakteriell grobunn. Tiltak som i stor grad gav den kommende generasjonen bedre helse og større motstandskraft. Instruksene skulle gi flest mulig god helse, selv om det gikk på bekostning av liberalismens selvråderett og enkeltindividets frihet. Hensynet til hele befolkningen kom foran enkeltindividets frihet.

«Sunnhetskommisjonene fikk gjennom disse forskriftene myndighet til å regulere og begrense enkelt individets handlefrihet. Slik markert sunnhetslov nærmest et systemskrifte i synet på kollektivets ansvar», skrev Aina Schiøtz.⁷³ For mange var nok inngripen i handlingsfriheten en ny opplevelse. Det var ingen som tidligere hadde stilt krav til hverken grunnmurens høyde, hvor søppelet skulle henbringes eller om huset skulle ha syll eller ikke. Sunnhetskommisjonens kontrollerende funksjon kom med 1882-instruksen og i løpet av en tjueårsperiode og må ha vært en overgang for befolkningen. En av de store forskjellene fra Hamarøy/Steigens instruks fra 1871 til Hamarøys reviderte fra 1882 var bestemmelsen om at alle hus som ble satt opp eller flyttet på, skulle kontrolleres av et medlem i kommisjonen. For Hamarøy var det ingen kommentarer om manglende oppfølging kom til å få konsekvenser. I Tysfjord var derimot kommisjonen tydelig da de skrev i sin instruks fra 1896:

Befindes beboers Hus eller Forsamlingslokale at være skadeligt for Sundheten, det være sig på Grund af Fuktighet, Urenlighet, Overfyldning af Mennesker, Mangel paa tilstrekkelig luftelse eller lignende kan Sunnhetskommisjonen paalægge

⁷² Schjønby 2001:1

⁷³ Schiøtz 2003:49

Vedkommende at rette paa Manglerne inden en given Frist eller forbyde Rummets Afbenyttelse indtil dette er skedt.⁷⁴

Å følge instruksen ved etablering av bolig krevde både kunnskap og informasjon, men fremfor alt økonomi til å følge opp boligens krav til standard. Dette var ikke gitt alle. En naturlig følge var at flere generasjoner bodde i samme hus, noe som fremmet smitte ved sykdom og epidemier. Instruksene ville da virke mot sin hensikt, som var å forhindre sykdom og smitte.

I artikkelen *Hva skjedde med Sunnhetsloven av 1860?* av Aina Schiøtz skrev hun at de hyppige møtene i byenes sunnhetskommisjon viste høy aktivitet, noe som var i motsetning til distriktene. Ved gjennomgang av *Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene* i perioden 1860 til 1883 var det regelmessig avviklet møter i sunnhetskommisjonen for både Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjord. Høyest aktivitet var det i 1861. Da avholdt sunnhetskommisjonen i Hamarøy/Steigen 5 møter og Lødingen/Tysfjord 3. Dette året kan aktiviteten ses i sammenheng med Sunnhetsloven i seg selv, men også utgivelsen av veiledningen til utarbeidelse av sunnhetsinstruks. I årene frem til 1883 var det registret ett årlig møte i hver av kommunene. For samme periode var møtene registret avlyst 5 ganger. Årsakene til avlysningene ble gjerne nevnt i beretningene. Møtene i Hamarøy og Steigen var hovedsak avlyst de gangene kommunen var uten lege eller da legen selv var syk. For Tysfjord var legen ofte forhindret fra å komme over Vestfjorden på grunn av dårlig vær. Hvis antall møter viste kommisjonens aktivitet, må det konstateres at kommunene var i felles situasjon med de fleste andre distriktskommuner, med bare ett møte i året. Om dette gjenspeilte deres engasjement og aktivitet for sunnhetsarbeidet, kan være vanskelig å konstatere og hviler kanskje på flere andre faktorer. Aina Schiøtz skrev videre i sin artikkel at bare 150 av landets 600 helserådsdistrikt hadde sunnhetsforskrifter og at årsaken kan ha vært at disse hadde distriktsleger som var lite interessert i å følge opp Sunnhetslovens bestemmelser.⁷⁵ Om sunnhetskommisjonene i Hamarøy/Steigen ikke ivret etter å avholde møter, må det konstateres at de var tidlig ute med å utarbeide sunnhetsforskrifter. Kanskje burde distriktslegens og sunnhetskommisjonens engasjement måles mot utarbeidede sunnhetsforskrifter, istedenfor antall møter i kommisjonen? Hamarøy/Steigen kom med sin første sunnhetsforskrift allerede i 1871, på dette tidspunkt var det fortsatt ikke så mange distrikt som hadde fått utarbeidet sine sunnhetsinstruks i Norge.

⁷⁴ Formannskapsprotokoll Tysfjord kommune, (1895-1912)

⁷⁵Schiøtz 2010:332-347

Allerede i 1882 reviderte Hamarøy sin første sunnhetsinstruks. I Steigen ble det kommentert i beretningen for året 1904 «I Steigen Distrikt er de nye Sunhedsforskrifter for begge Herreder blevet trykt og omdelt paa hver Gaard; deres Efterlevelse vil bringe en Omvæltning i mange gamle Vaner. Renligheden staaer mange Steder meget lavt».⁷⁶ Steigen reviderte med andre ord sin instruks i 1904, trettitre år etter den første instruks og tjueto år etter Hamarøys andre instruks. Hvorfor Steigen ikke reviderte sin instruks parallelt med Hamarøy kan forklares utfra distriktslegen og kommisjonenes engasjement for helsearbeidet, men også ustabilitet i legedekningen. For Lødingen/Tysfjord var legedekningen ustabil og instruksen ble ikke utarbeidet og behandlet av kommisjonen før Justisdepartementet henvendte seg i skriv av 29. januar 1896.⁷⁷ Ifølge Aina Schiøtz var det flere kommuner som fulgte oppfordringene med utarbeidelse av sunnhetsforskrifter, og nevnte spesielt de fremsynte Volda-bygdene på Sunnmøre.⁷⁸ I så måte må sunnhetskommisjonen i Hamarøy og Steigen også anses som fremsynte idet de ikke bare valgte å utarbeide sin første instruks i 1871, men også å revidere den i 1882. Revisjonen var et resultat av at gamle teorier ble forkastet til fordel for ny kunnskap. Deres førforståelse og fordommer ble revidert og ny kunnskap viste seg gjennom ny sunnhetsinstruks av 1882.

Da Sunnhetsloven av 1860 ble introdusert, var forståelsen av sykdom og smitte innenfor de medisinfaglige kretser helt annen enn hos befolkningen generelt. Mot århundreskiftet kom synet på sykdom og smitte til å omhandle miasmatiske og kontagiøse forståelse inntil bakteriologien overtok. Lovens elastisitet og evne til tilpasning gav rom for at nye bestemmelser ble endret i takt med medisinsk kunnskap og utviklingen i samfunnet. Endringene fra sunnhetsinstruksen i Hamarøy og Steigen i 1871 til ny instruks forelå for Hamarøy i 1882 og Steigen i 1904, kan være et eksempel på dette. Humoralpatologisk tenkning var fjernet og erstattet med tiltak forenelig med miasmatiske og kontagiøse forståelse. Ifølge Aina Schiøtz var de hygieniske rådene rettet mot personlig hygiene mer vanlig i landdistriktene enn i byene.⁷⁹ Dette stemte godt med 1871 instruks, og ble fjernet i forbindelse med revideringen i 1882. De hygieniske krav til individet ble erstattet med sykdomsforebyggende momenter relatert til vann, avfall og boligstandard. Tysfjord kommunes instruks fra 1896 var lik Hamarøys instruks fra 1882, hvor fokuset var rettet mot forhold som skulle sørge for å gjøre bostedene og omgivelsene sunne.

⁷⁶ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene i Norge 1904:254

⁷⁷ Formannskapsprotokoll 23.07.1895-10.08.1912, år 1896 s. 10

⁷⁸ Schiøtz 2017:257

⁷⁹ Schiøtz 2010:332-347

6 ENDRINGER I LEGENES FORSTÅELSE AV SYKDOM OG SMITTE

I dagens medisinske verden er det en selvfølge å avdekke den spesifikke bakterien eller virus som gjør deg syk, samt finne medikamentet som gjør mennesket friskt. Det er visshet i hvordan de ulike sykdommene smitter, og det eksisterer konkrete tiltak relatert til hvordan man forhindrer og forebygger smittespredning. Denne kunnskapen er utviklet over lang tid og av flere generasjoner. Medisinsk kunnskap må derfor ses i sammenheng med tidligere generasjoners utvikling av kompetanse. Filosofen Hans Georg Gadamer knyttet forutsetningene for forståelse til våre fordommers betydning. Forforståelse og førforståelse er sentralt i Gadammers hermeneutikk.⁸⁰ Han hevdet at enhver forståelse forutsetter en annen forutgående forståelse, slik medisinsk kompetanse har bygd på hverandre gjennom generasjoner. Forståelse og utvikling av medisinsk vitenskap forutsetter derfor forbindelse mellom de ulike historiske periodene. Sykdom og smitte har gjennom historien hatt flere ulike teorier som forklaring på hva som forårsaket sykdom, hvordan den smittet og hvordan den skulle behandles. Ved hjelp av kommunens sunnhetsinstruksjoner og medisinalberetningene har dette kapittelet som formål å følge legenes endring i forståelse av sykdom og smitte. Viste de smitte og sykdomsforståelse ut fra miasmatiske, contagiøse eller i bakteriell retning?

6.1 HUMORALPATOLOGIEN

Før bakteriologiens gjennombrudd på 1870-80 årene var de medisinske autoritetene delt i sitt syn på hvordan sykdom oppsto og spredte seg. Humoralpatologien, med opprinnelse i antikken, var eldst og rådende helt inntil midten av 1800-tallet. I boken *Ansvar for undersåttenes helse* skrev Moseng at humoralpatologien stammet fra fjern fortid og hadde røtter hos den mytiske skikkelsen Hippokrates.⁸¹ Sentralt i teorien var at sykdom ble forstått som ubalanse mellom de fire kroppsvæskene (humorene) blod, gul galle, sort galle og slim. Væskene ble antatt å ha egenskaper tilknyttet temperatur og fuktighetsgrad, og de fire elementene ble koblet til menneskenes grunntemperament. Det å kunne oppnå ekvilibrium (balanse) i væskene var helse, mens dyskrasi (ubalanse) representerte sykdom. Behandling av sykdom besto i å tilstrebe balanse i humorene ved hjelp av diett, årelating, svettekurer og brekkmiddel, avhengig av hva som feilte pasienten.⁸² Fortsatt kan man høre at sykdom og feber må «svettes» ut, noe som har liten sammenheng med å få kroppsvæskene i balanse. Noen ganger beskrives sykdommen som

⁸⁰ Krogh 1996:244

⁸¹ Moseng 2003:130

⁸² Schiøtz 2017:28

«ræksjuke» og «øfær» med en forståelse av at sykdommen «går». Andre ganger skal man ikke sitte på bakken når tela går fordi man kan rammes av «jorddunst». Med en oppfattelse av at sykdom dunster opp fra jorda. I dag vet vi at de ulike sykdommene smitter ved hjelp av mikroorganismer og har ulike smitteveier. Sykdommene smitter, de går ikke og vi vet at ingen blir syke av lukt eller eim fra jorda. Begrepene har overlevd som levninger fra humoralpatologiens tid.

6.2 MIASMETEORIEN

Fra 1870-80 årene var miasmeteorien og kontagonismen etablerte retninger i den medisinske verden. Teoriene var motstridende i forhold til hvordan sykdom oppsto, men var enige om at det eksisterte et smittestoff. Begge teoriene hadde røtter fra antikken og ble videreført inn i middelalderen. Miasmeteorien, også kalt anti-kontagonismen, var lengstlevende og sto sterkt helt inntil siste del av 1800-tallet. Miasmatikerne forklarte epidemiene som atmosfæriske miasmer og utviklet smitteteori. Miasmene ble sammenlignet med luftaktige giftstoffer som hadde gasslignende substans som dunstet fra råtne urenheter i jorden, spesielt i lavereliggende områder.⁸³ Den kunne oppstå spontant, uten tilført smitte på steder som var usunne. Moseng skrev «[...] smittsomme sykdommer var forårsaket av miasmer, forurenset og giftig luft som kunne oppstå fra søppel, forråtnelse, dårlig begravde lik eller fra sprekker i jordoverflaten etter jordskjelv [...]. De kunne formidles gjennom luften, i vann og mellom mennesker».⁸⁴ For å hindre smitte var tiltak som fjernet lukt, dunst og urenheter viktig, samt vask av klær, sengeklær og rom. Miasmatikerne vurderte selve smittestoffet som ufarlig, det var andre betingelser som måtte oppfylles før sykdom kunne oppstå og spre seg. For det første måtte smittestoffet bli omgjort til en miasme og for det andre var dette bare mulig under visse betingelser. I tillegg måtte miasmene møte en person eller et somfunn som hadde tilpasset konstitusjon (mottakelighet) før sykdommen ble etablert.⁸⁵ Miasmeteorien var på flere måter en forlengelse av humoralpatologien og hadde mye til felles. Begge anså sykdom skapt utfra ubalanse. Humoralpatologien gjennom ubalanse i kroppen mens miasmatikerne gjennom ubalanse i naturen. I begge teoriene kunne sykdom oppstå av seg selv og var foranderlig ved at sykdommen kunne endre karakter eller forflytte seg fra kroppsdel til kroppsdel. Dette er en motsetning til bakteriologien hvor den bestemte sykdomsfremkallende organismen forårsaker en spesifikk infeksjon.

⁸³ Jacobsen og Larsen 2007:56

⁸⁴ Moseng 2003:62

⁸⁵ Schiøtz 2003:30

6.3 KONTAGONISMEN

Kontagonismens smitteteori kan spores tilbake til 100-tallet, men ble ikke beskrevet før i 1546 av Girolamo Fracostoro. Han forklarte smitten som et «sykdomsfrø» som kunne spres på tre måter. For det første, gjennom direkte menneskelig kontakt og for det andre indirekte ved hjelp av formites. Formites lå latent og ble formidlet gjennom døde ting, tekstiler og gjenstander. Den tredje smittemåten var via infiserte frø som spredte seg gjennom lufta eller via berøring av gjenstander. Kontagonistene var derfor tilhengere av isolasjon og karantene og etter hvert desinfeksjon som behandling og forebygging av sykdom.⁸⁶ Kontagonismen og miasmeteorien var like i forståelsen av smitte, men ulik i forståelse av hva sykdom ble skapt av. De var enige om at det eksisterte et smittestoff, men uenige i hvordan sykdom oppsto og hva som forårsaket den. Kontagonistene mente sykdommen smittet ved kontakt mellom menneskene og miasmen i seg selv ikke var noen risiko. En annen forklaring, når sykdommen rammet, var at enkelte mennesker hadde gunstig konstitusjon. Dette gjorde dem mer mottakelig for sykdom og ble anvendt som forklaring på hvorfor ikke alle i et hus ble smittet ved sykdomsutbrudd. I motsetning til kontagonistene mente miasmatikerne at smittestoffet i seg selv var ufarlig. Det måtte visse betingelser til for at det skulle utvikles sykdom. Miasmatikerne vurderte derfor karantene som lite egnet behandling, noe som var i motsetning til kontagonistene. Begge teoriene var imidlertid enige om at hvis en epidemi var brutt ut var hygiene viktig for å bekjempe sykdommen.⁸⁷

Koleraepidemiene, som herjet på slutten av 1830-tallet, kunne nok fått helt annet utfall hvis den kontagiøse overbevisningen hadde vært rådende. Koleraen utfordret og polariserte legestanden i forståelsen av hvordan sykdommen smittet. Det ble tidlig slått fast at sykdommen ikke var smittsom, men skapt av miasmer. Mange var nok i tvil og det *ble* stilt spørsmål om sykdommen kunne være kontagiøst, etter å ha observert sammenheng i smitteveiene.⁸⁸ Beslutningen om at kolera ikke var smittsomt, var etter påvirkning av den engelske sanitarianisme, som bygde på miasmatisk forståelse hvor «skitt, avfall, urenheter og forurensning ble foreslått som de selve sykdomsskapende elementene».⁸⁹ Koleraen rammet hardt, spesielt blant de fattige, både i Norge og England og satte stort søkelys på fattigdom og hygiene. I England dannet miasmatikeren Edwin Chadwicks *Report on the Sanitary Commissions of the labouring Population* fra 1842 grunnlaget for to epokegjørende lover, *The*

⁸⁶ Schiøtz 2017:64

⁸⁷ Schiøtz 2003:30

⁸⁸ Moseng 2003:296

⁸⁹ Moseng 2003:308

Public Health Act fra 1844 og *The Nuisance Removal Act* i 1846. Begge til inspirasjon for Sunnhetsloven av 1860 og gav forklaring til dens miasmatiske form. Med bakgrunn og inspirasjon fra England og med nytt lovverk, ble miasmeteorien befestet og stående som det dominerende synet frem til slutten av 1800-tallet, da bakteriologien skapte paradigmeskifte i forståelsen av sykdom og smitte.

6.4 ENDRING I FORSTÅELEN AV SMITTE BLANT LEGENE I HAMARØY, STEIGEN OG TYSFJORD

I forbindelse med Sunnhetsloven ble det utarbeidet veiledning til bruk ved utarbeidelse av sunnhetsforskrifter. Eilert Sunds hovedverk *Om renslighets-stellet i Norge* fra 1869 kan ha vært til inspirasjon for de ulike sunnhetsinstruksene som ble laget. Boken var ifølge Aina Schiøtz benyttet som høytlesing i landets sunnhetskommisjoner og sunnhetsinstruksen av 1871 fikk flere punkter tilknyttet hygiene.⁹⁰ Selv om sunnhetsinstruksen på flere hold var preget av ny kunnskap kan man ane rester av humoralpatologien. Troen på årelating som behandling for å få de fire kroppsvæskene viste dette. Punkt 26 anmodet om at «Aareladning bør kun foretages efter Lægens Anvisning».⁹¹ Ved hjelp av en sneppert skulle en vene snittes og blod tappes. Dette for å skape ekvilibrium i kroppsvæskene.⁹² Instruksen informerte også om at årelatingen «bør kun foretages efter Lægens Anvisning». Det var med andre ord også mulighet for andre å utføre årelatingen og metoden kan se ut til å ha vært mer i bruk enn hva beretningene viste. Ifølge boken *Sykdom i Nord-Norge før 1940* hevdet Ingun Elstad og Torun Hamran at årelating som behandling ble brukt ved alvorlige febersykdommer som lungebetennelse og flere andre tilstander.⁹³ Anmodningen om at årelatingen kun burde utføres utfra legens anvisning var utfra at metoden ikke var helt ufarlig. Elstad og Hamran viste til en mann fra Senja som hadde årelatt seg selv så kraftig at blodspruten sto i taket.

Sunnhetsinstruksen av 1871 var tydelige preget av miasmatiske forståelse. Punkt ti krevde «Aldrig bør man sove paa Marken, thi Jordens uddunstninger kunne let paaføre sygdomme».⁹⁴ Her settes «jordens utdunstninger» i sammenheng med gasser som sivet ut av jorden og skapte sykdom. Punkt ni skulle skåne gjeterne mot sykdom. Her står «Barbenet bør man aldrig gaa. Fornemmelig maa Gjætere forsynes med godt Skotøi»,⁹⁵ og kan ses i sammenheng med at skotøyet skulle hindre miasmene å gjøre gjeterne syke. I tilknytning til

⁹⁰ Schiøtz 2003:100

⁹¹ Vedlegg 1

⁹² Moseng 2003:131

⁹³ Elstad og Hamran 2006:25

⁹⁴ Vedlegg 1

⁹⁵ Vedlegg 1

oppbevaring av mat var det tydelige føringer for hva som skapte usunn luft og sykdomsfremkallende luft. Med fare for utvikling av miasmer og sykdom sto det i punkt fire «Madvarer bør ikke opbevares i Beboelsesrum. Poteter bør saaledes ikke om vaaren hensættes i Stue eller Soverum, da usund Luft derved udvikles». ⁹⁶ Disse eksemplene kan sammenlignes med Elstad og Hamrans funn fra Vadsø. Her ble årsaken til feber tidlig på 1800-tallet forklart ved havskodda som førte med seg gjennomtrengende og stinkende luft.⁹⁷

Instruksen, som inneholdt flere punkter i tråd med miasmatiske sykdomsforståelse, omhandlet også flere punkter tilknyttet personlig hygiene og hygiene tilknyttet husholdningen. Punkt seks anbefalte «Hænder og Ansigt bør vaskes hver Morgen og eller saa ofte fornødiges eller det anstændighed tilsiger det især før maaltiderne [...]» I husene «bør gulvene skures mindst 1 Gang om ugen; Vægge, Døre, Vinduer samt Sengesteder og andet Bohave rengjøres ved hver af de store Høitider [...]»⁹⁸ Hygieniske tiltak for å hindre sykdom og smitte kunne settes i sammenheng med både miasmatiske og kontagiøse forståelse. Når sykdom rammet var hygiene, både privat og offentlig, den beste måten å forhindre sykdom.⁹⁹

I tillegg til de rene miasmatiske forståelsene inneholdt instruksen også noen klare kontagiøse punkter. Disse var i hovedsak tilknyttet spedalskhet og det var tydelig at spedalske burde isoleres. Punkt 21 anbefalte «[...] De Spedalske bør ligge alene, bruke særskilt Husgeraad, ikke sendes i Omgangslægd og, om muligt, bo i egne værelser, [...]»¹⁰⁰. Isolasjon som metode for å hindre sykdom og smitte var ett av de sterkeste kjennetegnene på kontagiøs sykdomsforståelse. Ved å isolere den syke forhindret man formites å spre seg. Formites kunne eksistere i tekstilene og i gjenstandene hos den syke. Instruksen anbefalte derfor at de spedalske skulle ha to sett seng og gangklær. Når det ene settet var i bruk, skulle det andre luftes. Slik skulle man forhindre at andre ble smittet av spedalskhet gjennom formites.

1871-instruksen viste trekk fra alle de ulike smitte og sykdomsforståelsene som eksisterte gjennom 1800-tallet. Punktene var i stor grad normative og ikke tydelige instruksjoner, noe man kan anta ville vært hvis Føyn hadde vært av ren kontagiøs overbevisning. Hvis han hadde vært sikker på at sykdommen kunne hindres gjennom håndvask og hygiene, burde instruksene i større grad vært preget av *skal* og ikke *bør*, samtidig som dette gjenspeilte liberalismen som tidsepoke og tankesett. Tatt i betraktning at instruksene ble skrevet i 1871, er

⁹⁶ ibid

⁹⁷ Elstad 2006:15

⁹⁸ Vedlegg 1

⁹⁹ Schiøtz 2003:31

¹⁰⁰ Vedlegg 1

det nærliggende å tro at miasmatisk tankesettet lå bak. Punktene, som var av hygieniske formaninger, gav brudd på det vi dag definerer som smittekjeden og hindret derfor smitte. Det kan derfor tenkes at kontagiøs overbevisning i større grad ville hatt søkelys på isolasjon og karantene som tiltak for å hindre smitte en ved ren miasmatisk sykdomsforståelse.

I 1882 valgte distriktslege Hansen å revidere sunnhetsinstruksen av 1871. Den nye instruksen inneholdt tolv punkter som var av helt annen karakter den første. 1882 instruksen hadde fokus på å holde unna faktorer som kunne gi bakterievekst og sykdom, spesielt tilknyttet bosted. Seks av punktene inneholdt krav til våningshusene, som «Bygningen skal hvile paa Undermur af Graasten, hvilken Undermur intet steds maa være lavere end 30 Centimeter [...] og «Gulvet i husets nederste stokværk skal være tæt og frit for Træk»¹⁰¹. Begge punktene tok høyde for å beskytte beboerne fra kulde og sykdomsfremkallende faktorer, som gav nedsatt allmenntilstand. Utfra et miasmatisk syn kan det tenkes at trekken var faktoren som inneholdt miasmer og førte til sykdom, og at 30 cm undermur ville holde miasmene unna. Videre ble det stilt krav til grøfting rundt husene, høyde under taket, krav til utlufting i rom hvor mat ble tilberedt etc. De neste seks punktene satte søkelys på drikkevann, plassering av avfall, latrine og forhindre at «Urenligheder kunne ansamle sig, samt saavidt muligt aflede Fugtigheden».¹⁰² Punkter som kunne settes i sammenheng med miasmens teori, men også kontagiøs overbevisning. Ved å isolere urenheterne fra husene og befolkningen unngikk man kontakt med de sykdomsfremkallende faktorene. Instruksene og tiltakene som ble iverksatt var med andre ord like kontagiøs som de var av miasmatisk forståelse. De tydeligste miasmatiske punktene var fjernet og erstattet med forebyggende tiltak tilknyttet husvære og omgivelsene, noe som kan tolkes som stadig mer overbevisning mot kontagiøs forståelse.

Å stadfeste om en lege var av ren kontagiøs eller miasmatisk forståelse ville vært lettere å tolke hvis medisinalberetningene i større grad beskrev behandlingene legene iverksatte. Dette ble bare gjort unntaksvis. Enkelte beskrivelser, slik distriktslege Eirik Nielsen noterte i sin beretning fra 1879, viste at legen hadde tro på desinfisering som metode og dermed forståelse i kontagiøs retning. Nilsen hadde i løpet av kort tid behandlet fire tilfeller av barselfeber, hvorav en døde. For legen var det tydelig og utvilsomt at smitten var blitt videreført fra den ene barselkvinnen til den andre av kommunens jordmor. Han skrev: «efter jeg havde indskjærpet hende at den strengeste Renlighed og inntage hennes [uleselig] til desinfeksjon, blev jeg nødt til

¹⁰¹ Sunnhetsinstruks for prestegjeldet Hamarøy 1882, vedlegg 2

¹⁰² Ibid

at suspendere hende, hvorefter sykdommen ophørte». ¹⁰³ Å suspendere en jordmor i en utkantkommune var et alvorlig inngrep og viste på den ene siden en klar overbevisning om at hennes utstyr var kilden til smitte og at inngripen var nødvendig for å hindre videre spredning. Beslutningen om at hun enten måtte følge hans direktiver om å desinfisere utstyret eller bli suspendert, var sannsynligvis en vanskelig beslutning å ta. Suspensjon av kommunens jordmor gav antakelig konsekvenser i form av manglende fødselshjelp for kommunens gravide og fødende, men også færre vaksinerte barn. Dette var alvorlige konsekvenser som resulterte i merarbeid for distriktslegen og understrekte alvorligheten i handlingen. Likevel valgte Nielsen å gå til det drastiske grepet for å beskytte andre fødende kvinner. Desinfeksjonen hadde som formål å drepe smittestoffet, selv om bakterien var ukjent. At Nielsen tok i bruk desinfeksjon som metode med formål å drepe smittestoffet allerede i 1879, vitnet om kontagiøs forståelse og en handlekraftig lege.

Forståelsen av at sykdommene spredte seg mellom menneskene og gårdene i distriktene var felles for legene. I 1886 skrev distriktslege Birck at skarlagensfeber opptrådte samtidig på avsidesliggende gårder i Fiskfjorden og på gården Haukø i Tysfjorden. Her var sykdommen ankommet først til Fiskfjorden for deretter bli ført til to barn i nabohuset og videre til Tysfjorden. Samtidig påpekte legen at det hadde oppstått to enkelttilfeller på Korsnes og på Ytterstad i Lødingen, uten påviselig kilde. Distriktslege Hansen stilte seg også forundrende i 1888 over tyfoidsmitten som hadde oppstått på to gårder langt fra hverandre. Han skrev «Disse to Gaarde ligge nogle og femti Kilometer fra hverandre, og der havde ingen Samfærdsel funnet Sted mellem beboerne, saa Smitten ikke kan tenkes bragt fra Fjærli til Ørnes» ¹⁰⁴ For distriktslege Hansen var det nok naturlig å stille seg spørsmålet om hvordan dette var mulig. Når sykdommen ikke hadde vandret fra den ene gården til andre, var den da oppstått av miasmer?

I 1891 handlet distriktslege fra Lødingen/Tysfjord Peter A. Birck utfra ren kontagiøs overbevisning da han beordret streng isolasjon i forbindelse med difteriutbrudd i Kanstadfjorden. Han skrev «Ved streng isolation lykkedes det at begrensede Sygdommen til det ene Hus». ¹⁰⁵ Hvis legene erfarte at isolasjon var en effektiv måte å forhindre sykdom og videre smitte anvendte de sikkert metoden, uten å kanskje reflektere om dette var av miasmatiske

¹⁰³ Medisinalberetning fra Steigen 1879

¹⁰⁴ Medisinalberetning Hamarøy 1888

¹⁰⁵ Medisinalberetning Lødingen 1890

eller kontagiøs overbevisning. Samtidig vet vi at mikrobiologien var i full utvikling og legene fikk mer kunnskap om bakteriene.

Kunnskap om hygiene hadde vært i jevn utvikling fra opplysningstiden, men uten store gjennomslag før mikrobiologien bekreftet smitten og smitteveiene. I medisinalberetningene var det unntaksvis beskrevet hygieniske tiltak for å forebygge smitte eller ulike behandlinger. Ett unntak var distriktslege Peter Johannes Hansen (1845-1920). I 1898 oppsto flere tilfeller av svelgdifteri hvor han beordret «sykeværelsene saavel som det i disse benyttede husgeraad vaskedes først med Grønnsebevand og derefter med 5% Karbolvand».¹⁰⁶ Videre var det viktig at sengehalmen ble brent, sengklærne kokt og til sist skulle skinnfellene vaskes og henges ut til lufting i uthus. Denne behandlingen ble anvendt av Hansen og beskrevet som tiltak i forbindelse med svelgdifteri i 1898, 1900, 1901 og 1902.¹⁰⁷ Difteribakterien var allerede kjent i 1884, men karbolvannets desinfiserende effekt må ha vært kjent hos Hansen. Tiltakene han iverksatte kan fortsatt ses i både miasmatisk og kontagiøs sammenheng. Samtidig anvendte han karbolvann som viste at han hadde kunnskap om desinfeksjon som metode for å forhindre smitte, noe som er et tegn på kontagiøs forståelse. Karbolvann, som husgerådene og sykeværelsene skulle vaskes i, er et produkt av det kjemiske stoffet fenol og ble anvendt som desinfeksjonsmiddel for å drepe bakterier, sporer og sopp samt virus. Joseph Lister (1827-1912) var den første til å ta i bruk det antiseptiske stoffet under kirurgiske inngrep. Hensikten var å drepe mikroorganismer og hindre sårinfeksjon. «Listers metode» ble ifølge Aina Schiøtz første gang anvendt i Norge i forbindelse med sårbehandling. Dette var i 1871 av Johan Stand (1829-77) som da jobbet ved Helgeland Sykehus. Schiøtz hevdet også at det tok tid før Listers metode ble tatt i allmenn bruk.¹⁰⁸ At distriktslege Hansen tok i bruk metodene gjennom flere år, viste han at han hadde hatt god erfaring med karbolvannets effekt i forhold til å begrense sykdom og hindre smitte. I 1903 var tiltakene redusert i forbindelse med barsel-feber. Nå skulle sengklærne kokes og utluftes og rommene med inneværende møbler skulle vaskes grundig med 2% Lysolvand. Lysolvann er også desinfiserende middel, men langt fra så sterkt og konsentrert som karbolvann. Kunnskap, erfaring eller vitenskap hadde kanskje vist Hansen at dette var tilstrekkelig for å hindre videre smitte.

I boken *Ve og Velfærd* skrevet av den danske historikeren Kurt Jacobsen og journalisten Klaus Larsen hevdet de at «Karbolforbindingen var kun den spæde start på antiseptikken».¹⁰⁹

¹⁰⁶ Medisinalberetning Hamarøy 1889

¹⁰⁷ Medisinalberetning Hamarøy 1889,1900,1901 og 1902

¹⁰⁸ Schiøtz 2017:72

¹⁰⁹ Jacobsen og Larsen 2007:145

De skrev videre at allerede i 1870 opererte Lister i «en sky av karbolvann», som ble sprayet i operasjonsrommet så lenge operasjonen foregikk. Karbolvannets antiseptiske effekt ble avløst av aseptikken, den sterile operasjonsformen. Jacobsen og Larsen skrevet «Efter anæsthesien blev antiseptikken det 19. århundredes andet store gennembrud i behandlingen».¹¹⁰ Dette til tross for at Ignaz Semmelweis allerede i 1848 påviste hvordan håndhygiene kunne forebygge barsel-feber. Han ble ikke tatt på alvor i fagmiljøene, fordi miasmeteorien fortsatt sto sterkt. Antiseptisk behandling av utstyr har som mål å fjerne mikroorganismer og hindre spredning, mens aseptisk behandling skal hindre at mikroorganismene fikk tilgang til steder hvor organismene kunne være skadelige.

6.5 BAKTERIOLOGIEN

Tiårene før århundreskiftet representerte et paradigmeskifte i forståelsen av smitte og mekanismene for overføring av smittsomme sykdommer. Da Robert Koch identifiserte tuberkelbasillen i 1882 gav dette uvurderlig kunnskap og kompetanse innenfor den medisinske utviklingen. I løpet av få år ble mikroorganismene som fremkalte lepra, kolera, difteri, lungetuberkulose og tyfoid identifisert. Det ble nå mulig å forstå mekanismene bak epidemisk spredning av sykdom. Bakteriologien, som var i full utvikling, representerte et kvantesprang i diagnostisering av sykdommer, forståelse av hygiene og forebygging. For legene med overbevisning innenfor miasmatiske sykdomsforståelse og smitte, var nok overgangen stor og gav en viss forståelse for hvorfor teorien ble hengende et godt stykke inn i det attende århundre. De nye og vitenskapelige og medisinsktekniske fremskritt viste seg blant annet med utvikling av mikroskopet og oppdagelsen av mikrobene, noe som kom til å få stor betydning for endring av det medisinske tankesettet. Den viktigste og kanskje største endringen, var betydningen for medisinske praksis.¹¹¹ Ved hjelp av mikroskopene kunne bakteriene nå påvises med sikkerhet. Legens største utfordringer ble å endre folks levemåter for å forebygge smitte. Så sent som i 1920 uttrykte kommunelegen i Hamarøy fortvilelse da difteri hadde spredd seg blant flere gårder i Kaldvaagen. Han skrev:

Det var mit absolute indtryk at der raadet en sterk sløvhed overfor smittsomme sygdomme. Naar man meddelte forældrene at barna led av difteri blev man møt av

¹¹⁰ Jacobsen og Larsen 2007:143

¹¹¹ Porter 1997:428

vantrø smil, og de forholdsregler man tok for å hindre [uleseelig] utbredelse ble tildels ikke overholdt. De to dødsfald satte imidlertid straks i gang mine befalninger.¹¹²

Enda var forholdene slik at selv om mikroskopene kunne påvise bakteriene som forårsaket sykdommene, var ikke behandlingen tilgjengelig. Distriktslegene kunne foreløpig bare formane til forebyggende hygienetiltak, samt symptomatisk behandling. Tiden og troen på at smitte og sykdom basert på vitenskap var tydelig da samme lege stilte spørsmålsteget i forhold til den tidligere lege Peder J. Hansens diagnostisering av spanskesyke i 1918. Han påpekte at sykdommen, som oppsto under spanskesykeepidemien, og som rammet spesielt folkene på prestegården, lignet i et og alt på tyfus. Han skrev «Jeg tok blodprøve av min 1ste tyfuspasient i februar 1920, og det var gaardsdrengen i prestegaarden. Blodprøven viste videre tyfus. Det blev nu klart at det var tyfus som havde herjet der paa gaarden».¹¹³ Gjennom blodprøven kunne distriktslegen med overbevisning gjøre nødvendige tiltak overfor sykdommen og de sykdomsrammede, med vitenskapelige forankringer.

1800-tallet gav stor endring for forståelse av sykdom og smitte, takket være den vitenskapelige utviklingen. Endret syn på sykdom, hvem som ble rammet og hvorfor den rammet, skapte ny tenkning og utvikling innenfor den medisinske vitenskap. Etter hvert som utviklingen avdekte bakterier, ble det lettere å sette i gang tiltak for å hindre videre smitte utfra om bakteriene var luft eller vannbåren. Muligheten til å forankre sine beslutninger i vitenskapen, skapte stor trygghet og bedre beslutningsgrunnlag for legene. Selv om legene var myndighetspersoner og embedsmenn med medisinsk kunnskap, kan vi gjennom beretningene lese folkets skepsis i forhold til legens diagnostisering. Kunnskapen var kommet til legene, men det var enda et stykke før folket ble nok opplyst til å endre sine levevaner. Så sent som i 1917 slet fortsatt kommunelegen i Tysfjord med å få folk til å endre sine vaner for å hindre spredning av tuberkulose. Han skrev:

Spytteuskikken er så utbredt som vel. Der spyttes saa at si overalt [...] naar der sitter en fisker i en baat, selv med fuldt av fisk undgaard han omhyggelig at dreie hode unødvendige 15-20 grader tilside og spytte utenbords, men i stedet ret frem.¹¹⁴

Han viste tydelig fortvilelse gjennom medisinalberetningen overfor folket som ikke var villige til å endre sine vaner for å hindre smitte. For legene og sunnhetskommisjonene ble de neste

¹¹² Medisinalberetning Hamarøy 1920

¹¹³ Medisinalberetning Hamarøy 1920

¹¹⁴ Medisinalberetning Tysfjord 1917

utfordringene å opplyse folket slik at de selv kunne bidra til egen helse. Kanskje det første og tidlige stadiet for folkehelsearbeid.

Endring av sykdomsforståelse og hvordan sykdommene smittet fra Føyns første sunnhetsinstruks fra 1871 til Peter J. Hansens instruks fra 1882, er tydelig. Den tidligere miasmatiske forståelsen forsvant gradvis, samtidig som det etablertes ny forståelse og kunnskap om sykdom og smitte. I boken *Ansvar for undersåttenes helse* skrev Moseng «slik kunne miasmatiske oppfatninger og forståelse av smittsomhet eksistere side om side, i et sykdomsbilde preget av både århundrelange tradisjoner og av en begynnende vitenskapelig tilnærming».¹¹⁵ Kommentarene fra medisinalberetningene og de to instruksene viste sykdom og smitteforståelse i glidende overgang, fra en tidsepoke til en ny. Legene, med sine fordommer og førforståelse, opplevde store krav til endring i tankesett og handling. Ny kunnskap krevde forståelse fra tidligere perioders erfaringer og kunnskap. Kunnskap utviklet fra det de allerede visste. All forståelse blir derfor historisk forståelse og fordrer forbindelser mellom de ulike historiske periodene, slik sunnhetsinstruks fra 1871 til 1882. Den første instruksjonen som viste til humoralpatologisk tankesett hadde flere momenter som pekte mot miasmatiske og kontagiøse sykdomsforståelse. Med Hansens revidering av instruksjonen fjernes punktene som ikke lenger var relevant og nye sykdomsforebyggende faktorer tilknyttet bakterievekst ble lagt til, samtidig som miasmens og kontagonismens forståelse fulgte med. Utvikling og etablering av ny kunnskap krevde førforståelse av etablert fakta, slik filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) beskrev i sin forståelseshorisont.¹¹⁶ Gadamer mente at våre fordommer, vår førforståelse, var en del av helheten som vi aldri kunne ha full oversikt over, slik den medisinske utvikling var og fortsatt er. Fra midten til slutten av 1800-tallet var den medisinske utvikling så stor at den representerte et paradigmeskifte for vitenskapen. Ny kunnskap ble skapt gjennom førforståelsen, som skapte ny utvikling og dypere kompetanse, som igjen ble en del av helheten. Utvikling av mikroskopet og laboratoriemedisinen gav grunnlaget og starten på den moderne medisinen og stilte helt nye krav til medisinsk forståelse og tenkning. Ved hjelp av mikroskopet kunne sykdommene bli forstått som ulike biologiske og kjemiske mekanismer i kroppen istedenfor «sykdomsfrø og gasser» med opprinnelse fra jorden. Den hermeneutiske sirkel, som Gadamer definerte den, beveget seg gjennom tidsperiodene med ny kunnskap og besørget optimisme for videre utvikling av medisinsk vitenskap. Etablert forståelse og kunnskap ble

¹¹⁵ Moseng 2003:294

¹¹⁶ Krogh M.fl. 2007:247

revidert inn i en ny tidshorisont, slik postmodernisten Mark Harrison berørte i boken *Disease and the Modern World*. Han skrev i sin introduksjon:

[...] I think it makes more sense to see postmodernism not as something that comes after modernism but as a critical, reflective tendency within it; a tendency that comes to the fore from time to time, questioning our ability to understand the world and our capacity to make it after our own image.¹¹⁷

Legene på Hamarøy, Steigen og i Tysfjord viste seg i stor grad å følge med i den vitenskapelige utviklingen og tok i bruk nye metoder. De var overbevisende i sine syn på hva sykdom oppsto fra og hvordan de skulle begrense den. Noen utfra miasmatisk tenkning, men flere i retning av kontagiøs forståelse.

¹¹⁷ Harrison 2008:2

7 EPIDEMIER SOM RAMMET STEIGEN, HAMARØY OG TYSFJORD

Sykdommer har gjennom historien rammet og rammer fortsatt befolkningen rundt om i verden. Noen ganger blir sykdommene epidemiske og rammer lokalt, mens andre ganger sprer den seg over hele verden og blir til pandemi. Konsekvensene og omfanget blir avhengige av smittens utbredelse og kan resultere i politiske, sosiale og økonomiske endringer. I 1936 uttalte Isak Kobro «det er en eiendommelig regel at ethvert større hygienisk fremskritt er tvunget fram av en farsott».¹¹⁸ Slik har sykdom bidratt til medisinsk kunnskap og utvikling av samfunnet. Ved hjelp av statlige reguleringer og instruksjoner om hygieniske tiltak og begrenset kontakt med omverdenen skulle epidemiene begrenses og bekjempes.

I boken *Sykdom, Nord-Norge før 1940* har Ingun Elstad og Torun Hamran skrevet om sykdommene i de nordlige landsdelene. Her står «Dei store epidemiane gjekk i Nord-Norge i et mønster som skilte seg noko ut frå resten av landet».¹¹⁹ Pesten, som gikk i flere perioder, gikk for siste gang i Nord-Norge i 1618 mot Sør-Norge 1648. Utover 1700 tallet var det de dødelige og svært smittsomme koppeepidemiene som dominerte sykdomsbildet. Elstad skrev at kopper rammet Bergen i snitt hvert 6. år, Nordland hvert 8. år, og Øst-Finnmark hvert 38. år. Bergen, som var senter for fiskehandel, var importby for sykdom og epidemier til Nord-Norge. Hvis sykdom rammet mannskapet på båten, ble transporten hjem som en karantenetid. Enten opparbeidet de seg immunitet eller de døde. Årsakene til hvorfor nordlendingene og finnmarkingene ble sparsomt rammet i forhold til sørlige deler av landet, fikk flere forklaringer. Av fagfolk ble det forklart at nordlendingene og samene var hardføre folk og levde av naturlig og enkelt kost. I tillegg jaget stormene i nord bort pestilensene, så lufta var frisk.¹²⁰ En forståelse som vitner om miasmatiske tenkning omkring sykdom og smitte.

I amtlegens rapporteringer til beretning om Sunnhetstilstand og medisinalforhold i Norge skilte de mellom epidemiske, kroniske og venøse sykdommer. Tuberkulosen, som hadde herjet gjennom årtider, ble registrert på egne skjema. De epidemiske sykdommene fikk størst oppmerksomhet og var i stor grad årsak til sykdom og død gjennom hele 1800-tallet. Bekjempelse og forebygging av disse sykdommene var derfor av de viktigste oppgavene for distriktslegene. Ved å lese medisinalberetningene er det mulig å følge endringene i definisjon av hva som ble vurdert som smittsom og ikke. I beretningen om sunnhetstilstand og

¹¹⁸ Via Schjøtz 2003:25

¹¹⁹ Elstad og Hamran 2006:14

¹²⁰ *ibid*

medisinalforhold i Nordland for 1880, var 23 ulike sykdommer definert som epidemiske. Størst utbredelse hadde andre katarrhalske sykdommer, diarrhoe (akut) Cholera nostras, skarlagensfeber, tyfoidfeber, kikhoste og exanternematisk tyfus. Andre sykdommer som dette året lå under kategorien epidemiske var barselfeber, rosen, blodgang, giktfeber, pleuritt, koldfeber, kusma og skjørbuk. Flere av disse sykdommene vet vi i dag ikke er smittsomme. Av kroniske sykdommer var kardialgi, gastritt og dyspepsi, kronisk revmatisme, blegsot og anemi. Andre kroniske tilstander var menstruasjonsuorden, kjertelsyke, fnat, rachit, vatersot, morbus brightii, skurv, ormesykdommer og drankersykdommer.¹²¹ Sykdommer vi i dag har gode behandlingsmuligheter for og anses ikke som kroniske.

Hvilke epidemiske sykdommer ble Hamarøy/Steigen og Tysfjord rammet av og var sykdomsmønsteret likt Nordland generelt? Så legene noen sammenheng mellom smitten og sykdommene? For å svare på dette vil kapitlet sammenligne epidemiene kommunene ble rammet av med Nordlands situasjon. Parallelt vil det søkes etter legenes forståelse og kommentarer om sammenheng mellom smitte og sykdom. Vurderte de sykdommene utfra miasmatiske, kontagiøse eller bakterielle forståelse?

7.1 KOLERA OG KOLERA NOSTRAS

Årene etter 1801 førte de store epidemiene til flere døde enn fødte i landsdelen. Napoleon krigens konsekvenser med havneblokader førte til sult og hungersnød. I kombinasjon med uår var ernæringstilstanden dårlig, med nedsatt immunforsvar og økt mottakelighet for sykdom som naturlig konsekvens. Da «den asiatiske koleraen» rammet Kristiania i 1813 med oppblomstring på Østlandet og Vestlandet nord til Sogn på 1840- og 50 tallet, var ikke forutsetningen og motstandskraften god. Asiatiske kolera skyldes bakterien *Vibrio Cholerae*, mens kolera nostras forårsakes av flere typer virus eller bakterier. Den asiatiske koleraen hadde som særtrekk en brutal og rask utvikling med tap av væske, uttørking og dødsfall i løpet av få timer, mens fellestrekkene var magesmerter, diare og feber.¹²² Sykdommen var skremmende og fryktet, også av de bedrestilte. Noe som ifølge Aina Schiøtz var en av flere årsaker til at koleraen fungerte som «øyeåpner» i arbeidet med det offentlige helsearbeidet.

Gjennombruddet med å finne koleraens årsak, kom med kirurgen John Snow. Etter å ha forsket på 93 døde var konklusjonen at koleraen var forårsaket av den lokale vannkilden og

¹²¹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1880: 206

¹²²

https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/mage_og_tarm/infeksjon_i_mage_og_tarm/akutt_gastroenteritt

dermed en vannbåren sykdom.¹²³ Dette ble anvendt som argumentasjon for at sykdommen ikke var av miasmatiske karakter. Oppdagelsen av bakterien *Vibrio Cholerae* i 1883 ble et viktig vendepunkt og en overgang i forståelsen av at sykdommen kunne være fremkalt av levende organismer. Oppdagelsen gav bakterieteorien massiv oppslutning, kanskje fordi dette gav svar på flere av legenes utfordringer i kampen om å forstå mekanismene bak epidemisk spredning.¹²⁴ Koleraen hadde, i tillegg til å være en øyeåpner for myndighetenes forebyggende helsearbeid, også «gitt verden en ny måte å forstå hvordan sykdommene kunne forplante seg gjennom luft og vann, gjennom kontaktsmitte, gjennom klær og berøring av gjenstander».¹²⁵ Oppdagelsen gjorde det mulig å forstå hvorfor sykdommen forflyttet seg fra sted til sted, uten påviselige konkrete smittekilder.

I boken til Elstad og Hamran viste de til Leiv Nordstrands bok *Medisinalfondet for Nordland 1790-1935: helsefond og medisinalfond* og skrev «Men koleraen nådde ikke Nord-Norge».¹²⁶ I 1851 gav den kgl Cholera-Central-Commission ut en samling av *Actstykker angaaende Cholera, Epidemien i Christiania 1850*. Her skrev den anerkjente legen Fredrik Holst (1791-1871) første del av boken hvor han satte søkelys på «Cholera i Christiania i 1850, dens Gang, Opkomst, Statistik og de imod den truffne Foranstaltninger».¹²⁷ I actet skrev han:

Paa sin første Vandring i Europa, som begynder med 1830, fandt Cholera sin Vei ogsaa til Norge. Saaledes besøgte den i 1832 Drammen, [...] og Drøbak; i 1834 [...] samt i enkelte sporadiske Tilfælde i Christiania og Hassel Præstegjeld (Nordlands Amt).¹²⁸

Om Hadsel virkelig var rammet av kolera, må kontrolleres opp mot distriktslegens rapport som ligger i Statsarkivet. I kirkebøkene for perioden oppgis ikke dødsårsak og det var heller ingen som hadde fått kolera markert i feltet for anmerkninger. Det er dessuten all grunn til å tro at hvis Hadsel var rammet av kolera skulle sykdommen fått større utbredelse på grunn av sin smittsomhet og fordi Hadsel var nært tilknyttet fiskeriene, hvor også fiskere fra Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjord var deltakere. Det er ikke utenkelig at distriktslegen i Hadsel forvekslet den asiatiske koleraen med kolera nostras, også betegnet som «hjemlige kolera»¹²⁹. Begge tilstandene gav mage- og tarminfeksjon og oppsto fra forurenset vann og mat

¹²³ Porter 1997:412

¹²⁴ Moseng 2003:311

¹²⁵ ibid

¹²⁶ Hamran og Elstad 2006:23

¹²⁷ Internet archive (<https://archive.org/details/b24748316/page/2/mode/2up>)

¹²⁸ ibid

¹²⁹ Oslo byarkiv digitale kilder (https://www.oslo.kommune.no/OBA/aktuelt_arkiv/kolera_historikk.asp)

eller gjennom direkte kontakt med smittebærende avføring. Symptomene var like, foruten den raske uttørkingen med påfølgende død. Bekymring for spredning av den ekte koleraen til Nord-Norge var stor og ble tatt på høyeste alvor av myndighetene. I 1831 kom meldingen fra Russland om utbrudd i Arkhangelsk. Som strakstiltak, i tillegg til karantene omkring havnene i Finnmark, ble tre leger sendt nordover sammen med to kanonskonnerter for å overvåke havene. Den raske mobiliseringen vitnet om stor frykt for sykdommen. I tillegg ble det opprettet koleralasarett i Vardø. Sykdommen herjet i Russland til langt inn på 1900-tallet.¹³⁰

Hvordan legen vurderte smitten eller tiltak for forebyggingen av diarétilstanden nevnes ikke i beretningene. I samlerapportene fra amtmannen rapporteres cholera nostras sammen med diarrhoe (akut) og ble gjennom alle år rapportert med store tall. Diare var nærmest en normaltilstand blant befolkningen og kan settes i sammenheng med generell hygiene. I 1884 var det 739 registret med sykdommen i Nordland med 12 dødsfall.¹³¹ I beretningene fra 1895 er betegnelsen cholera nostras byttet ut med «Indenlandsk Kolera». Dette er året før Tysfjord får sin sunnhetsinstruks og fortsatt er diare et problem i alle kommunene. Diaré, og de komplikasjonene den skapte, var et gjennomgangsproblem for alle kommunene fra midten av 1800-tallet og videre inn i neste århundre. Selv om tilstanden tok relativt mange liv fikk den langt fra så stor oppmerksomhet i medisinalberetningene som andre epidemiske sykdommer.

Om ikke koleraen rammet Nord-Saltenkommunene direkte, fikk den indirekte betydning for samfunnet. I alle landets kommuner ble det opprettet sunnhetskommisjoner og i de nord-norske byene ble det bygd opp system for kloakk og vannforsyning. Sunnhetslovens forebyggende paragrafer ble styrende for helsearbeidet. For Hamarøy/Steigen var de tidlige sunnhetsforskriftene et direkte resultat, men fikk de betydning for det forebyggende helsearbeidet som gjaldt andre diarerelaterte sykdommer? Sammenlignet med Tysfjord så ikke instruksene til å ha hatt så stor betydning. I Tysfjord kom instruksene tretti år senere enn Hamarøy/Steigen og inneholdt ikke momenter som omhandlet personlig hygiene. Befolkningen i Steigen/Hamarøy var i større grad plaget med diare enn Lødingen/Tysfjord. Forklaringen på dette kan være de normative og personlige hygienetiltakene som ble innført med den første instruksene. Kanskje hadde i befolkningen i Hamarøy og Steigen tatt instruksene på alvor, eller så hadde kanskje ikke sunnhetskommisjonen fulgt opp sitt arbeid. De lave tallene for Lødingen/Tysfjord kan også være et resultat av underrapportering. Samisk befolkning hadde tradisjon og kunnskap for bruk av naturmedisin og tilstanden ble kanskje behandlet lokalt.

¹³⁰ Elstad og Hamran 2006:23

¹³¹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1884:186

Samtidig var det ikke usannsynlig at terskelen for å oppsøke lege på andre siden av Vestfjorden var så stor at lege ikke ble oppsøkt. Tilstanden eller dødsfall ble da hverken rapportert eller registrert.

7.2 TYFOIDFEBER

Tyfoidfieber, også kalt nervefeber, var en annen vannbåren sykdom som regelmessig opptrådte gjennom 1800- og begynnelsen av 1900 tallet. Etter at John Snow stadfestet kolerabakterien som vannbåren, oppsto liknende tanker i forhold til tyfoidfieber.¹³² William Budd argumenterte for at smitten lå i pasientens avføring og ble derfor satt i sammenheng med dårlig hygiene og levestandard.¹³³ Den irske immigranten Mary Mallone, kjent som Tyfoid Mary, smittet ca. 50 mennesker i begynnelsen av 1900-tallet i Amerika uten å selv være syk.¹³⁴ Å være bærer av sykdom uten å selv være syk, var fortsatt ukjent for vitenskapsmennene, men ble gjennom bakteriologien bekreftet mulig. Selv om mekanismene var vanskelig å forstå, ble Mary isolert og smitten opphørte. Etter å ha sluppet ut av isolasjonen, oppsto nye smittetilfeller og Mary ble på nytt isolert. I 1909 skrev William Randolph Hearst historien om Mary og gav artikkelen navnet «Typhoid Mary – The Most Harmless and yet Most Dangerous Woman in America».¹³⁵ Tittelen beskrev sykdommens omfang og alvorlighet, noe det store fokuset fra medisinalberetningene viste.

Tyfoidfieber var en tarminfeksjon som oppsto i epidemier og viste seg med høy feber, kvalme og hodepine.¹³⁶ Noen ganger kommenterte legen at smitten ikke kunne påvises, mens andre ganger så legen smitteveien, slik legen i Hamarøy/Steigen gjorde da han skrev «Til Stegen anføres ogsaa Smitten at være bragt fra Lofoten (5 i Stegen, 3 i Hammerø Herred)».¹³⁷ Året var 1869 og Steigen/Hamarøy legedistrikt ble hardt rammet av tyfoidfieber. Distriktslege Føyn hadde på grunn av dette skrevet bilag til *Beretning om medicinalforholdene og sundhetstilstanden* i Norge for 1869.¹³⁸ Dette var tre år før Føyn og sunnhetskommisjonen utarbeidet den første sunnhetsinstruksen for Hamarøy og Steigen. Føyn hadde nøye notert alle sykdomstilfellene. Han registrerte gårdene som ble rammet, hvem som ble syk, alder og hvor han mente sykdommen ble importert fra. Føyn var ikke i tvil da han kommenterte det han mente

¹³² Porter 1997:412

¹³³ Porter 1997:413

¹³⁴ Harrison 2004:141

¹³⁵ Harrison 2004:141

¹³⁶ Schjøtz 2003:73

¹³⁷ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medicinalforholdene 1869:161

¹³⁸ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medicinalforholdene 1869:192

var sammenheng mellom smitteveier og fisket i Lofoten og Vesterålen. Sykdommene oppsto gjerne i april og mai, men var noen ganger tilknyttet sommerfisket. Føyn skrev:

Som det sees, er saaledes ogsaa dette Aar Nervefeber indbragt fra de større Fiskerier, specielt da Lofotfisket, hvorfra denne Sygdom indførtes til ialt 6 forskjellige Steder af Distriktet; til de 5 af disse hjemførtes Syge fra Fiskeværret Skraaven ved Fiskets Slutning i Midten af April.¹³⁹

Føyns utluftende tiltak for å hindre videre smitte tyder på miasmatiske forståelse, men flere av tiltakene som desinfisering, isolasjon av skolebarn vitner kanskje i større grad om contagios oppfattelse av tyfoidefeber. Han skrev:

Forholdene tilstode i Regelen ikke at isolere de Angrebne fra de øvrige Indvaanere paa Stedet, men ved saavidt muligt at hindre Besøg af alle Uvedkommende, ved at nekte Børn fra de smittede Gaarde Adgang til Skolen, ved Desinfektion samt nøiagtigere Iagttagelse af Renlighed og Udluftning lykkedes det overalt at hindre Smittens Udbredelse fra den først inficerede Gaard. Naar Epidemien var ophørt paa en Gaard, blev der overalt paabuden tilbørlig Udluftning og Desinfektion af Sygerummene samt de Syges Seng- og Gangklæder, hvilke Forskrifter jeg har Grund til at tro, i Regelen bleve nogenlunde nøiagtig befulgte.¹⁴⁰

Samtidig kan det se ut som om befolkningen hadde forstått tyfusmittens alvorlighetsgrad. Det kan også se ut som om befolkningen hadde forstått at isolasjon av de syke hindret videre smitte, kanskje som et resultat av Føyns opplysningsarbeid. Han poengterte smittefrykten da han skrev:

Fra Egerdal, hvor den sidste Epidemi herskede, hvor den var mere udbredt og mere langvarig end de øvrige Steder, stod det mest at befrygte, at Smitten vilde spredes videre, da der her strax i Epidemiens Begyndelse var leiet Folk fra andre Gaarde for at faa det nødvendige Høstarbeide tilendebragt; men heldigvis kom den vakte Smittefrygt til Hjelp, da der paa de andre Gaarde nægtedes at tage disse Leiefolk tilbage, førend Sygdommen formodedes at have udraset paa Egerdal, hvorved saaledes Naboerne holdt dem i nødtvungen Interneren sammesteds.¹⁴¹

Gjennom 1880 til 1890 var antallet tyfoide-syke i Nordland svakt nedadgående. I 1880 ble det for Nordland rapportert inn 368 tilfeller med 41 dødsfall. I Steigen/ Hamarøy var 17 syke og 3

¹³⁹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1869:193

¹⁴⁰ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1869:191

¹⁴¹ ibid

døde. Tysfjord/Lødingen var skånet med bare 3 syke, ingen dødsfall. I 1881 kommenterte amtslegen i sin rapport til *Beretning om Sunnhetsstilstanden og Medisinalforholdene i Norge* at amtet ikke hadde vært så hardt rammet av epidemiske sykdommer siden 1868.¹⁴² Samme år var det registret 191 syke i amtet, 20 av dem døde. I Hamarøy/Steigen var det bare 3 registrerte tilfeller og i Lødingen/Tysfjord var ingen, ifølge beretningen, syke. Nordre Salten legedistrikt slapp tydeligvis lettere unna enn andre nordlandskommuner. I Steigen/Hamarøy var den første sunnhetsforskriften iverksatt og kan ha hatt betydning for de lave tallene. Lødingen/Tysfjord hadde enda ikke utarbeidet sunnhetsinstruks og deres lave antall smittede kan ikke forklares utfra dette. En mulig forklaring på de lave tallene var at de utvalgte kommunene hadde Vestfjorden som nærmeste nabo og det var ikke nødvendig med overnatting i fiskeværene, hvor smitten florerte. Befolkningen i Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjord kunne ro ut i fjorden, fiske skrei og ro hjem igjen.

I 1885 var nedgangen for tyfusrammede i Nordland radikal. 166 var registrert syke hvorav 14 døde. Av 8 syke i Hamarøy/Steigen døde 2 og i Lødingen/Tysfjord var kun 4 rammet, alle overlevde. I 1889 var tallene fortsatt lave, men dødsfallene prosentvis stor. Av 126 rammede døde 19 personer, noe som gav 15 % dødelighet. Samme år var bare en person i Hamarøy og en i Steigen syk, ingen døde. Tyfoidfieberen som rammet Lødingen/Tysfjord dette året må ha vært av hard sort eller de som ble rammet ha hatt dårlig motstandskraft, av 5 syke døde 4. Året etter, i 1890, ble distriktslege Birck selv syk. Han skrev:

Af Typhiodfeber var jeg selv meget heftig angrebet i April og Mai; nogen Smittekilde kan jeg ikke paavise, da jeg ikke ved af at have været udsat for Smitte siden i Januar, da der forekom to Tilfælde paa Storaas i Tysfjorden.¹⁴³

Birck kunne selv ha vært bærer av sykdommen fra januar til den slo ut i april/mai, uten å ha hatt kunnskaper om dette. I 1890 tok tyfoidfieberen seg opp igjen for Nordland generelt. 319 personer ble syke hvorav 31 dør. Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjord rammes ikke av denne oppblomstringen. Fem år senere, i 1895, var tallet nede på 107 i Nordland, som var en tydelig nedgang fra årene før.¹⁴⁴ 1895 var et spesielt år for både Hamarøy, Steigen og Lødingen/Tysfjord, da det for første gang ikke var registret tyfoidfieber. Nedgangen fortsatte i årene som kom. I 1905 var tallet for Nordland nede i 57. Bare 1 av disse var i Steigen, ingen i

¹⁴² Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1881:201

¹⁴³ Medisinalberetning Tysfjord/Lødingen distrikt 1890

¹⁴⁴ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1895:B236

Hamarøy og 1 i Lødingen/Tysfjord.¹⁴⁵ I 1910 ble 42 smittet av tyfoidfieber i Nordland hvorav 4 døde. Også dette året var Hamarøy, Steigen og Lødingen/Tysfjord skånet. Her var fortsatt ingen smitte registret.¹⁴⁶ Frem til 1915 var det jevn nedgang i Nordland, inntil det oppsto en ny liten oppblomstring med 53 syke hvor 9 dør.¹⁴⁷ I 1920 var tallet for amtet nede i 25 med 3 dødsfall. Etter flere år uten tyfoidfieber brøt Hamarøy, Steigen og Tysfjord den gode tendensen. Av Nordlands 25 syke var 7 av disse i Lødingen og 3 i Hamarøy, mens Steigen og Tysfjord kommune unngikk sykdommen.¹⁴⁸

Ved å følge *Beretningene for Sunnhetsstilstanden og Medisinalforholdene i Norge*, viste Nordland å ha en jevn nedgang i tyfoidfieber i perioden fra 1880 til 1920, med få oppblomstringer. Hamarøy, Steigen og Lødingen/Tysfjord gikk i stor grad fri for sykdommen, sett opp mot Nordland generelt. Spesielt perioden etter 1890 var Hamarøy og Steigen skånet, noe som kan ses i sammenheng med de tidlige sunnhetsforskriftene og deres søkelys på hygiene og plassering av latrine i forhold til husets beliggenhet og vannkilde. Distriktslege Føyns aktive holdning til sunnhetsforskrift og informasjonsarbeid kan ha skapt smittefrykt, som igjen virket forebyggende på spredning. Samtidig var det grunn til å tro at befolkningens ernæringsstatus var forbedret den siste tiden av 1800-tallet, noe som gav økt motstandskraft mot virus og bakterier. For Lødingen/Tysfjord kan ikke de lave tallene settes i sammenheng med sunnhetsforskriftene. Her ble ikke forskriftene utarbeidet før 1896. Da de ble utarbeidet av Tysfjord herredsstyre var det ingen kommentarer om de også var gjeldende for Lødingen. Det er allikevel nærliggende å tro at denne var felles, fordi legen var ordfører i sunnhetskommisjonen for begge kommunene. I tillegg var det heller ingen ikke kommentarer om hvor tyfoidfibertilfellene rammet. Var sykdommen i Tysfjord eller Lødingen? Fra amtslegen ble nedgangen av sykdommen satt i sammenheng med opprettelse av antall leger. Han skrev i sitt vedlegg til beretningen av 1915 «Av tyfus opgives 839 angrepne i stiftet i 1864. Uhyggelige tal! Ogsaa disse sygdommene gaar mer og mer tilbake eftersom lægernes antal vokser og der tages bedre og bedre hygieniske forholdsregler. Til gjengjeld begynder vor tids svøpe, tuberkulosen».¹⁴⁹

¹⁴⁵ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1905:229-230

¹⁴⁶ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1910:217-218

¹⁴⁷ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1915:225

¹⁴⁸ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1920:211

¹⁴⁹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1915:272

7.3 TUBERKULOSEN

Om tuberkulosen skrev amtslegen i sitt vedlegg til medisinalberetningen «Omkring 1860-1870 omtales den av lægerne som «sjelden», «temmelig sjelden». I 70-aarene blir den hyppigere for efter influensaperioden at tilta meget i 90-aarene, særlig i Finnmarken».¹⁵⁰ Aina Schiøtz definerte tuberkulosen som «folkesykdommen framfor noen» på grunn av dens utbredelse, fremtoningen og det langvarige sykdomsforløp. Schiøtz skrev at sykdommen nådde sin topp ved århundreskiftet. Hun påpekte videre at dødeligheten artet seg ulikt, hvor Nordland nådde høydepunktet så sent som 1916-20.¹⁵¹ I boken *Feberens ville rose* av Ida Blom har hun skrevet at i Norge var man særlig opptatt av sykdommen fra midten av 1800-tallet til midten av 1900-tallet. Videre skrev hun at med en dødelighet på ca. 30 pr 10 000 innbyggere fikk tuberkulosen en topp omkring 1900, for deretter synke jevnt frem til 1960 årene.¹⁵² Tuberkulosen, som fikk sin start på Sørlandet og i de største byene omkring 1815, fikk her nord en langsom og hard utbredelse. Lungetuberkulose, også kald svinnsott eller tæring, var i startfasen dominerende med høy dødelighet. Sykdommen ble senere supplert med tuberkuløs hjernehinnebetennelse, som særlig rammet barn og var alltid dødelig.¹⁵³ Når sykdommen rammet kjertlene i halsen ble den kalt skrofulose eller kjertelsyke. På dette stadiet ble ikke tilstanden regnet som dødelig, men kunne senere slå ut i form av lungetuberkulose, da med stor dødelighet. Når tuberkulosen rammet skjelett og ledd var utfallet ofte pukkelrygg og -bryst. Barna kunne få stans i vekst eller de ble låghalt. Når sykdommen skapte betennelser i kroppen og angrep hele organismen, ble den betegnet som militær tuberkulose.¹⁵⁴

Ved gjennomgang av amtlegens innberetning for Nordland ble tuberkulosen nevnt allerede i 1845. Her står skrevet fra Nordre Saltens Lægedistrict at «Forøvrigt vare Lungesvindot, gastriske Febre, chronisk Rheumatisme og Diarrhoe de alminderligste Sygdomme».¹⁵⁵ På denne tiden var tuberkulosen stigende for Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjord, for så å gå tilbake. Ti år senere, i 1855, rapportertes sykdommen som temmelig sjelden. I 1865 var det registrert 65 sykdomstilfeller i Nordland, 21 dør.¹⁵⁶ Sykdommen hadde med andre ord nådd Nordland, men foreløpig var ikke Steigen/Hamarøy og Lødingen/Tysfjord hardt rammet. Legene rapporterte om en smittet i hver av kommunene, men

¹⁵⁰ *ibid*

¹⁵¹ Schiøtz 2003:2006

¹⁵² Blom 1998:10

¹⁵³ Elstad og Hamran 2006:153

¹⁵⁴ Blom 1998:9

¹⁵⁵ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1845:26

¹⁵⁶ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1865:176

ingen kommentarer om hvilken kommune de kom fra eller om det var dødsfall tilknyttet sykdommen. I årene fremover var det jevnt stigning av døende og tuberkulosesyke i amtet også i de utvalgte kommunene. I 1880 døde 72 av 180 syke i Nordland. Av disse var det 5 fra byene i Nordland og 67 fra distriktene. I Steigen/ Hamarøy og Lødingen/Tysfjord var det registrert 3 syke i hver av kommunene. Alle hadde ett dødsfall hver.¹⁵⁷ I 1885 var antall tuberkulosesyke i amtet stort og tallene var fortsatt stigende. Av 572 syke var hele 529 tilknyttet distriktene og resterende 43 tilknyttet amtets byer. I Steigen/Hamarøy kommune døde 3 av 31 syke, noe som var et lavt tall sett opp mot Lødingen/Tysfjord hvor 10 av 19 syke døde.¹⁵⁸

Fra 1890 endret situasjonen seg i Steigen. Distriktslege Arnesen skrev «Steigen, hvor Tuberkulosen for ret mange Aar tilbage skal have været næsten ukjendt har Distriktslægen for Tiden optegnet 55 sikre Tilfælde».¹⁵⁹ At smitten var transportert med folk som kom utenfra var Arnesen ikke i tvil om. Han skrev «Blant de ny tilkomne i dette Aar havde 3 antagelig erhvervet Sygdommen under Ophold udenfor Bygden».¹⁶⁰ Arnesens kommentarer om sykdommen og smitten var eksempler på at selv om tuberkelbasillen var oppdaget 18 år tidligere, var fortsatt kunnskap om smitten uviss. Han skrev «Hvad Aar sagsforholdene angaar, synes medfødt Disposisjon at foreligge i 20 tilfælder af de ovennævnte 55».¹⁶¹ Deretter bemerket han at flere av de tuberkulosesyke hadde familiemedlemmer som døde av sykdommen eller de var rammet av spedalskhet, sinnssykdom, meslinger etc. Arnesen skrev ikke noe om at sykdommen var arvelig, men berørte menneskets konstitusjon for sykdom, noe som går i retning av miasmatisk forståelse av sykdommen. Tanken om at sykdommen ble overført ved dråpesmitte kan virke fjern når han skrev at tuberkulosen opptrådte hovedsakelig som en familiesykdom, men noen ganger kunne han se at den ble importert fordi:

Da jo Melken ofte kan være Smittekilde, og Sygdommens stærke Tiltagen har sat Skræk i Publikum, blev der i fjor foretaget Undersøgelser paa Gaarden Vaag, Stegen, Bø og Mjelde. Men efter hvad Statskonsulten har meddelt, fandtes der kun paa Mjelde én tuberkuløs Ko.¹⁶²

Arnesens tanker om at smitten var overførbar mellom menneskene og tuberkulosesmittede kyr var kanskje kontroversiell, men må ha vært en kjent debatt. Harrison

¹⁵⁷ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1880:214

¹⁵⁸ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1885:199

¹⁵⁹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1890:246

¹⁶⁰ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1890:247

¹⁶¹ ibid

¹⁶² Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1890:249

skrev «The discovery of tuberculosis germ in cattle gave added quality of food and drink. By the end of the nineteenth century, several municipalities had made regulations to prevent the sale of milk from infected herds». ¹⁶³ Arnesen var i så måte tidlig med å påpeke mulige sammenhenger mellom tuberkulosesyke dyr og smitte hos mennesker. Robert Koch var selv skeptisk i forhold til denne teorien, men tvilen vedvarte på flere fronter. Harrison påpekte «Although most veterinary and public health officials were convinced of the connection, it took further reasearch in most cases it was not passed until after the First World War». ¹⁶⁴ Dette er helt i tråd med Ida Bloms kommentarer om at «Tanken om at tuberkulose var arvelig og ikke kunne helbredes, synes å ha vært framherskende, men ikke eneherskende, fram til 1880-årene» ¹⁶⁵ Arnesens tenker og teori om tuberkulosens smittsomhet var fortsatt rådende i 1890, ti år senere enn det Blom påpekte. Det samme var tvilen om tuberkulosen kunne smitte gjennom kumelka, slik Harrison skrev.

Fra 1895, var tallene på syke fortsatt stigende for Hamarøy og Steigen. I Steigen døde 2 av 28 syke, i Hamarøy 3 av 22 syke. I Lødingen/Tysfjord ble 51 personer rammet og hele 14 døde av tuberkulosen. For amtet i sin helhet var det 162 registrerte dødsfall av tuberkulose, 40 flere enn ved alderdomssvakhet. ¹⁶⁶ Tendensen fortsatte inn i neste århundre og i 1905 var det 256 dødsfall i amtet hvorav 21 i byen og 235 i bygdene. ¹⁶⁷ I beretningen står det at tuberkulosen fortsatt var en utfordring i Steigen. «I Steigen distrikt er den fremdeles en av de hyppigste sykdomme; nogen tilbakegang kan neppe spores. En femtedel av samtlige dødsfald skyldes tuberkulose» ¹⁶⁸ Situasjonen var ikke bedre i Hamarøy, her døde 8 av 18 smittede. I Lødingen/Tysfjord var det 24 registrerte syke, av disse dør 8. ¹⁶⁹

Tuberkulose-tallene for Nordland amt var jevnt stigende frem til 1920, da det ble registrert en svak nedgang. ¹⁷⁰ Dette ble ikke gjeldende for Hamarøy og Steigen. Tysfjord fikk en helt egen utvikling. I Hamarøy og Steigen fikk tuberkulosen et rolig forløp inntil slutten av 1900. Sykdommen steg jevnt frem til 1905 for så å jevne seg ut. I 1905 døde 7 av 49 syke i Steigen, og 5 av 29 syke i Hamarøy. Av 42 syke i Lødingen/Tysfjord døde 9 personer. ¹⁷¹ I beretningen var distriktslege Hansen i Hamarøy bekymret over de sykes pleie, av samme årsak

¹⁶³ Harrison 2004:126

¹⁶⁴ Harrison 2004:127

¹⁶⁵ Blom 1998:13

¹⁶⁶ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1895:245

¹⁶⁷ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1905:249

¹⁶⁸ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1905:236

¹⁶⁹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1905:237

¹⁷⁰ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1920:216

¹⁷¹ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1905:236

som i 1890. Det var vanskelig å få sykepleier og stell til de syke. Fra 1920 var tallet for syke nedadgående, mens antall dødsfall var stabilt. Av 22 syke i Steigen og 27 fra Hamarøy døde henholdsvis 7 og 4.

Tysfjord fikk som tidligere nevnt en annen utvikling enn sine nabokommuner. I boken *Et sammensatt fellesskap* påpekte Bjørg Evjen at tuberkulosen var sterkt utbredt i hele Tysfjord, også høyere enn for Nordland og Troms pr 1000 innbygger. Samtidig viste hun til legenes rapporter hvor samene ikke var mer utsatt for tuberkulose enn bufolk. En av forklaringene var at de var mye ute i frisk luft, som ble anvendt som behandlingsmetode.¹⁷² Dette talte mot distriktslege Zachariasens observasjoner. I 1913 var han såpass bekymret for tuberkulosens inngrep i den samiske befolkningen at han fryktet utryddelse. Han skrev:

Særlig i Tysfjord med sine [uleselig] lapper herjer tuberkulosen slemt, og både på grunn av boligerne, overbefolkning i disse, religiøse synsmaater, slendrian og urenlighet sammen med racens mindre livskraft, synes alt at tyde paa en forholdsvis trasig utdøen av denne del av befolkningen.¹⁷³

I 1914 forelå ikke beretning fra Lødingen/Tysfjord, men i 1915 kom den første beretningen fra Tysfjord kommune. Distriktslege Wilhelm Godske skrev at gjennom året var det 9 som døde av tuberkulose, noe som tilsvarte 27,27 prosent av alle dødsfall og var langt over middeltallet for amtet. Av de 21 nye tilfellene av tuberkulose var det 3 med samisk bakgrunn. Godske estimerte at:

Da lapperne utgjør ca 10% av dagens samlede befolkning, synes det tydelig at fremgaa, at tuberkulosen er hyppigere blant lapperne en blant den øvrige befolkningen. End tydeligere fremgaar dette av, at av samtlige 9 dødsfald av tbc var de 5 av lappisk herkomst.¹⁷⁴

Godske gav ingen videre teori eller forklaring på hvorfor sykdommen grep om seg i det samiske miljøet. Dette kan forklares ved at Godske var ny i kommunen og enda ukjent med samisk kultur og storfamilienes tette bofellesskap eller til storsamfunnets fordommer. Godske stilte seg uforstående til at rasepolitikk var grunnen til at det ble bygd eget pleiehjem for tuberkulose-syke samer.¹⁷⁵ Først uttrykte han glede over initiativet og at tuberkulosehjemmet

¹⁷² Evjen 1998:84

¹⁷³ Medisinalberetning for Tysfjord/Lødingen kommune, året 1912

¹⁷⁴ Medisinalberetning for Tysfjord kommune, året 1915

¹⁷⁵ Kan settes i sammenheng med legens kulturelle ulikhet og forståelse, men her i positiv forstand.

fortrinnsvis skulle ta imot den samiske delen av befolkningen. Årsaken til byggingen av tuberkulosehjemmet Fredly på Drag i Tysfjord ble tatt opp i pressen, noe Godske så seg nødt for å kommentere i beretningen. Han skrev:

I dagspressen og likesaa i Tidsskriftet har denne sak været omtalt, paa begge steder har bl.a. saat følgende passus «Da befolkningen for en stor del er lapper og av blandingsrase, er det vanskelig at faa dem indlagt paa de andre tuberkulosehjem i amtet» Henimot har jeg uttrykket maa efter min mening bero paa en beklagelig misforstaaelse. Sikkert er ialfald at notisen har vakt megen opsigt og beretiget harme her i distriktet, hvor befolkningen enten den er lapper eller ikke har følt sig saaret ved offentlig at stemples som en lavere race, som er for [uleselig] til at være i lag med andre folk. Jeg har for en maanedes tid siden gjennom henvendelse til overlegen for tuberkulose gjort skrif til at faa misforstaaelsen opklart, hvis det da er en misforstaaelse, hvad jeg i det længste vil tro.¹⁷⁶

For Tysfjord kommune kan det se ut til at høyden med tuberkulosesyke var i 1917, noen år senere enn Hamarøy og Steigen. I 1917 hadde kommunen vært uten lege en stund og den nye distriktslege Jørgen Kolflaath viste fortvilelse over situasjonen han møtte i sitt nye embete. Han rapporterte at fra sin tiltredelse og til utgangen av året utgjorde tuberkulosen 26 % av samtlige dødsfall. Tallet mente han var for lavt fordi «da det imidlertid før min Tiltrædelse var 13 dødsfald, hvor der ikke været tilkaldt læge under sykdommen, maa man gaa ut fra at dette antal tuberkulosedødsfald er altfor litet [...]».¹⁷⁷ I 1918 kommenterte han at tuberkulosens store utbredelse i Tysfjord måtte tilskrives at sykdommen var ny i distriktet og at de klimatiske forhold hele vinteren var mindre gunstig, i tillegg var de hygieniske forhold dårlige. Kolflaath var opptatt av spytteuskikken blant befolkningen, noe han påpekte var et problem også blant «de opplyste». Spytteuskikken som Kolflaath var opptatt av, var et tydelig problem og kommentert på tuberkuloseplakaten.¹⁷⁸ At befolkningen enda ikke tok tuberkuloseplakatens retningslinjer på alvor, kan ha flere forklaringer. For det første kan det tenkes at legene ikke hadde rukket over hele distriktet med alle sine fjorder. Hvis dette var tilfellet, hadde ikke folket fått nødvendig informasjon og dermed ingen forutsetning for å forstå sykdommen og hindre videre smitte. Når vi også vet at store deler av Tysfjords befolkning var samiske, kan det stilles

¹⁷⁶ Medisinalberetning for Tysfjord kommune, året 1915

¹⁷⁷ Medisinalberetning for Tysfjord kommune året 1917

¹⁷⁸ Tuberkuloseplakaten av 1889, vedlegg 3

spørsmål ved om befolkningen i det hele tatt hadde forstått tuberkuloseplakatens retningslinjer. Fra 1920 konstaterer Kolflaath at sykdommen var på retur i distriktet.

Kampen mot tuberkulose kunne for alvor starte etter Koch`s oppdagelse av bakterien 1882. Harrison skrev «Of all the advances made at the end of the nineteenth century, Koch`s discovery of the bacillus causing tuberculosis was potentially the most important. Tuberculosis was responsible for more deaths in industrialized countries than any other disease». ¹⁷⁹ Tuberkulosen kom til å få en særstilling i 1900-tallets sykdomsbilde og engasjerte både myndighetene, legene, sunnhetskommisjonene og frivillige organisasjoner. Legestanden i Norge var rask med å ta opp kampen, og allerede i 1885 ble det reist spørsmål om å starte en organisert kamp mot tuberkulosen. Med erfaring fra lepraarbeidet, som innbefattet både lovverk og isolasjon, ble først tuberkuloseplakaten utarbeidet. Plakaten med sine elleve punkter skulle forhindre smitte gjennom opplysning, spesielt gjennom å forklare tuberkelbasillens natur og smitteveier. Før plakatenes elleve punkter står det om tuberkelbasillen:

Disse er saa yrende smaa, at de, naar Spyttet tørrer ind, kan hvirvles op i Luften som Støv og paa forskjellig Vis trænge ind i Kroppen; med Tuberkelbacillerne overføres da ogsaa Sygdommen til andre Mennesker. Tuberkelbacillerne fra syge Lunger følger inn med Spyttet, ikke med Luften, som udaandes. Man behøver derfor ikke at frygte for at omgaaes lungesyge, naar kun den fornødne Forsigtighed og Renslighed anvendes. ¹⁸⁰

Fremstillingen av tuberkelbasillen kan ligne på miasmatiske tankesett, samtidig kunne fremstillingen være et resultat av tilpasset informasjon, slik at allmuen skulle forstå bakteriens kompleksitet.

Utarbeidelsen av lovverk, som del av det forebyggende arbeidet mot tuberkulosens arbeid, frisket opp liberalismens motstand til å gripe inn i privates sfærer og skapte debatt. Det var dessuten enda ikke klarhet i hvordan man ble syk av tuberkulose. Da Robert Koch presenterte sin oppdagelse av tuberkelbasillen på møtet for Physiological Society i Berlin, i mars 1882, var reaksjonene blant legene ulike. Harrison skrev «many doctors were convinced that tubercular disease was hereditary, as there was still no strong evidence of it being spread from person to person». ¹⁸¹ Han skrev videre «Although the profession gradually came to accept that tuberculosis was a contagious disease, the peculiarities of an individual`s response to

¹⁷⁹ Harrison 2004:124

¹⁸⁰ Tuberkuloseplakaten av 1889, vedlegg 3

¹⁸¹ Harrison 2004:125

infection meant that it remain, to some extent, a constitutional disorder».¹⁸² Det ble en gradvis overgang i forståelsen fra at sykdommen var oppfattet som arvelig, til en felles forståelse av at den kunne spre seg fra person til person, men mye var avhengig av individets konstitusjon og mottakelighet.

I Norge ble loven utarbeidet av Klaus Hansen og medisinaldirektør M. Holmboe i 1895 og vedtatt i Stortinget 8. mai 1900.¹⁸³ Loven påla alle leger å melde til Sunnhetskommisjonen om tuberkulose-syke personer og gi dem veiledning på hva som kunne hindre videre smitte. Legene var også pålagt tilsyn med de syke. Hvis det var nødvendig, kunne sunnhetskommisjonen etter §6 bestemme om en person skulle innlegges på sykehus. Da skulle stat og kommune etter §13 betale oppholdet. Ifølge Blom var tuberkulose-loven banebrytende ved å åpne for alvorlige inngrep i den enkeltes frihet og å signalisere at sykdom ikke var en privatsak, men angikk hele samfunnet.¹⁸⁴

Tuberkulosen rammet Steigen/Hamarøy og Lødingen/Tysfjord noe ulikt. Sykdommen spredte seg, som vi vet i dag, ved dråpesmitte. Dette gav forklaring på at trangboddhet, der folk samlet seg og hvor spytteuskikken rådet, var sykdommen mest utbredt. Den samiske delen av befolkningen i Tysfjord, som bodde spredt i de ulike fjordene, ble senere og sterkere rammet enn befolkningen i Hamarøy og Steigen. Deres spredte bosetning gav isolasjon fra sykdommen og mindre sykkelighet. Samtidig var det vanlig blant samisk befolkningen å møtes til læstadianerforsamling, noe som forklarte hvorfor mange ble syke når sykdommen rammet. I Hamarøy var distriktslege Hansen en velkjent og høyt verdsatt lege. Tiltross for kommunens flere sunnhetsforskrifter og Hansens tydelige informative jobb for tuberkulosen, ble Hamarøy hardt rammet. I 1896 rapporterte Hansen at tub Norges Officielle statistik, Beretning om sundhedstilstand og medicinalforholdene i Norgeerkulosen hadde grepet uhyggelig om seg. Dødsfall på grunn av lungetuberkulosen var før 1896 en sjeldenhet, mens dette året ble 30 smittet og 11 døde av sykdommen. I Steigen var tallene til sammenligning 29 og 6. Tatt det hele i betraktning, kunne kanskje situasjonen vært verre om ikke Hansen hadde drevet aktiv informasjon og isolerende tiltak for å forhindre smitte. Han skrev så tidlig som 1896:

Det liar holdt haardt at faa det ind i den alminderlige Opfagning, at Renlighed og Forsigtighet særlig med det af Patienten Opspyttede nødvendig maa til hvis Smitte skal undgaaes, men nu

¹⁸² ibid

¹⁸³ Blom 1998:14

¹⁸⁴ Blom 1998:15

er man heldigvis kommen saavidt at det i Almindelighet paases at den Syge benytter et krus eller en Spyttbakke med karbolvand i.¹⁸⁵

Tiltak som desinfiserte og isolerte tuberkelbasillene er i samsvar med bakteriell og contagiøs sykdomsforståelse. Distriktslege Hansen var et godt eksempel på datidens lege som ivret etter å jobbe forebyggende. Allerede i 1899 fikk han presten i menigheten til å bemerke faren ved å spytte på gulvet, i forbindelse med gudstjeneste.¹⁸⁶ I 1912 var han enda ivrigere i sin tjeneste da han skrev «Paa 9 Steder i Distriktet holdt jeg Foredrag om Tuberkulosen og dens bekjempelse. Der vistest stor Interesse, og saa mange som lokalene kunde rumme paahørte Foredragene»¹⁸⁷ Tuberkelbasillen var nå kjent og folk hadde tydelig behovet for kunnskap om sykdommen. Oppmøtet tydet på at befolkningen ønsket informasjon i forhold til forebygging og smitten. Sykdommen ble tatt alvorlig av Hamarøys befolkning.

7.4 DIFTERI

I tillegg til tuberkulose opplevde Tysfjord kommune en heftig difteriepidemi, som fikk stor utbredelse frem til 1919. Dette året behandlet distriktslegen 100 personer og sykdommen ble spredt over hele bygda. Han påpekte imidlertid at sykdommen opptrådte mildt. Kolflaath måtte på dette tidspunktet hatt kunnskap om difteribakterien og viste bakteriell forståelse da han i hovedsak forklarte epidemiens utbredelse først og fremst med befolkningens manglende forståelse og uvilje til isolasjon. Dette mente han hadde sammenheng med gjennomgående trange boforhold og uvilje til å følge forsiktighetsreglene. Det var dessuten umulig å skaffe kommunen egen desinfektør. Desinfiseringen måtte derfor gjøres av husets eget folk. Desinfeksjonsmetoden som Kolflaath ønsket å anvende, men som ikke lot seg bruke på grunn av trange uttette boliger, var «den letvindte desinfektion med formaldehydgas».¹⁸⁸ Erstatningen ble grønnsåpevask og lysolvann, som han mente ble dårlig gjennomført på grunn av at det var de syke eller barna som gjennomførte vasken. Den siste årsaken til utbredelsen dette året, la han til den store anleggsvirksomheten tilknyttet den nye sementfabrikken. Kolflaath skrev «Fra dette sted reiste arbeiderne, [...] til sine hjem lørdag ettermiddag, og spredte derved sykdommene mange steder, hvor den ellers ikke vilde været»¹⁸⁹ Legen antydte at 8-9 personer døde av difteri, samtidig som han kommenterte at antallet var lite i forhold til den store

¹⁸⁵ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1896:231

¹⁸⁶ Via Elstad og Hamran 2006:154

¹⁸⁷ Medisinalberetning fra Hamarøy kommune året 1912.

¹⁸⁸ Medisinalberetning for Tysfjord kommune 1919

¹⁸⁹ Ibid

utbredelsen. Dette var for det første at sykdommen opptrådte mildt, men ikke minst de mange innsprøytningene av difteriserum, som ble gjennomført i både kurativ og profylaktisk henseende.

Difteri er også kjent som strupehoste eller trondhjemske halsesyke, og defineres i dag som «ekte krupp». Navnet trondhjemske halsesyke var resultat av et stort utbrudd i Trondheim på midten av 1800-tallet. Typisk med sykdommen var at barna ble hardest rammet. Dødeligheten hos barn under 15 år var 300 pr 1000 angrepne.¹⁹⁰ Sykdommen gav symptomer som feber, hoste og hovne lymfekjertler. Ubehandlet kunne difteribelegget i halsen føre til tilstoppelse av luftrøret og gi pusteproblemer og til slutt kvelning. Spredte toksinet seg med lymfen og blodet kunne sykdommen viste seg som betennelse i hjerteposen, myokarditt, eller polynevritt, som er betennelse i de perifere nerveendene. Sykdommen overførtes ved hjelp av dråpe- og kontaktsmitte. En smittet kunne være bærer av difteribakterien uten å selv være syk. I tillegg kunne difteribakterien overleve i halsen flere uker etter symptomfrihet.¹⁹¹

Identifisering av difteribakterien ble gjort i 1884 av Friedrich Löffler, en av Robert Kochs assistenter. Kort tid etter ble det ved Pasteur og Kochs institutt vist at det var mulig ved hjelp av injeksjon av difteritoksinet å skape antistoffer mot sykdommen. Injeksjonene kunne brukes som behandling, men også profylaktisk.¹⁹² I 1895 startet den norske legen Peter Hansen Aaser (1843-1923) produksjon av difteriserum etter å ha vært i lære ved Pasteur instituttet. Serumet beskrives for første gang i bruk i 1900 av distriktslegen i Hamarøy Peter Hansen. I sin beretning beskrev han 6 tilfeller på gården Hammes. Ved hans ankomst var den først angrepne, en pike på 7 år, døende. De andre syke, som også var barn, ble helbredet ved hjelp av difteriserum. Deretter benyttet Hansen desinfeksjonsmetoden han gjennom årtider hadde beskrevet og anvendt som et universalmiddel. Alle rom skulle vaskes med grønnsåpe, deretter med 5% karbolvann, det samme med husgeråd og bestikk som den syke hadde brukt. I tillegg skulle den sykes sengehalm brennes.¹⁹³

Sykdommen opptrådte regelmessig i Hamarøy/Steigen og Tysfjord/Lødingen fra 1853, med små og sporadiske tilfeller. I 1883 snudde dette for Nordland og difteri ble oppgitt som amtets hyppigste dødsårsak, og rammet hele 1045 personer hvor 262 døde.¹⁹⁴ Fra Lødingen/Tysfjord rapporterte legen om 49 syke med hele 21 dødsfall, mens i Hamarøy/Steigen

¹⁹⁰ Schiøtz 2003:73

¹⁹¹ Folkehelseinstituttet 2020, Smittevernveilederen, Difteri

¹⁹² Harrison 2004:123

¹⁹³ Medisinalberetning for Hamarøy 1895

¹⁹⁴ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1883:186

var 21 syke og 6 døde. Sykdommen fortsatte i 1884 med skrekkelige tall. Av Hamarøy/Steigens 60 syke døde 17. I Lødingen/Tysfjord døde 10 av 21 før sykdommen forsvant fra disse to kommunene. Slik ble det ikke for Hamarøy/Steigen. Her fortsatte epidemien med store dødsfall, spesielt for Hamarøy. Distriktslege Mohn uttrykte fortvilelse da sykdommen i 1886 fortsatt var utbredt og rammet 29 personer. Av de 23 barna døde 8. 1887 var året hvor difteri hadde størst utbredelse noensinne. Da ble 26 syke, 23 av disse var barn. 10 av de døde var barn under 15 år.¹⁹⁵ Mohn påpekte at dette gav en dødsrate på 34%, men mente at tallene var høyere siden et fåtall oppsøkte lege. Dette ble begrunnet ved å beskrive en typisk situasjon. Han fortalte at han ble hentet til en 14 år gammel gutt som var alvorlig syk. Skysskaren var den 20 år sykes bror. Mohn skrev:

Idet han fortalte mig om Broderens sygdom, blev jeg opmærksom paa en afskyelig Lugt af hans Aande. Paa Sporgsmaal, om han var syg, svarde han at han havde lidt Ondt i Halsen og lidt Hovedpine. Det viste seg da ved Undersøgelse, at han havde et meget tydeligt Diterisk Belæg paa Tonsiller og Ganebue.¹⁹⁶

Da Mohn kom til den syke viste det seg at flere av husets folk hadde hatt vondt i halsen og hodepine. For å begrense sykdommen, ble den sykes bror bedt om å isolere seg og vise forsiktighet. Bare to dager etter var gutten tilbake i jobb og ble av legen observert i kirken. Han skrev «I detheletaget er det meget vanskelig at faa de Difteripatienter til at iagttage den tilbødige Forsigtighed baade ligeoverfor sig selv og endnu mer ligeoverfor andre»¹⁹⁷ Mohn må ha hatt kunnskap om at man kunne være bærere av difteri og smitte andre uten å selv være syk. Derav isolerende tiltak overfor gutten.

Difteri så ut for å ramme Hamarøy og Steigen noenlunde likt, med størst utbredelse i årene fra 1883 til 1887. Det påfallende var at sykdommen ble sterkt redusert i Lødingen og Tysfjord. Mens Hamarøy og Steigen hadde stor utbredelse og mange døde, var det bare få og spredte tilfeller i Tysfjord/Lødingen. For amtet generelt var sykdommen mest utbredt i 1887. Selv om sykdommen fortsatt eksisterte var ikke dødeligheten like stor. Sykdommen tok mange barn og var fryktet blant småbarnsforeldre. Legenes klare tanke om isolasjon som et kontagiøst tiltak for å hindre spredning av sykdommen, ble dessverre ikke alltid tatt alvorlig og sørget for at sykdommen forble lengre i samfunnet enn nødvendig.

¹⁹⁵ Medisinalberetning for Hamarøy kommune året 1887

¹⁹⁶ Medisinalberetning for Hamarøy kommune året 1887

¹⁹⁷ ibid

7.5 SPANSKESYKEN

I tillegg til tuberkulosens og difterienes harde herjinger i Tysfjord opplevde de i slutten av juli 1918 sitt første tilfelle av influensaen som ble kjent og omtalt som spanskesyken eller spansken. Distriktslege Jørgen Kolflaath skrev i sin beretning fra 1918 at smitten kom fra en feriereisende sydfra. Ikke utenkelig kom personen reisende ved hjelp av lokalbåt og dermed spredte sykdommen seg. Kolflaath kommenterte ikke hvor i kommunen den oppsto, men skrev at sykdommen oppsto med få og milde symptomer før den forsvant. I september opptrådte sykdommen på nytt, fortsatt med få og spredte tilfeller. Etter hvert ble spansken hyppigere og mer smittsom, noe han konstaterte utfra at hele familier ble angrepet og de enkelte sykdomstilfellene mer alvorlige. I Tysfjord, slik det også var andre steder, var det de kraftigste og mest arbeidsføre mennene som først ble syke. Bjørg Evjen forklarte dette ved at man ved store fysiske anstrengelser trolig ble mer mottakelig for sykdom, noe som gav forklaring til hvorfor sykdommen fikk stort omfang blant gruvearbeiderne i Longyearbyen.¹⁹⁸ I Tysfjord hadde kommunen Norcem sementfabrikk nylig etablert seg, som var en mannsdominert og fysisk krevende arbeidsplass i likhet med gruvearbeiderne. I Kolflaaths rapporteringer viste han usikkerhet i forhold til hvor mange influensatilfeller det egentlig var i kommunen dette året. Dette fordi «da legen kun rak at behandle de verst angrepne. Der kom under min behandling ca. 400 tilfælder, men man maa anta, at mindst 2/3 (d.v. si ca 2000) av befolkningen hadde sykdommen i mer eller mindre grad».¹⁹⁹

Sykdommen var med andre ord sterkt utbredt, men bare 7 døde, noe som tilsvarte 0,2 prosent av befolkningen. I motsetning til tuberkulosen, som rammet samisk befolkning hardt, var det bare ett registrert dødsfall av spanskesyken blant samene. Siden sykdommen rammet store deler av befolkningen var det ingen grunn til at samisk befolkning skulle bli mer skånet enn bufolket. Lignende observasjon ble gjort på Vensmoen sanatorium for tuberkulosesyke. Året 1918 ble summert slik «Man maa forbauses over, at sanatoriet sykebelæg har vært litet berørt av influensaepidemien, som blant betjeningen har herjet slemt».²⁰⁰ Dette kan være en tilfældighet, men verdt videre undersøkelser. Fra Vensmoen var det klart at det var det hygieniske levesettet som beskyttet og formildet sykdommen. Denne forklaringen kunne nok ikke distriktslege Kolflaath sagt seg enig i, som forklaring på den milde utbredelse blant samene i Tysfjord. Han hadde gjennom flere år beklaget seg over befolkningens «ualminnelige» slette

¹⁹⁸ Evjen 1998:82

¹⁹⁹ Medisinalberetning for Tysfjord kommune året 1918

²⁰⁰ Evjen 1998:84

hygieniske forhold, spesielt blant «lapperne». Derimot ble de få dødsfall forklart utfra «befolkningens store motstandsdyktighet like overfor infeksjonssygdomme, var der faa dødsfald».²⁰¹ Samtidig var Kolflaath klar på at «der var sikkert mange dødsfald blant smaabarn og gamle mennesker, uten at læge blev tilkaldt».²⁰² Sannsynligheten for at det var samisk befolkning i denne urapporterte gruppen var stor og dødstillene større enn oppgitt. Dette fordi den samiske befolkningen i større grad hadde tradisjon og kunnskap for å være selvhjulpen i forhold til sykdom og død enn bufolk. I tillegg hadde samene sine bosteder i fjordene og lege var mindre tilgjengelig for å stadfeste dødsårsak.

Spanskesyken var en pandemi som ifølge Svenn-Erik Mamelund smittet mer enn halvparten av datidens befolkning, hvor minst 30 millioner mistet livet. Mamelund hadde i sin studie kommet frem til at 1.2 millioner nordmenn ble angrepet og mellom 13 og 15 tusen nordmenn døde. Dette tilsvarte 5 til 6 dødsfall per 1000 innbygger. Sykdommen hadde ikke sitt opphav fra Spania, slik navnet tilsa, men oppsto i militærleir i Kansas, USA. Navnet var mer et resultat av at Spania, som var nøytral under første verdenskrig, fikk store oppslag da sykdommen rammet landet. Spansk media var åpen om den nye og farlige epidemien som herjet i landet og nyheten spredte seg.

Spanskesyken kom til å vise seg gjennom tre bølger, slik den også fremsto i Tysfjord. Sommer, høst og vinterepidemien som strakk seg fra juni 1918 til vinteren 1919. I tillegg oppsto en siste svak bølge vinteren 1920.²⁰³ Mamelund antydte at de første sporadiske tilfellene av spanskesyken kan ha oppstått allerede i april 1918. 6000 mennesker ble sykemeldt første uken i april, men poengterte usikkerheten omkring dette. Parallelt oppsto et mistenkelig høyt antall influensatilfeller i norsk militærleir, et tegn på at noe var på gang. Influensa var vanlig på denne tiden av året og enda var ikke sykdommen rapportert fra Spania. For Nordland amt kom sykdommen i juli måned. Amtslegen innberetning for 1918 bekrefter dette, han skrev:

Man læste i aviserne, hvordan den saakaldte «spanske syke» raset ute i krigslandene, man saa den komme til Kjøbenhavn, Kristiania -samtidigt som dernede var en fuktig, daarlig sommer. Det hele forekom os heroppe saa fjernt, -indtil pludse [sic.] - den ene hurtigrute efter den anden i juli kom nordover med passagerer og besætning, ikke mindst postbetjeningen, slaat overende

²⁰¹ Medisinalberetning for Tysfjord kommune året 1918

²⁰² ibid

²⁰³ Mamelund 1998:45

som en giftig atmosfære pludselig fulgte med skibene. Og i en, to, tre var det som om denne gift var utover hele fylket [...].²⁰⁴

Ifølge amtlegen oppsto sykdommen i juli slik også distriktslegen fra Tysfjord skrev. Steinar Aas har i sin artikkel Spanskesjuka 1918-1919 –den siste store pandemien til *Årbok for Narvik 2010* sett på spanskesyken og dens smittevei til Narvik.²⁰⁵ Han kommenterte at det var uvisst når sykdommen viste seg i Narvik og påpekte byens nære båtforbindelse til europeiske havnebyer, hvor sykdommen oppsto allerede i april. Dette mente Mamelund var lite plausibelt fordi båtene var sjeldent i Narvik, han vektla heller jernbanen, hurtigruten og bilrutene som mulige smitteveier. Ifølge Aas artikkel hadde Ofotens Dampskibsselskap en hurtigrute som gikk hver onsdag og returnerte uka etter mellom Narvik og Trondheim. Båtruta korresponderte også med togruta mellom Trondheim – Kristiania. Sannsynligheten for at smittebæreren fra Tysfjord hadde benyttet seg av denne reiseveien, da vedkommende kom hjem på ferie sommeren 1918, var stor. Ifølge Aas kom de første omtalene av smitte i Narvik med lokalavisen Ofotens Tidene 12. juli 1918. Han mente imidlertid at sykdommen måtte ha oppstått tidligere og begrunnet dette med lege Astrup som skrev at i andre halvdel av året, altså i juli, kunne en se at «hele byen står i `den spanskes syke`». ²⁰⁶ Smitten, som ifølge Kolflaath, ankom Tysfjord i juli var ikke usannsynlig kommet via Narvik, siden byen var naturlig destinasjonspunkt før lokalbåten tok de inn til Tysfjorden. det naturlige handelsstedet og gjennom historien kontakt og kommunikasjon med Narvik. Sykdommen måtte da nødvendigvis ha oppstått tidligere, spesielt siden båttransporten tok tid. Om smitten ankom Tysfjord i juli, var det stor mulighet for at Aas hadde rett. I tillegg var sykdommen i begynnelsen lettere av natur. Amtlegene skre «Mange hadde den kun som pludselig ildebefindende med paafølgende gastroenteristiske symptomer av en eller to dagers varighet og saa fuld restitusjon». ²⁰⁷ Samme år hadde Narvik relativt høye tall tilknyttet tilstanden akut diarrhoe (klorine). Mulighetene for at sykdommen hadde vært brutt ut i denne form før «spansken» inntok distriktene var store.

Landsdelens gode båtforbindelser la til rette for smittespredning og resulterte antakelig i at sykdommen oppsto flere steder på samme tid, spesielt i forhold til den første bølgen. I Hamarøy hadde Hansen sitt siste år som distriktslege og beretningen var tydelig preget av en ustø og skjelvende hånd. Han rapporterte kort at sunnhetsstilstanden i siste halvdel av året var dårlig. Influensaen hadde herjet over hele distriktet og der var få som ble forskånet. Flere steder

²⁰⁴ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1918:222

²⁰⁵ Aas 2010:123

²⁰⁶ ibid

²⁰⁷ Norges Offisielle statistikk for sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1918:222

lå hele familier syke samtidig. De fleste var hardt angrepet, og viste til at bare 14 av 809 behandlede døde. Dødsprosenten for Hamarøy var 0,5 % av befolkningen, noe som var over dobbelt av Tysfjords 0,2 %. De høye tallene for Hamarøy kan det være grunn til å trekke i tvil på bakgrunn av kommentarene fra distriktslege Hansens etterfølger. Han viste til en henvendelse til Hansen fra Bodin hvor de etterspurte om Hamarøy var rammet av tyfus. Dette fordi at det på Bodin ble det registret 3 tømmerarbeidere med sykdommen. Amtlegen skrev.

[...] de fortalte at der var lignende tilfælde. Dette var midt under travleste spanskeperioden; der ble telegrafisk forespurgt i Hamarøy om der var tyfus. Svaret gik ut paa, at man oppfattet dervæi ende kasus som spansk syke. I travelheten blev ikke tat blodprøver²⁰⁸

Spanskesyken kan med andre ord ha blitt forklaringen på andre sykdommer som hadde sammenfallende symptomer og derav høye tall på sykdommen for kommunen. Sykdommen som herjet på prestegården i Hamarøy ble bekreftet å være tyfus etter at det ble tatt blodprøver av drengen i januar året etter.²⁰⁹ Distriktslege i Hamarøy Peter Hansen skrev ikke noe om når sykdommen ble registret for første gang, bare at sykdommen nådde sitt høydepunkt i oktober. Da behandlet han 323 syke og dødsårsaken ble satt i sammenheng med lungebetennelse og at de «voldsomme Naseblødninger forekom ogsaa hyppigt».²¹⁰ I Tysfjord startet andre bølge i september, med spredte og fremdeles lette tilfeller. I løpet av måneden fremsto sykdommen som hyppigere og ble mer smittsom, slik Hansen beskrev fra Hamarøy. Kolflaath meddelte «idet ofte hele familien angrepes paa en gang samtidig som de enkelte sydomstilfælder blev mere alvorlig. I oktober maaned kulminerte sygdommen og avtok senere jevnt til slutten av december».²¹¹

Høstepidemiens kjennetegn var, ifølge Mamelund, at den startet like tidlig ute i distriktene som i byene. Bygdene ble like hardt rammet og den geografiske utbredelsen kunne derfor i mindre grad føres til bestemte sentra.²¹² Dette kan være noe av forklaringen på at sykdommen, som kulminerte i Narvik og Bodø allerede i september, fortsatte i Hamarøy ut oktober og vedvarte helt inn til vinterepidemien for Tysfjord. Begge kommunene er grisgrendte og sannsynlighet for at sykdommen smittet mellom de små grendene, hvor første bølge ikke hadde skapt motstandskraft eller immunitet, var stor. Byens tettbebyggelse sørget for rask

²⁰⁸ Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1918:222

²⁰⁹ Se kap. 6, Legens endring i forståelse av sykdom og smitte s.39

²¹⁰ Medisinalberetning for Hamarøy legedistrikt året 1918

²¹¹ Medisinalberetning for Tysfjord legedistrikt året 1918

²¹² Mamelund 1998:52

smittespredning og rask kulminering, mens den spredte bebyggelsen i Tysfjords fjorder bidro til at spansken holdt seg lenge i kommunen.

Vinterepidemien, som oppsto i slutten av desember og i begynnelsen av januar 1919, vedvarte til mars for landet som helhet.²¹³ Den tredje og siste bølge opptrådte mer spredt og sporadisk, uten spredningsmønster og gjerne på de mest avsidesliggende stedene, slik det var i Tysfjord. Om spanskesyken «brant» ut i Hamarøy og Tysfjord kommune før vinterepidemien er ikke usannsynlig. Det rapporteres ingen dødsfall under denne bølgen. Kolflaath mente at der var noen tilfeller, men ingen av så alvorlig grad at lege ble kontaktet. Samme lege var i større grad opptatt av at influensaen hadde indirekte betydning for sunnhetstilstanden i distriktet. Han så tydelige sammenhenger med epidemiens påvirkning på befolkningens almenntilstand og mottakelighet for andre sykdommer. Han skrev:

idet en stor del av befolkningen var svækket av foregaaende influenza, og saaledes disponibel for andre infektionssykdomme som difteritis og forkjølelsesykdommer [...] som sikkert maa skrives paa en tidligere gjennomgaat influensas regning²¹⁴

Ingen av innberetningene for Hamarøy eller Tysfjord kommenterte noen form for teori om hvordan de observerte smitteveiene innad i kommunen. Kolflaaths kommentarer om at sykdommen kom med kommunikasjonsmidlene, som ellers i verden, vitner om at han var informert om sykdommens smitteveier, før sykdommen kom til Tysfjord. Ved hjelp av Kolflaaths forståelse av at smitten kom med en person lå det implisitt en contagiøs sykdomsforståelse. Smittestoffet ble bragt til kommunen ved hjelp av den tilreisende smitekilden som spredte sykdommen til nye mottakere, uten at selve smittestoffet var kjent. Amtslegen i Nordland viste også contagiøs forståelse da han i slutten av juli gikk ut med advarsler om å ikke gå inn i hus hvor sykdommen hadde vært og heller ikke la folk som nylige hadde vært syke komme på besøk. Influensaen var meget ondartet, og der var ingen metoder som kunne kurere sykdommen.²¹⁵

Med isolasjon viste legen contagiøs forståelse av smitten, men fortsatt var miasmatiske tankesett levende blant befolkningen. Artikkelen i lokalavisa Fremover i november 1918 bekreftet dette. Her ble spanskesyken årsak beskrevet som krigsbasillen med opprinnelse fra de

²¹³ Ibid

²¹⁴ Medisinalberetning Tysfjord kommune året 1919

²¹⁵ Evjen 1998:82

dårlig begravde likene i skyttergravene. Bakteriene piplet ut av den smittede kroppen, ble som fluer og krøp gjennom nøkkelhull og oppholdt seg i store stimer fra senga opp til månen. Den andre lokalavisen for regionen, Ofoten Tidene, hadde derimot gode råd for sykdommen.²¹⁶ Dette var å innånde røyken fra en pinne i kokende tjære, en behandling som ble brukt i perioder dominert av miasmatisk sykdomsforståelse. Med lukt og røyk skulle sykdommen forsvinne, helt i tråd med miasmatisk tenkning.

8 AVSLUTNING

Medisinalberetningene arkivert i Riksarkivet har gitt meg innsyn og kunnskap over helseforholdene som rådet i Hamarøy, Steigen og Tysfjord kommune for perioden 1860-1920. Beretningene har også gitt meg oversikt over de ulike legene som jobbet i kommunene i perioden og utgjør sammen med *Norges Offisielle statistikk for sunnhetstilstanden og medisinalforholdene* hovedgrunnlaget for besvarelsen.

Distriktslegeordningen i Norge ble gradvis utviklet, og staten viste gjennom perioden et økende engasjement for befolkningens helse. I Nordland ble det ved hjelp av eksportavgiften på fisk opprettet medicinalfond, som skulle lønnet de første distriktslegene i amtet. Ved å øke antallet legedistrikt fikk kommunene legehjelp, først de store byene deretter distriktene. Funnene fra kapittel 4.3 viste at storkommunen Lødingen, Tysfjord og Tjeldsund fikk distriktslege i 1830. Tysfjord ble egen kommune i 1869 og fikk tilsatt kommunelege i 1907, som var underlagt distriktslegen i Lødingen. Egen distriktslege til Tysfjord kommune kom ikke før 1915, flere år etter nabokommunene. Hamarøy og Steigen fikk tildelt felles distriktslege i 1841 med tittel distriktslege i Steigen. I 40 år vekslet legene mellom å bo på Hamarøy og i Steigen, mens formannskapet i Hamarøy jobbet for å få tilsatt egen lege. Til slutt valgte de i 1882 å finansiere stillingen selv, noe som vitnet om forståelse og nødvendigheten for å ha lege i kommunen. Da kommunen endelig fikk tilsatt distriktslege var de desto heldigere med ansettelsen. Distriktslege Peter J. Hansens trettisyvårige tjeneste i kommunen representerte et unikt og langt ansettelsesforhold. Samlet viste resultatene av undersøkelsen at Hamarøy, Steigen og Tysfjord kommune kom godt ut av legesituasjonen, sett opp mot andre utkantkommuner. Kommunene hadde i stor grad tilgang til leger gjennom hele perioden, selv

²¹⁶ Aas 2010:129

om der var store avstander og i perioder stadige utskiftninger av lege. Kommunene ble ikke rammet av skjevfordelingen Inger Lise Seip beskrev i Sosialhjelpstaten blir til.²¹⁷

Betydningen av Sunnhetsloven av 1860 ble for de ulike kommunene stor. Alle kommunene fikk først og fremst etablert sunnhetskommisjoner. Selv om møtefrekvensen ikke var stor, viste distriktslege Føyn og kommisjonen i Hamarøy/Steigen stort engasjement i sitt arbeid. Funnet av sunnhetsinstruksen fra 1871 for Hamarøy/Steigen legedistrikt var det tydeligste resultatet av Sunnhetsloven. Distriktslege i Hamarøy Peter J. Hansen revider instruksen i 1882 som et resultat av økt kunnskap. At Steigen ikke reviderte den gamle instruksen av 1871 før 1904 og at Tysfjord ikke utarbeidet instruks før 1896, kan ha berodd på den enkelte leges initiativ, noe Aina Schiøtz hevdet kunne være årsak til at mange kommuner sent utarbeidet sunnhetsinstrukser.²¹⁸ Andre årsaker nevnes ikke. Utfra kildene viste legenes gjennom flere år at de jobbet over store geografiske områder og hadde farlige farvannene de måtte forsere for å gjøre sykebesøk. Ofte tok reisene dager og opptil uker. Det er da nærliggende å tenke at manglende sunnhetsinstrukser ikke bare var et resultat av legens engasjement, men også et resultat av store geografiske distriktene og mangel på tid. Noe amtslegen kommenterte i sitt vedlegg til beretning fra 1914.

Ved hjelp av sunnhetsforskriftene og medisinalberetningene har det vært mulig å følge legenes endring i syn på smitte og sykdomsforståelse. Ved gjennomgang av den første sunnhetsforskriften viste funn at instruksen var av klar miasmatiske forståelse og hadde med seg spor fra humoralpatologien. Da kommunelegen i Hamarøy Peter J. Hansen reviderte instruksen i 1882 var sporene fra humoralpatologien og de klare miasmatiske retningslinjene fjernet. De nye punktene viste fortsatt forståelse i miasmatiske retning, men det var tydelig at Hansen var kontagiøs i sin forståelse, da flere av punktene ble tilknyttet kontagonismen. Endringene som sunnhetsinstruksen gjennomgikk fra Føyns instruks til Hansens reviderte, viste tydelig hvordan ny forståelse og kunnskap ble utviklet på grunnlag av førforståelse, noe som er i tråd med Gadamer's hermeneutiske sirkel. Ved å følge legenes beretninger og deres kommentarer viste kildene klar og tydelig overgang fra humoralpatologisk til miasmatiske smitte og sykdomsforståelse. Tilsvarende overgang fra miasmatiske til kontagiøs forståelse var ikke mulig å finne. Her var skillene mer utydelig funnene derfor mer usikre, dette fordi forståelsene i de to retningene var på flere områder like og flere av punktene og kunne tolkes i begge

²¹⁷ Seip 1994:218

²¹⁸ Schiøtz 2010:332-347

retninger. I de tilfellene hvor legene beskrev sine tiltak og behandlinger, var det enklere å tolke legene i miasmatisk eller kontagiøs retning. Da dette ble gjort viste min undersøkelse at legene i Hamarøy, Steigen og Tysfjord oftere var av kontagiøs oppfattelse enn av miasmatisk forståelse, spesielt i perioden fra 1870 og utover.

Hamarøy og Steigen utarbeidet relativt tidlig sunnhetsinstruks, og en naturlig tanke var at dette gave friskere befolkning. Undersøkelse viste at sunnhetsforholdene i Hamarøy og Steigen var tilnærmet lik Lødingen/Tysfjord. Den tidlige sunnhetsforskriften for Hamarøy/Steigen så dermed ikke ut til å ha hatt særlig stor betydning for befolkningens helsetilstand og av betydning for de ulike epidemiene som rammet kommunene. Blant annet viste resultatene at alle kommunene nærmest hadde en konstant tilstand av diareproblematikk, noe som i stor grad kan kobles mot befolkningens hygiene. Undersøkelsen viste at de ulike epidemiske sykdommene rammet kommunene noen ganger likt, andre ganger helt forskjellig.

Kildene viste at tyfoidfeber rammet befolkningen i Hamarøy, Steigen og Tysfjord frem til 1868 hardt, for deretter avta og bli fraværende i flere år. Kanskje var distriktslege Føyns sunnhetsinstruks fra 1871 medvirkende til at smitten avtok og forsvant i flere år? Like viktig var nok kommunenes nærhet til Vestfjorden. Fiskerne i Hamarøy/Steigen og Lødingen/Tysfjords korte vei til Vestfjorden og skreien gjorde det unødvendig å dra over til Lofoten og rorbuene, hvor tyfoid smitten florerte. For Nordland generelt var tendensen stigende frem til 1880, før sykdommen gradvis avtok. I undersøkelsen ble smitten av tyfoidfeber av flere leger tilknyttet lofotfisket og begrunnet med at sykdommen gjerne oppsto i kjølvannet av fiskerisesongene. Av distriktslege Føyn ble sykdommen i 1969 ansett som miasmatisk, men dette var i endring. Da distriktslege Hansen overtok i 1882 var tiltakene både av miasmatisk og kontagiøs karakter. Videre ble distriktslege Birck selv syk i april 1890 og var undrende til hvor smitten kunne ha kommet fra, han hadde ikke vært i berøring av syke siden januar. Birck hadde ikke kunnskap om at han hadde vært bærer av sykdommen, uten å selv være syk. Da sykdommen var i retur fra 1896 viste kildene at amtslegens årsaksforklarte dette med økende antall legestillinger og forbedrede hygieniske forhold i de ulike kommunene.

Tuberkulosen var en fryktet sykdom. Kildene viste at de valgte kommunene ble hardt rammet, men på ulikt vis og til ulike tider. I Hamarøy, Steigen og Tysfjord var sykdommen forsiktig økende frem til 1890, da situasjonen brått ble endret. De neste ti årene ble flere syke og mange døde, slik det også var for amtet generelt. I kildene fra 1890 var distriktslege Arnesen i Steigen uklar i forhold til tuberkulose og smitte. Han påpekte at sykdommen ble fraktet av tilreisende, som var i kontagiøs retning, men påpekte gunstig konstitusjon som er i tråd med

miasmatisk forståelse. I Hamarøy viste undersøkelsen at distriktslege Hansen i 1896 hadde forståelse av tuberkelbasillen som bakterie og i kontagiøs retning, da behandlingen i stor grad var bruk av isolasjon og desinfeksjon. Hansen var aktiv i sitt forebyggende helsearbeid og jobbet hardt med opplysning for å unngå dråpesmitte.

I 1913 viste kildene fra Tysfjord kommune at smitten av tuberkulose fortsatt kunne tolkes i miasmatisk retning. Dette kobles mot begrunnelsen av at samene ikke ble hardere rammet av tuberkulose enn bufolk fordi de var mye ute i frisk luft. Den bakteriologiske forståelsen av sykdommen viste seg ikke tydelig i beretningene før 1917. Tuberkulosen ble da tilknyttet dråpesmitte og legen var fortvilet over spytteuskikken. Etter 1900 avtok tuberkulosen i både Hamarøy og Steigen, kanskje som et resultat av distriktslege Hansens omreisende opplysningsarbeid? Dette var i motsetning til amtet, hvor tuberkulosen var stigende, enda frem til 1920. Tysfjord ble også hardt rammet, men med litt annen utvikling. Her viste undersøkelsen at sykdommen fikk en økning fra 1910 og utover, spesielt blant samene. Distriktslege Kolflaath var bekymret for den samiske folkegruppens eksistens. Ikke før 1920 hevdet distriktslegen at sykdommen var i retur.

Difteri var spesielt fryktet blant småbarnsforeldre og besto gjennom hele 1800-tallet. I funnene fra amtet ble sykdommen rapportert med små og sporadiske tilfeller i perioden 1853 til 1883. I 1883 endret situasjonen seg. Diffteri ble da oppgitt som amtets hyppigste dødsårsak, noe som var i likhet med Hamarøy, Steigen og Tysfjord. Videre viste funnene at epidemien fortsatte med stor utbredelse og mange dødsfall i Hamarøy og Steigen frem til 1887. For Lødingen/Tysfjord var denne perioden avvikende. Etter 1884 rapportertes det kun om små og sporadiske tilfeller, noe som var i stor kontrast til de andre kommunene. Kanskje lyktes legen i Lødingen/Tysfjord med smitteforebyggende arbeid bedre enn legene i Hamarøy og Steigen?

Difteri viste seg i alle kommunene fra 1853. I 1886, to år etter at difteribakterien ble identifisert, viste undersøkelsen at distriktslege Mohn anså smitten å være kontagiøs idet han beordret til streng isolasjon. I tillegg viste kildene at Mohn hadde kunnskap om å være bærer av sykdommen, uten å selv være syk. Fra 1887 avtok difterien i Hamarøy og Steigen, og bare tre år senere beskrives difteriserumet i bruk for første av distriktslege Hansen i Hamarøy, noe som gir klare indikasjoner på bakteriell forståelse. I Tysfjord ble ikke serumet beskrevet i bruk før 1913. Årsaksforklaringen til dette var sannsynligvis at difteri nærmest forsvant fra Lødingen/Tysfjord fra 1884. I tiden frem til 1918 viste undersøkelsen at der bare var få spredte tilfeller. I 1919 fikk sykdommen en oppblomstring, kanskje som et resultat av nedsatt motstandskraft etter at tuberkulosen og spanskesyken hadde herjet blant befolkningen.

Sykdommen fikk dette året stor utbredelse, men opptrådte mildt antakelig på grunn av distriktslege Kolflaaths profylaktiske bruk av difteriserumet, som er helt i tråd med bakteriologien.

Spanskesykens smittestoff kom til Tysfjord i juli i 1918 via en feriereisende, slik den ankom mange andre kommuner og var i kontagiøs forståelse. Ved gjennomgang av kildene viste det seg at spanskesyken rammet kommunen hardt, dog uten mange dødsfall. Påfallende i undersøkelsen var at den samiske delen av befolkningen, som var hardest rammet av tuberkulosen, ble mildest rammet av spanskesyken. Det samme ble rapportert fra Vensmoen tuberkulosehjem. Distriktslege Kolflaath påpekte at sykdommen kunne vært underrapportert. Videre viste undersøkelsen at spanskesykens herjinger i Hamarøy fulgte det kjente mønsteret med tre bølger slik Mamelund²¹⁹ beskrev, mens Tysfjord fikk en litt annen utvikling. Begge kommunene fikk først en mild bølge i juli, som avtok for en hissigere og mer smittsom bølge på høsten. Den tredje bølgen viste seg forskjellig for Hamarøy og Tysfjord.

I Tysfjord så sykdommen ut til å opphøre etter andre bølge, alternativt ble den så mild at lege ikke ble oppsøkt. Influensalignende sykdommer som oppsto på nyåret, ble av distriktslege Hansen i Hamarøy satt i sammenheng med spanskesykens tredje bølge. Kildene viste at da den nye legen ankom i 1919 vurderte han situasjonen annerledes. Hans bakterielle forståelse og kunnskap førte til at han tok blodprøve og tyfysmitten ble bekreftet.

Konsekvensene av dette var at spanskesyken fikk urettmessige høge tall i Hamarøy, noe som også kan ha vært tilfelle for andre kommuner. Undersøkelsene viste at legene anså spanskesykens smitte i tilknytning til kontagonismen og bakteriologien. Kunnskapen var kommet til legene, men fortsatt så den miasmatiske troen til å råde blant befolkningen, noe artiklene fra avisene Fremover og Ofotens Tidene viste.

Denne masteroppgaven har først og fremst gitt meg god kunnskap om førmoderne sykdomsforståelse. Den har gitt meg stor innsikt i distriktlegeutviklingen og legenes forutsetning for å forstå sykdom og smitte. Oppgaven har ikke minst gitt meg kunnskap om epidemiene som rammet Hamarøy, Steigen og Tysfjord. Samtidig er det en erkjennelse at oppgaven også har gitt meg fornemmelse av mange ubesvarte spørsmål. Var det flere kommuner som tillat andre sykdommer til spanskesyken? Er det tilfeldig at både de hardt

²¹⁹ Mamelund 1998:45

tuberkulosesyke samene og pasientene på Vensmoen tuberkulosehjem ikke ble rammet av spanskesyken? Ville en utvidelse av oppgavens begrensning til 1920 ført til at undersøkelsen gav meg flere funn med bakteriell forståelse? Oppgaven har gitt mange svar, men under sluttspurten kanskje flere nye spørsmål som foreløpig får stå ubesvart.

9 KILDER OG LITTERATUR

Primærkilder fra arkiv

Riksarkivet, Justisdepartementet, medisinalkontret M, Nordland amt 1879-1881, Medisinalinnberetninger. Arkivenhet/sti: RA/S-1044/F/L0185

Riksarkivet, Justisdepartementet, medisinalkontret M, Nordland amt 1882-1885, Medisinalinnberetninger. Arkivenhet/sti: RA/S-1044/F/L0187

Riksarkivet, Justisdepartementet, Medisinalkontret M, Nordland amt 1886-1888, Medisinalinnberetninger. Arkivenhet/sti: RA/S-1044/F/L0188

Riksarkivet, Justisdepartementet, Medisinalkontret M, Nordland amt 1889-1891, Medisinalinnberetninger. Arkivenhet/sti: RA/S-1044/F/L0189

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland amt 1894-1895. Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0511

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland amt 1898-1899. Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0513

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland amt 1900-1901. Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0514

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland amt 1902, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0515

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland Amt, 1912, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0522

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland Amt, 1915, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0525

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland Amt, 1917, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0527

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland Amt, 1918, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0528

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland Amt, 1919, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0529

Riksarkivet, Medisinaldirektøren, Kontoret for lege og sunnhetsvesen (MD I), Nordland Amt 1920, Arkivenhet/Sti: RA/S-4165/F/L0530

Kilder fra Statistisk Sentralbyrå SSB

- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 08, 2020 fra Norges Offisielle statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1880:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ii_c4_1880.pdf
- Statistisk sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 07, 2020 fra Norges offisielle statistikk, Beretning om sunnhedstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1896:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iii_317.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 07, 2020 fra Norges Offisielle statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1845:
https://www.ssb.no/a/histstat/div/is/is_111.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 10, 2020 fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1865:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_i_c4_1865.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 05 05, 2020 fra Norges offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1869:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_i_c4_1869.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 08 07, 2020 fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1881:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ii_c4_1881.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 08 07, 2020 fra Norges Offisielle statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1883:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iii_024.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 08, 2020 fra Norges Offisielle statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1885:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iii_051.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 07, 2020 fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1890:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iii_162.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 20, 2020 fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1895:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_iii_290.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 08 04, 2020 fra Norges Offisielle statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1904:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_v_023.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 08, 2020 fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstand og medicinalforholdene i Norge 1905:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_v_055.pdf
- Statistisk Sentralbyrå, SSB.* (u.d.). Hentet 07 20, 2020 fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om sunnhedstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1910.

Statistisk Sentralbyrå, SSB. (u.d.). Hentet 07 15, 2020 fra Norges offisielle statistikk for
sundhetstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1915:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_vi_133.pdf

Statistisk Sentralbyrå, SSB. (u.d.). Hentet fra Norges Offisielle Statistikk, Beretning om
sundhetstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1918:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_vii_058.pdf

Statistisk Sentralbyrå, SSB. (u.d.). Hentet 10 08, 2020 fra Norges Offisielle statistikk, Beretning om
sundhetstilstand og medicinalforholdene i Norge 1920:
https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_vii_138.pdf

Litteratur

Aas, S. (2010). Spanskesjuka 1918 - 1919 - den siste store pandemien. *Årbok for Narvik 2010 - fra bane, bygd og by, 2010*, ss. 120-130.

Apold, E. (2018). Kampen for eget legedistrikt. (E. Apold, Red.) *Årbok for Hamarøy 2018, 31. årgang*, ss. 5-11.

Blom, I. (1998). *Feberens ville rose*. Bergen: Fagbokforlaget.

Elstad, I., & Hamran, T. (2006). *Sykdom, Nord-Norge før 1940*. Tromsø: Fagbokforlaget.

Endresen, R. T., Krogh, T., Iversen, I., & Reinton, R. E. (2007). *Historie, forståelse og fortolkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evjen, B. (1998). *Et sammensatt fellesskap, Tysfjord kommune 1869-1950*. Bodø: Tysfjord Kommune.

Folkehelseinstituttet, F. (2020, 10 7). *Folkehelseinstituttet - Difteri veileder for helsepersonell*. Hentet fra Smittevernveilederen: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/difteri---veileder-for-helsepersone/>

Forsdahl, A. (1984). *Merkesteiner i norsk medisin reist av almenpraktikere*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.

Harrison, M. (2004). *Disease and the Modern World*. New Hampshire: Odyssey Press Inc.

Internet archive. (1851). Hentet 02 05, 2020 fra Actstykke angaaende Cholera - Epidemien i Christiania i 1850: <https://archive.org/details/b24748316/page/2/mode/2up>

Jacobsen, K., & Larsen, K. (2007). *Ve og Velfærd - Læger, sundhet og samfund gennem 200 år*. København: Iir forlag.

Jenssen, A. (Red.). (1980, Desember). En avholdt legefamilie i Hamarøy. *Jul i Hamarøy, Jubileumshefte 1970-1980, 1980*, s. 72.

Kobro, I. (1908). *Norges Læger 1800-1908, Første bind*. Kristiania: Trykt i Centraltrykkeriet 3. utg 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. (E. Nygaard).

- Larsen, Ø. (2012). Historien innenfra og utenfra. *Michael Journal*, ss. 323-324. Hentet 10 07, 2020 fra <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2012/4-323-4.pdf>
- Larsen, Ø., Berg, O., & Hodne, F. (1986). *Legene og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, Den Norske lægeforening.
- Legevakthåndboken*. (u.d.). Hentet 24 10, 2020 fra www.lvh.no:
https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/mage_og_tarm/infeksjon_i_mage_og_tarm/akutt_gastroenteritt
- Lie, A. K. (2007). *Radesykens tilblivelsen, Historien om en sykdom (Doktergradsavhandling)*. Oslo: Akademia AS.
- Lie, A. K. (2008). *Nyere perspektiver innen medisinsk historie*. Nytt Norsk Tidsskift, Universitetsforlaget, Nr 2.
- Mamelund, S.-E. (1998, 1). Diffusjon av influensa i Norge under spanskesyken 1918-19. *Norsk Epidemiologi*, ss. 45-58.
- Moseng, O. G. (2003). *Det offentlige helsevesen 1609-2003, Ansvar for undersåttenes helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nylenna, M., & Braut, G. S. (2020, mars 12.). *Store norsk leksikon*. Hentet fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/folkehelse>
- Oslo byarkiv digitale kilder*. (u.d.). Hentet 05 09, 2020 fra Koleraens smitteveier: https://www.oslo.kommune.no/OBA/aktuelt_arkiv/kolera_historikk.asp
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Pryser, T. (1999). *Norsk Historie 1814-1860*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Schiøtz, A. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003, Folkets helse - landet styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2003). *Doktoren, distriktslegens historie 1900-1984*.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv, Medisin og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Schiøtz, A., & Hem, E. (2011, juni 27). *Medisinhistorie eller medisinsk historie*. Hentet fra Tidsskriftet: <https://tidsskriftet.no/2011/06/sprakspalten/medisinhistorie-eller-medisinsk-historie>
- Schønby, H. P. (2009). *Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge. Av Hans Petter Schønby*. Hentet fra Helsetilsynet : <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2009/sundhedscollegiet-administrasjons-tilsynsorgan/>
- Seip, A.-L. (1994). *Sosialhjelpsstaten blir til, Bind I, Norsk sosialpolitikk 1740-1929*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Seip, A.-L. (1994). *Veiene til Velferdsstaten, Bind II, Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Instrux

for

Tilfynsmændene med Hensyn til Sundhedsvæsenet i
Præstegjæld.

- De af Sundhedskommissionen ansatte Tilfynsmænd skulle hver i sin Rode til Unge og Gamle at iagttage følgende Regler:
1. Gulvene bør stues mindst 1 Gang om Ugen; Bægge, Døre, Binduer samt Sengesteder og andet Bohave rengjøres ved hver af de store Høitider samt St. Hans- og Mikelsdag. Stue og Soverum bør daglig feies og Binduet i samme jævnlig opluffes.
 2. Seng- og Gangklæder udhænges og udluftes saaoftte ske kan. Sengehalmen bør flittig byttes, at samme kan holdes ren og fri for Udsø. Waade og slidne Klæder bør ikke ophænges til Tørring i Stue eller Soverum.
 3. Gryder, Kjørelb og Kopper, der benyttes til Mad eller Drikke, bør rengjøres hver Gang de have været brugte.
 4. Madvarer bør ikke opbevares i Deboelstetrum. Poteter bør saaledes ikke om Waaren hensættes i Stue eller Soverum, da usund Luft derved udbilles.
 5. Affald fra Husholdningen, Skarn og alle ildelugtende Gjenstande henbringes til Gjødselbingen.
 6. Hænder og Ansigt bør vaskes hver Morgen og ellers saa ofte fornødiges eller Bekæmstændighed tilfiger det, saaledes især før Maaltiderne, naar man ved Arbeidet er bleven tilsmudset. Hele Kroppen bør derhos vaskes eller bades, saaoftte Omstændighederne tillade det.
 7. Udsne Klæder bæres nærmest Kroppen og byttes flittig. Kvinder burde altid gaa med Underbenklæder.
 8. Waade Klæder ombyttes snarest mulig med tørre, og man maa fremfor Alt aldrig sove i dem.
 9. Barbenet bør man aldrig gaa. Fornemmelig maa Gjøteret forsynes med godt Skotsøi.
 10. Aldrig bør man sove paa Marken, thi Jordens Uddunstninger kunne let paaføre Sygdomme.
 11. Børn bør, om muligt, ikke anvendes til Gjøting.
 12. Klippfiskvaskning maa kun udføres af voksne Mandfolk.
 13. Det vilde være faare onskeligt, om de, der have længere Bei til Klippfiskbergene, kunde staa sig sammen om paa samme at opføre et Stur med Ildsted, hvor de i Hviletiderne kunde finde Husly og Varne. Børn bør ikke arbejde paa Klippfiskbergene uden at være forsynede med gode og varme Klæder.
 14. Al Mad er sundest og mest nærende i fersk Tilstand. De Fødemidler, der ikke nydes ferske, maa ordentlig salttes, røges eller vindtørres. Sur og bedærvet Fisk bør ikke nydes. Siil er utjenlig til Menneskeføde, medmindre den er fersk eller godt saltet.
 15. Mægen Kaffebrillen, især paa fastende Mave, er ubetinget skadelig.
 16. Barfækvinder maa ikke nyde stærke eller hidsende Drikke.
 17. Kornet bør være noiagtig rensat, Brød vel bagt og godt stegt, Grød og Mel- eller Grynsupper vel kogt. At stampes raat Mel i Grøden, efterat den er kogt, maa fraraades som mindre hensigtsmæssigt.

18. Til Drikke- og Røgevand bør kun rent og de, jende Vand bruges. Beryttede Brøndvand, maa samme aldrig faa Tilfig af urent Vand fra Omgivelserne.
19. Ifølge § 14 i Lov om Sundhedskommissioner skal enhver Husbonde, naar han har Grund til at tro, at en smitsom Sygdom er udbrudt, gjøre Anmeldelse derom enten til Distriktslægen eller nogen Anden af Sundhedskommissionens Medlemmer eller ogsaa til Præsten eller Lensmanden, fra hvem Anmeldelse da skal ske til Lægen.
20. For Stablaane bør snarest mulig søges Raad.
21. Enhver Tilsynsmand fører nøiagtig Tilsyn med de Spedalske i hans Køde, og bør enhver Spedalsk have et dobbelt Sæt Seng- og Gangklæder, hvoraf da det ene udluftes og rengjøres, medens det andet er i Brug. De Spedalske bør ligge alene, bruge særskilt Husgeraad, ikke sendes i Omgangslægd og, om muligt, bo i egne Bærelser, forsynede med Dvn.
22. Mistænkte Spedalske anmeldes for et af Sundhedskommissionens Medlemmer.
23. Enhver Mistilighed eller Forsømmelse med Hensyn til Spedalskes Forpleining eller Behandling anmeldes for Sundhedskommissionen.
24. Fremmede og ombvankende Personer bør man ei dele Seng med, ligesaa lidt bør disses Børn lægges i Bugge med Husets Børn eller tillades at patte diegivende Kvinder, der høre Huset til.
25. Barselkvinder bør ei være oppe før 9de Dag; Spædbørn bør ei bringes til Kirke i haardt Veir eller paa den koldeste Aarstid.
26. Aareladning bør kun foretages efter Lægens Anvisning.
27. Ingen maa lade Vandet eller tilfredsstille sin Rødtørst udenfor Stuedøren eller langs Husvæggene.
28. Drengene og Piger burde have adskilte Soverum.
29. Der bør paasees, at der hersker Orden og Sammelighed paa Klippfjellbergene.
30. Enhver, der viser Uvillie eller Gjenstridighed i at rette sig efter Sundhedskommissionens Beslutninger eller Tilsynsmændenes Raad og Anvisninger, angives paa Møderne.

Paa Sundhedskommissionens Begne:

Paul Føyn.

for
Hammerø Herred,

approberede ved kongelig Resolution af 3 Juni 1882.

§ 1.

Dyførelse af Baaningshus maa ikke paabegyndes, førend Grunden, paa hvilken det agtes opført, er tilstrækkelig afgræstet og Madjorden derfra bortført.

§ 2.

Bygningen skal hvile paa Undermur af Graasten, hvilken Undermur intetsteds maa være lavere end 30 Centimeter over Jorden og som ved Måpning med Kalk og Ler eller paa anden Maade er gjort forsvarlig tæt.

§ 3.

Enhvert Beboelsesrum skal, forsaavidt det er forsynet med Loft, have en Høide af mindst 220 Centimeter fra Gulv til Loft. Det skal være forsynet med Vindu og, dersom Bærelsets Gulv er mere end 1450 Kvadratdecimeter, med mindst 2 Vinduer af mindst 90 Centimeters Høide og Bredde. Vinduet skal være saaledes indrettet, at det med Lethed kan aabnes.

§ 4.

Gulvet i Husets nederste Stokværk skal være tæt og frit for Træk.

§ 5.

I Beboelsesrum maa Røgeovn ikke anbringes, med mindre den er forsynet med en saadan Indretning, at den ved Røgningen fremkomne Damp kan ledes ud i det Fri.

§ 6.

Kjøkkenlevninger, Feieskarn og alt ildelugtende Affald fra Husene maa ikke kastes lige udenfor dørse, men tømmes ud enten i en særskilt fra Huset mindst 7½ Meter bortliggende Kompost, som oftere overdækkes med Jord, eller i Gjødselkæstet.

§ 7.

Privet maa findes ved ethvert Bosted, ikke have Bærg eller Tag tilfælles med noget Beboelseshus eller have Afløb til noget saadant.

§ 8.

De sidstnævnte Regler gjælde ogsaa de Huse, hvori Dyrene opholde sig.

§ 9.

Jorden for en Afstand af 7½ Meter fra Husene bør man udfylde alle Huller, hvor Vand og Urenligheder kunne ansamle sig, samt saavidt muligt aflede Tugtigheden.

§ 10.

Det Sted, hvorfra Mad- og Drilkevand hentes, maa være frit for Tilsig fra Dyrer, Privet og Udhuse samt overhovedet for al Urenlighed.

§ 11.

Sundhedskommissionen kan tillade Undtagelser fra disse Bestemmelser for Steder, hvor deres Jagttagelse vilde blive umulig eller særdeles vanskelig.

§ 12.

Enhver, der paabegynder Dyførelse af Baaningshus, har at melde dette for Ordføreren i Sundhedskommissionen.

Forholdsregler mod Lungetæring og dermed beslægtede Sygdomme,

vedtagne paa den norske Lægeforenings Møde i Bergen 27de August 1889 og af Lægeforeningens Beskyttelse anbefalet Landets Læger til Uddeling til Patienter samt Sundhedskommissionerne til Beskjendtgjærelse.

Tæring er en Sogsygdom; naar Soppen, den saakaldte Tuberkelbacille, trænger ind i Legemet, som oftest i Lungerne, og formerer sig der, udvikles Sygdommen. I Afsondringer fra de saaledes angrebne Dels af Legemet følger Soppigen med. Derfor indeholder som oftest Spyttet fra tæringsyge store Mængder Tuberkelbaciller. Disse er saa vrende smaa, at de, naar Spyttet tørrer ind, kan hviroles op i Luften som Støv og paa forskellig Vis trænge ind i Kroppen; med Tuberkelbacillerne overføres da ogsaa Sygdommen til andre Mennesker.

Tuberkelbacillerne fra syge Lunger følger kun med Spyttet, ikke med Luften, som udaandes. Man behøver derfor ikke at frygte for at omgaaes lungesyge, naar kun den fornødne Forsigtighed og Renslighed anvendes.

For at modarbejde Tæringsens Udbredelse er det nødvendigt med yderste Omhyggelighed at tilintetgjøre alle Sogdomssteder, som findes i Spyttet. Følgende Regler maa derfor strengt overholdes:

1. I Rum, hvor tæringsyge findes, maa altid herske den største Renslighed. Rummene maa daglig udluftes, selv midt paa Vinteren; Gulv, Bæge, Tag og Møbler ofte rengjøres. Afkøvnning foretages med fugtige Klude. Gulvet kan ogsaa feies med Koft eller Lime, efterat det er godt overfloattet med Vand. Heleflaen brændes.

Gangflader, som ikke er i Brug, maa ikke opbevares i Rum, hvori den syge opholder sig.

Den syges Gang- og Sengflader bør hyppig, helst daglig, bantes og børstes i fri Luft. Skindfælder bør ikke bruges af syge.

Røringsmidler, især Røll, maa ikke henstaa i Rum, hvor den syge færdes.

2. Den syge maa aldrig spytte paa Gulvet eller i Kommetorflæde, men enten i Arus, hvori lidt Vand (tilsat Karbolsyre), eller i Spyttedalle af Metal eller Stensol, fyldt med Euer eller Sægmug. Spyttedallen eller Kruset tømmes og vaskes mindst to Gange daglig. Indholdet bør helst brændes, det kan ogsaa kastes paa Bingen eller i Søen eller nedgraves.

3. Alt Linned, som den syge bruger paa sin Krop eller i sin Seng, bør hyppig vaskes, og det brugte lægges i Vand, indtil det kan renses. Ved Røgning, helst i Sæbevand, i $\frac{1}{2}$ Time udelægges Smitten. Gjenstande, som ikke taaler Røgning, renses ved at ligge 24 Timer i rindende Vand efterat være sæbevasket.

4. Den syge maa aldrig ligge i Seng sammen med andre (selv om han er tilspjeladende frisk og arbejdsfær); helst bør han have sit eget Coverum, der stadig maa udluftes.

5. Naar en tæringsyge er sengeliggende, bør ikke andre end den, som pleier ham, opholde sig længere Tid ad Gangen i Sogrummet.

Især bør man vaare, at ikke svagelige unge Mennesker og Børn opholder sig der, navnlig i Liden, da de almindelige Børnesygdomme herfter.

6. Den syge maa have sine egne Tobakspiber, Kopper, Glas og Skeer, der ikke benyttes af nogen anden.

At lyske en tæringsyge kan medføre Fare.

7. Tæringsyge bør undgaa at stalle med Mad til andre.

Tæringsyge Mødre maa aldrig give sine Børn Die.

Helst ikke maa tæringsyge benyttes til Barnepiger.

8. Det Rum, hvor en tæringsyge har ligget, bør andre ikke gætte ind i, før det er gjort smittefrit. Dette gjøres ved at vaske Bæge og Gulv med Sæbe og Børste. Udoover Gulvet staaes rigelig Karbolvand (5:100), der bliver liggende og tørrer ind.

Er der Tapet paa Væggene, gribes disse to Gange over med mægt Brød eller en fugtig Klud; Brødrummen samles omhyggelig op og brændes. Derefter vaskes Gulvet og overgødes rigelig med Karbolvand, som ovenfor nævnt. Da umalede og især upanlede Væge med mange Sprækker neppe kan gjøres smittefrie ved almindelig Vask, bør man, hvor Forholdene i Huset tillader det, overspøise Væggene, efterat de er renvaskede, med en kraftig Vandspøise (f. Ex. fra en Assurance-spøise). Straalen bør især sættes ind i alle Sprækker.

9. Seng- og Gangflader maa ikke benyttes af andre, før de er gjorte smittefrie. Dette kan ske enten ved Røgning i $\frac{1}{2}$ Time eller i dertil indrettede Desinfektionsovne; lader dette sig ikke gjøre, bør Klæderne ophænges paa et luftigt, tørt og solrigt Sted, godt adskilt fra andre Klæder, og hængt et Aar, før de tages i Brug igjen.

10. Gamle Huse, hvori flere Gæst Beboere efter hinanden har været angrebne af Tæring, bør helst henstaa ubeboede mindst et Aar.

11. Den, der pleier en sengeliggende tæringsyge, maa behandle den syges Spyt og andre Ud-tømmelser med Forsigtighed og vaske sig omhyggeligt, naar han har stalt dermed; Pleieren bør ogsaa daglig gaa mindst en Times Tid i fri Luft.

Jorden i Lungerne kan Tuberkelbacillerne ogsaa sætte sig fast i alle andre Dels af Legemet og der fremkalde Sygdomme, som f. Ex. Hjernebetændelse, Tarmsygdomme, Benedder, Ledsygdomme, Hjertesyge. Afsondringerne fra alle saadanne af Tuberkelbaciller angrebne Legemsdels kan indeholde disse og bør derfor uskadeliggjøres ligesom Spyttet. De Forbindingsgjenstande, som optager Materien (Værk, Bæge) maa strax brændes eller godt udføres. Hvor Afsondringslægger eller Binger ikke bruges, bør Afsondring fra Høll med tuberkelsyge Lærme kastes i et dybt Hul i Jorden og tilkalkes med et tykt Lag Jord.

Tuberkelbacillen angriber ofte Hjør og fremkalder hos dem den saakaldte Berlesyge.

Saae Hjødet og Melken fra saadanne Dyr kan være farlig at nyde, navnlig Melken.

Paa Steder, hvor Berlesyge forekommer hos Hjørene, bør derfor altid Melken koges, før den bliver brugt.

