

Staten, folket og smitten: forebygging i et historisk perspektiv

Foredrag på møte 5. november 2020

Av Astri Andresen, professor i historie ved Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap ved Universitetet i Bergen

Pest og kolera, lepra, tuberkulose, syfilis, tyfoidfeber og aids: de smittsomme sykdommene har preget menneskehetens historie – og nå preget de også oss. Mange blir syke, andre dør, – og i noen deler av verden, nærmere enn mange av oss før ville trodd, ser vi tendenser til sivilisasjonssammenbrudd. Det skjer ikke nødvendigvis på grunn av pandemien, men på grunn av svakheter i samfunnskonstruksjonen. Pandemier er nådeløse i blottleggingen av slike. Globalt ser vi også ulike typer politikk utfolde seg i forsøket på å bremse eller stanse pandemien, og vi ser at noen stater velger å gjøre minst mulig. Dette innlegget tar utgangspunkt i spørsmålet om hvorfor ikke statene gjør det samme når de står overfor den samme sykdomstrusselen. Skyldes ulik respons synet på statens oppgaver? Er det uttrykk for ulik økonomisk styrke, eller for helt ulik forståelse av sykdommen («en vanlig influensa» eller «en dødelig trussel»)? Kan ulikhetene kanskje skyldes helt andre faktorer?

Jeg bruker en teori om stivhengighet i forebyggingspolitikken som utgangspunkt for diskusjonen. Den presenteres nærmere i foredragets første del. I den andre delen er temaet norsk forebygging, med eksempler fra kopper, kolera, lepra, tuberkulose og spanskesyken. Sykdommene smittet på ulikt vis, men kan vi likevel finne en norsk historisk sti, bestemte måter å reagere på smittsom sykdom på, hva består den i tilfelle av, hvem gikk den opp, og hvordan går den gjennom landskapet? I den siste delen trekkes noen linjer til internasjonal helsepolitikk etter spanskesyken og første verdenskrig, med etableringen av et internasjonalt apparat blant annet for å bekjempe smittsom sykdom.

Stivhengighet?

For noen år siden ga den amerikanske historikeren Peter Baldwin ut to, i dag klassiske, bøker: *Contagion and the state in Europe* (1999) og *Disease*

and democracy. The industrialized world faces aids (2005). Temaet i begge er forebyggingspolitikk, men særlig i den siste anvendte Baldwin teorien om stiavhengighet, en form for tradisjonsbundethet, i bekjempelsen av smittsomme sykdommer. Baldwin (2005: 4) forklarte stiavhengighet med at de første bestemmelsene om hvordan en sak skulle håndteres var spesielt viktige idet de ga politikken en bestemt retning, begrenset senere valgmuligheter, og økte kostnadene ved å endre det som alt var bestemt.

Baldwin (1999: 549–563; 2005: 280–286) trakk en linje fra kolera på 1800-tallet til aids hundre år senere, og fant at sykdomsbekjempelsen uttrykte varige, vidt aksepterte, men ofte ikke-formulerte forestillinger i den politiske kulturen.¹ Der karantanisme og isolasjon var de første tiltakene, selve starten på stien, ble gjerne de samme tiltakene senere iverksatt. Hygienetiltak beredte på sin side grunnen for mer av det samme. Samtidig bidro også forfeilet politikk til at tradisjoner ble skrinlagt til fordel for andre virkemidler; stiavhengighet forutsatte at politikken hadde hatt en viss suksess.

En særlig viktig faktor både i etableringen av en sti og for senere stiavhengighet, finner Baldwin (2005: 4; 282) i «broad geoepidemiological factors»; epidemiske forhold med global rekkevidde. I pestens og koleraens tid bidro geoepidemiologien til beslutninger om hvilke grenser som eventuelt burde stenges eller vurderinger av om det heller var andre tiltak som kunne hindre smitte. Samtidig ga geoepidemiologien noen stater fordelene av ikke å være først, og dermed kunne observere hvordan det gikk med andre. Geografi og topografi påvirket dermed hvilken politikk det var fornuftig å føre. Slikt endrer seg lite, men i dag påvirker jo hele globaliseringen strategier for smittebekjempelse.

Et viktig poeng er at virkemidler som en gang var rasjonelle, men med tiden hadde blitt lite effektive eller i strid med en overordnet politisk linje, likevel fortsatte å ha innflytelse på politikken. Et eksempel på dette fant Baldwin (2005: 283–84) i at Sverige for å bekjempe aids i stor grad overså at folkehelseeksperter og mange politikere mente aids best kunne møtes med opplysning og frivillige forebyggende tiltak. I stedet innførtes strikte tiltak, som om trusselen kom utenfra.

Et markert brudd mellom aids-bekjempelse og tidligere politikk finner imidlertid Baldwin i Tyskland, hvor karantener og isolasjon på 1980-tallet ble oppfattet å være for inngripende og ga konnotasjoner til nazi-tiden. I dag

1. Om politisk kultur og ulike gruppers mentalitet knyttet til covid-19, og betydningen av å skjønne hvorfor folk gjør som de gjør, se også Nichols et al 2020.

viker jo derimot ikke Tyskland tilbake for inngripende bestemmelser, selv om det er mange protester mot dem.

Etter å ha fulgt den svenske responsen på covid-19, kan man fundere på om det bruddet med fortiden som Baldwin ventet skulle komme med aids, i stedet kom nå, i 2020, med få påbud, men med brede appeller til befolkningen om å følge bestemte smittevernråd – det er jo velkjent i militærstrategi at det er forrige krigs kamp man egentlig forbereder seg på.² Men samtidig har jo Sverige i stor grad overlatt beslutningene om epidemibe-kjempelsen til epidemiologene, noe som ikke er uten betydning.

Ulikt den store tysk-amerikanske medisinhistorikeren Erwin Ackernecht, fant Baldwin (2005: 5) ikke at skillet i forebyggingspolitikk gikk mellom den klassiske høyre- og venstresiden i politikken:

Left and right, conservative and liberal, are not labels that help to explain why administrations and nations adopted their approaches to the epidemics. Such decisions were taken in accord with deeper, prepolitical policy structures already set in place during the previous century.

Det betyr ikke at det ikke kunne være samsvar mellom politisk ideologi og forebygging, men at sammenhengen gikk dypere (også Baldwin 1999: 536 ff.). Det betyr heller ikke at andre faktorer var uviktige, som sykdomsforståelse, forskyvninger i forholdet mellom behandlende og forebyggende medisin, hvilken betydning privatliv og personlig frihet har vært tillagt i ulike land (det er jo spesielt tydelig i dag), politiske og administrative styringsstrukturer, lovgivning, og det frivillige helsearbeidets plass i politikken. Men selv med mange nyanser og forbehold, fant altså Baldwin at de statene han undersøkte kom til å utforme sin forebyggingspolitikk i pakt med tidligere tradisjoner.

Kjønnsperspektiv?

I en studie av politikken overfor kjønnssykdommer, understreket historikeren Ida Blom (2012: 153) betydningen av endringer i kjønnsrelasjoner for bekjempelsen av disse sykdommene. Under den pågående pandemien er kjønnsvariabelen lansert som en mulig faktor for å forstå forskjellene i måten verdens statsledere har møtt den. Mange av landene som i vår reagerte raskt,

2. I skrivende stund, idet smitten har blusset kraftig opp i Sverige, kan det virke som om politikken er i ferd med å gå fra oppfordringer til påbud.

basert på frykt, usikkerhet, kunnskap og en «føre-var»-holdning, hadde en ting til felles: de ble ledet av kvinner. De har også iverksatt nye og strenge tiltak i høst, helt ulikt en Bolsonaro eller en Trump. I mangel av en lang historie med kvinnelige statsledere er det jo fåfengt å lete etter historiske kjønnsparalleller annet enn i de siste årene. Det ville kanskje heller ikke gitt så mye, for i stedet for kjønn peker flere forskere på selve ledertypen, den politiske kultur og synet på statens oppgaver– jfr. tradisjonen – og på de ulike statsledernes syn på vitenskap som rettesnor for politikken.³ Hvilke interesser som det å beskytte befolkningen mot sykdom er blitt veid opp mot, vil jeg komme tilbake til i forbindelse med spanskesyken, men åpenbart er noen interesser så sterke at de vil kunne moderere, eller for den saks skyld fremme, en eventuell stivhengighet.

I fortsettelsen er det først og fremst i apparatet for sykdomsbekjempelse vi skal lete etter en eventuell tradisjon, eller sti (lovgivning, institusjoner, praksiser, alt som det kan være særlig vanskelig eller kostbart å endre), men også i etablering av tanke- og reaksjonsmønstre, og hvem som har blitt tildelt ekspertroller.

Kopper og kolera

La oss så gå til året 1810. Da ble koppevaksinasjon påbudt for alle i Danmark-Norge. Loven hadde et effektivt sanksjonsmiddel: En vaksinasjonsattest var nødvendig for å kunne gifte seg, senere også for å bli konfirmert (Moseng 2003: 185). Legene ønsket enda strengere tiltak. Embetsstanden holdt igjen. Supplerer eller bytter vi ut embetsstand med politikere, kan vi kanskje finne en historisk tråd allerede i denne konflikten – leger ville gå lengst i å gjennomføre tiltak de trodde på. Samtidig bidro koppevaksinasjonen ikke bare til bekjempelse av en farlig sykdom, men til bygging av staten og til et økt statlig ansvar for befolkningens helse. Det kan være en annen tråd: Likt det overordnede ansvaret for koppevaksinasjonen, som ble videreført etter at fellesskapet med Danmark ble avsluttet i 1814, påtok staten seg ansvaret for serum- og vaksineforskning og produksjon med etableringen av Statens serumlaboratorium i 1911, og videre med Statens institutt for folkehelse i 1929. Siden 1989 er rett nok ikke vaksineutvikling og produksjon en oppgave; men ansvaret for vaksinene er fortsatt ved Folkehelseinstituttet (FHI) – som lovgivningen som gjelder vaksiner naturligvis har vært hos Stortinget.

3. <https://forskning.no/helsepolitikk-kjonn-og-samfunn-ledelse-og-organisasjon/er-kvinnelige-statsledere-flinkere-til-a-handtere-koronakrisen/1680892>. Nedlastet 3. 11. 2020.

Ikke vaksiner og vaksinasjon, men oppfatningen av hele vaksinasjonsspørsmålet, er en del av tradisjonen. Det har vært motstand i Norge, noen ganger organisert, men mest i det stille, og politisk uenighet om hvorvidt obligatorisk vaksinasjon var smart eller ikke. I dag er ikke vaksinasjoner obligatorisk, likevel følger mellom 95 og 97 % av alle to- og ni-åringer barnevaksinasjonsprogrammet.⁴ Andelen er bare litt lavere blant 16-åringer. Det taler for stor tillit til vitenskapelig forebygging, ikke bare fra myndighetenes, men også innbyggernes, side. Å bygge denne tilliten har vært en del av det norske folkehelsearbeidet, og det er neppe grunn til å tro at mange vil si nei til en utprøvd korona-vaksine på grunn av manglende tillit til vitenskapene – eller til staten. Gevinsten er ikke like høy som ved koppevaksinen, da man unngikk sykdom og fikk lov til å gifte seg, men man kan unngå korona og få være sammen med folk igjen. Det er vel likevel ganske gode grunner til å være for vaksinasjon.

Vaksinasjon er bare en liten del av det offentlige forebyggingsapparatet. Før koppene ble det iverksatt karantener for å hindre import av pest og kolera (Ohman Nielsen 2008: 84ff; Snowden 2019: 233 ff.), i Norge så vel som ellers i Europa. Tradisjonen er lang og skriver seg fra de italienske bystatene som introduserte de første offentlige forebyggingstiltakene i forbindelse med pest – ikke bare karantener på land og vann, men også lasaretter i tilknytning til karantenestasjonene (Snowden 2019: 69). Tradisjonen ble fulgt da kolera traff Europa, og Snowden (2020: 235–258) informerer om etiologi, hvordan kolera ble sett på i sin samtid (for fæl, ekkel og nedverdiggende til for eksempel å bli kunstnerisk fremstilt, slik syfilis og tuberkulose ble), hvilke livsvilkår som fremmet rask spredning (som i Napolis aller fattigste strøk, hvor forholdene var ubeskrivelig elendige), og hvordan hygienebevegelser vokste fram i sykdommens kjølvann.

I Norge ble det under den store koleraepidemien i 1830 opprettet lokale kolerakommisjoner, ansatt koleraleger, sendt en liten studiegruppe til utlandet for å høste erfaringer, og etablert forsyningslinjer for visse legemidler. «Regjeringen holdt i 1831 på et «føre-var»-prinsipp, og bevilget midler til å opprette en rekke midlertidige sykehus», skriver historikeren Ole Georg Moseng (2003: 288 ff.).

Informasjonsinnsamling og statistisk bearbeiding kom også inn i et fast spor i 1830, med årlige medisinalberetninger som skulle rapportere om alle epidemiske, endemiske og smittsomme sykdommer i det enkelte medisinal-

4. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/hoy-oppslutning-om-barnvaksinasjonsprogrammet/>. Nedlastet 3. 11. 2020.

distrikt – altså en tidlig form for overvåkning ikke så mye av individer som av sykdomsspredning.⁵ Rundt 1850 kom de første epidemiologiske studiene, med en statistisk tilnærming til kolera og de omgivelser som man mente skapte sykdom (Schjøtz 2003: 38 ff).

Med koleraen i 1830 ser vi altså flere elementer som siden har fulgt norsk forebygging; staten tok ansvar for karantene, det ble handlet raskt, det ble etablert lokale kommisjoner for lokale tiltak, og rapportering til sentralt hold av sykdom ble institusjonalisert. Som karantener og lasarett, sto lokale kommisjoner selv i en lang europeisk anti-pesttradisjon, som altså ble omformet til en koleratradisjon (Snowden 2019: 69).

Det er velkjent at det allerede på 1830-tallet sto strid om kolera smittet eller var resultatet av såkalte miasmer. Miasmene ble opprinnelig forstått som at luften ble ødelagt gjennom en kosmisk hendelse, temperatursvingninger eller noe lignende (Snowden 2019: 160). I Storbritannia etter legen Thomas Southwood Smiths *A Treatise on Fever* (1831), i Frankrike allerede før det, ble miasmene heller forstått som forårsaket av forråtnelse, for eksempel «putrefying animal matter» (Snowden 2019: 190). Denne teorien, sammen med den observasjonen at karantene ikke hindret kolera, ga opphav til troen på at miljøhygiene, det engelske *sanitation* og franske *hygiénisme*, med rent drikkevann, kloakk- og avløpssystem, og avfallshåndtering, var måten å stoppe kolera. Å vaske hendene er en del av den samme tenkningen, men det kom nok senere – etter at Ignaz Semmelweis sine prinsipper for håndhygiene ble videreført av Joseph Lister i 1867 og deretter spredt vidt omkring, også til Norge.

På 1830-tallet vendte Norge og flere andre, særlig nord-europeiske, stater seg bort fra karantener og isolasjon (Moseng 2003: 292). I Sør-Europa ble karantener brukt i kanskje enda større grad enn tidligere – der var man var spesielt engstelig for at smitte skulle importeres fra det østlige Middelhavet og det nordlige Afrika (Salas-Vives & Pujadas-Mora 2018). I Norge lyttet regjeringen til den delen av den medisinske ekspertisen som sa at kolera ikke var smittsomt men miljøbettinget, og Moseng mener at denne sykdomsforståelsen var den viktigste faktoren i en vending bort fra karantene og isolasjon (Moseng 2003: 313).

Internasjonalt var spørsmålet likevel omdiskutert. Storbritannia, som kanskje var den ivrigste motstanderen av karantene, var også den største kolonimakten med stor interesse av fri handel, og ble ofte beskyldt for å ta

5. Se f.eks. <https://www.michaeljournal.no/i/2015/10/10-Medisinalberetninger-og-sykehusstatistikk>. Nedlastet 22. 11. 2020.

mer hensyn til handelen enn til helsen. At Storbritannia også tok mer hensyn til individet enn til kollektivet enn for eksempel Tyskland er også velkjent, men samtidig var britisk *public health*, folkehelsearbeid, i sin jakt på bakterier lite interessert i sosiale faktorer som ernæring, lønnsforhold og arbeidsforhold (Snowden 2019: 202). Slike forhold ble særlig vektlagt av den tyske sosialmedisineren Rudolf Virchow, og det er i den tradisjonen Norges Karl Evang plasserte seg på 1920- og 30-tallet (Berg og Ryymin 2018: 79). Slik sett er det også tradisjon for at det finnes konkurrerende sykdomsforståelser og for ulike veier i forebyggingspolitikk.

I år har Storbritannia nølt lenge med å iverksette strenge tiltak, noe som er blitt omtalt som resultatet av regjeringen Johnsons «obsession with libertarian issues», med individuell frihet og liten stat (Brian McKie i *Guardian* 31 Oct 2020).

I Norge viser historikeren May Brith Ohman Nielsen (2008: 260–61) at nye koleraforskrifter i 1866, omtalt som utslag av nykarantenisme, igjen var basert på smitteteori. Smittetenkningen ble fram mot århundreskiftet styrket av bakteriologiens vitenskapelige gjennombrudd og teoriens gradvise anerkjennelse i det forebyggende helsearbeidet. 1866-forskriftene var likevel mindre streng enn klassisk karantenisme, men tilsa inspeksjon, isolasjon av syke og mistenkte, og – det nye på dette tidspunktet, desinfeksjon.

Lepra

Etableringen av en norsk forebyggingspolitikk, med et apparat for å bekjempe sykdom, framtrer aller tydeligst i lepra- og tuberkulosehistorien. Teoriene om hva som forårsaket lepra var på 1800-tallet flere. Arvelighet var en lenge yndet teori, hevdet blant annet av autoritetene på lepra fremfor noen, D.C. Danielsen og Wilhelm Boeck. Ove Guldberg Høegh, som skapte det historikeren Morten Hammerborg (2009: 86 ff.) har omtalt som «et spedalskhetens apparat», var derimot tilhenger av hygienisme: Lepra skyldtes mangel på hygiene. Apparatet besto av kommunale «spedalskekommissjoner» lik dem som ble opprettet i forbindelse med kolera. De skulle ha oppmerksomheten vendt mot hygiene – akkurat der hvor Høegh mente skoen trykket. I tillegg skulle de gi opplysninger om alle spedalske i et distrikt, og disse opplysningene skulle inngå i et lepraregister.

Høegh hadde vært varsom med å motsi arvelighetsteorien. Den hadde mektige talsmenn, og han var redd innsigelser kunne forpurre planene hans. Han fikk sitt lepraregister, og med det kom overvåking av den enkelte syke inn i norsk offentlig politikk. Det skjedde samtidig med at epidemiologiske

studier hadde et gjennombrudd i Europa, men som igjen Hammerborg (2009: 102) har pekt på, så var de europeiske studiene båret frem av bekymring for urbaniseringen. Høegh oppfattet derimot lepra som et ruralt problem, ikke en industrialiseringens og sivilisasjonens svøpe, men et resultat av mangel på sivilisasjon. Byen og urbaniseringens problemer kom imidlertid ganske raskt til syne også i Norge, som vi skal få se. Det er ellers uvisst hvor godt informert Høegh var om den franske og britiske hygienebevegelsen, men generelt fulgte mange av de norske legene svært godt med på det som foregikk i internasjonal medisin.

Arvelighetstilhengerne blant legene ønsket også en lov som forbød personer med lepra å gifte seg. Det avviste Stortinget som et for sterkt inngrep i den enkeltes frihet. I 1857 ble derimot dørene til et nytt og moderne hospital åpnet, Pleiestiftelsen, og blant annet dets pasienter kunne brukes til mer enn registerforskning. Armauer Hansen, som mente lepra var smittsomt, jaktet i flere tiår med sitt mikroskop på en basill, fant den, og da den ble anerkjent som det som forårsaket lepra, var veien også åpnet for påbudt isolasjon av spedalske (Vollset 2013:57 ff.). Legeråd om inngrepene tiltak kunne altså fortsatt avvises, men var argumentasjonen vitenskapelig belagt, ble de fulgt.

Ifølge historiker Magnus Vollset var det viktigste resultatet av basillens oppdagelse at det innga tro på at syke faktisk kunne kureres. Det fantes rett nok ingen kur, med det ble jaktet på en flere steder i verden. Et annet resultat var at smittefrykten også kunne føre til mer omfattende smittevern, som den påbudte institusjonaliseringen i Norge. Internasjonalt ble lepra et grensespørsmål. USA inkluderte lepra i sine karantenebestemmelser i 1894 (Vollset 2013: 151–153). Andre stater fulgte etter, og internasjonale hygienekongresser, så vel som Folkeforbundet, la stor vekt på å regulere trafikken mellom land for å hindre smitte i å spre seg (Vollset 2013: 157). De internasjonale tiltakene hjalp jo lite der lepra var endemisk, og det var mange motstemmer mot reisereguleringer, som det hadde vært i karantenespørsmål så lenge karantener var blitt praktisert: «There can be no commerce or free intercourse between nations or races without an interchange of infectious diseases as well as commercial commodities» (sitert etter Vollset 2013: 154).

De lokale kolera- og leprakommisjonene er nevnt. Permanente sunnhetskommisjoner kom med sunnhetsloven av 1860. I sunnhetskommisjonen satt både ekspertisen –, den offentlige legen/distriktslegen, i byene også rådmann og stadsingeniør, samt tre valgte bystyremedlemmer. På landet var det enten hele eller deler av kommunestyret som skulle utgjøre kommisjonen. Det var ganske genialt, som medisinhistorikeren Aina Schiøtz (2003: 45–48)

pekte på: de valgte representantene ble medansvarlige for eventuelle tiltak som kunne innskrenke innbyggernes frihet. Det var uttrykk for en balansegang mellom hensynet til kollektivet på den ene siden, den økonomiske liberalismens vekt på individuell frihet og rettigheter på den andre. Samtidig sto både hygiene og smitte sentralt. Kommisjonen skulle på den ene siden være oppmerksom på alt som kunne redusere sykdom, på den andre hindre smitte, og kommunene fikk vide fullmakter på begge områder: Sunnhetsloven var en fullmaktslov som ga kommunen mulighet til gjennom forskrifter å regulere alt som angikk vann, mat, bygninger, kloakk, og byrom – alt i miljøet som kunne være en trussel mot helsen (Elvbakken og Ludvigsen 2016). Om ikke lepra framsto som et «sivilisasjonsproblem», gjorde den begynnende urbaniseringen det – med tyfoidfieber som bare en av mange trusler (Elvbakken og Riise (red.) 2003: 55 ff.).

Men der var også påbud i sunnhetsloven. Personer som kunne spre smitte, skulle la seg behandle på sykehus, om de ikke «uden Ophold kunde skaffe sig en efter Lægens Formeening betryggende Pleie i hjemmet eller anden privat Bolig» (Andresen 2003: 36). Et beredskapsapparat i tilfelle epidemier ble dessuten organisert i de fleste byene, ut fra de tilgjengelige metodene metoder: karantene, isolasjon og miljøsanering. Desinfeksjon ble særlig populært etter at mobile apparat ble introdusert. Isolasjon var – og forble – upopulært, i alle fall blant de som opplevde det selv.

Den delen av sunnhetsloven som angikk smittsom sykdom sto til 1994, da lov om vern mot smittsomme sykdommer ble vedtatt. Den fungerte fordi fullmaktene var vide, virkemidlene mange, og praksis kunne tilpasses lokale forhold.

Tuberkulose

Mens lepra ikke akkurat var veldig smittsom, var det annerledes med tuberkulosen. Rett nok ble også tuberkulose ment å være arvelig da den begynte å bre om seg på begynnelsen av 1800-tallet (Snowden 2019: 279), men da sykdommen nådde en topp i Norge på begynnelsen av 1900-tallet, hadde Robert Koch identifisert *Mycobacterium tuberculosis*, og det var ikke noen tvil om smittsomheten. Tidligere leprainstitusjoner ble omformet til tuberkulosesanatorier, og staten bygde nye – i stor grad under press fra Den norske lægeförening (Ryymin 2009: 36).

At bakterien var identifisert, betydde derimot ikke at man hadde funnet en kur. Legen og politikeren Klaus Hanssen, bror av Armauer Hansen, arkitekten bak lepraloven, klarte å overbevise sentrale myndigheter om at det



Lungegårdshospitalet i Bergen ble bygd for personer med lepra og andre hudsykdommer.

UBB-KK-NBX-0238: Foto: Knud Knudsen. Billedsamlingen, Universitetsbiblioteket i Bergen

også trengtes en tuberkuloselov (om Hanssens initiativ og tenkning, se Ryymin 2009: 27–31). Den tok mønster nettopp fra lepraloven. Tuberkuloseloven ble vedtatt i mai 1900, og ga kommunene videre fullmakter og flere plikter enn sunnhetsloven av 1860, for eksempel tilsyn med hjem hvor det var tuberkulose og desinfeksjon av boliger, sengeklær og klær etter avdøde eller utflyttede syke (Ryymin 32–36). Tiltakene var ofte svært inngripende, langt mer inngripende enn det vi i dag taler om som sterke inngrep i folks frihet og rettigheter – og slike inngrep ved smittsom sykdom var på ingen måte spesielt for Norge (for eksempel Mooney 2015). Den norske tuberkuloselovens § 6 åpnet også for tvungen isolering av tuberkuløse pasienter. Fordelen for kommunen ved bruk av tvangsinnleggelse var at staten da refunderte 40 % av utgiftene. Like før 2. verdenskrig brøt løs, skjedde over halvparten av innleggelsene i Bergen etter denne paragrafen (Blom 2003: 193).

Blom fant ikke mange protester mot innleggelse. Selv om sanatorielivet ikke lignet mye på det Thomas Mann beskrev i *Trollfjellet*, kunne noen ha



Olaviken feriekoloni for tuberkulose-truede barn (1920- og 30-tallet) ble drevet av Norske kvinners sanitetsforening for å gi barn større motstandskraft mot sykdommen.

UBB-SO-1137: Foto: Olai Schumann Olsen. Billedsamlingen, Universitetsbiblioteket i Bergen

håp om å bli friske (et norsk sanatorium, se Skogheim 2001). Det hadde vært annerledes med lepra, for mange motsatte seg – rimelig nok – å bli institusjonalisert for livet. De måtte avkall på en svært stor del av livet: familie, kjærlighet, ofte sex, ofte vennskap, meningsfylt arbeid, - alle de tingene også fattige folk som bodde på Vestlands-kysten, hvor forekomsten av lepra var høyst, kunne ha. På Pleiestiftelsen hadde de kirken, skolen, og rutinearbeidet. Før loven av 1885 var det svært mange som rømte, mellom 17 og 29 % fra 1870 til 1880. Tallet gikk nok deretter ned, siden det i loven av 1885 var tatt inn en klausul som sa at rømte pasienter som ville vende tilbake, selv måtte betale for oppholdet (Andresen 2004: 105).

Historiker Teemu Ryymin, som har studert tuberkulosearbeidet i Finnmark, viser også at pleiehjemmet Tanagård i Finnmark hadde lavt belegg både fordi de syke ikke vil innlegges og fordi heller ikke leger var svært vil-

lige til å sende pasienter dit. Pasientene døde snart etter ankomst – og som Ryymin (2009: 51) har vist, var det i grunnen hele hensikten med pleiehjemmene. De skulle ikke kurere, men isolere svært syke pasienter. De skulle nettopp tilbringe sine siste dager der. Tanagård ble etter hvert forbedret, og legene ble mindre skeptiske til å legge inn pasienter der, – så da hjalp det neppe så mye om pasienten protesterte. Dessuten var det et faktum at mange syke ikke kunne klare seg selv, og heller ikke hadde mulighet til å få pleie hjemme – enten fordi de var enslige, eller fordi de var fattige og levde under nokså kummerlige forhold.

Tuberkulosebekjempelsen gikk gjennom flere faser, avhengig av svingninger i økonomiske konjunkturer, sykdomsforståelse og medisinske fremskritt. I sin studie av tuberkulosebekjempelsen i Finnmark, viser Ryymin (2009: 275 ff) hvordan politikken gikk i faser – men også hvordan det var strid mellom ekspertene om riktig politikk, og hvordan staten gradvis overtok flere oppgaver som hadde vært private. I starten var det smitten man ville stanse, som det hadde vært med karantener, isolasjon og miljøsanering tidligere. I 1930-årene kom det til en større vekt på sosialhygieniske tiltak, med vekt på bedre boliger og bedre ernæring. Midt på 1930-tallet var det den såkalte eksposisjonsprofylaksen som dominerte, med diagnosestasjoner, røntgen og kirurgisk behandling, og denne linjen dominerte under andre verdenskrig, da skjermbildefotografering ble en statlig oppgave. Etter krigen ble det statlige ansvaret styrket, samtidig som på den ene siden eksposisjonsprofylakse ble videreført og utvidet med BCG-vaksinasjon, mens den sosialhygieniske tenkningen ble «gjennomplivert innenfor det sosialdemokratiske velferdsprosjektet» (Ryymin 2009: 00). Forebygging kunne altså være sosialpolitikk så vel som en teknisk løsning – sammen med gamle virkemidlene.

Leter vi etter en sti fra lepra til tuberkulose, kan vi si at loven var en viktig forutsetning for sykdomsbekjempelsen. Sykdommer kunne eller skulle bekjempes med noen bestemte midler, samtidig som lovgivningen ga myndighetene, lokale eller sentrale, store fullmakter. Betydningen av fullmaktslover har vi jo også sett under denne pandemien. Historisk sett har heller ikke myndighetene veket tilbake for tvangstiltak – det være seg institusjonalisering og isolasjon, vaksiner, registrering, eller påbudte undersøkelser (fra reglementering til skjermbilde). Institusjonalisering i egne institusjoner var et helt sentralt virkemiddel både ved lepra og tuberkulose. Myndighetene har imidlertid villet ha medisinske begrunnelser for de mest inngripende tiltakene, og har siden lepraens tid hatt øye for både den kommunale økonomi og de sykes velferd, slik at inngrep i mange tilfeller også

har blitt fulgt av økonomiske støttetiltak både for den enkelte og for kommunene. Det har dempet kritikk og motstand og, utvilsomt, gjort tiltakene mer effektive. Fullmaktene, lydhørhet overfor velbegrunnede medisinske råd, og innføring av økonomiske støttetiltak i kjølvannet av gitte påbud eller tvangstiltak, har fulgt politikken fra lepra, gjennom tuberkulosebekjempelse og inn i etterkrigstidens velferdsstat. Men tross statens bidrag, var det likevel før 1945 ofte de frivillige organisasjonene eller kirken som, etter hvert sammen med kommunene, tok hånd om de sykes velferd.

Spanskesyken

Hva da med forebygging av spanskesyken, som mange regner som den pandemien det er mest aktuelt å sammenligne covid-19 med, tross at smittestoffet er et annet og selv om «vår» pandemi heldigvis har helt andre dimensjoner: I samtiden, og enda ved inngangen til 2000-tallet, ble spanskesyken anslått til å ha krevd rundt 20 millioner liv; i dag anslås ofte mellom 50 og 100 millioner (Tomkins 1992; Tognotti 2003; Harris 2018).⁶

Det er vanskelig å finne holdepunkter for en virkelig tydelig sti i forebygging av spanskesyken. Sykdommen kom jo nærmest som et lynangrep, trakk seg tilbake før den angrep igjen, for så å komme tilbake bare med små finter. Forskere i noen land har også konkludert med at forebyggingstiltakene var begrenset (Tomkins 1992, men se også Phillips 2014), men i mange andre land ble tiltak vi har lært å kjenne i år tatt i bruk, blant annet stengning av utdanningsinstitusjoner, forsamlingslokaler, kirker, kinoer og teatre, og anbefalinger om maskebruk. Sterilisering og karantener ble benyttet, og spesielt i Italia og Spania ble også andre tiltak fra koleraens tid satt inn (Tognotti 2003).

Noen statsledere, som den amerikanske president Woodrow Wilson, sies omtrent ikke å ha tatt ordene «Spanish flu» i sin munn (Nichols et al: 14). Britenes statsminister David Lloyd George gjorde heller ikke mye offentlig vesen av sykdommen. Brydde de seg da ikke om pandemien? Det gjorde de nok, men disse to brydde seg jo også ekstra sterkt om noe annet: De hadde en krig å vinne, og de hadde tropper på Vestfronten som trengte støtte og som ikke kunne få det på annen måte enn fra dem (Harris 2018). Dermed bidro krigen sannsynligvis både til at smitten kom fra USA til fronten, og til at de demobiliserte soldatene etter fredsslutningen brakte den tilbake til

6. Navnet «spanskesyken» er helt misvisende; den rådende teorien er at den oppsto i USA. Se Barry 2005.

sine hjemland. 9 millioner soldater vendte derimot ikke tilbake fra krigen, og blant sivile var det 7 millioner døde. Spanskesykens ofre var altså mange flere.

Det var politikken. Flere forskere mener at medisinsens store fremgang i kjølvannet av bakteriologien gjorde leger og medisinvitenskap ute av stand til å forholde seg til spanskesyken (Tomkins 1992, Tognotti 2003, se også Harris 2018). Legene trodde det skulle kunne finnes en kjapp løsning, og når det ikke gjorde det, tiet de om sykdommen; gjorde den til et ikke-tema. Det var ikke minst tilfelle i England. Lederne av det antatt mest sofistikerte folkehelseapparatet i verden, det britiske, var passive (Tomkins 1992), og The Royal College og Physicians i London erklærte i 1918 at det ikke fantes noen kur mot influensa, og at det eneste medisinske rådet som fantes, var hvile, god ventilasjon, og god og næringsrik mat (Loeb 2005). Brennevinet var jo i og for seg et unntak – i alle fall tillot det norske sosialdepartementet i 1918 lettelse i forbudet mot omsetning av vin og brennevin. Selv om mange leger prøvde en rekke medikamenter og midler, var det bare god pleie som kunne hjelpe.

Norge sto utenfor krigen. Smitten kom likevel i 1918, og igjen i 1919. Presset på helsevesenet var enormt. Ulikt i dag, var jo spanskesyken jo bare var én av en hel rad med smittsomme og dødelige sykdommer som rammet samtidig – sammen med blant annet tyfoidefeber, meslinger, kikhoste, difteri, lungebetennelse, influensa, tuberkulose spedalskhet og syfilis, som var de samtidige dødelige infeksjonssykdommene som ble registrert i Bergen (Sundhetsvæsenets årsberetning 1919) – ved siden av slikt som lus og skabb. Det var neppe vesentlig annerledes andre steder.

Helserådet i Bergen understreket under den første runden med sykdom, i juli 1918, den personlige hygiene, og fikk satt opp plakater overalt i byen med advarsel mot spyting. Siden det var ferie, var ikke forsamlingslokaler og skoler åpne. I andre runde, da sykdommen var hardere og mer dødelig, var det verre: sykehusene ble overfylt, provisorier kunne vanskelig settes opp på grunn av pleiemangel – mange søstre var syke– mens folkeskolens sykepleiere arbeidet for helserådet. Diakonissene organiserte den frivillige sykepleien i hjemmene. Legene fikk på sin side stilt automobiler til disposisjon for å komme seg rundt til de mange syke. Det offentlige overtok begravelsesutgiftene og ga økonomisk støtte på en slik måte at det ikke skulle regnes som fattigstøtte. Stadsfysikus i Bergen konkluderte slik (Sundhetsvæsenets årsberetning 1918: 167-68):

At dæmme opp for sykdommen er alle klar over ikke kan lykkes. Hva man i høiden vil opnaa er at forhale epidemien og utsætte flere personer for den store

risiko at gjennomgaa sykdommen under en senere oppblussen av epidemien. En gavnlig og nødvendig foranstaltning er i tide at sørge for tilstrekkelig sykehusplads, særlig hvor en større del av befolkningen lever under trange og daarlige boforhold. De alvorlige tilfælder, spesielt de som er kompliseret med lungeaffeksjoner, vil under gode sykehusforhold ha større utsigt til at helbredes.

De eneste som virkelig kunne gjøre en forskjell var sykepleierne –, også de frivillige, og de som pleiet sine egne syke hjemme.

Immunitet var ellers et viktig tema i forbindelse med spanskesyken, som det er nå, ikke minst siden det ble observert at de som ble smittet i juli 1918, normalt ikke ble rammet andre gang, og de eldste dessuten syntes å ha immunitet fra tidligere influensaepidemier (se også Mamelund 2005; Phillips 2014).

Internasjonal forebygging

Internasjonalt ga denne dobbelte hendelsen, global epidemi og verdenskrig, ny energi til forsøket på å danne et internasjonalt vern mot smittsomme sykdommer. Folkeforbundet, opprettet i 1920, etablerte en helsekomite allerede i 1921, med et kontor for epidemiologisk overvåking og folkehelsestatistikk som ikke bare nøyde seg med pest og kolera, men også infeksjonssykdommer som ikke var anmeldelsespliktig (Barona 2015: 23). Arbeidet med standardisering av sykdomskategorier ble videreført. Samtidig var også noen av de store navnene i global filantropi inne det som mange politikere har gjentatt under årets pandemi: Ingen er trygge før alle er trygge og pandemier kan ikke bekjempes nasjonalt.⁷ Rockefeller-stiftelsen, som også bidro med penger til FHI, drev et utstakt helsediplomati med nasjonale autoriteter over store deler av verden, og samarbeide nært med Folkeforbundet, både med å danne vaksine- og seruminstututter og med å etablere en internasjonal utdanning i folkehelsearbeid etter anglo-amerikansk mønster (Berg og Ryymin 2013).

Norge var jo ikke et veldig ivrig medlem av Folkeforbundet, men det meldte seg inn i 1920.⁸ Den generelle vurderingen av forbundets helsearbeid er gjerne at det var det mest vellykkede av hele organisasjonens arbeid. Det

7. Dette har gradvis begynt å influere på den medisinhistoriske forskningen, som er blitt mindre nasjonalt preget de siste 20 årene. Det gjelder også spanskesyken, og også i Norge, se f.eks. Isaksen 2011. Andre har grepet fatt i forskningsproblemer med internasjonal rekkevidde, som Økland 2019.

8. <https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1647-norge-i-folkeforbundet.html>

ble jo også videreført i Verdens helseorganisasjon etter andre verdenskrig, hvor Norge ved helsedirektør Karl Evang jo spilte en stor og viktig rolle. Man kan gjerne si at nettopp det internasjonale helsearbeidet er en viktig faktor i etableringen av Norge som en internasjonalist, eller, for å herme etter en betegnelse på Sverige, en «stormakt i menneskekjærlighet». Dette internasjonale arbeidet har en tid syntes truet, ikke av uberegnelige småstater, men av USA, naturligvis til stor skade for, for eksempel, pandemi-bekjempelse.

Det er altså ikke veldig mye vi kan legge til forebyggingsstien etter spanskesyken og første verdenskrig, annet enn at den internasjonale dimensjonen ble forsterket med Folkeforbundet, og at det var en «sti» som også gikk videre til Verdens helseorganisasjon. Stien som sådan inneholdt mange av elementene fra koppene, og ikke minst kolera, men apparatet var fleksibelt og virkemidlene ble mer mangfoldige og endret seg i takt med sykdomsforståelse og en avveining i forhold til andre hensyn – slett ikke ulikt i dag. Repertoaret er heller ikke mye annerledes i dag, selv om teknologi har gitt nye muligheter – men som under spanskesyken, venter jo vi fortsatt både på vaksine og medisin.

Sluttord

La meg bare avslutte med to kommentarer som begge springer ut av den historiske forskningen om spanskesyken og andre smittsomme sykdommer de siste 20-30 årene, gjerne inspirert av svineinfluensa, fugleinfluensa eller SARS, og med fortsatt stor relevans. Den første angår hvor klare konklusjoner som er trukket om hvem spanskesyken rammet sterkest, nemlig marginaliserte grupper. Det kan gjelde fattige overalt i verden, men også ulike minoriteter, for eksempel i USA afrikansk-amerikanere, meksikansk-amerikanere, og urfolk. Demografen Mamelund (2002) argumenterer for at samene i Norge ble rammet spesielt hardt i den andre bølgen, men generelt var den sosiale skjevheten stor. Det vi ser under denne pandemien er altså ikke noe nytt; selv om ulikhet på grunn av nye kommunikasjons- og informasjonskanaler er mer synlig nå.

Den andre kommentaren angår det som kanskje har gjort sterkest inntrykk på meg i den store mengden av ny forskning med viktig kunnskap og globale perspektiver, nemlig hvor klart flere forskere – demografer, epidemiologer og medisinhistorikere – allerede mot slutten av forrige hundreår ga uttrykk for at en ny pandemi ville være å vente (for eksempel Mamelund 2005, Harris 2014, Snowden 2019). Selv om det ikke er de samme virusene

som har vært i omløp, var det ikke mangel på kunnskap om mulige pandemier som mot slutten av 2019 gjorde at verden var så uforberedt.

Litteratur

- Andresen, Astri 2003. Helserådet – forebygging i epidemiernes tid. I Elvbakken og Riise (red.) 2003, s. 31–54.
- Andresen, Astri 2004. Patients for life. Pleiestiftelsen Leprosy Hospital 1850s–1920s. In Andresen, Astri, Tore Grønlie & SvenAtle Skålevåg (eds.). *Hospitals, Patients and Medicine 1800–2000*. Conference Proceedings. Bergen, Rokkansenteret, Report 6.
- Baldwin, Peter 1999. *Contagion and the State in Europe 1830–1930*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Baldwin, Peter 2005. *Disease and democracy. The Industrialized world faces AIDS*. Berkeley & Los Angeles, University of California Press.
- Barona, Josep L. 2015. *The Rockefeller Foundation, Public Health and International Diplomacy, 1920–1945*. London, Pickering & Chatto.
- Berg, Annika og Teemu Ryymin. 2018. The people's health, the nation's health, the world's health. Folkhälsa and folkehelse in the writings of Axel Höyer and Karl Evang. I Kananen, Johannes, Sophy Bergenheim & Merle Wessel. *Conceptualising Public Health*. London and New York, Routledge, s. 76–100.
- Blom, Ida 1998. *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900–1960*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Blom, Ida 2003. Tuberkulosearbeidet. I Elvbakken og Riise (red.), s. 199–214.
- Blom, Ida 2012. *Medicine, morality, and political culture, Legislation on venereal disease in five Northern European countries, c. 1870–1995*. Lund, Nordic Academic Press.
- Elvbakken, Kari Tove og Grete Riise (red.) 2003. *Byen og helsearbeidet*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Elvbakken, K.T. & Ludvigsen, K (2016). Medical Professional Practices, University Disciplines and the State. A Case Study from Norwegian Hygiene and Psychiatry 1800–1940', *Hygiea Internationalis*, 12, s. 7–28.
- Hammerborg, Morten 2009. Spedalskhet, galeanstalter og laboratoriemedisin – endringsprosesser i medisinen på 1800-tallet i Bergen. Avhandling for graden ph.d., Universitetet i Bergen.
- Harris, James J. 2018. H1N1 in the 'A1 Empire': Pandemic Influenza, Military Medicine, and the British Transition from War to Peace, 1918–1920. *Social History of Medicine* Vol. 33, No 2, s. 604–621.
- Isaksen, Thor Einar 2011. *Ingen Grund til Ængstelse? En komparativ frem-*

- stillingsanalyse av dagsavisers behandling av spanskesyken i Skandinavia, Storbritannia og USA i 1918*. MA-oppgave. Universitetet i Agder, Fakultet for humaniora og pedagogikk.
- Loeb, Lori. 2005. Beating the Flu: Orthodox and Commercial Responses to Influenza in Britain, 1889-1919. *Social History of Medicine* Vol. 18 No 2, s. 203–224.
- Mamelund, Sverre Erik 2002. Spanish Influenza Mortality of Ethnic Minorities in Norway 1918-1919 *European Journal of Population / Revue Européenne de Démographie*. Vol. 19, No. 1 (2003), s. 83–102
- Mamelund, Sverre-Erik 2004. *Spanish Influenza and beyond: The case of Norway*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.
- Mamelund, Sverre Erik 2005. Spanskesyken rammet sosialt skjevt. *Samfunnsspeilet* 1, s. 33–38.
- Moseng, Ole Georg. *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Mooney, Graham 2015. *Intrusive Interventions Public Health, Domestic Space, and Infectious Disease Surveillance in England, 1840–1914*. Rochester, University of Rochester Press.
- Nichols, Christopher McKnight, Nancy Bristow, E. Thomas Ewing, Joseph M. Gabriel, Benjamin C. Montoya and Elisabeth Outka 2020. Special roundtable: Reconsidering the 1918-19 Influenza Pandemic in the Age of COVID-19. *The Journal of the Gilded Age and Progressive Era*, s. 1–31.
- Ohman Nielsen, May-Briith 2003. *Mennesker, makt og mikrober. Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Phillips, Howard 2014. Second Opinion. The Recent Wave of ‘Spanish’ Flu Historiography. *Social History of Medicine* Vol. 27, No. 4, s. 789–808.
- Ryymän, Teemu 2009. *Smitte, språk og kultur. Tuberkulosearbeidet i Finnmark*. Oslo, Scandinavian Academic Press.
- Salas-Vives, Pere & Joana-Maria Pujadas-Mora. 2018. Cordons Sanitaires and the Rationalisation Process in Southern Europe (Nineteenth Century Majorca). *Medical History* vol. 62 (3), s. 314–332.
- Schiøtz, Aina 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Skogheim, Dag 1989. *Tæring*. Oslo, Tiden Norsk Forlag.
- Snowden, Frank M 2019. *Epidemics and Society from the Black Death to the Present*. New Haven and London: Yale University Press.
- Tognotti, Eugenia 2002. Scientific Triumphalism and Learning from Facts: Bacteriology and the ‘Spanish Flu’ Challenge of 1918. *The Journal of the Society for the Social History of Medicine* Vol. 16 No. 1, s. 97–110.

- Tomkins, Sandra M. 1992. The Failure of Expertise: Public Health Policy in Britain during the 1918–19 Influenza Epidemic. *The Society for the Social History of Medicine*, s. 435–454.
- Vollset, Magnus 2013. *Globalizing Leprosy. A Transnational History of Production and Circulation of Medical Knowledge, 1850s–1930s*. Dissertation for the degree of PhD, University of Bergen.
- Økland, Helene P. 2019. *Spanskesyken i USA og raseforskjeller i sykkelighet, dødelighet og letalitet*. Masteroppgave, Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for ISN handelshøyskolen.

