

# Kampen mot tuberkulose i Rogaland 1900-1940



DET HUMANISTISKE FAKULTET

## **MASTEROPPGAVE**

Master historiedidaktikk

Andreas Gaard

Våren 2016



Universitetet  
i Stavanger

**DET HUMANISTISKE FAKULTET**

## **MASTEROPPGAVE**

Studieprogram: Master i historiedidaktikk	Vårsemesteret, 2016  Åpen
Forfatter: Andreas Gaard	..... (signatur forfatter)
Veileder: Gunnar Nerheim	
Tittel på masteroppgaven: Kampen mot tuberkulose i Rogaland 1900-1940. Engelsk tittel: The Fight Against Tuberculosis in Rogaland 1900-1940.	
Emneord: Medisinhistorie Tuberkulose Rogaland	Sidetall: 115 + vedlegg/annet: 126  Stavanger, 18. mai 2016

## Forord

Oppgaven om kampen mot tuberkulose i Rogaland 1900-1940 har vært en langvarig og interessant prosess. Jeg vil takke alle personer som har vært involvert i arbeidet som har ledet til denne endelige utgaven.

Først og fremst vil jeg takke veilederen min, professor Gunnar Nerheim, som har gjort en uvurderlig jobb. Tusen takk for god faglig veiledning, og de mange peptalkene som har bidratt til ny giv og nytt mot når arbeidet har vært preget av stress og lange dager.

I tillegg vil jeg også takke professor emeritus Ole Didrik Lærum som har svart på henvendelser og sendt artikler og hefter med relevant fagstoff. Ved Statsarkivet i Stavanger fikk jeg også uunnværlig hjelp fra førstearkivar Jan Alsvik til å oversette vanskelige deler av de håndskrevne primærkildene.

Jeg vil også rette en stor takk til mine foreldre, Solfrid Johanne Steensnæs Gaard og Tor Kristian Gaard, som har bidratt med både korrekturlesning, viktige innspill og de utallige telefonsamtaler for å høre hvordan det står til. Samtidig vil jeg vise min takknemlighet til resten av familien som har støttet meg og gitt meg gode råd underveis i prosessen. Merete Myhra Nordin fortjener også en stor takk. Du har vært en god medstudent og bidratt med mange interessante og faglige diskusjoner rundt temaet.

Sist, men ikke minst, setter jeg pris på den støtten jeg har fått fra min kjæreste Malin. Samtidig som du har motivert meg til å stå på, har du også sørget for at jeg ikke har glemt å drikke, spise og tatt nødvendige avbrekk i arbeidet.

Mai 2016

Andreas Gaard

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Kapittel 1: Innledning og problemstilling</b>	<b>1</b>
<i>Kort om tuberkulose:</i>	1
<i>Problemstilling og avgrensning</i>	3
<i>Tidligere forskning og litteratur om kampen mot tuberkulose</i>	5
<i>Metode og tilnærming</i>	14
<b>Kapittel 2: Bakgrunnen for tuberkuloseloven</b>	<b>18</b>
<i>Teknologiske fremskritt</i>	18
<i>Medisinske fremskritt</i>	20
<i>Burde det innføres en tuberkuloselov?</i>	27
<b>Kapittel 3: Diskusjonen om forslag til tuberkuloselov</b>	<b>33</b>
<i>Klaus Hanssen</i>	33
<i>Michael Holmboe</i>	36
<i>Tuberkuloseloven blir til</i>	37
<b>Kapittel 4: Kampen mot tuberkulosen i Rogaland 1900-1940</b>	<b>55</b>
<i>Tuberkulosen i Rogaland</i>	55
<i>Endring i levekår sett gjennom distriktslegens briller</i>	58
<i>Mangel på institusjoner</i>	65
<i>Motvillig amtsting</i>	70
<i>Nedstrand pleiehjem blir til</i>	72
<i>Livet på institusjonene</i>	79
<i>Fylkestinget forhaler og utsetter beslutningen om nytt fylkessykehus</i>	80
<i>Amtets andre tuberkulosehjem</i>	82
<i>Økt kunnskap, mer frykt</i>	83
<i>Sundhedskommissionenes/Helseraadenes rolle</i>	86
<i>Hvor utbredt var praktiseringen av tuberkuloselovens § 6 i Rogaland?</i>	90
<i>Anvendelsen av § 11</i>	95
<i>Distriktslegenes forebyggende arbeid</i>	98
<i>Det frivillige arbeidet i Rogaland</i>	102
<b>Kapittel 4: Oppsummering og konklusjon</b>	<b>111</b>
<b>Bibliografi</b>	<b>116</b>

# Kapittel 1:

## Innledning og problemstilling

### Kort om tuberkulose:

I dette delkapittelet vil jeg fortelle kort om tuberkulose generelt. Hva er tuberkulose, hvem påviste den, hvem rammet den hardest, hvordan smitter den og når var den mest utbredt i Norge? Disse spørsmålene er viktige for å få kjennskap til sykdommen, dens historie og for å forstå resten av oppgaven.

Tuberkulose er en infeksjonssykdom forårsaket av mykobakterien *Mycobacterium tuberculosis*, mest kjent som tuberkelbasillen. Tuberkulosebakterien smitter gjennom luftveiene. Det vil si at små dråper frigjøres idet en tuberkuløs hoster, nyser, ler eller synger. I de fleste tilfeller vil bakterien dø når denne dråpen tørker inn, men ikke i tuberkulosens tilfelle. Tuberkelbakteriens dråpekerne kan overleve og være smittsom lenge etter at den har tørket inn. På den måten vil dråpekjernen sveve rundt i rommet og kan derfor legge seg på forskjellige plasser i boligen.<sup>1</sup> Av den grunn er hygiene og renhold veldig viktig.

Det finnes flere typer tuberkulose og symptomene varierer avhengig av hvilket organ som blir rammet av bakterien, som også til en viss grad er avhengig av hvilken alder en er i. Den mest vanlige formen er tuberkulose i lungene. Når tuberkulosebakterien innåndes via luftveiene dannes det en betennelses-reaksjon. Over tid vil denne reaksjonen danne såkalte tuberkler. Dette skjer når infeksjonen blir innkapslet av kroppen. Dette kalles latent tuberkulose og er ikke smittomt. Når bakteriene kommer seg ut fra disse kapslene, utvikler en sykdommen, og først da blir en smittsom. Dette vil i de fleste tilfellene skje i løpet av de første årene, men noen kan likevel bære på bakterien i flere tiår før bæreren utvikler sykdommen.<sup>2</sup>

Fra lungene kan tuberkulosebakterien spre seg til hele organismen og kalles da miliærtuberkulose. Ved et slikt tilfelle vil den syke dø innen kort tid, derav det mindre formelle navnet galopperende tuberkulose.<sup>3</sup> Det finnes mange andre tilfeller av tuberkulose som jeg ikke skal gå nærmere inn på her på grunn av denne oppgavens

---

<sup>1</sup> Winje et al., 2014.

<sup>2</sup> Norsk Helseinformatikk, 2015.

<sup>3</sup> Folkehelseinstituttet 2008, s. 7.

begrensning.<sup>4</sup> Jeg vil derfor omtale disse som tuberkulose utenfor lungene videre i oppgaven.

Tuberkelbasillen ble først identifisert i 1882 av den tyske legen Robert Koch. Oppdagelsen av tuberkelbasillen var et stort medisinsk gjennombrudd. Kochs oppdagelse gjorde at legene nå kunne stille en diagnose og også bevise at sykdommen var smittsom.<sup>5</sup> Likevel var legenes kunnskaper om tuberkulosens natur meget begrenset på slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet. Effektive behandlingsmetoder av sykdommen kom ikke før på 1930- og 1940-tallet da BCG-vaksinen og medisiner som antibiotikumet streptomycin ble utviklet. Det var likevel noen svakheter med disse behandlingsmetodene. BCG-vaksinen ga ikke full beskyttelse mot smitte og feilmedisinering av streptomycin kunne føre til resistent tuberkulose. Det vil si at tuberkulosebakteriene blir motstandsdyktige mot medisinen.<sup>6</sup> Den dietetisk-hygieniske behandlingsformen var derfor den viktigste behandlingsformen gjennom store deler av perioden. Fetende mat med mye næring kombinert med renslighet, mye hvile og frisk luft skulle virke både kurativt og preventivt.<sup>7</sup>

Før oppdagelsen av tuberkelbasillen, mente de fleste leger at sykdommen enten var arvelig eller at den oppsto som følge av miasmer.<sup>8</sup> Disse teoriene oppsto som følge av at sykdommen hadde en tendens til å ramme enkelte familier hardere enn andre og at de fleste som fikk tuberkulose var fattige. Om arveligheten hadde en også observert at noen familier syntes å ikke bli rammet i det hele tatt, mens andre familier nærmest ble utryddet. Dette til tross for at de kunne dele kjøkken, toalett, bad eller at både syke og friske barn lekte sammen.<sup>9</sup> Til tross for Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen i 1882, var det først i løpet av 1890-tallet at bakteriologisk forståelse fikk bredere gjennomslag i det medisinske miljøet. Rundt århundreskiftet var det fortsatt leger som mente at sykdommen oppsto som følge av miasmer. I dag har en i stor grad lagt bort teorien om at tuberkulose er arvelig, til tross for at sykdommen rammet folk forskjellig. Derimot snakker forskere om den individuelle

---

<sup>4</sup> Les mer om dette i: Blom 1998, s. 9-10 og Sæbø 1982, s. 1.

<sup>5</sup> Blom 1998, s. 13.

<sup>6</sup> Drage og Jürgens, 2015.

<sup>7</sup> Blom 2002, s. 73-75.

<sup>8</sup> Kommer tilbake til dette i underkapittelet "Medisinske fremskritt". For videre lesning: Schiøtz 2003, s. 30-31.

<sup>9</sup> Karlsen og Skogheim 1990, s. 57-60.

motstandskraften mot tuberkulosen. Denne varierer fra person til person og er bundet til arvede og tilegnede egenskaper.<sup>10</sup>

Tuberkulosen rammet folk i alle aldersgrupper og alle sosiale lag. Likevel var det karakteristisk for tuberkulosen at den rammet unge og fattige hardt. Hvilken aldersgruppe som hadde høyest dødelighet er det forskjellige meninger om blant de som har skrevet om og forsket på tuberkulose, men ifølge Backer ble unge og unge voksne i aldersgruppen 15 til 50 år rammet hardest.<sup>11</sup> De fattige ble også rammet spesielt hardt. Forklaringene på dette er både mange og kompliserte, og jeg vil derfor ikke gå mer inn på det enn å si at fagfolkene tidlig fant ut at god helse, næring, ro, hygiene og renslighet var viktige faktorer for å forebygge og nedkjempe sykdomstilfeller. Det ble derfor iverksatt omfattende opplysningsarbeid som skulle øke kunnskapen til befolkningen.<sup>12</sup>

I Norge herjet tuberkulosen hardest i perioden mellom 1850-tallet og 1950-tallet og nådde sitt toppunkt i år 1900. Til tross for dette var det store geografiske variasjoner. Østlandet, Vestlandet og Sørlandet nådde sitt toppunkt før 1900, mens Nordland først nådde sitt toppunkt rundt 1920. En utbredt teori på dette fenomenet er at den stadige utviklingen av kommunikasjonslinjene i landet spredte sykdommen nordover. Dermed opplevde den nordligste delen av landet en forsinket økning.<sup>13</sup>

### **Problemstilling og avgrensning**

Kampen mot tuberkulose har en lang og omfattende historie som strekker seg over landegrensener og tidsepoker. Det er derfor nødvendig med en tydelig problemstilling med en håndfast avgrensning. I denne oppgaven vil hovedvekten bli lagt på:

### **Kampen mot tuberkulose i Rogaland, og hvordan denne ble utkjempet i perioden 1900-1940?**

Først skal vi se nærmere på den medisinske utviklingen og tuberkulosens utbredelse frem til Stortinget vedtok en landsomfattende tuberkuloselov. Denne

---

<sup>10</sup> Terje Andreassen 1997, s. 9.

<sup>11</sup> Julie Backer 1961, s. 125-127.

<sup>12</sup> Blom 2002, s. 73.

<sup>13</sup> Sæbø 1982, s. 4.

prosessen er viktig å forstå ettersom tuberkuloseloven av 1900 på mange måter er starten på en samlet kamp mot tuberkulosen. Oppgaven vil derfor i denne første delen strekke seg lengre tilbake enn 1900 og ha et mer nasjonalt preg.

I andre del vil jeg undersøke nærmere hvordan denne kampen ble utkjempet i Rogaland i perioden 1900 til 1940. Tuberkuloseloven ble vedtatt i 1900, Norge ble okkupert av Tyskland i 1940, og medisiner som kunne behandle tuberkulosen kom først på 1940-tallet. Derfor avgrenses perioden til 1900-1940. Samtidig var det i denne perioden tuberkulosens utbredelse minket i Rogaland.

Denne delen vil starte med en fremstilling av forholdene i Stavanger amt i perioden. Dette er helt nødvendig for å forstå holdningene til distriktslegene, befolkningen, politikerne og de frivillige. Deretter vil fokuset bli rettet mot hvem som kjempet, hvordan de kjempet og hvilke ”våpen” som ble brukt/ikke brukt for å komme sykdommen til livs.

Tuberkuloseinstitusjonene som ble bygget i denne perioden, var viktige tiltak mot tuberkulosen. Både frivillige og det offentlige engasjerte seg i tuberkulosehjemsprosjektet, de frivillige kanskje mer enn det offentlige. Jeg vil også se litt nærmere på forholdene og hverdagen ved Nedstrand pleiehjem for å gi en bedre innsikt i hvordan et pleiehjem fungerte, og hva slags arbeid som ble gjort ved slike institusjoner.

Etter at tuberkuloseloven ble vedtatt i 1900, fikk staten makt til å gripe inn hvor forholdene var svært dårlige. Sunnhetskommisjonene fikk det meste av ansvaret for anvendelsen av denne loven. Det er derfor viktig å finne ut hvordan og i hvor stor grad de utøvde denne makten ovenfor befolkningen.

Helt til slutt vil også de frivilliges arbeid bli behandlet. Gjennom hele perioden ble det opprettet foreninger og organisasjoner med hovedfokus på bekjempelse av tuberkulose. Hvilket arbeid de frivillige påtok seg og hvordan dette arbeidet ble finansiert, vil bli nærmere undersøkt.



## Tidligere forskning og litteratur om kampen mot tuberkulose

I Norge er det skrevet en hel del om kampen mot tuberkulose. Det er likevel store lokale variasjoner. Mye av det som er skrevet, omhandler for det meste foreningenes innsats og innsatsen til sentrale personer nasjonalt og lokalt. Hvem som har skrevet er også viktig å merke seg i denne sammenhengen. Her finnes alt fra forfattere, samfunnsvitere, leger/medisinere og historikere.

En svært nyttig bok er *Feberens ville rose: Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900-1960*, skrevet av Ida Blom, dr.philos. og professor ved Historisk institutt ved Universitetet i Bergen. Den handler om kampen mot tuberkulose i Bergen. I boken skiller hun mellom fire ulike omsorgssystemer; det uformelle, det frivillige, det offentlige og det kommersielle. Blom hevder at kampen mot tuberkulosen først og fremst ble ført innenfor de tre førstnevnte. Likevel avskriver hun ikke det kommersielle omsorgssystemet rolle, og påpeker at dets fravær skyldes snarere mangelen på kilder.<sup>14</sup>

Videre i boka skriver hun om utviklingen i kampen mot tuberkulosen, hvordan slagmarken flyttet seg fra hjemmet og stuen (det uformelle), til private foreninger. Etter hvert tok foreningene og offentlige myndigheter stadig mer ansvar i form av et privat-offentlig samarbeid. Det fremvoksende moderne og offentlige helsesystemet tok på seg stadig større ansvar.

I konklusjonen fremholder Blom at det uformelle omsorgssystemet var bærebjelken i det grunnleggende arbeidet mot tuberkulosen. Husmødrene spilte en sentral rolle i denne sammenhengen. Det var de som laget maten og vasket huset. Dette var viktig både når det gjaldt å forebygge videre smitte og å helbrede syke. Ifølge Blom var dette omsorgssystemet avhengig av familiens boligforhold og økonomiske situasjon.<sup>15</sup>

Som en følge av fattigdom og dårlige boligforhold, ble støtten fra de frivillige organisasjonene og det offentlige veldig viktig. Det er dette kompliserte samarbeidet mellom disse to omsorgssystemene hun omtaler som den andre bærebjelken. Pionerarbeidet og initiativene begynte ofte på det lokale plan i regi av kommunen og de frivillige organisasjonene, hevder Blom. Deretter fulgte staten etter.<sup>16</sup> Etter hvert

---

<sup>14</sup> Blom 1998, s. 151.

<sup>15</sup> Blom 1998, s. 145.

<sup>16</sup> Blom 1998, s. 145-146.

påtok staten seg stadig flere oppgaver, noe som førte til at kommunene og organisasjonene i mange tilfeller ga fra seg gamle og påtok seg nye oppgaver.

Blom legger mye vekt på de frivillige organisasjonenes arbeid mot tuberkulosen, og hvordan de stilte opp for de dårligere stilte i samfunnet. Nasjonalt var det tre store frivillige organisasjoner som kjempet mot tuberkulosen: Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) fra 1900, den norske Nasjonalforeningen mot Tuberkulosen (Nasjonalforeningen) fra 1910 og Røde Kors fra 1920. Blom skriver at forholdet mellom dem til tider kunne være preget av konflikter; i Bergen gjaldt dette spesielt NKS og Nasjonalforeningen.<sup>17</sup>

Til tross for konfliktene var foreningene initiativtagere og pionerer i dette arbeidet. Bergen sanitetsforening tok blant annet initiativer når det kom til utdeling av melk, spytteflasker og spyttekrus samt utlån av ulltepper, senger og klær. Forøvrig opprettet foreningen også arbeidshjem for rekonvaleserende tuberkuløse.<sup>18</sup> Mye tyder på at Bergen sanitetsforening også på landsbasis var en pioner ved opprettelse av arbeidshjem og barnehjem. Ifølge Blom var disse hjemmene de første av sitt slag i landet. De var dels kurative og dels lindrende tiltak. Dermed var de ikke en videreføring av tidligere arbeid, men snarere en innovasjon. Andre viktige tiltak var hjemmebesøk, hjelp med desinfeksjon av bolig samt feriekolonier for tuberkulosestruede og utsatte barn.<sup>19</sup>

Det meste av sanitetsforeningens arbeid var derfor primær tjenesteyting, noe som betyr at det offentlige på dette tidspunktet ikke var særlig involvert i arbeidet. Til tross for hjelp fra det offentlige, mener Ida Blom at arbeidshjemmet også må regnes som dette ettersom det ikke hadde blitt oppført uten viljen fra Bergen sanitetsforening. Barnehjemmet var derimot et alternativ til kommunens barnehjem, og må derfor forstås som en supplerende tjenesteyting.<sup>20</sup> Foreningens forebyggende og lindrende tiltak befant seg også innenfor denne kategorien. Disse tiltakene representerte et alternativ til poliklinikken, som var kommunens viktigste innsats. Hun fremhever også de frivillige organisasjonenes rolle som pressgrupper. De påviste behovet for sanatorier og presset på for å få en egen tuberkuloselov. Her påpeker hun spesielt arbeidet til den Vestlandske Lægeforening, og fra 1886 Den norske Lægeforening.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Blom 1998, s. 61.

<sup>18</sup> Tuberkuløs er peroner som lider av tuberkulose. Les mer: Språkrådet og Universitetet i Oslo, 2015.

<sup>19</sup> Blom 1998, s. 77-78.

<sup>20</sup> Blom 1998, s. 78-79.

<sup>21</sup> Blom 1998, s. 146-147.

I boken viser hun også til en analyse av institusjonene gjort av Hestetun hvor Hestetun hevdet at før 1920 var det lokale tuberkulosearbeidet spredt og tilfeldig. Dette er Blom uenig i. Hun hevder at det store antall institusjoner og hjelpetiltak neppe kunne være tilfeldige. Ut fra Bloms vurdering var tuberkulosearbeidet kommet inn i godt organiserte former i 1910-12.<sup>22</sup>

Ida Blom nevner en del viktige aktører i dette arbeidet. Hun trekker spesielt frem Klaus Hanssens rolle som lokal, men i høyeste grad også nasjonal bidragsyter i tuberkulosearbeidet. Lokalt drev Hanssen et omfattende forebyggende arbeid ved å holde foredrag for og skrive brosjyrer om tuberkulose for de frivillige. Han var også en pådriver for utbygging av tuberkuloseinstitusjoner og for at leprainstitusjoner og deres midler burde brukes i kampen mot tuberkulosen. Nasjonalt er Hanssen kanskje mest kjent for tuberkuloseplakaten og tuberkuloseloven. Ifølge Blom var han opptatt av at renslighet var meget viktig for å komme tæringen til livs.<sup>23</sup> Dette arbeidet vurderte han først og fremst som kvinnenes ansvar, da rensligheten i hjemmet var grunnleggende. I tillegg til dette skulle kvinnene lære familien viktigheten av å bruke spyttekar.

Tor Harald Otterholt har utført en nasjonal studie av opplysningsarbeidet i Norge. I sin mastergradsavhandling, *Folkeopplysning og bakteriologi. Opplysningsprosjektene om folkehelse til Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforening mot tuberkulosen i første halvdel av 1900-tallet*, fremhever Otterholt Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningens arbeid mot tuberkulose. Han konkluderer, i likhet med Blom, med at NKS spilte en pionerrolle i kampen mot tuberkulosen. Gjennom frivillig innsats påtok foreningen seg stadig nye oppgaver der hvor det var få eller ingen tilbud, og drev et omfattende forebyggende opplysningsarbeid.

Nasjonalforeningen spilte også en sentral rolle i kampen mot tuberkulose, påpeker Otterholt. Videre hevder han at samarbeidet mellom disse foreningene var godt, noe som hjalp Nasjonalforeningen i å grunnfeste sitt arbeid lokalt og nå sine mål i tuberkulosearbeidet. Til tross for at også Otterholt nevner at forholdet mellom disse foreningene tidvis kunne være preget av konflikter, tegner han et mye lysere bilde av deres samarbeid enn det Blom gjør.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Blom 1998, s. 147-148.

<sup>23</sup> Tæring er en gammel betegnelse på tuberkulose. Les mer: Språkrådet og Universitetet i Oslo, 2015.

<sup>24</sup> Otterholt 2015, s. 63, 125-126.

Professor May-Brith Ohman Nielsen skriver i boken *Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880* en del om tuberkulose og bakteriologiens gjennombrudd. I boken hevder hun at tuberkulosen ble den store folkesykdommen i 1880-årene. I 1900 var hvert femte dødsfall forårsaket av tuberkulosen. Blant unge utgjorde sykdommen 4/5 av alle dødsfall. Lister og Mandal amt hadde mest tilfeller av tuberkulose i Norge frem til 1890-årene, etterfulgt av Nedenes amt og Stavanger amt, ifølge Nielsen. Det medisinske miljøet på Sørlandet var delt i sin oppfatning av sykdommen som arvelig eller smittsom. Ernst Ferdinand Lochmann var en av legene som talte sterkt for at tuberkulosen var en smittsom sykdom, mens distriktslege Lund i Setesdal og privatlege Eger i Arendal mente at den var en arvelig sykdom. Etter den store bybrannen i Kristiansand i 1859 ble flere leger overbevist om at tuberkulosen var smittsom. I områdene hvor brannen hadde herjet, ble antall tuberkuløse redusert. Enkelte leger hevdet at brannen hadde sanert en del smittesteder. Selv om myndighetene og medisinske autoriteter støttet seg til miasmeteoriene, baserte sørlandslegene seg i stor grad på smitteteori og lokal kompetanse med karantene.<sup>25</sup>

Ifølge Nielsen var det i 1880-årene at bakteriologien fikk gjennombruddet sitt. En rekke sykdomsfremkallende mikrober ble oppdaget i mikroskopene. Robert Koch var den fremste av alle mikrobejegerne, hevder Nielsen. Han sto bak flere av de viktige oppdagelsene, blant annet tuberkelbasillen i 1882. Tidligere hadde fysikeren og kjemikeren Louis Pasteur oppdaget mikrobenes ødeleggende effekt på matvarer og andre næringsmidler. Disse mikrobene oppsto ikke spontant, men måtte tilføres fra en ekstern kilde. Samtidig påviste Pasteur at de forskjellige mikrobene døde ved en viss temperatur. Ifølge Nielsen regnes Pasteur og Koch som grunnleggerne av den moderne bakteriologien.<sup>26</sup>

I boken skriver Nielsen relativt lite om tuberkulosen, selv om tuberkulosen var den store folkesykdommen. Boken vil derfor ikke bli brukt i særlig grad i denne oppgaven.

Forfatteren Dag Skogheim har skrevet flere bøker om livet på sanatorium og laget flere radioprogram om tuberkulose. I 1990 skrev han sammen med den tidligere reportasjesjefen i Sunnmøreposten, Jan Karlsen, boken *Tæring: Historia om ein folkesjukdom*. Den handler om tuberkulosens historie i Norge og hvordan forskjellige

---

<sup>25</sup> Nielsen 2008, s. 246-247, 165-166,

<sup>26</sup> Nielsen 2008, s. 344.

personer opplevde sykdommen på nært hold. Gjennom intervjuer med tidligere leger, sykepleiere, tuberkulosesøstre og pasienter ved tuberkulosehjem og -sanatorier viser Karlsen og Skogheim flere sider ved kampen mot tuberkulosen. Som forfatter og tidligere tuberkuløs tar Skogheim i stor grad utgangspunkt i de personlige og sosiale konsekvensene ved sykdommen. Karlsen og Skogheims fremstillinger av disse personenes møte med tuberkulosen er både gode og realistiske, men går på bekostning av den historiske fremstillingen av tuberkulose som blir noe kort og generell.

Legen Kjell Bjartveit er opptatt av tuberkulose i boken *Hvit Pest, Svart Tjære*. Denne boken handler om den forebyggende innsatsen mot de tre store folkesykdommene på 1900-tallet; tuberkulose, hjerteinfarkt og tobakksykdommer. Bokens første del handler om tuberkulosens herjinger i Norge fra 1900 og frem til sykdommen i stor grad var bekjempet rundt midten av 1900-tallet. Bjartveit beskriver hvilke metoder og strategier som ble brukt, hvem som var feltherrene og fotfolket i kampen mot tuberkulosen. Blant de mest sentrale metodene og strategiene trekker han frem tuberkuloseloven, tuberkuloseplakaten, tuberkuloseinstitusjonene, de frivillige organisasjonene, medisinens utvikling av vaksiner og medisiner som kunne helbrede. Bjartveit anser følgende personer å være de fremste ”feltherrene” i kampen mot tuberkulosen: Robert Koch, Klaus Hanssen, Michael Holmboe, Olaf Scheel, Johannes Heimbeck og Otto Galtung.

I 1882 sto den tyske legen Robert Koch for et viktig vitenskapelig gjennombrudd. Han var den første som klarte å identifisere tuberkelbasillen. Kochs oppdagelse gjorde at legene fikk bedre forståelse av sykdommen tuberkulose og dens smitteveier. Det ble dermed mulig å forebygge videre spredning. Bjartveit hevder at det var denne oppdagelsen som kom til å danne grunnlaget for den målrettede kampen mot tuberkulosen i Norge.<sup>27</sup>

Bjartveit understreker dessuten sterkt Klaus Hanssens rolle i kampen mot tuberkulose. Gjennom sitt opplysningsarbeid skrev Hanssen en rekke artikler, brosjyrer, og holdt en rekke foredrag. Flere år før tuberkuloseloven ble vedtatt, tok han også initiativ til å få gitt ut tuberkuloseplakaten. Denne plakaten inneholdt regler som skulle bedre folkets renslighet og hygiene i hjemmene. Samtidig skulle den forhindre sykdommens videre smitte. I likhet med Ida Blom skriver Bjartveit at Klaus

---

<sup>27</sup> Bjartveit 2007, s. 21.

Hanssen hadde klare oppfatninger av kjønnsrollene, hvor kvinnen hadde ansvar for hjemmet og mannen hadde ansvar for tiltak i offentlig regi.

Sammen med medisinaldirektør Holmboe utarbeidet han det som skulle bli tuberkuloseloven av 1900. Denne loven var den første av sitt slag i verden. Loven ble vedtatt til tross for uenigheter i legestanden og blant politikerne under debattene og voteringen.<sup>28</sup>

Olaf Scheel og Johannes Heimbeck var to leger ved Ullevål sykehus som kjempet for at BCG-vaksinen skulle bli tatt i bruk. Kjell Bjartveit fremhever spesielt Johannes Heimbecks utprøving av BCG-vaksinen på sykepleiere, og hvilken betydning disse utprøvingene fikk for BCG-vaksinens gjennomslag i Norge og internasjonalt.<sup>29</sup>

Bjartveit gir Otto Galtung mye av æren for at Norge i stor grad har unngått multiresistent tuberkulose etter krigen. Dette klarte han å unngå ved å innføre et strengt regime for hvem som fikk lov til å utskrive tuberkulosemedisinene som kom etter andre verdenskrig. Han sørget for at det kun var leger som var tuberkulosespesialister som fikk utskrive medisinene for å hindre at medisinene ble feil brukt av både leger og pasienter.<sup>30</sup>

Det er også skrevet to hovedfagsoppgaver i historie om forutsetningene for tuberkuloseloven. I sin hovedfagsoppgave *Tuberkuloseloven av 8/5 1900 og dens forutsetninger* fra 1982, undersøker Øyvind Sæbø diskusjonen om behovet for en offentlig forordning mot tuberkulosen og den senere diskusjonen om forslagene til en tuberkuloselov. Sæbø konkluderer med at kravet som ble reist om en tuberkuloselov fra det medisinske miljøet var både velbegrunnet og berettiget. Videre påpeker han at Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen, sykdommens utbredelse og dens sosiale og økonomiske konsekvenser var sentrale faktorer som satte tuberkulosen på legenes agenda.<sup>31</sup>

Sæbø vektlegger legenes rolle som pressgruppe for en offentlig forordning mot tuberkulosen, noe som fremtvang handling fra politikerne. Under diskusjonen av lovforslaget viste det seg at det var sterke meningsforskjeller innen det medisinske miljøet når det kom til bruken av tvang overfor enkeltindividet. Han påpeker også at meningsforskjeller i legestanden gjenspeilte seg i debattene blant politikerne. Til slutt

---

<sup>28</sup> Bjartveit 2007, s. 22-23.

<sup>29</sup> Bjartveit 2007, s. 32-41.

<sup>30</sup> Bjartveit 2007, s. 42-52.

<sup>31</sup> Sæbø 1982, s. 144.

påpeker Sæbø at politikernes uenighet ikke var partibundet, men tverrpolitisk. Det vil si at meningsforskjellene var knyttet til representantene uavhengig av partiene. Likevel hevder han at alle hadde et felles mål, å bekjempe tuberkulosen.<sup>32</sup>

Øyvind Sæbø viser blant annet i analysen hvordan sykdomsutbredelsen tiltok på slutten av 1800-tallet, hvor tuberkulose ble en folkesykdom som fikk konsekvenser for de fleste familier. Karakteristisk for tuberkulosen var at den til å begynne med herjet for det meste på Sør- og Sør-Vestlandet. Først i 1870-80-årene tiltok den gradvis nordover i landet også. At tuberkulosen rammet landsdelene ulikt, kan ifølge Sæbø skyldes både sosiale og kommunikasjonsmessige forhold. Med sosiale forhold mener han forskjeller lokalt med tanke på boligforhold, hygiene, levemåter og sosiale årsaker.<sup>33</sup>

I oppgaven viser Sæbø at tuberkulosedødsfall i stor grad rammet mennesker i arbeidsdyktig alder, dvs. 20-60 år, og at disse for det meste var dårligere stilte arbeiderfamilier. Denne vurderingen er de fleste forskere og forfattere som har undersøkt tuberkulosens utbredelse enig i. Sæbø peker også på at andre faktorer som uvitenhet, vrangvilje, dårlig hygiene, manglende kjennskap til sykdommen og uvilje mot å oppsøke lege var med på å påvirke sykdomsutbredelsen.<sup>34</sup>

Til slutt konkluderer han med at de ovennevnte faktorene var med på å nødvendiggjøre og fremtvinge handling fra statsmyndighetene, som endte med vedtaket om tuberkuloseloven i 1900. Tuberkulosearbeidet kom i hovedsak til å bli preget av smitteforebyggelse og forbedring av hygiene.<sup>35</sup>

Den andre hovedfagsoppgaven i historie som er skrevet om tuberkuloselovens forutsetninger er Terje Andreassens *Legene og tuberkuloseloven. Faser og forutsetninger for tuberkuloseloven av 1900*. I sin oppgave viser Andreassen, i likhet med Sæbø, at legene fungerte som en pressgruppe for en offentlig tuberkuloselov. Både i initierings- og utredningsfasen var legene helt avgjørende. Han påpeker blant annet betydningen av Carl Frederik Larsens henvendelse til regjeringen, som bidro til å få fortgang på prosessen. Larsen viste også gjennom sine tallstudier at tuberkulosen var stadig tiltagende i Norge på slutten av 1800-tallet. Tallenes tale var med på å skape grunnlaget for en tuberkuloselov. Til slutt utarbeidet han også et eget privat

---

<sup>32</sup> Sæbø 1982, s. 144-145.

<sup>33</sup> Sæbø 1982, s. 4.

<sup>34</sup> Sæbø 1982, s. 143.

<sup>35</sup> Sæbø 1982, s. 145-146.

lovforslag som et alternativ til forslaget fremmet av Klaus Hanssen og Michael Holmboe.

Det kommer klart frem i Andreassens konklusjon at Klaus Hanssen spilte en stor rolle for innførelsen av en offentlig lov mot tuberkulosen. Gjennom sitt engasjement i legeföreningen og som politiker var han med på å sette tuberkulosesaken på dagsorden. Sammen med Michael Holmboe utarbeidet han også lovforslaget som med få modifikasjoner ble vedtatt av Stortinget den 8. mai 1900.<sup>36</sup>

Andreassen fremhever også legenes meningsforskjeller når det gjaldt de enkelte paragrafene og behovet for en tuberkuloselov. Denne striden mellom legene varte helt frem til loven ble vedtatt. I likhet med Sæbø peker han på tvangsparagrafene som de mest omstridte. Denne konklusjonen kan i høyeste grad diskuteres. Ut fra min vurdering var det ikke tvangsparagrafene som skapte størst meningsforskjeller blant legene, men anmeldelsesparagrafene. Dette påpekte også flere av legene underveis i diskusjonen. Det kan hende at både Andreassen og Sæbø har behandlet paragrafene om anmeldelsesplikt, tvangsinnleggelse, tilsyn og desinfeksjon under samlebetegnelsen tvangsparagrafene. En slik håndtering er både forvirrende og upresis. Disse paragrafene vil i denne oppgaven bli omtalt hver for seg.<sup>37</sup>

Begge disse oppgavene er relativt gamle og en del av litteraturen som er blitt brukt er også gammel. Forskningsstatusen har endret seg en del siden 1997. Det kan derfor hende at enkelte konklusjoner kan være basert på feilaktige grunnlag. Det foreliggende kildematerialet har imidlertid ikke endret seg.

Teemu Sakari Ryymins har skrevet en del om tuberkulosebekjempelsen i Nord-Norge. I sin artikkel, *Forebygging av tuberkulose i Finnmark 1900-60*, forteller han om hvordan en forsøkte å bekjempe tuberkulosen i Finnmark. Ryymin legger i stor grad vekt på de «særegne Finmarkske forhold» og hvordan dette påvirket de overordnede strategiene som ble innført mot tuberkulosen. Finnmark var derfor i en særstilling i det offentlige og frivillige tuberkulosearbeidet på grunn av den multietniske og flerspråklige befolkningen. Ryymins artikkel gir en god innsikt i det forebyggende arbeidet i Finnmark, men på grunn av fylkets særegne forhold er den ikke relevant for denne oppgaven.

---

<sup>36</sup> Andreassen 1997, s. 88-90, 115-116.

<sup>37</sup> Andreassen 1997, s. 114-115.



I det ambisiøse prosjektet om å kartlegge det norske helsevesenets historie fra 1603 til 2003, har Aina Schiøtz i bind 2 *Folkets helse – landets styrke 1850-2003* skrevet om tuberkulosens herjinger i Norge fra 1850 til 2003. Ettersom bokens hovedfokus er oppbyggingen av det norske helsevesenet, blir historien om tuberkulosen behandlet relativt kort og generelt. Kildematerialet til Schiøtz er derimot veldig bra, og boken er derfor nyttig for å få en oversikt over den nasjonale kampen mot tuberkulosen. Samtidig tar boken opp flere interessante temaer som for eksempel sunnhetskommisjonenes rolle i samfunnet og bakteriologiens gjennombrudd.

Hun hevder at tuberkulosen var den fremste «institusjonsbyggeren», da den initierte en mer omfattende innsats enn noen andre sykdommer hadde gjort tidligere. Denne innsatsen gjorde seg gjeldende innenfor vitenskap, helseadministrasjon, lovgivning, utbygging av utdannings- og helseinstitusjoner, etablering av private og offentlige hjelpeorganisasjoner, folkeopplysning og forebyggende helsearbeid.<sup>38</sup>

I likhet med Sæbø og Blom påpeker hun også sykdommens karakteristiske utbredelse, men påpeker at dødeligheten i landet nådde sitt maksimum omkring 1900. Til tross for dette toppunktet gjør hun oppmerksom på at dødeligheten begynte å stige igjen over hele landet i de vanskelige 1920-årene. Først i 1925 begynte kurven å synke igjen, og denne gangen endret den ikke retning. Likevel spilte tuberkulosen en stor rolle som dødsårsak frem til etterkrigstiden.<sup>39</sup>

Tuberkulosen rammet – ifølge Schiøtz – i første rekke barn og unge. Noe nærmere forklaring på hvem som ble rammet gir hun ikke, men legen Bjartveit støtter til en viss grad denne påstanden. Han skriver at det var de unge voksne tuberkulosen gikk hardest utover, og at hele én av 200 unge døde hvert år.<sup>40</sup> Dette stemmer bra med de tallene Ida Blom opererer med når hun skriver at det særlig var voksne mellom 20 og 29 år av begge kjønn som ble rammet i hele perioden.<sup>41</sup> Forfatteren Dag Skogheim mener derimot at sykdomsbildet var noe mer komplisert, og peker på at hovedtyngden av smittede varierte med årene fra å stort sett ramme barn og unge i begynnelsen av 1900-tallet, til å hardest ramme voksne mellom 30 og 40 år i 1930-årene.<sup>42</sup> Sæbø, derimot, hevder at alderstrinnene 20-60 år utgjorde hovedtyngden av de oppgitte dødsfallene, og at de yngste og eldste alderskategoriene hadde få dødsfall. Samtidig

---

<sup>38</sup> Schiøtz 2003, s. 64-65.

<sup>39</sup> Schiøtz 2003, s. 206-207.

<sup>40</sup> Bjartveit 2007, s. 20.

<sup>41</sup> Blom 1998, s. 11.

<sup>42</sup> Karlsen og Skogheim 1990, s. 121-122.

sier han at de som ble rammet hardest var de yrkesaktive og produktive alderskategoriene, 15-50 år, og at det er flere av de minste barna som dør enn de som er over 70 år.<sup>43</sup>

Julie Backer arbeidet i Statistisk sentralbyrå i en årrekke og var en av landets ledende demografer. I 1936 ble hun byråsjef i SSB og to år senere forsvarte hun sin doktorgradsavhandling om dødelighet.<sup>44</sup> Backers statistikk over dødeligheten i Norge fra 1856 frem til 1955 viser hvordan dødeligheten innad i aldersgruppene varierte. Statistikkene hennes er de mest detaljerte og troverdige. Jeg vil derfor i stor grad støtte meg til hennes arbeider videre i oppgaven.

Hun skriver at dødeligheten var høy både blant barn, unge voksne og voksne før århundreskiftet. Blant de minste barna i alderen 1-4 år sank tuberkulosedødeligheten minimalt fra 1880 til 1900. Etter århundreskiftet sank derimot dødeligheten blant de minste barna hurtig. Backer antok at denne nedgangen måtte være en direkte følge av det forebyggende arbeidet som ble igangsatt etter 1900. Situasjonen var derimot annerledes for aldersgruppen 15-39 år. Denne aldersgruppen nådde ikke sitt toppunkt før 1900-1910. Samtidig hadde denne aldersgruppen den svakeste nedgangen etter århundreskiftet. Dette fenomenet ble hyppig diskutert blant tuberkuloselegene, ifølge Backer. Hun hevdet derimot at det må ha skjedd en forskyvning i smittepunkt fra barna til ungdommen i pubertetsalderen. Skal vi tro Backers statistikk, var tuberkulosen den hyppigste dødsårsaken i de fleste aldersgruppene før og rett etter århundreskiftet. Likevel var aldersgruppen 15-39 år hardest rammet gjennom store deler av perioden.<sup>45</sup>

### **Metode og tilnærming**

Denne oppgaven er tenkt som en klassisk empirisk studie av kampen mot tuberkulosen i Rogaland 1900-1940. Det er utført noen lignende studier om tuberkulosekampen andre steder i Norge, men ikke i Rogaland. Selv om det er skrevet flere byhistoriske og lokale bøker, har kampen mot tuberkulose fått liten plass. I 2013 utga Stavanger kommune firebindsverket *Stavanger bys historie*. I tredje bind, Anders Håland, *Industribyen 1890 – 1965*, omtales «helsestell» på sidene 182 –

---

<sup>43</sup> Sæbø 1982, s. 19-20.

<sup>44</sup> Lie, 2001.

<sup>45</sup> Backer 1961, s. 92-95, 125-127.

184. Naturlig nok omtales byggingen av nytt sykehus, som ble tatt i bruk i 1897. Stilling som stadsfysikus ble opprettet i 1892. «Tuberkulose var tidens skremmende folkesykdom, den rammet særlig unge voksne og var vanskelig å helbrede. Loven av 1900 påbød brutalt nok isolering av smittebærende syke.»<sup>46</sup>

«Stavanger Sanitetsforening spilte en hovedrolle i det lokale tuberkulosearbeidet etter århundreskiftet. Den var startet i 1897 med sterk oppslutning fra kvinner i de øvre sosiale lag, og tok i 1908 opp tanken om et pleiehjem for tuberkuløse i byen. Etter flere års iherdig pengeinnsamling ble prosjektet realisert høsten 1916. Konsul Cornelius Middelthons prektige eiendom i Ramsvig ble kjøpt billig og ombygd til sykehjem med 30 sengeplasser, faste pleiere og tilknyttet lege.»<sup>47</sup> Deretter følger et avsnitt om samarbeidet mellom Sanitetsforeningen og Stavanger tuberkuloseforening under verdenskrigen.

Folkesykdommen tuberkulose behandles relativt overfladisk av Håland i dette bindet. I denne boken på 400 sider har Håland bare funnet grunn til å spandere én side på temaet. Det samme kan hevdes om Reidar Østensjøs bind 2 av *Haugesund bys historie 1896-1913*. Under overskriften «Omsorgen for barn, gamle, syke og fattige» på sidene 254 – 270 omtales helsetilbudet i Haugesund. Østensjø forteller kort om det kommunale sykehuset som leide to værelser av Vårsildavgiftsfondets sykehus. På grunn av sprengt kapasitet ved dette sykehuset, var det behov for et nytt sykehus. Likevel var ikke kommunen villig til å gjøre noe med saken.<sup>48</sup>

I likhet med Håland, forteller også Østensjø om sanitetsforeningens viktige rolle i det lokale tuberkulosearbeidet etter 1900. I 1906 startet Haugesund innsamling av penger til tuberkulosehjem. Den 11. juni samme år ble Haugesund sanitetsforening stiftet. I 1907 ble det kjøpt inn en tomt på Førre til tuberkulosehjemmet ettersom innsamlingen gikk bra. Sanitetsforeningen finansierte alt utstyr og inventar samt vedlikehold og fornyelse av utstyr til hjemmet. Samtidig arbeidet de for utdanning av sykepleiere og delte ut livsnødvendigheter til trengende.<sup>49</sup>

Østensjø bruker bare tre av bokens 400 sider på å fortelle om tuberkulosen i Haugesund. Denne oppgaven vil i stor grad bidra med ny kunnskap om den medisinske og sosiale historien om kampen mot tuberkulosen i Rogaland. Jeg har lagt vekt på, i den grad det har vært mulig, å ta mest mulig utgangspunkt i primærkilder.

---

<sup>46</sup> Håland 2013, s. 183.

<sup>47</sup> Håland 2013, s. 184.

<sup>48</sup> Østensjø 1993, s. 264-266.

<sup>49</sup> Østensjø 1993, s. 266-269.

På grunn av primærkildenes begrensninger har det likevel vært nødvendig å bruke sekundærlitteratur for å kunne gi gode svar på problemstillingen.

Da jeg skulle gå i gang med det omfattende arbeidet, visste jeg forholdsvis lite om temaet. Det var derfor naturlig, og helt nødvendig, å tilegne meg den grunnkunnskapen som trengtes før jeg gikk videre i arbeidet. Jeg måtte bli ”kjent” med tuberkulosen og samfunnet i den gjeldende perioden. Ved å studere relevant faglitteratur og samtale med fagfolk har jeg opparbeidet bakgrunnskunnskapen som har vært nødvendig.

Før jeg for alvor går løs på historien om tuberkulosen i Rogaland, skal jeg gå nærmere inn på den medisinsk-vitenskapelige fremgangen og debatten om den nasjonale tuberkuloseloven. Dette er viktig for å kunne forstå den lokale tuberkulosebekjempelsen i Rogaland. Oppgaven vil derfor omfatte tre nivåer.

1. Det internasjonale: Robert Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen i 1882.
2. Det nasjonale: Hvordan oppdagelsen av tuberkelbasillen skapte grunnlaget for en nasjonal tuberkuloselov i Norge.
3. Det lokale: Kampen mot tuberkulose i Rogaland 1900-1940.

Primærkildene som er brukt i denne oppgaven, kan deles i to kategorier; de håndskrevne kildene og de trykte kildene. De håndskrevne kildene er sunnhetskommisjonenes og helserådenes forhandlingsprotokoller fra Avaldsnes og Kopervik i perioden 1900 til 1940, og i Stavanger.<sup>50</sup> Jeg har dessuten brukt Stavanger sanitetsforenings styreprotokoller fra 1923-1928 og 1928-1937. Kildene ble valgt for å få et innblikk i helserådenes arbeid i by, ladested og landsbygd. Arbeidet med disse kildene var både tidkrevende og vanskelig ettersom kvaliteten på håndskriften varierte. Samtidig var tiden på byarkivets og statsarkivets lesesal i Stavanger begrenset. Det var derfor nødvendig å transkribere og ta bilder av bøkene slik at jeg fikk bedre tid til å bearbeide og tolke de mest utfordrende tilfellene. Med tiden som verktøy gikk jeg i gang med prosessen å fortolke dem.

De trykte kildene besto av de årlige *Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene* i Norge fra 1900 til 1940, Amtstingsforhandlingene frem til

---

<sup>50</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1899-1909, 1915-1917, 1921-1925, 1926-1932.

1915 og diskusjonen i Det medicinske Selskab i 1896. Førstnevnte er en medisinsk statistisk rapport som går gjennom de nasjonale og lokale forholdene i landet. Det er spesielt viktig å være kildekritisk til disse rapportene av to grunner. Den første gjelder beretningene fra hver enkelt distriktslege ettersom de var embetsfolk og kom fra en høyere klasse enn den alminnelige befolkningen. Deres beretninger er derfor svært subjektive og preget av denne klasseforskjellen. Beskrivelsene deres er ofte meget detaljerte, og fungerer derfor bra som kilde for denne oppgaven.

Den andre gjelder rapportene som en helhet, ettersom de var i statlig regi. Fra 1891 frem til 1922 ble distriktslegenes beretninger mottatt av medisinaldirektøren og etter 1922 mottok Statistisk Sentralbyrå beretningene, begge underlagt staten. En må derfor være klar over at medisinaldirektørens og Statistisk Sentralbyrås fremstilling av rikets sunnhetstilstand og medisinalforholdene nødvendigvis ikke er objektive.

Amtstingsforhandlingene består av saker innmeldt til, og behandlet på amtstinget. Amtmannen, som skriver de fleste referatene bortsett fra de forskjellige komiteenes innstillinger og bilag, kommer ofte med sin personlige mening. En må derfor være kritisk til hans subjektive innskudd i referatene. Det var også viktig å være seg bevisst at disse forhandlingene skjedde på en tid hvor det offentlige ikke så det som sin oppgave å ta vare på syke innbyggere. En må derfor tolke kildene ut fra dette perspektivet.

Diskusjonen i Det medicinske Selskab baserer seg på møtene som ble holdt i 1896 om lovforslaget som ble fremmet av Hanssen og Holmboe. Det gjengis grundig hva som ble sagt og hva de enkelte legene mente om lovforslaget. Dette er en god og troverdig kilde som beskriver meningsforskjellene om lovforslaget blant datidens leger.

Da kildearbeidet var gjort, ble kildematerialet sortert etter de forskjellige temaene. Ved å bruke rent kronologisk fremstilling kunne en risikere at oppgaven ville bli rotete og uforståelig. Jeg valgte derfor å dele oppgaven inn etter de forskjellige temaene for at undersøkelsen skulle bli mer forståelig og oversiktlig. Hvert enkelt tema vil, etter beste evne, bli gjennomgått kronologisk.

Som følge av den begrensede tiden og oppgavens omfang, måtte jeg stadig vurdere hva som skulle tas med og hva som skulle ekskluderes fra oppgaven. Dette var kanskje den mest krevende delen av arbeidet ettersom det hele tiden oppsto nye interessante spørsmål i forbindelse med temaet.

## Kapittel 2:

### Bakgrunnen for tuberkuloseloven

I løpet av 1800-tallet fant det sted store medisinske og teknologiske fremskritt, i legevitenenskapen. Nyere og mer moderne teknologi førte til flere store gjennombrudd, som oppdagelsen av leprabasillen i 1873 og tuberkelbasillen i 1882. Den nye kunnskapen rokket ved de gamle miasmeteoriene og førte på mange måter til et medisinsk paradigmeskifte hvor den moderne bakteriologien sto i sentrum. Disse gjennombruddene bidro til at legene fikk bedre kjennskap om sykdommers virkelige natur, noe som ga grunnlag for en mer samlet kamp mot sykdommene.

I dette kapitlet skal jeg undersøke hvilke medisinske og teknologiske fremskritt som gjorde det mulig å ta opp kampen mot tuberkulosen, en sykdom som hadde til alle tider «været menneskehetens daglige og værste fiende».<sup>51</sup> For å gjøre dette på en oversiktlig måte vil de medisinske fremskrittene og de teknologiske fremskrittene bli behandlet hver for seg. Til slutt vil kapitlet omtale hvordan disse skapte grunnlaget for den første landsdekkende tuberkuloseloven i verden, den norske tuberkuloseloven av 1900.

#### Teknologiske fremskritt

Et av de kanskje aller viktigste gjennombruddene for legevitenenskapen i kampen mot leprabasillen og tuberkelbasillen var utviklingen av mikroskopet. Før oppdagelsen av tuberkulose var mikroskopet allerede i utstrakt bruk innenfor legevitenenskapen. På grunn av forbedringer av linsen ble mikroskopenes oppløsningsevne i løpet av 1700-tallet gode nok til å se at vev besto av celler. Dette gjorde det mulig for Theodor Schwann og Matthias Schleiden å utarbeide celleteorien på begynnelsen av 1800-tallet. Bare noen tiår etter var det mulig å se hvordan sykdommer utviklet seg på cellenivå. Viktige her er forskningen til Johannes Müller og Rudolf Virchows og utviklingen av cellularpatologien. Dermed satte en ikke lenger kroppens organer i sentrum for forskningen, men rettet i større grad oppmerksomheten mot cellenivået. Det kanskje mest interessante gjennombruddet kom i 1860-årene med masseproduksjonen av en ny type og mer funksjonelle

---

<sup>51</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 171.

mikroskoper. Utviklingen av kondensor forbedret belysningen av gjenstanden. Dette gjorde det mulig for leger å påvise at bakterier kunne forårsake sykdom. Det var denne kunnskapen Gerhard Armauer Hansen bygde på, da han oppdaget leprabasillen i 1873, og Robert Koch for hans oppdagelse av tuberkelbasillen i 1882.<sup>52</sup> Disse oppdagelsene markerte på mange måter det bakteriologiske gjennombruddet på slutten av 1800-tallet.

Et annet teknologisk fremskritt som skulle få stor betydning for bekjempelsen av tuberkulosen var skjermbildefotografering. Ved hjelp av dette apparatet kunne legene se om den syke hadde lungetuberkulose. I 1895 oppdaget fysikeren Wilhelm Conrad Röntgen en spesiell type stråling som la grunnlaget for utviklingen av det første røntgenapparatet. Få år etter hans oppdagelse av røntgenstråling kom det første apparatet til Norge, men det kom ikke til å spille en stor rolle i kampen mot tuberkulose før masseundersøkelsene under den tyske okkupasjonen av Norge på 1940-tallet.<sup>53</sup>

Noen år etter, i 1907, klarte legen Clemens von Pirquet fra Østerrike å påvise tuberkulosesmitte ved hjelp av et ekstrakt fra døde tuberkulosebakterier kalt tuberkulin. Ved å dryppe tuberkulin på oppskrapet hud kunne han observere immunreaksjonen til personen. Førte dette til en betennelsesreaksjon med hevelse og rødhet, var vedkommende, med noe usikkerhet, blitt smittet. Prøven kunne likevel ikke påvise om den smittede holdt på å utvikle klinisk tuberkulose. Skjermbildefotografering kunne derimot gi en god pekepinn på dette.<sup>54</sup>

På slutten av 1800-tallet ble lysterapi en viktig del av behandlingen for pasienter med lupus vulgaris.<sup>55</sup> Allerede i 1877 hadde de britiske forskerne Arthur Downes og Thomas Porter Blunt oppdaget at sollysets ultrafiolette stråler kunne drepe og stoppe utviklingen av sykdomsfremkallende bakterier. Det var denne oppdagelsen den unge medisineren Niels Finsen hadde som utgangspunkt i sine forsøk på å utvikle et lysapparat som kunne drepe bakterier. Ved å bruke kullbuelampe og kvartslinser klarte han i løpet av 1890-tallet å utvikle et lysapparat som ved hjelp av ultrafiolett lys kunne drepe bakteriene. Han hadde med det utviklet en behandlingsmetode mot lupus vulgaris som var både smertefri og helbredende. I 1903 mottok Finsen Nobelprisen i

---

<sup>52</sup> Lærum 2002, s. 2871.

<sup>53</sup> Lærum 2002, s. 2871 og Schiøtz 2003, s. 280-281.

<sup>54</sup> Liestøl, Tretli, Tverdal, & Mæhlen, 2007, s. 120-134.

<sup>55</sup> En form for hudtuberkulose. Les mer: Nielsen, 2002.

medisin for sitt arbeid med lysterapi, noe som gjorde han til den første danske nobelprisvinneren.<sup>56</sup>

### **Medisinske fremskritt**

På 1800-tallet var det stor uenighet mellom de medisinske autoritetene om hvordan sykdommene oppsto og spredte seg. De sentrale skoleretningene frem til bakteriologiens gjennombrudd i 1870- og 80-årene var kontagionismen og miasmelæren. Til tross for at tilhengerne av disse retningene var enige i eksistensen av et smittestoff, var de delte i synet på sykdommers opphav.<sup>57</sup>

Ifølge kontagionistene kom smittestoffet utenfra og spredte seg gjennom kontakt mellom personer. Derfor var karantene en god måte å hindre videre smitte. Miasmatikerne mente derimot at smittestoffet alene ikke kunne forårsake sykdommer, de kunne oppstå spontant. For at sykdom skulle forårsake videre smitte, måtte andre forutsetninger også være tilstede. To faktorer var sentrale for et slikt utfall. For det første måtte smittestoffet forvandles til en miasme. En slik forvandling kunne bare utarte seg under visse forutsetninger i et miljø preget av ekskrementer, uorden og animalsk stank. For det andre kunne sykdommer som kolera kun utvikle seg i møte med personer eller blant grupper og områder som var særlig utsatt for sykdommen, slik som en bys arbeiderstrøk og fattigkvarterer. Miasmatikerne mente at en kunne fjerne sykdommenes forutsetninger ved sosiale reformer, vaske opp i urenlige gater og oppfordre til en nøysom livsstil. Derimot så de på karantene som lite hensiktsmessig, noe som ifølge Aina Schiøtz var hovedforskjellen mellom disse to skoleretningene. Likevel kunne også ulikhetene her være utydelige ettersom begge retningene var samstemte om at både offentlig og privat hygiene var den mest effektive måten å motarbeide en sykdom på så snart en epidemi brøt ut.<sup>58</sup>

I andre halvdel av 1800-tallet fant det på mange måter sted et paradigmeskifte i legevitenskapen. Ved hjelp av Müller og Virchows arbeid med cellularpatologi og mikroskopets stadige utvikling, ble kunnskapen om infeksjonssykdommenes smitteveier stadig bedre. Dette førte til at kontagionismen og miasmelæren ble sakte men sikkert avvist til fordel for bakteriologien. Ifølge Aina Schiøtz kom dette gjennombruddet i tiårene fra Gerhard Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i

---

<sup>56</sup> Nielsen, 2002.

<sup>57</sup> Schiøtz 2003, s. 30.

<sup>58</sup> Schiøtz 2003, s. 30-31.



1873 til Robert Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen i 1882. Før århundret var omme hadde forskerne også oppdaget kolera-, difteri- og tyfoiddbasillen. Den kanskje mest banebrytende av disse oppdagelsene var den tyske legen Robert Kochs identifisering av tuberkelbasillen i 1882. Ny teknologi og nye metoder gjorde det nå mulig for legene å stille diagnoser. Bedre mikroskop, røntgen, stetoskop og otoskop kunne hjelpe til med å identifisere sykdomsfremkallende bakterier. Fortsatt var det forholdsvis lite legene kunne gjøre for den syke. Bortsett fra koppevaksinen og motgift mot difteri som kom på slutten av 1800-tallet, besto de fleste behandlingsmetodene i forebyggende arbeid til langt inn på 1900-tallet.<sup>59</sup>

Til tross for at bakteriologien ofte blir omtalt som revolusjonerende, understreker Tor Harald Otterholdt at den nye kunnskapen ikke nødvendigvis var en kunnskapsrevolusjon i sin tid, ettersom det allerede fantes sykdomsteorier som bakteriologene kunne bygge sin lære på.<sup>60</sup> Aina Schiøtz viser i sitt arbeid med folkehelsen i Norge under denne perioden at dette på mange måter kan stemme. Utenlandske forskere hadde allerede før bakteriologens gjennombrudd vist at mikrobenes vekst kunne stoppes på ulike måter, noe som førte til at renslighetskrav og hygieniske påbud på sykehus, operasjonssaler og i vanlig omgang med syke ble gradvis strengere på 1800-tallet.<sup>61</sup>

Allerede før 1850 oppdaget den ungarske legen Ignaz Semmelweiss (1818-1865) sammenhengen mellom dårlig håndhygiene og smitte. Under sitt arbeid ved fødselsklinikken ved universitetssykehuset i Wien hadde han observert at barselfeber tok livet av tre ganger flere kvinner ved den ene av sykehusets to fødeavdelinger. Dødstallene var høyest i den avdelingen hvor medisinstudentene fikk opplæring. I 1847 kom han frem til at de kvinnene som ble oftest undersøkt, ble hardest rammet av barselfeber. Dette måtte ha en sammenheng med at studentene kom rett fra disseksjonssalen.

For å bekrefte teorien sin påla Semmelweiss halvparten av studentene å vaske hendene sine i kloropløsning før pasientundersøkelser, noe som førte til en betydelig reduksjon i antallet tilfeller av barselfeber. I tillegg til at han fant både årsaken til barselfeber samt en metode å forhindre smitten, klarte han også å bevise at barselfeber og sårfeber var forårsaket av samme smittekilde.

---

<sup>59</sup>Schiøtz 2003, s. 52-53.

<sup>60</sup>Otterholt 2015, s. 32.

<sup>61</sup>Schiøtz 2003, s. 55.

Til tross for Semmelweiss oppdagelser og hans mange advarsler, var det mange innenfor det medisinske miljøet som tok avstand fra hans teorier. I Wien mistet han derfor stillingen ved universitetssykehuset og måtte returnere til Budapest. Likevel fortsatte Semmelweiss å advare om smitteoverføring som følger av dårlig håndhygiene frem til sin død i 1865, men advarslene falt fortsatt for døve ører. Det skulle ta flere tiår før teoriene om barsefieber ble anerkjent. Først 21 år etter hans død fikk Norge faste rutiner for å unngå sårinfeksjoner som følger av smitteoverføring ved operasjoner og sårbehandling.<sup>62</sup> I mellomtiden døde mange kvinner.

Perioden fra 1880 til 1930 var bakteriologenes storhetstid innenfor medisinen, de var ”conquistadorene av medisin”. Iført sine hvite frakker reiste de verden rundt med sine mikroskoper og reagensrør for å jakte på bakterier som var en trussel mot menneskeheten. Slik beskriver Burton Feldman datidens syn på bakteriologene, og påpeker at dette ikke var så langt fra sannheten.

I løpet av 1860-tallet hadde den franske kjemikeren Louis Pasteur gjennom sitt arbeid med gjæring og forråtnelse vist at mikrober spilte en rolle i smittsomme infeksjonssykdommer. Pasteur var den første som kultiverte mikrober utenfor en levende organisme. Etter å ha kultivert mikroben av miltbrann, hønsekolera, furunkel og andre sykdommer, mente flere forskerne at tuberkulose, i likhet med disse sykdommene, måtte være forårsaket av mikrober ettersom sykdommen var smittsom.<sup>63</sup> Denne antagelsen baserte de på den franske fysikeren Jean Antoine Villemins (1827-1892) studier som hevdet at tuberkulose var en smittsom sykdom. Dermed ble en rekke studier igangsatt for å bevise eller motbevise denne teorien.<sup>64</sup>

Etter å ha lest om Pasteurs arbeid med mikroorganismene begynte den skotske kirurgen Joseph Lister å eksperimentere med en av Pasteurs anbefalte metoder, å utsette såret for kjemikalier. Ved å ta i bruk karbolsyre for å hindre sårinfeksjoner i 1867 introduserte Lister antiseptikken til kirurgien og ble med det kjent som ”antiseptikkens far”.<sup>65</sup> For å begrense infeksjoner fortsatte han å eksperimentere med håndvask, sterilisering av kirurgiske instrumenter og spraye karbolsyre i operasjonssalen under operasjoner.<sup>66</sup> Den antiseptiske behandlingen ble først tatt i

---

<sup>62</sup> Lund 2006, s. 1776-1779.

<sup>63</sup> Furunkel er stafylokokkinfeksjon i hårfollikkel (hårsekk). Les mer: Cecilie Arentz-Hansen og Kåre Moen 2006.

<sup>64</sup> Giber 1890, s. 727.

<sup>65</sup> Antiseptikk er behandling av sår med bakteriedrepende midler for å hindre infeksjon. Les mer: Bjørn Myrvang, 2015.

<sup>66</sup> Science Museum, årstall ikke oppgitt.

bruk ved norske sykehus etter at distriktslegen i Alstahaug og lege ved Nordlands amtssykehus i Alstahaugs Sogn, Johan Stang, gjennomførte en studiereise i 1871. Den antiseptiske behandlingen gjorde sterkt inntrykk på Stang. Likevel tok det tid før nye metoder fikk gjennomslag i de medisinske miljøer i Norge. Først i 1881-82 kunne det norske nasjonalsykehuset, Rikshospitalet, informere om at rutineene hadde blitt endret til den aseptiske metoden. Denne metoden gikk ut på å sterilisere uten kjemiske midler for å hindre infeksjon i operasjonssår. Samtidig ble legenes arbeidstøy endret fra svarte kapper til hvite frakker av hygieniske årsaker.<sup>67</sup>

Pasteurs studier om gjæring og forråtnelse førte til at den gamle og usikre teorien om spontan generasjonen av miasmer ble erstattet med sikrere prosesser basert på et sikrere biologisk grunnlag. Likevel var det ikke oppdagelsene av nye typer mikrober han skulle bli mest kjent for, men snarere oppdagelsene innen immunologien, vitenskapen om sykdomsforebygging. Under eksperimentene i 1880 oppdaget han, noe tilfeldig, en kunstig immunitet mot hønsekolera. Etter dette gjennomførte han eksperimenter som ga gode resultater. Kort tid etter klarte han å fremstille en kunstig immunitet mot både miltbrann og rabies.<sup>68</sup>

Pasteurs viktige oppdagelser baserte seg på en teori om at de sykdomsfremkallende mikrobene kanskje kunne modifiseres. Ved utsette hønsekolera for lang kultivering, høye og lite optimale vekstforhold for miltbrann, og delvis inntørking av rabies, ville mikrobene bli svekket. Dermed ville inokuleringen av mikrobene kun føre til en mildere infeksjon.<sup>69</sup> Den smittede ville ikke bare bli frisk fra denne infeksjonen, men forbli beskyttet mot alminnelige og ofte dødelige angrep fra sykdommen.<sup>70</sup>

Den tyske legen Robert Koch var en pioner innenfor bakteriologien. Han begynte som en praktiserende lege i en liten tysk by. Som person var han både sta og forsiktig, samtidig som han var eventyrlysten. Et rutinepreget liv i en legepraksis var ikke noe for Koch, som ønsket å bli militærlege eller skipslege. Til tross for at han var veldig nærsynt deltok han i den fransk-prøyssiske krigen i 1870/71, hvor han også opplevde epidemiske tilfeller av både kolera og tyfoidefeber. Etter krigen ønsket ikke

---

<sup>67</sup> Schiøtz 2003, s. 56.

<sup>68</sup> Flexner 1920, s. 616.

<sup>69</sup> Inokulasjon er innføring av mikrober eller giftstoff i en levende organisme. Les mer: Tone Tønjum, 2015.

<sup>70</sup> Flexner 1920, s. 616.

Koch å gå tilbake til det rutinepregede livet som privatpraktiserende lege. Han valgte derfor en retning innenfor bakteriologien, som ga ham en mer spennende hverdag.

Som bakteriolog reiste han mye for bekjempe sykdommer. Under sitt arbeid med kolera besøkte han blant annet Egypt og India. I 1876 påviste han miltbrann bakterien, noe som ifølge Feldman var det første avgjørende beviset for Pasteurs teori om bakterier. Etter dette kom den viktige oppdagelsen av tuberkelbasillen i 1882 og på slutten av 1800-tallet forklarte han at byllepesten i middelalderen var blitt overført av lus fra smittede rotter. I tillegg til disse oppdagelsene klarte han også å vise at sovesyken kom fra den afrikanske tsetsefluen. Men hans viktigste oppdagelse var identifiseringen av tuberkelbasillen.<sup>71</sup>

Det var blitt gjennomført en rekke studier for å finne ut av om tuberkulose var smittsom før Kochs gjennombrudd i 1882. Da den franske fysikeren Jean Antoine Villemin gjennom sine eksperimenter med dyr i 1865 beviste at sykdommen var smittsom, ble forskermiljøet mer opptatt av tuberkulosens spesifikke natur. Flere forskjellige eksperimenter ved inokulasjon, inhalering og foring av smittestoff ble utført med motstridende resultater. I mellomtiden foregikk det andre studier av tuberkulosen, som ikke ble publisert før de var blitt grundig verifisert etter de mer moderne metodene. Disse studiene ble utført av Robert Koch og ble først offentliggjort i 1882 under navnet ”The etiology of tuberculosis”.<sup>72</sup>

Robert Kochs satte frem påstand om at en i første omgang måtte anta at sykdommen var forårsaket av en mikroorganisme. For å bevise dette gikk han i gang med en omfattende undersøkelse med mikroskop hvor han undersøkte tuberkuløst vev. Ved hjelp av gunstig belysning av prøven og en god linse oppdaget han en stavlignende mikrobe som forekom hyppig i sykdommens tidlige stadium. Koch mistenkte derfor at denne stavlignende mikroben hadde en sammenheng med den patologiske prosessen.

Dette var bare begynnelsen på Kochs studie. For å bevise at dette var bakterien som forårsaket tuberkulose, måtte han isolere mikroben for å dyrke frem en ren kultur av bakterien. Gjennom eksperimenter kom han frem til at mikroben blomstret best i 36 til 40 °C, noe som var høyere temperatur enn det som var normalt for de fleste bakterier. Gelatinen som ble brukt i petriskålen ville derimot smelte ved en så høy temperatur. Koch tok derfor i bruk et serum av saue- eller kvegblod, da

---

<sup>71</sup> Feldman 2000, s. 243-244.

<sup>72</sup> Koch 1884, s. 59-60.

konsistensen ville være fast ved den nødvendige temperaturen. Nok en gang skilte mikroben seg ut med sin langsomme vekst. I motsetning til andre bakterier hvor veksten ble målt i minutter og timer, tok det en uke til ti dager før antallet mikrober hadde økt nok til å måles.

Etter at Robert Koch hadde gjort dette, gjensto det å se hvordan den rendyrkede kulturen utviklet seg over tid. Det viste seg at først etter to til tre uker var veksten tilstrekkelig og en kunne overføre en del til en ny petriskål for å dyrke en ny kultur. Han fant også ut at når han delte mikroben opp i fragmenter, ville fragmentene utvikle seg likt. Mikrober i forskjellige stadium av veksten ble også overført til forskjellige typer dyr. For at eksperimentet ikke skulle gå galt ble det tatt strenge forholdsregler for at dyret var fritt for andre bakterier før inokulasjon. Resultatet viste at dyrenes betente vev hadde de samme likhetene som ved tuberkulose, og i alle tilfellene ble det funnet mikrober som var identiske med de mikrobene som var injisert.<sup>73</sup>

Til slutt gjensto det å bevise at disse mikrobene alene forårsaket sykdommen. Kochs løsning var å inokulere substanser som ikke inneholdt mikrober. For å sikre seg at substansene var "rene" ble det tatt mikroskopundersøkelser samtidig som det ble tatt forholdsregler for å hindre at eksterne smittestoff skulle påvirke utfallet. Eksperimentet gav bare negative resultater, og ingen av tilfellene utviklet tuberkulose. Deretter gjorde han det stikk motsatte, og inokulerte både substanser med mikroben og mikroben selv. Alle tilfellene utviklet tuberkulose, uten unntak.

Ved å isolere mikroben og dyrke en ren kultur, deretter overføre den til et friskt dyr, og til slutt isolere den igjen, oppdaget Koch at mikroben i det friske dyret utviklet den samme patologiske prosessen som ved den opprinnelige sykdommen. Dermed hadde han oppdaget tuberkelbasillen. Likevel var ikke Koch fornøyd med arbeidet, og fortsatte sine eksperimenter i ett år til. Til tross for noen små endringer og modifikasjoner i teknikken og metoden, kom han frem til den samme konklusjonen.<sup>74</sup>

Robert Kochs postulat for å bevise at mikrober forårsaket sykdommer, var et stort fremskritt. Ifølge Feldman åpnet den for en mer moderne måte å kontrollere epidemier på. I stedet for å angripe sykdommen skulle en heller isolere bæreren av sykdommen. På denne måten ville en komme sykdommen til livs. Samtidig var det viktig å studere bærerens livssyklus. Dermed bidro Robert Koch til å skape en helt ny

---

<sup>73</sup> Koch 1884, s. 60.

<sup>74</sup> Koch 1884, s. 60-61.

retning innenfor bakteriologien, noe som han ble belønnet for i 1905 da han vant Nobelprisen i medisin.<sup>75</sup>

Louis Pasteur og den tyske mikrobiologen Robert Koch var to av de mest sentrale forskerne for bakteriologiens og immunologiens gjennombrudd. Til tross for at de i mange tilfeller forsket på de samme sykdommene, var forholdet deres preget av sterk rivalisering. Pasteur, som også var nasjonalist, kunne ikke fordra tyskere etter det franske nederlaget i den fransk-prøyssiske krigen i 1870/71. Etter å ha fått en medalje fra Tyskland valgte han å levere den tilbake da han ikke ville ha noen hedersbevisninger fra den tyske keiseren. Dette førte til at han var i stadig konflikt med sin tyske motpart. Robert Koch var heller ikke så begeistret for Pasteur og hans arbeid og avviste alle resultatene til sin franske rival. At Pasteur hadde vunnet en rekke priser og fikk mye internasjonal oppmerksomhet for sitt arbeid, falt heller ikke i god jord hos Koch. Det var derfor ikke overraskende at to av datidens fremste bakteriologer sto i et motsetningsforhold til hverandre.<sup>76</sup>

Fra sine laboratorier i Berlin og Paris, sto Koch og Pasteur sammen med sine medarbeidere for en rekke kritiske gjennombrudd. Mens Pasteurs arbeid for det meste resulterte i vaksiner, klarte Koch å identifisere bakterien for flere av datidens farligste sykdommer. Koch utviklet også en ny metode for å isolere og dyrke bakterier, hvor en kunne dyrke bakteriene i et fast substrat som en petriskål. Pasteur så fordelene med denne nye metoden. Han gav derfor Koch, overraskende nok, kompliment for denne viktige nyvinningen innen bakteriologien.

I 1910 klarte legen Albert Calmette (1863-1933) sammen med sin assistent, veterinæren Camille Guérin (1873-1961), å svekke tuberkelbasillens virulens.<sup>77</sup> Etter å ha isolert en høyvirulent tuberkelbasill fra kveg, utførte han flere serieoverføringer på kalver. Ved å gjennomføre flere forskjellige manipulasjoner ble basillen ugjenkallelig svekket. Den fikk navnet «Bacille Calmette Guérin» etter sine oppdagere. Det skulle ta ni år før de begynte å forberede utprøving på mennesker. Selv om Calmette og Guérin klarte å immunisere 150 spedbarn i 1924, ble vaksinen sett på som kontroversiell i det medisinske miljøet. Klemens von Pirquet (1874-1929) gikk så langt som å bannlyse vaksinen.

---

<sup>75</sup> Feldman 2000, s. 244.

<sup>76</sup> Kemp 2011, s. 31, 114.

<sup>77</sup> Mikroorganismenes evne til å fremkalle sykdom. Les mer: Store norske leksikon, 2015.

Etter mye kritikk, bl. a. fra den amerikanske bakteriologen S.A. Petroff, gikk den norske legen Konrad Birkhaug (1892-1980) i gang med undersøkelser av BCG-kulturer i 1928 for å finne ut om vaksinen var farlig. Birkhaug, som var professor i bakteriologi ved Rochester-universitetet, var veldig interessert i BCG-vaksinen og tuberkuloseforskning, og hadde derfor ingen innvendinger mot dette oppdraget. Han kom frem til at vaksinen var ufarlig og rådet det amerikanske bakteriologiske selskap til å ta vaksinen i bruk.<sup>78</sup>

BCG-vaksinen fikk likevel ikke sitt store gjennombrudd før på midten av 1930-tallet. En av grunnene til dette var den store katastrofen i 1930. Da professor G. Deycke vaksinerte 249 spedbarn med BCG-kulturer fra sitt laboratorium i Lübeck, fikk samtlige tarmtuberkulose og 77 av dem døde. Denne hendelsen førte til at Calmette ble anklaget for å være en morder. En undersøkelseskommisjon ble nedsatt, og under den påfølgende rettsaken, hvor Birkhaug ble sendt som observatør, ble Calmette frikjent. Deyckes og reservelegen fikk skylden og ble dømt til langvarig fengsel. De hadde vært slurvete og oppbevart BCG-kulturer sammen med høyvirulente tuberkelbasiller.<sup>79</sup>

Til tross for at undersøkelseskommisjonen og retten hadde frikjent Calmette og hans vaksine, var skaden allerede skjedd. Det medisinske miljøet ble nok engang skeptiske til BCG-vaksinen. To BCG-prosjekter som ble gjennomført ved Ullevål Sykehus i Norge bidro til at BCG-vaksinen igjen ble tatt i bruk. Det første ble utført av reservelege Johannes Heimbeck som vaksinerte frivillige sykepleierstudenter. Det andre ble utført av overlegen og Heimbecks sjef, Olaf Scheel, som vaksinerte frivillige medisinstudenter. Begge fikk omtrent samme resultat og konkluderte med at vaksinen hadde god beskyttende effekt.<sup>80</sup>

### **Burde det innføres en tuberkuloselov?**

Bakteriologiens gjennombrudd og Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen førte til at legenes kunnskaper om tuberkulosens smitteveier ble stadig bedre. Fordi en fortsatt ikke hadde utviklet medisiner eller vaksiner, var opplysningsarbeid og forebyggende arbeid de beste "våpnene" i kampen mot tuberkulose. I Norge opplevde legene at det var vanskelig å nå frem til folket med rett kunnskap. Det syntes å være

---

<sup>78</sup> Lærum 2001a, s. 946.

<sup>79</sup> Lærum 2001a, s. 947.

<sup>80</sup> Bjartveit 2007, s. 36-37.

behov for en samlende kraft i kampen mot tuberkulose, og det ble foreslått å innføre en nasjonal lov mot tuberkulosen.

Allerede i 1884, under et foredrag for Det medicinske Selskab, ble saken om foranstaltninger mot tuberkulose fremmet for første gang. Initiativtakeren var overlege Carl Frederik Larsen. Etter mange års engasjement i den norske tuberkulosedebatten gjennom artikler, foredrag, taler og undersøkelser hadde han blitt et kjent ansikt i det medisinske miljøet. Til tross for dette var Larsen en mann med få venner, men han var likevel ikke ensom «thi han havde én ven, og det var arbeidet og forskningen». Han ble ansett som en dyktig lege med stor arbeids glede. Etter sin død ble han i Axel Holsts minnetale omtalt som «en af vore foregangsmænd» i kampen mot tuberkulose. Han utarbeidet det første utkastet til en tuberkuloselov i 1893. At utkastet ikke fikk gjennomslag var kanskje delvis var Larsens egen skyld, da han hadde «vanskelig for at gaa paa akkord og samtidig for at slaa til lyd».<sup>81</sup> Ifølge Sæbø førte Larsens lovforslag likevel til at regjeringen tok initiativ året etter, noe som resulterte i Klaus Hanssen og Michael Holmboes lovforslag av 1895.<sup>82</sup>

Det var ikke tilfeldig at C.F. Larsen fremmet forslaget om foranstaltninger mot tuberkulose i 1884. Tidligere undersøkelser som hadde vist at tuberkulosen var på fremmarsj, hadde basert seg på medisinalstatistikker med store mangler hvor kanskje bare 25 % av dødsfallene ble registrert. Larsen var seg bevisst disse problemene, noe han understreket i flere av sine egne undersøkelser. Etter hvert ble medisinalstatistikken grundigere og mer presis, noe som ga grunnlag for bedre beregninger. I 1884 la Larsen frem for Det Medicinske Selskab tall som viste at sykdommen var på fremmarsj. Robert Kochs gjennombrudd i 1882 hadde også vist at sykdommen ikke var arvelig slik en tidligere hadde trodd. Disse faktorene gjorde det derfor mulig å ta opp kampen mot sykdommen, hevdet han, ettersom en nå hadde nok kunnskap til å gripe inn.<sup>83</sup>

Til tross for at flere leger konstaterte at tuberkulosen var i vekst i Norge, var det fortsatt mørketall som skapte usikkerhet omkring statistikken. Ifølge Andreassen var mortaliteten i distriktene ofte vanskelige å fastslå, ettersom dårlig legedekning og manglende kunnskap gjorde det vanskelig å fastslå alle dødsårsakene. For byene var tallene noe sikrere til tross for at det fortsatt manglet opplysninger om inn- og

---

<sup>81</sup> Kobro 1915, s. 13-14.

<sup>82</sup> Sæbø 1982, s. 40.

<sup>83</sup> Andreassen 1997, s. 34-36.



utflytting, hygieniske forbedringer, forhold mellom bydeler og mellom ulike samfunnsklasser. Studier fra slutten av 1800-tallet viste likevel at dødeligheten som følge av tuberkulose i Bergen og Kristiania ikke økte i særlig grad. Tilstanden i distriktene var derimot adskillig verre. Særlig på Vestlandet økte tallene kraftig. Ifølge Andreassen var økningen i Stavanger så stor at det var den dårligst stilte byen i landet. Larsen mente at tuberkulosens utbredelse i byen var på lik linje med de mest utsatte byene i Europa. Årsakene, mente han, måtte være den store tilflytning, den dårlige boligstandarden og at Stavanger var byen som huset størst antall sjøfolk.<sup>84</sup>

C.F. Larsen hevdet også at sykdommen spredte seg fra by til distrikt og fra kyst til innland via kommunikasjonslinjer som dampskip, jernbane og veier. Denne forklaringen blir fortsatt brukt blant historikere i dag.<sup>85</sup> Videre hevdet han at årsaken kunne være at rensligheten i mange av landsbygdene faktisk var dårligere enn i fattige byforhold.<sup>86</sup>

I likhet med C.F. Larsen, var mange leger for offentlige forholdsregler. Ifølge Sæbø var de offentlige legene en pressgruppe innenfor sosial- og helsepolitikk som viste sterkt engasjement. På bakgrunn av sin ekspertise ble de ofte brukt som konsulenter av myndighetene, og de var forberedt på å ta initiativ som fulgte deres embete. Gjennom legemøtene utgjorde legene en tungtveiende pressgruppe for å få på plass offentlige foranstaltninger mot tuberkulosen.<sup>87</sup>

Klaus Hanssen, som senere utarbeidet tuberkuloseloven av 1900 sammen med Michael Holmboe, var en sentral aktør i denne pressgruppen. Hans foredrag under det første norske legemøtet i 1887 med tittelen ”Hvorvidt bør man søke utvirket lovbestemmelser siktende til å motarbeide ftisens motarbeidelse?” utløste en omfattende diskusjon blant legene.<sup>88</sup> Hensikten med foredraget var å få fortløp i tuberkulosesaken og et større engasjement fra det offentlige i kampen mot tuberkulose, noe som han mente var påkrevd for å stanse sykdommens herjinger. For å klare dette, var offentlige forholdsregler helt nødvendige, mente han.<sup>89</sup>

Det var likevel noen kritiske røster som påpekte at tallene som viste tuberkulosens vekst fortsatt var mangelfulle, og at en likegodt kunne anta at

---

<sup>84</sup> Andreassen 1997, s. 36-37.

<sup>85</sup> Sæbø 1982, s. 4.

<sup>86</sup> Andreassen 1997, s. 37.

<sup>87</sup> Sæbø 1982, s. 41-42.

<sup>88</sup> Ftisens kommer fra det danske ordet ftisis som betyr tuberkulose. Les mer: Den Store Danske, 2009.

<sup>89</sup> Sæbø 1982, s. 42.

sykdommen var på retur.<sup>90</sup> I tillegg påpeker både Andreassen og Sæbø at den svake opposisjonen mot offentlige foranstaltninger var bygget på teorien om at tuberkulosen ikke var en smittsom sykdom.<sup>91</sup> Et av hovedargumentene deres var at foranstaltninger og informasjonsskrifter ville føre til økt smittefrykt blant innbyggerne. Når det i tillegg fortsatt var usikkerhet rundt sykdommens smittsomhet, var det ikke nødvendig å iverksette tiltak som kunne føre til frykt i befolkningen.

En av legene som var mest kritisk, var professor Ernst Lockmann. Den tidligere kompanikirurgen og korpsslegen i Kristiansand var sentral i det medisinske miljøet. Etter militærtjenesten ble han i 1865 professor i medisin. Han var en meget begavet lege med en bemerkelsesverdig personlighet. I tillegg til å være radikal, var han også tilhenger av smitteteorien.<sup>92</sup> Til tross for dette, mente han at ordet smitte var både farlig og misbrukt. Et for stort fokus på sykdommens smittsomhet kunne ramme de syke hardt, noe som i verste fall kunne føre til at tuberkuløse havnet utenfor samfunnet.<sup>93</sup>

Ved det andre norske legemøtet i 1889 holdt dr. Fredrik Gade et foredrag hvor han påpekte at det så snart som mulig burde innføres offentlige foranstaltninger mot sykdommen. Det var også utnevnt en tuberkulosekomité av legeforeningens styre. Denne skulle, i samsvar med det forrige legemøtetets beslutning, følge opp tuberkulosesaken. Da det sjette legemøtet ble holdt i 1895, opplyste Hanssen at medisinaldirektøren hadde blitt tildelt midler fra Stortinget som skulle gå til utarbeidelse av et lovforslag til offentlige foranstaltninger fra Stortinget. Hanssen la vekt på viktigheten av at forslaget ble behandlet snarest mulig. De mest konkrete forslagene som forelå var C. F. Larsens private lovforslag i Norsk Magazin i 1895, og duoen Klaus Hanssen og Michael Holmboes utkast fra 1895.<sup>94</sup>

De to lovslagene hadde en del grunnleggende likheter. Begge la blant annet stor vekt på viktigheten av anmeldelsesplikt, desinfeksjon og tvangsinnleggelse. Det var også disse punktene som i stor grad ble gjenstand for diskusjon både blant legene og politikerne. Av den grunn vil først og fremst de paragrafene som omtaler disse emnene bli behandlet videre i dette kapittelet.<sup>95</sup> Til tross for forslagernes likheter, var

---

<sup>90</sup> Andreassen 1997, s. 39-40.

<sup>91</sup> Sæbø 1982, s. 42 og Andreassen 1997, s. 65.

<sup>92</sup> Andreassen 1997, s. 24.

<sup>93</sup> Andreassen 1997, s. 65.

<sup>94</sup> Sæbø 1982, s. 42-43.

<sup>95</sup> For å se hele Larsens lovforslag les: Sæbø 1982, s. 55-58. For å se hele Klaus Hanssen og Michael Holmboes forslag les: Det medicinske Selskab 1897, s. 184-188.

det likevel noen avgjørende forskjeller. Larsens forslag besto blant annet av 11 paragrafer, mens Hanssen og Holmboes forslag var mer detaljert og besto av hele 20 paragrafer. Når det gjaldt anmeldelsesplikten, mente Larsen at den kun burde brukes ved dødsfall, flytting og når legen anså det som nødvendig. Hanssen og Holmboes anmeldelsesparagraf var derimot både strengere og mer omfattende. De ønsket at den aktuelle lege skulle med navn anmelde alle pasienter med diagnosen tuberkulose til sunnhetskommisjonens ordfører. Dermed kunne legene bedre kartlegge steder hvor sykdommen herjet og forstå hvor utbredt den var. Slik sett syntes anmeldelsesplikten i Hanssen og Holmboes forslag helt å være helt sentral for å gjennomføre hygieniske tilsyn.<sup>96</sup>

Ifølge Larsens paragraf om tvangsinnleggelse skulle denne kun benyttes hvis det av hygieniske årsaker ble ansett som nødvendig, og det «ikke paa betryggende Maade kan skaffes Pleie i anden privat Bolig». Var dette tilfellet, kunne den tuberkuløse bli innlagt på sykehus etter innstilling fra sunnhetskommisjonen, men kun for fire uker om gangen. Klaus Hanssen og Michael Holmboes alternativ var mer detaljert og de var mer opptatt av smittefaren den syke utgjorde for omgivelsene. Hvis sunnhetskommisjonens ordfører mente at den syke eller forholdene i boligen hans utgjorde en smittefare, skulle ordføreren ta tilfellet opp i helserådet. Deretter skulle det besluttes hvilke tiltak som skulle til for å «faa Mislighederne fjernede». Kun dersom tiltakene var umulige å gjennomføre eller den syke og hans omgivelser ikke fulgte retningslinjene som var gitt av sunnhetskommisjonen, kunne en bruke tvangsinnleggelse. Dersom bruken av innleggelse kom i fare for «Adskillelse af Ægtefolk, som ønsker at være forenede», skulle sunnhetskommisjonens beslutning forelegges etter amtmannens godkjennelse «efterat vedkommende Sognepræst har udtalt sig».<sup>97</sup>

Larsens paragraf om desinfeksjon var både lang og omstendelig. Ved dødsfall og flytting skulle det utføres rensing og desinfeksjon av bolig, innbo, klær og sengeklær. Dette skulle gjøres «ved almindelig offentlig Instruks fastsat eller af Sundhedskommissionen særskilt bestemt Maade». Før dette var blitt gjort, måtte ikke en ny beboer flytte inn i huset. Klær og innbo som var blitt benyttet av den syke eller hadde vært i det samme rommet som den syke hadde oppholdt seg i, måtte først desinfiseres før det ble solgt eller gitt videre til andre. Desinfeksjonen skulle utføres

---

<sup>96</sup> Sæbø 1982, s. 43-44.

<sup>97</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 185.

under kontroll av en sakkyndig etter den gjeldende sunnhetskommisjonens foranstaltning og nærmere regulering. Hanssen og Holmboe var helt enige med Larsen når det gjaldt desinfeksjon. Gjennom sine tre paragrafer 7, 8 og 9 foreslo de, i likhet med Larsen, desinfeksjon av bolig, innbo, klær og sengeklær ved dødsfall eller flytting. Både når det gjaldt desinfeksjon av klær og sengeklær før de ble solgt eller gitt bort og rensing av rommet før noen kunne flytte inn, ble det utformet egne paragrafer, henholdsvis § 8 og 9. Selv om likheten er slående, skilte Hanssen og Holmboes forslag seg noe fra Larsens. Ved dødsfall eller flytting ble også den behandlende legen, eller «vedkommende Husbond» når legen ikke hadde ført tilsyn regelmessig, å anmelde tilfellet til sunnhetskommisjonen. Anmeldelsen skulle skje innen den tidsfristen som ble fastsatt av sunnhetskommisjonen etter sunnhetslovens § 4. De ville også at utleieren skulle betale alle utgifter «der maate flyde af de nye Beboeres Udflytning, indtil den fornødne Renselse er foretagen».<sup>98</sup>

Ifølge Andreassen må Larsen på mange måter ha følt seg forbigått. Til tross for at han allerede i 1884 hadde fremmet viktigheten av en tuberkuloselov i Det medicinske Selskab, var det Klaus Hanssen som fikk æren av å være ”den første” til å fremme viktigheten av en tuberkuloselov under det Vestlandske legemøtet i 1885. I sitt lovforslag poengterte derfor Larsen i en lengre fotnote at det var han, og ikke Klaus Hanssen, som først hadde tatt opp spørsmålet om en tuberkuloselov. Dette må ha blitt skrevet av en fornærmet Larsen, hevder Andreassen. I 1893 hadde C. F. Larsen også fremmet dette forslaget for regjeringen, noe som hadde bidratt til at det ble forgang i prosessen. Da stortinget i 1894 bevilget 3000 kroner til utredning av lovforslag mot tuberkulosen og vurdering av behovet for sanatorier, ble oppgaven tildelt den nye medisinaldirektøren som fikk Klaus Hanssen med på laget. Dermed var Larsen utelatt fra utredningen som han ønsket å delta i.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 185-186.

<sup>99</sup> Andreassen 1997, s. 93-94.

## Kapittel 3:

### Diskusjonen om forslag til tuberkuloselov

Før Klaus Hanssen og Michael Holmboes lovforslag ble vedtatt av Stortinget den 8. mai 1900, ble det gjenstand for debatt både blant legene i Det medicinske Selskab og blant stortingspolitikere. Diskusjonen handlet ikke lenger om behovet for en tuberkuloselov, men om forslaget mest kontroversielle paragrafer. Selv om forslaget hadde stor oppslutning, var det noen som ikke var helt fornøyd med Hanssen og Holmboes arbeid.

I dette kapitlet vil jeg først undersøke personene bak tuberkuloseloven. Hvem var Klaus Hanssen og Michael Holmboe? Deretter vil jeg gå nærmere inn på debatten rundt lovforslaget i Det medicinske Selskab og behandlingen i Stortinget. Hovedfokuset vil være på de kontroversielle anmeldelses-, tvangsinnleggelses- og desinfeksjonsparagraferne, og hvordan disse ble mottatt i Det medicinske Selskab og på Stortinget.

#### Klaus Hanssen

Klaus Hanssen (1844-1914) var en av de mest sentrale legene i kampen mot tuberkulose. Han vokste opp i en kjøpmannsfamilie med 15 barn, der han var nummer 10 i rekken. I 1851 gikk faren, Claus Hansen, konkurs. Dette førte til at Klaus Hanssen vokste opp under trange kår. Til tross for dette gjorde mange av søsknene det godt senere i livet, og flere av dem fikk en god utdanning.<sup>100</sup>

Til å begynne med ville Klaus Hanssen bli kjøpmann, i likhet med sin far. Etter middelskoleeksamen begynte han å arbeide på kontor i Norges Banks avdeling i Bergen. Få år senere tok han eksamen artium i 1865. Deretter reiste han til hovedstaden for å studere medisin ved Universitetet i Kristiania. Noen år tidligere hadde broren Gerhard Armeuer Hansen også studert medisin, og en skal ikke se bort fra at dette kan ha inspirert Klaus.<sup>101</sup>

Da han var ferdig med medisinstudiet i 1872, hadde han et kort opphold på Gjøvik hvor han vikarierte for kommunelegen dr. Didrik Lærum. Etter å ha vært

---

<sup>100</sup> Lærum 2005, s. 3-4.

<sup>101</sup> Lærum 2005, s. 9-11.

kandidat ved Rikshospitalets hovedavdeling i Kristiania, vendte han tilbake til Bergen og etablerte seg som allmennpraktiserende lege høsten 1873.

Klaus Hanssen giftet seg to ganger i løpet av livet sitt. Hans første kone var Ida Christine Johannessen fra Bergen, som han giftet seg med i mai 1875. Sammen fikk de tre barn, men lykken ble kort. I 1879 døde hun av tuberkulose etter bare fire års ekteskap. To år senere giftet Klaus Hanssen seg igjen med Dorothea Marstrand Serck fra Bergen. Sammen fikk de åtte barn, der to av dem døde tidlig.<sup>102</sup>

Ifølge Ole Didrik Lærum var Klaus Hanssen utadvendt og engasjert, men han hadde også et hissig temperament som gikk fort over. Som lege var han både dyktig og godhjertet, men samtidig allsidig med fagkunnskap som gjaldt både allmennpraksis, fødselshjelp og indremedisin med spisskompetanse innen tuberkulose. Han startet en privatklinikk som han drev fra 1884 og frem til 1891, da han ble amtslege i Bergen. Etter dette ble han i 1894 ansatt ved det kommunale sykehuset i Bergen, som lå på Engen. Her var han overlege på Medisinsk avdeling i 20 år.

Klaus Hanssen var veldig opptatt av å bygge opp det medisinske miljøet i Bergen. Han var med på å starte tidsskriftet «Medicinsk Revue» i 1884, som han redigerte sammen med sin bror Gerhard Armauer Hansen. Gjennom Medicinsk Revue publiserte han mange av sine faglige artikler, selv om han aldri ble en like stor vitenskapsmann som sin bror. Tidsskriftet ble viktig for fremveksten av den medisinske vitenskapen i Bergen og som offisielt talerør for Bergens lægeforening. Klaus Hanssen spilte en hovedrolle da Bergens legeforening ble gjort om til Det medisinske selskap i Bergen.<sup>103</sup>

Også på det nasjonale plan ble han en sentral person. Han var en foregangsperson med hensyn til oppbygning av tuberkuloseinstitusjoner, og var med på å stifte sanatorier og omdanne tomme leprasykehus til tuberkulosepsykehus og tuberkulosehjem. Det mest kjente av disse var Luster sanatorium som han fikk bygget i regi av St. Jørgen stiftelsen i Bergen. I tillegg til sitt engasjement i kampen mot tuberkulose var han også med på å stifte Den norske lægeforening, hvor han var president i tre perioder. Sammen med Søren Laache var han en viktig drivkraft bak de nordiske kongressene i indremedisin. Dette førte til at han i 1909 også ble president under et møte i Skagen. Hans stilling som lege var etter hvert blitt så stor at han i

---

<sup>102</sup> Lærum 2005, s. 11-12.

<sup>103</sup> Lærum 2005, s. 13-14.

1891 ble tilbudt jobben som medisinaldirektør. Han takket nei til dette tilbudet, og fortsatte sitt arbeid i Bergen.<sup>104</sup>

Det var likevel hans arbeid i kampen mot tuberkulosen Klaus Hanssen var mest kjent for. Allerede i 1885, ved det første vestlandske legemøtet i Bergen, talte han engasjert for det forebyggende arbeidet mot tuberkulosen. To år senere oppfordret han Den norske lægeforening til å utforme et sett med lover og regler mot tuberkulosen. Dette førte til opprettelsen av en komité som han satt i sammen med dr. Frederik Gade. Arbeidet resulterte i utgivelsen av tuberkuloseplakaten med et opplag på over 10 000 eksemplarer. Noen av reglene i tuberkuloseplakaten var til en viss grad lik de som senere ble presentert i Hanssen og Holmboes lovforslag, og helserådenes bestemmelser for arbeidsplasser, hoteller, skoler, forsamlingslokaler, m.m. Reglene i plakaten var både strenge og detaljerte:

”2. Den syge maa aldrig spytte paa gulvet eller i lommenørklædet, men enten i krus, hvori lidt vand, eller i spyttebakke af metall eller stentøi, fyldt med ener eller sagmugg. Spyttebakke eller kruset tømmes og vaskes minst to ganger daglig. Innholdet bør helst brændes; det kan også kastes på sjøen eller på bingen eller nedgraves.

4. Den syge maa aldrig ligge i seng sammen med andre, helst bør han have sitt eget soverum, der stadig maa udluftes.
5. Den syge maa have sine egne tobakspiber, kopper, glas og skeer, der ikke maa benyttes av nogen andre. At kysse en tæringssyg kan medføre fare.”<sup>105</sup>

I 1894 fikk Klaus Hanssen sammen med medisinaldirektør Michael Holmboe i oppdrag fra Stortinget og Justisdepartementet å utforme en tuberkuloselov. Denne loven var på mange måter inspirert av lepralovene av 1877 og 1885. Den inneholdt blant annet anmeldelsesplikt, tilsyn, tvangsinnleggelse og tvungen desinfeksjon. Lovene som Hanssen og Holmboe la frem, representerte en stor inngripen i den private frihet, og utløste omfattende debatter blant leger og politikere under behandlingen av lovforslaget.<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> Lærum 2005, s. 14.

<sup>105</sup> Lærum 2005, s. 15-16.

<sup>106</sup> Lærum 2005, s. 16-20.

## Michael Holmboe

Michael Holmboe var sønn av statsråd og senere sorenskriver Jens Holmboe. Han ble født i Tromsø 8. mai 1852. I 1876 fullførte han *candidatus medicinae* ved Universitetet i Christiania og ble kandidat ved Rikshospitalet. Etter et kort opphold som assistentlege ved Gaustad asyl i 1877, dro han samme år til Tyrkia hvor han tjente som feltlege under den tyrkisk-russiske krigen. Da han vendte hjem i 1878, fikk han stilling som assistentlege hos distriktslege Fredrik Vogt i Tvedestrand. Etter to år i Tvedestrand reiste han til Trondheim hvor en stilling som reservelege ved Rotvold asyl ventet ham. Holboes opphold ved Rotvold må ha vært preget av en travel hverdag ettersom han også var lege ved Ranheims cellulosefabrikk og Ranheims, Lade og Malviks arbeiderforeningers sykekasser. Under denne perioden må han ha utmerket seg ettersom ansettelsen hans stadig ble fornyet og han gjentatte ganger også fungerte som direktør ved asylet. I 1892, tolv år etter han reiste til Trondheim, ble han ansatt som amtslege for Søndre Trondheims amt. Denne stillingen hadde han i litt over et år før han flyttet til Kristiania i 1893, da han takket ja til stillingen som medisinaldirektør.<sup>107</sup>

Det var psykiatrien som var Holmboes viktigste interesseområde under store deler av hans legekarriere. Likevel er det kanskje innsatsen i kampen mot tuberkulosen han er mest kjent for. I sin rolle som medisinaldirektør fikk han gjentatte ganger oppgaver som var direkte tilknyttet til tuberkulosesaken. Etter oppdrag fra Justisdepartementet i 1894 utarbeidet han sammen med Klaus Hanssen et forslag til en offentlig lov mot tuberkulosen. Seks år senere, på Holmboes 48 årsdag, vedtok Stortinget forslaget med noen få endringer.

Han utførte også en rekke utenlandsreiser i forbindelse med tuberkulosesaken. I 1896 besøkte han tuberkulosesanatorier og sinnssykeasyler i Tyskland og Sveits, for å observere anleggene og hvordan disse ble driftet. Tre år senere, i 1899, vendte han tilbake til Tyskland. Denne gangen representerte han Norge ved tuberkulosekongressen i Berlin, hvor han også var en av ærespresidentene. På kongressen ble blant annet Robert Kochs artikkel om ”The etiology of tuberculosis” diskutert.<sup>108</sup> I 1901 reiste han nok en gang for å representere Norge ved

---

<sup>107</sup> Holck, 2009.

<sup>108</sup> Stiles 1899, s. 491-492.



tuberkulosekongressen som denne gangen ble holdt i London. Da han besøkte den 14. internasjonale legekongressen Madrid i 1903, var det ikke bare som Norges utsending, men også som ærespresident i den hygieniske seksjonen. Holmboe deltok også på den internasjonale tuberkuloseforeningens konferanser i København (1904) og Wien (1907), hvor han siden 1902 hadde vært æresmedlem. Ved flere av reisene benyttet han muligheten til å observere og studerte karantenevesenet i Hamburg og Cuxhafen, de nye tuberkulosesanatoriene i Sverige, og tuberkulosesanatorier i Paris og Jylland. Fra 1894 var han formann for Den norske læge forenings tuberkulosekomité.<sup>109</sup> Som medisinaldirektør var Holmboe meget engasjert i tuberkulosespørsmålet, og var veldig positiv til offentlige tiltak mot tuberkulosen.

I likhet med Klaus Hanssen, som mistet sin kone, fikk også Holmboe oppleve tuberkulose på nært hold. Ifølge Kjell Bjartveit døde to av hans ni barn da de ble smittet av barnepiken som hadde tuberkulose. Barnepiken hadde tygget maten for barna før hun matet dem, noe som visstnok skal ha smittet dem.<sup>110</sup> En skal derfor ikke se bort fra at dette kan ha vært en viktig faktor bak hans positive holdning til en offentlig tuberkuloselov og hans store engasjement i tuberkulosesaken.

### **Tuberkuloseloven blir til**

Tuberkuloseloven av 8. mai 1900 hadde to formål: det første var å beskytte befolkningen mot videre smitte av tuberkulose, og det andre var å gi de tuberkuløse best mulig behandling. Hanssen og Holmboes lovforslag førte imidlertid til store meningsforskjeller blant både leger og politikere. Hvordan var legenes og politikernes syn på å vedta en tuberkuloselov og hvordan ble lovforslaget mottatt?

Da spørsmålet om en tuberkuloselov ble tatt opp i det medisinske Selskab i 1896, var legene delt i to blokker. Den ene blokken mente det var nødvendig med en tuberkuloselov, mens den andre var kritisk til forslaget. Majoriteten var positive til en lov, men uenige om innholdet i paragrafene om tvangsinngrep. Minoriteten av legene mente at det ikke var ønskelig med en tuberkuloselov i det hele tatt og at administrative forskrifter til sunnhetskommisjonene var et bedre alternativ. Ifølge Sæbø mente motstanderne av loven at det måtte tas mer hensyn til lokale forhold og motarbeide sentraliseringstendenser. De var også redde for at lovforslaget var for

---

<sup>109</sup> Kobro 1908, s. 527-529.

<sup>110</sup> Bjartveit 2007, s. 22-23.

strengt og kunne skape smittefrykt blant befolkningen, noe som kunne få stigmatiserende og skremmende virkning. Sist, men ikke minst, fryktet de at tvangsinngrepene loven forskrev, ville medføre for store inngrep i den enkeltes frihet.<sup>111</sup>

I 1896 innledet Carl Fredrik Larsen diskusjonen i Det medicinske Selskab om Hanssen og Holmboes forslag til offentlige foranstaltninger av 1895. Flere leger var takknemlige for Larsens initiativ slik at de kunne få anledning til å uttale seg om Hanssen og Holmboes lovforslag. Diskusjonen ble ført på flere møter, og mange leger hadde synspunkter på forslaget. Av paragrafene i forslaget var det først og fremst anmeldelsesplikt, offentlig kontroll av de syke og til en viss grad tvungen innleggelse på sykehus som var «Gjenstand for Meningsforskjel».<sup>112</sup> Hvorfor kom disse paragrafene til å bli så omstridte?

Den første som tok ordet etter C. F. Larsens innledning under det første møtet den 4. november 1896, var tuberkuloselegen Kristian Feyer Andvord (1855-1934). Han hadde bakgrunn som lege ved et par sanatorier og var fungerende overlege ved høyfjellssanatoriet ved Gausdal hver sommer fra 1896 til 1916.<sup>113</sup> Andvord var særlig opptatt av forslaget § 5 om tilsyn i hjemmene. Han var gjennomgående kritisk til at sunnhetskommisjonens ordfører skulle ha ansvar for og utføre tilsyn ved hver anmeldelse. Det var heller den behandlende legen som burde ha dette ansvaret. Det var nettopp denne paragrafen sammen med § 7 om tvungen desinfeksjon som hadde «skaffet denne saamange Modstandere». Han påpekte at de fleste innleggene for og imot disse paragrafene regnet den behandlende legen som «en meget viktig og uundgaaelig Faktor». Klaus Hanssen hadde selv kommentert at de tilfellene hvor det var en behandlende lege, var det denne legen som ville føre det hygieniske tilsynet. Andvord mente derfor at det var påkrevd å omredigere § 5.<sup>114</sup>

Etter Andvords mening ville den beste løsningen være at den behandlende legen tok den offentlige legens plass, «ialfald til at begynde med». Det var han som i de fleste tilfellene var best skikket til å opplyse den syke og omgivelsene om tiltak for å hindre videre smitte. Medisinalstyrelsen skulle bare gi legene nødvendig veiledning. Fryktet den behandlende lege for videre smitte, skulle saken anmeldes videre til sunnhetskommisjonens ordfører. Deretter var det ordførerens oppgave, helst etter å ha

---

<sup>111</sup> Sæbø 1982, s. 80-81.

<sup>112</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 16-17.

<sup>113</sup> Kobro 1908, s. 28-29.

<sup>114</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 22-25.

rådført seg med den behandlende legen, å videreformidle saken til sunnhetskommisjonen for å beslutte om tvangsinnleggelse var nødvendig. Andvord hevdet at dette ville forhindre «enhver unødig og utidig Indgriben i Privatlivet fra det Offentliges Side». Samtidig ville anmeldelsesplikten få større oppslutning.<sup>115</sup>

Axel Holst, professor i hygiene og bakteriologi ved Universitetet i Kristiania, var en usedvanlig aktiv vitenskapsmann, som i løpet av karrieren ble formann i Det medicinske Selskab og president i Den norske Lægeforening.<sup>116</sup> Han var en av landets første bakteriologer. I debatten påpekte han at det ikke lenger var nødvendigheten av foranstaltning mot tuberkulosen som skapte meningsforskjeller. Det var heller ikke anmeldelse eller desinfeksjon etter tuberkulose som skapte forskjellige oppfatninger. Søkelyset var rettet mot hvem som skulle anmeldes og hvem som skulle desinfiseres. Han mente at det var viktig å ha anmeldelsesparagrafer, da «den Øvrighed» som skulle iverksette tiltakene til foranstaltningen var avhengig av å vite «hvor og naar der optræder Tilfælde af Sygdommen». At det var tuberkulose som skulle anmeldes, var selvsagt. Problemet var derimot om en skulle anmelde alle tuberkulose, eller kun de som utgjorde den største smittefaren. Overlege Gjør mente at kun de verste smitekildene burde anmeldes, de som var «sengeliggende eller saa kleine, at de ikke længere kan arbeide i nogen væsentlig Grad». En slik løsning var Holst sterkt uenig i, og mente at den ville bli for ufullstendig.<sup>117</sup>

”Thi naar skal en Tæringspatient betragtes som sengeliggende? Vel ikke, før han bliver sengeliggende til Stadighed? Men dette indtræder hos den ene Tæringspatienten sent, hos den anden tidlig, uden at de, som gaar oppe i det længste behøver at være det ringeste mindre farlige for andre end de, der gaar tidlig til sengs. Og hvad skal man forstaa ved Tæringspatienter, der er saa kleine, at de ikke kan arbeide i nogen væsentlig Grad? Dette er jo ligeledes et meget svævende Begreb, som den ene Læve vil opfatte paa den ene og den anden paa en ganske anden Maade.”<sup>118</sup>

Til tross for disse svakhetene foretrakk han denne løsningen fremfor forslaget til stadsfysikusen i Trondheim, Marius Friman Bøckmann (1846-1928), som foreslo

---

<sup>115</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 24-25.

<sup>116</sup> Holck, 2009.

<sup>117</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 27-29.

<sup>118</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 29.

at anmeldelse kun skulle skje ved dødsfall. Det fantes imidlertid et mellomforslag. Det ble fremmet av C.F. Larsen og gikk ut på å anmelde ved dødsfall, flytting og for tuberkuløse som bodde under dårlige hygieniske forhold.<sup>119</sup> Heller ikke dette forslaget fant Holst tilfredsstillende da det manglet opplysninger om:

”Sygdommens Udbredning, hvor og naar den optræder hyppig og hvor sjelden, hvor og naar Tilfældene kanske pludselig klumper sig sammen og hvor de optræder spredt».”<sup>120</sup>

På bakgrunn av disse argumentene mente Holst at det beste alternativet tross alt var det Klaus Hanssen og Michael Holmboe hadde foreslått, om anmeldelse av alle tuberkuløse uten å skille mellom dem.<sup>121</sup>

Etter anmeldelse skulle sunnhetsvesenet avgjøre i hvilke tilfeller det trengtes desinfeksjon. På dette punktet var det ulike syn. Bøckmann mente en kun skulle desinfisere ved dødsfall. Ifølge C.F. Larsens lovforslag burde desinfeksjon utføres ved både flytting og dødsfall. Hvis en kunne føre desinfeksjon ved dødsfall, mente Holst at det på samme grunnlag burde gjøres ved flytting.<sup>122</sup> Holst var derimot mer interessert i å diskutere bruken av paragrafen. Etter en anmeldelse, skulle det føres hygienisk tilsyn i tråd med lovforslagets § 5, av sunnhetskommisjonene. Noen leger var derfor redde for at en slik paragraf skulle føre til at tuberkuløse ikke fikk fred fra sunnhetskommisjonene. Andre leger påpekte at paragrafens mangel på maktmidler ville føre til at kommisjonenes tilsyn begrenset seg til råd som ingen trengte å følge. Den hadde derfor ingen maktmidler til å gjennomføre forordningene.<sup>123</sup>

Ingen av disse scenarioene kom til å skje, trodde Holst. Han siktet til at omfanget av anmeldte ville nok bli for stort til å vite hvor en skulle føre tilsyn. I de tilfellene der det var en husepidemi, var det derfor ingen tvil om at ordføreren skulle kontrollere boligen. Spørsmålet var derimot hvordan ordføreren skulle vite hvilke anmeldte han skulle kontrollere i andre og mer dagligdagse saker. Her var en avhengig av at de behandlende legene gjorde oppmerksom på de som hadde behov for dette, men at det samtidig ble utført kontroll i disse sakene var «hævet over Tvivl».

---

<sup>119</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 30-31.

<sup>120</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 30.

<sup>121</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 30.

<sup>122</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 30-31.

<sup>123</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 31-32.

Innvendingen om «at Sundhedskommissionernes Magtmidler til at tvinge gennem større Renslighed o.lign. skulde være utilstrekkelige», var han heller ikke enig i. Sunnhetsforskriftene i Kristiania hadde allerede bestemmelser om hvor en kunne gripe inn. Sunnhetskommisjonene kunne blant annet kreve innskrenkning av antall beboere i leiegårder. Ved dårlige sanitære forhold, kunne en bestemme «hvad den anser for nødvendig til disse Misligheds Fjernelse». Holst gikk ut fra at disse allerede eksisterende maktmidlene kunne være til hjelp i stor grad.<sup>124</sup>

Helt til slutt i sitt innlegg kom Axel Holst inn på smittefrykten som hadde vært så «stærkt betonet». Stadsfysikus Bøckmann mente at smittefrykten kom til å «vokse i en urimelig Grad». Dette var Holst til en viss grad enig i, «at den i hvert Fald for en Tid maa komme til at vokse *noget*». Hvis staten stemplet en sykdom som smittsom, ville det få innflytelse på folks oppfatning og handlemåte. Det ville i mange tilfeller være positivt, spesielt i tilfeller der tuberkuløse og deres omgivelser var sløve og likegyldige i håndteringen av spyttet. Smittefaren ville derfor bli forminsket når omgivelsene ble mer bevisst på den. At de tuberkuløse skulle «lide under nogen urimelig Frygt», var han ikke redd for. Hvis smittefrykten likevel skulle vokse mer enn Holst forestilte seg, så var det bedre «at den er for stor end for liden».<sup>125</sup>

Gotfred Eugen Bentzen (1852-1937) var stadsfysikus i Oslo og kjent for sitt arbeid innen hygiene. I løpet av karrieren jobbet han som overlege ved epidemiavdelingen på Ullevål sykehus og som medisinaldirektør.<sup>126</sup> Bentzen påpekte at han tidligere hadde uttalt at forslaget var for detaljert og at tvangsinnleggelsen tok:

«for lidet Hensyn til de humane Krav, at en Syg, som bringes bort fra sit Hjem med Udsigt til at dø udenfor dette, ikke bør fjernes længere fra Hjemmet, end at den Syges Familie har Adgang til at besøge og se ham».<sup>127</sup>

Det burde derfor bygges færre store pleieanstalter som pasientene måtte reise langt til. En måtte heller fokusere på å bygge mindre tuberkulosehjem som var nærmere de sykes hjem. Han var enig i forslagets hovedtrekk, at det burde skaffes en pålitelig oversikt over sykdommens utbredelse, at sunnhetskommisjonene fikk

---

<sup>124</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 31-32.

<sup>125</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 33.

<sup>126</sup> Kobro 1908: s. 75-77.

<sup>127</sup> Det medicinske Selskab 1897: s. 33-34.

mulighet til å gripe inn i alvorlige tilfeller, at det ble bygget tuberkuloseanstalter og at kommunene skaffet sykehus eller passende husrom til tuberkuløse.

Likevel ønsket Bentzen å fjerne §§ 4 og 5 fra forslaget ettersom han mente det var umulig å gjennomføre av sunnhetskomisjonens assistenter alene. Hvis en skulle klare «at holde Rede paa de Syge», måtte en få hjelp fra politiet. Derfor mente han at en så detaljert lov ville være «uudførlig og ganske sikker ikke hensigtssvarende» i de store byene. Han mente at det ville være bedre om de behandlende legene hadde ansvar for dette. Først når den behandlende legen mente det var ønskelig med sunnhetskomisjonens involvering eller bistand, mente Bentzen at kommisjonen kunne hjelpe til. Bentzen påpekte også at den sykes arbeid og forhold kunne komme til skade «i saadan Berøring med en større Almenhed». Skulle en unngå dette, måtte sunnhetskommisjonen involvere seg med den behandlende lege som mellomledd. Slik kunne en unngå at tuberkuløse eller publikum merket «at Sundhedskommissionen i Tide og Utide staar bag». For å ha en sikker mening om den syke eller omgivelsene fulgte forholdsreglene, måtte sunnhetskommisjonen kontrollere på forskjellige tidspunkt og meget hyppig. Derfor ville det bare være mulig for den behandlende lege å «Værge for disse Forhold». <sup>128</sup> Han stilte seg imidlertid positivt til tvangsinngjeldelsesparagrafen, men mente at denne kun måtte anvendes ved de verste tilfellene:

”Mod § 6 har jeg derimod intet at indvende, idet jeg her lægger Vægt paa, at der skal foreligge *særlig* Grund til at befrygte Sygdommens Overførelse til Omgivelserne eller, som jeg heller skulde ønske det udtrykt, «til Andre», for at Sundhedskommissionen ligeoverfor det enkelte Tilfælde *publice* skal optræde paa Scenen”<sup>129</sup>

Bentzen hevdet at desinfeksjon bare til en viss grad kunne være nyttig. Det ville likevel være lite praktisk å desinfisere alle rommene den syke hadde hatt som tilholdssted i forskjellige stadier av sykdommen og til forskjellige tidspunkt. Han var derimot enig i at desinfeksjon etter flytting, innleggelse eller dødsfall ville være både overkommelig, nyttig og ikke ville medføre for mye arbeid «naar Forholdene i Hjemmet er mislige». I så fall burde desinfeksjon utføres kun i de aller verst

---

<sup>128</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 36-37.

<sup>129</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 37.

tenkelige tilfellene, og da tenkte han spesielt på «det Klientel, som falder under Bylægerne Virksomhed». Han mente derfor at § 7 om anmeldelse ved flytting og dødsfall kunne sløyfes ettersom den kunne «siges at ligge i § 6 med den af mig foreslaaede Tilføielse» om foranstaltninger i private hus og innleggelse på sykehus.<sup>130</sup>

Overlege Herman Gjør (1828-1905), som senere ble formann i Det norske medicinske Selskab, stilte seg positiv til loven. Han var sikker på at en mer modifisert form av loven ville få støtte fra de fleste.<sup>131</sup> Samtidig var han overbevist om at «Uden en særskilt Lov vil man vist ikke komme nogen Vei med Tuberkulosen». For å hjelpe legene å komme til enighet, kom han med noen bemerkninger om § 5. Han hadde tidligere skrevet en artikkel i Lægeforeningens Tidsskrift hvor han foreslo å begrense anmeldelsene til de mest fremskredne sykdomstilfellene hvor den behandlende legen skulle ha ansvar for hygienisk kontroll i de tuberkuløses hjem. Han ville med andre ord «formilde Bestemmelsernes Strengthed». Han innrømmet imidlertid at forslaget hans ville føre til at den statistiske oversikten over tuberkulosens utbredelse ville gå tapt. I likhet med Andvord, holdt han fast på at § 5 om oppsyn med de syke, måtte endres.<sup>132</sup> At sunnhetskommissjonens ordfører skulle føre tilsyn i hjemmene, ville skape for stor oppmerksomhet, noe som kunne få store konsekvenser for den syke:

”Hvis imidlertid ikke denne Kontrol udføres med stor Konduite og Varsomhed, saa kan der skabes rent umulige forhold. Anmeldelserne vil nemlig let blive almindelig bekjendte, og da vil den Syge ganske vist risikere at finde de fleste Sanatorier stængte og kanske miste sin Plads paa Kontor eller Butik, og jeg vil endog sige, at den behandlende Læge for at undgaa saadanne Ulemper kunde fristes til i enkelte Tilfælde at undlate Anmeldelsen.”<sup>133</sup>

For å forhindre et slikt scenario, mente Gjør at tilsyn i hjemmene bare burde utføres av legen etter å ha konferert med sunnhetskommissjonens ordfører. Ordføreren burde kun besøke hjemmene i de tilfellene hvor legen mente at innleggelse på sykehus var nødvendig og kanskje ønsket å gjøre «hans Autoritet gjældende».

Gjør stilte seg positiv til tvangsinnleggelsesparagrafen og mente det var «et af de største Fortrin ved Lovudkastet». Han trodde derimot ikke på en nedgang i

---

<sup>130</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 37-38.

<sup>131</sup> Kobro 1908, s. 353-354.

<sup>132</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 42-43.

<sup>133</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 43.

tuberkulosens utbredelse før det var bygget nok pleiestiftelser for de mest smittsomme tuberkulosepasientene. Helbredelsesanstaltene for de i tidlig stadium måtte derfor prioriteres i fremtiden. Han hadde store forventninger til loven og håpet at den ville bli et stort fremskritt og til «Velsignelse for Landet».<sup>134</sup>

Jens Daae Bugge (1865-1921) var kun 31 år og jobbet som reservelege ved Rikshospitalets avdeling A. I 1893 hadde han fått stilling som assistent ved Rikshospitalets patologisk-anatomiske institutt.<sup>135</sup> Etter et kort innlegg hvor han viste til statistikker og undersøkelser som underbygget tuberkulosens hyppighet, erklærte han sin fulle tilslutning til lovforslaget.<sup>136</sup> Overlegen ved Rikshospitalets nyopprettede barneavdeling, Axel Johannessen (1849-1926), var av samme oppfatning. Som en av landets første barneleger, la han særlig vekt på tuberkulosens utbredelse hos barn.<sup>137</sup> Han mente at erfaringene og statistikkene viste at tuberkulosen var økende i landet, særlig blant barn.

”Skulde man efter det foregaaende søge at samle resultaterne af vore Erfaringer, vilde disse nærmest kunne formes saaledes:

- 1) Tuberkulose er en smitsom Sygdom.
- 2) Den er i væsentlig Grad en Barnesygdom.
- 3) Den kan helbredes. –

Ud fra disse Erfaringer kan man ikke andet end give Forslaget sin Tilslutning.”<sup>138</sup>

Den tidligere kompanikirurgen og korpslegen Berendt Christian Vedeler (1836-1909) stilte seg derimot kritisk til lovforslaget. Han var en meget sentral person i Det medicinske Selskabs diskusjoner i 1880- og 1890-årene og engasjerte seg i de fleste medisinske spørsmål.<sup>139</sup> Kritikken hans rettet seg ikke mot lovforslaget i seg selv, men mot tvangsforanstaltningene.

”En Tvangsforanstaltning er Tyranni ligeoverfor den Friske og dobbelt Tyranni ligeoverfor den Syge, som ikke ved sin egen Skyld er bleven syg.

---

<sup>134</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 43.

<sup>135</sup> Kobro 1908, s. 181.

<sup>136</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 41-42.

<sup>137</sup> Kobro 1908, s. 605-607.

<sup>138</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 57.

<sup>139</sup> Kobro 1915, s. 519-520.



Trods dette, skulde jeg være med paa enhver Forholdsregel, hvis jeg vidste, den hjalp, men Erfaring har jo lært os, at de lidet nytter mot de akute smitsomme Sygdomme.»<sup>140</sup>

Erfaring viste at en stort sett var hjelpeløs mot de epidemiske sykdommene, fremholdt Vedeler. Når det gjaldt de kroniske sykdommene, var spedalskhet på Vestlandet avtagende, men årsaken til dette var usikkert. Han pekte på flere faktorer som han trodde var medvirkende; ikke noen ny import fra utlandet, isolasjon ved pleiestiftelser, bedre renslighet og stell på Vestlandet og stor smittefrykt blant befolkningen. Den viktigste faktoren var likevel at leprabasillen var i ferd med å dø ut på Vestlandet. Dette ville føre til at tuberkulosebasillen ville ta dens plass og «efter et Aarhundre eller to, at følges af en tredie». Lovforslagets tvangsforanstaltninger ville ikke «nytte det mindste endnu», spesielt ikke når legene hadde så liten kunnskap om tuberkelbasillen. Hvis legene ikke hadde den tilstrekkelige kunnskapen om sykdommen, hjalp det lite at juristene skrev lover, poengterte han.<sup>141</sup>

Den kanskje største kritikeren av lovforslaget var professor Vilhelm Uchermann ved Universitetet i Kristiania. Han hadde studert i utlandet flere ganger og var spesialist på øre-, hals- og hudsykdommer.<sup>142</sup> Uchermann mente i hovedsak at lovforslaget var for omfattende, og at kostnadene ikke kom til å stå i stil med resultatene. Samtidig baserte loven seg på feilaktig og usikker kunnskap. Blant annet var statistikkene for usikre til å bevise at tuberkulosen var økende og den var bare rettet mot luftsmitte «som tilmed neppe er den hyppigste». I det hele bygget lovforslaget på feil prinsipp.

”Det er ikke ved at plukke du hver enkelt infektios Sygdom og – mod dem træffe særskilte Lovbestemmelser, men det er først og fremst ved at forbedre hele det almindelige hygieniske Grundlag, at noget virkelig Effektivt og Varigt kan udrettes. Med samme Føie kan man foreslaa særskilte Love mod Lungebetændelse (med 10 pCt. af alle Dødsfald i Aldersklassen 21-60 Aar), Kræft, Syphilis. Det er jo dog ogsaa smitsomme Sygdomme?”<sup>143</sup>

---

<sup>140</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 43-44.

<sup>141</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 44.

<sup>142</sup> Kobro 1915, s. 502-504.

<sup>143</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 59.

Anmeldelsesparagrafene (§ 2, 4 og 7), tvangsinnleggelsesparagrafen (§ 6) og tilsyn med desinfeksjon (§ 5) var de paragrafene som fikk strykkarakter. De var for omfattende og altfor kostbare. Likevel understreket Uchermann at han «ikke er imod specielle Foranstaltninger imod Tuberkulosen i og for sig». Av økonomiske hensyn og på grunn av de forskjellige lokale forholdene burde slike foranstaltninger være kommunale, ikke statlige. På den måte kunne de bli bedre tilpasset herredenes spesielle forhold og økonomiske evne. Til slutt konkluderte Uchermann med at lovforslaget gikk altfor langt. En burde innskrenke seg til dødsstatistikk, desinfeksjon etter dødsfall, bestemmelsen om salg eller gave av den avdødes klær, og «Forbud mod at utsætte tuberkuløse Personer i Lægd eller tage Børn i Pleie, naar man lider af chronisk smitsom Sygdom».<sup>144</sup>

Forslagsstiller og medisinaldirektør Michael Holmboe deltok også i diskusjonen og forsvarte lovforslaget. Han registrerte at enkelte av de foreslåtte paragrafene hadde fått mye kritikk, først og fremst de om anmeldelsesplikt, tilsyn med de tuberkuløse og tvangsinnleggelse på sykehus. Førstnevnte var et nødvendig tiltak i alle offentlige foranstaltninger mot infeksjonssykdommer, ifølge Holmboe. Uten anmeldelse, ville en ikke få et korrekt overblikk av sykdommens utbredelse. Det ville også bli vanskelig å vurdere hvor det var behov for inngripen og om forholdsreglens virkning. Anmeldelsesplikten var derfor avgjørende hvis loven skulle bli effektiv.

Holmboe var derimot enig i at anmeldelsesarbeidet ville bli omfattende. Storbyene trengte derfor «et betydelig Arbeide», noe som ikke ville koste for mye ettersom arbeidet var forholdsvis underordnet. Om tilsynsparagrafen påpekte Holmboe at det ikke var meningen at sunnhetskommisjonens ordfører skulle føre alle tilsyn, kun i de tilfellene hvor det var påkrevd. Under normale forhold var det naturlig at den behandlende legen førte tilsynet. Han var også enig i at paragrafen kunne omformuleres slik Bentzen hadde foreslått.<sup>145</sup>

Når det gjaldt tvangsinnleggelse, understreket Holmboe at dette ikke var en ny ordning, og at det allerede var en slik paragraf i sunnhetsloven av 1860, sinnnykeloven av 1848 og spedalskeloven av 1885. Det burde derfor ikke være et problem at denne praksisen ble utvidet til også å gjelde tuberkulosen, så lenge den hadde tilstrekkelige forsiktighetsregler. At lovforslaget ville skape en overdreven

---

<sup>144</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 57-62.

<sup>145</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 62-63.

smittefrykt, var medisinaldirektøren uenig i. Han mente at effekten ville være motsatt, og at den eneste måten å hindre overdreven smittefrykt var gjennom offentlige foranstaltninger. At folk lærte hva de skulle passe seg for og hva de ikke trengte å være redde for, ville berolige befolkningen.<sup>146</sup>

Holmboes tale gjorde inntrykk på mange i forsamlingen, noe som kommer tydelig frem i talen til stadsfysikusen i Kristiania, Ludvig Christian Lauritz Aall (1847-1921), ved det neste møtet i Det medisinske Selskab.

”Da jeg i forrige Møde bad om Ordet for at delta i denne Debat, havde ikke Medicinaldirektøren holdt sit Foredrag. Efterat dette er skeet, bortfalder en væsentlig Del af de Invendinger mod det foreliggende Forslag, som jeg kunde have.”<sup>147</sup>

Ludvig Aall så ikke noen annen utvei enn å bekjempe tuberkulosen ved tvangsforanstaltninger. Likevel ønsket han av humanitetshensyn og for «Sagens egen Skyld» at tvangsforanstaltningene skulle bli så avdempet som mulig. Lovforslaget var etter hans mening helt nødvendig. Han la særlig vekt på anmeldelsesplikten som «en Hovedhjørnestein i Forslaget». Hvis anmeldelsesplikten kun skulle gjelde dødsfall, ville lovforslaget i Aalls øyne være både «dødt og magtesløst». Sunnhetskommissjonen ville dermed mangle kunnskap om tilfellene og ha vanskeligheter med å utføre foranstaltningene sine. Han påpekte at alle på møtet var enige i at tuberkulosen var en smittsom sykdom, og mente derfor at alle tilfellene burde anmeldes. Spesielt da «de i levende Live er farligere end efter Døden». Det var virkelighetsfjernt å tro at de tuberkuløse ville bli «som et jaget dyr», mente han, og var ikke i tvil om at loven ville bli utført med konduite og hensynsfullhet.<sup>148</sup>

Fredrik Georg Gade (1855-1933) var både anatom og patolog. Etter fullført embetseksamen i medisin i 1880 ved Universitetet i Kristiania, reiste han til utlandet. De neste ti årene oppholdt han seg ved en rekke av Europas mest anerkjente institusjoner hvor han arbeidet med flere av datidens kjente mikrobiologer, blant annet i Robert Kochs laboratorium i Berlin.<sup>149</sup> Med denne bakgrunnen er det ikke overraskende at Gade støttet lovforslaget. Han var sterkt uenig med de som hevdet at

---

<sup>146</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 65-66.

<sup>147</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 75.

<sup>148</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 75-77.

<sup>149</sup> Lærum 2001b, s. 706-707.

oppspyttet ikke kunne være særlig smitteførende ettersom en ikke klarte å dyrke tuberkelbasiller fra innholdet. En slik påstand var direkte feil og var derfor betydningsløs, mente han. Han begrunnet også sykdommens smittsomhet med en direkte henvisning Robert Kochs resultater.

”Et er sikkert, indføres Tuberkelbaciller i Legemet hos et Menneske eller Dyr, der ikke er immunt, saa faar det Tuberkulose. Uden Tuberkelbaciller faar man ingen Tuberkulose.”<sup>150</sup>

Det var derfor ingen tvil om at sykdommen var smittsom. Han var derfor kritisk til de som nektet for at lungetuberkulose, som var den hyppigste tuberkuloseformen, ble overført ved inhalering av tuberkuløst material fra den tuberkuløses lunger. For Gade var det sannsynlig at ethvert tilfelle var smittet som følge av «Indaanding af tidligere ophostede Tuberkelbaciller». Han erkjente likevel at smitteoverførelsen og immuniteten var vanskelig å forklare i det enkelte tilfellet. Dette måtte derfor forklares med at levende vesener som bakterier og mennesker kunne føre til «store Variationer i Livsenergi».<sup>151</sup>

Til slutt kommenterte Gade både smittefrykten og tvangsforanstaltningene. Når det gjaldt den herskende smittefrykten var folk redde fordi det ikke ble gjort noe for å beskytte den friske delen av befolkningen, mente Gade. Derfor ville en slik lov ha en beroligende effekt på befolkningen og smittefrykten ville forsvinne. Tvangsforanstaltningene var helt nødvendige. Staten måtte ha en mulighet til å gripe inn i tilfeller hvor fattigdom og vrangvilje førte til at lovens bud ikke ble etterfulgt. Dette ville også ha en avskrekkende virkning slik at befolkningen ville forsøke å overholde «Lovens forøvrigt ikke meget strenge Bud».<sup>152</sup>

Gabriel Finne (1844-1907) var sjef for 2. søndenfjeldske linjekompani og revisor i Det medicinske Selskab i 1896.<sup>153</sup> Han erklærte seg enig med Uchermann, og var dermed blant de som stilte seg kritisk til lovforslaget. Han var kritisk til at forslaget ikke hadde stort nok fokus på kuens melk som var «særdeles farlig», men valgte å fokusere på sykdommens smitte fra individ til individ som ikke var like farlig. Han syntes dessuten lovforslaget var altfor omfattende med sine 20 paragrafer.

---

<sup>150</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 69.

<sup>151</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 69.

<sup>152</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 70.

<sup>153</sup> Kobro 1908, s. 303.

En slik lov ville bli for økonomisk tyngende. I likhet med Uchermann, mente Finne «at man ikke kan og bør skrabe Statskassen tilbunds for Tuberkulosens Skyld». Det ville være bedre og rimeligere hvis de nødvendige paragrafene ble innlemmet i sunnhetsloven. På den måten ville tuberkulosen komme inn under sunnhetskommissjonenes myndighet.<sup>154</sup>

En annen lege som gjorde karriere innenfor militæret var Anton Ludvig Faye (1845-1916). Han var forgjengeren til Gabriel Finne både som sjef for 2. søndenfjeldske linjekompani og 2. søndenfjeldske landvernskompani.<sup>155</sup> Han kunne ikke støtte forslaget slik det forelå. Lovforslaget var av en så streng karakter at det ville «lamme den gode Hensigt og utvivlsomt mangengang virke rent skadende». Etter hans mening trengte en ikke så strenge lover for å bekjempe tuberkulosen. Det ville bare føre til smittefrykt, misbruk av lovene og plagerier mot de syke. En løsning med «mindre indgribende Maader» ville være bedre. Finne støttet derfor Uchermanns forslag.<sup>156</sup> Skulle valget likevel falle på en slik nasjonal lov, burde den være mildere mente han.

”Nei, lad Lovens Ord, om man endelig vil gaa denne Vei, blive betydelig mildnede og forandrede, saa de ei ligefrem kan misbruges, der vil endda, tænker jeg, blive Plads nok for al høist nødvendig Humanitet og Takt.”<sup>157</sup>

Hjalmar Heiberg (1837-1897) var professor i patologisk anatomi ved Universitetet i Kristiania og overlege ved Rikshospitalet.<sup>158</sup> Han ble også valgt til formann for Det medicinske Selskab to ganger og var en sentral skikkelse i det medisinske miljøet. Han var for loven, men hadde noen betenkeligheter med enkelte av paragrafene. Samtidig mente han det ikke hadde blitt godt nok skilt mellom den medisinske og den administrativt medborgerlige siden av saken.

Den medisinske siden av saken gikk i hovedsak ut på; om det var behov for en tuberkuloselov, om lovens prinsipper var riktige og om det var enighet om dem blant legestanden, og til sist, om en kunne forvente noen resultater av lovforslagets foranstaltninger. Etter Heibergs vurdering var det stor enighet om behovet for en

---

<sup>154</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 78.

<sup>155</sup> Kobro 1908, s. 296-297.

<sup>156</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 81-83.

<sup>157</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 83.

<sup>158</sup> Kobro 1908, s. 470-471.

tuberkuloselov. Dernest var det enighet om at sykdommen var forårsaket av tuberkelbasillen. Så lenge en ikke trodde at arv forårsaket all tuberkulose, var det mulig å støtte lovforslaget hevdet Heiberg. Selv om et fåtall av tilfellene var forårsaket av smitte, kunne en ved å fjerne smitten redusere både antallet smittede og arv fra smittede personer. Dermed ville en forminske den arvede tuberkulosen betydelig etter noen generasjoner. Likevel var Heiberg overbevist om at tuberkulosen var en smittsom sykdom av flere grunner. Blant annet de mange laboratorieforsøkene og observasjonene som viste «Tuberkulosens Specificitet og dens Udvikling» og gav smitteteorien en overbevisende styrke. Den viktigste grunnen var fordi den forekom hyppigst i lungene. Heiberg mente derfor at sykdommen var en inhalasjonssykdom.<sup>159</sup>

”Alt til sammen tyder saaledes paa, at Tuberkulose i et overveiende Antal maa skyldes Overførelse af Smittestof udvendigfra.”<sup>160</sup>

Ut fra denne kunnskapen var Heiberg ikke i tvil om at det var mulig å utrydde tuberkulosen ved hjelp av de nødvendige foranstaltningene. Det eneste en trengte var tillatelse og økonomisk evne. Sett fra et medisinsk standpunkt mente han derfor at legene måtte gi lovforslaget sin fulle støtte.

Når det gjaldt den administrativt medborgerlige siden av saken mente Heiberg at loven ikke måtte føre til ulemper på andre hold. På dette punktet mente han at flere av lovens paragrafer var for strenge. Den ville skape vanskeligheter for legene, de tuberkuløse og deres familier. Anmeldelsesplikten kunne bli nødvendig, men måtte begrenses til de mest smittefarlige tilfellene. Heiberg påpekte at han var blant de leger som ventet med å meddele pasientene at de var syke ettersom de trodde det ville «hæve deres Livskraft». I en slik situasjon ville han ikke anmeldt tilfellet til sunnhetskommisjonen. Pasienten ville også lett finne ut at han var oppført på listen av anmeldte. Av den grunn trodde han at mange leger ville bli lovovertredere, noe som ikke ville være et heldig utfall. Avslutningsvis understreket Heiberg at han fra et medisinsk standpunkt var «fuldstændig enig i Lovens Bestemmelser». Fra et administrativt menneskelig standpunkt var han derimot skeptisk til anmeldelsesplikten av alle tuberkuløse.<sup>161</sup>

---

<sup>159</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 89-93.

<sup>160</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 93.

<sup>161</sup> Det medicinske Selskab 1897, s. 89-97.

Slik fortsatte diskusjonen i flere møter uten at legene kom til noen enighet. Argumentene endret seg heller ikke nevneverdig, og de forskjellige deltagernes meninger forble i stor grad de samme da diskusjonen var ferdig som da de begynte. Likevel kom diskusjonen til å bli betydningsfull for debatten i Odelstinget. Da regjeringen fremla lovforslaget, var antallet paragrafer redusert fra 20 til 15. Ifølge Terje Andreassen var årsaken til dette at noen av punktene egnet seg best som administrative vedlegg til loven, mens andre var omredigert av regjeringen etter diskusjonen i Det medisinske Selskab. Innholdsmessig hadde loven endret seg lite.<sup>162</sup>

Den 22. november 1899 fikk Klaus Hanssen muligheten til å påvirke politikerne fra talerstolen i Stortinget. Ifølge Sæbø hadde kritikken mot lovforslaget skapt et behov for å forsvare loven. Foredraget må ha gjort et stort inntrykk blant enkelte stortingsrepresentanter ettersom det ble referert av flere talere under Odelstingdebatten. En av disse var Høyres representant Christian Fredrik Michelet (1863-1927). Før foredraget var han kritisk til bruken av tvang mot tuberkuløse som loven ville medføre. Etter å ha lyttet til Hanssens ord fra Stortingets talerstol, endret han sin oppfatning av lovforslaget.

”Da jeg saa hørte den begavede læge, som med saa megen varme og kundskab har fremholdt denne lovs betydning, holde foredrag for os - vi hørte det allesammen -, saa indsaa jeg, at loven netop i sit inderste væsen er en human foranstaltning, fremkaldt af hjertelag og humanitet.”<sup>163</sup>

Næringskomité nr. 2 leverte sin innstilling til Odelstinget den 5. februar 1900 og var positive til utkastet. En nasjonal lov ville føre til like forholdsregler for hele landet. Derimot var det en intern uenighet i komiteen når det gjaldt enkelte av lovforslagets paragrafer. Et mindretall på tre representanter mente at det burde være vanskeligere å benytte tvangsinngrep mot tuberkuløse. Særlig § 2 om anmeldelsesplikt burde endres slik at kommunene kunne foreta bestemmelser ut fra det lokale behovet. Et flertall på seks representanter gikk imidlertid inn for å ikke gjøre noen endringer av det foreliggende forslaget. Sæbø understreker at komitemedlemmenes meningsforskjeller ikke var partiavhengig ettersom flertallet

---

<sup>162</sup> Andreassen 1997, s. 110-111.

<sup>163</sup> Sæbø 1982, s. 96-97.

besto av fire venstrerepresentanter og to høyrerepresentanter, mens mindretallet besto av to venstrerepresentanter og en høyrerepresentant.<sup>164</sup>

Debatten i Odelstinget den 20. februar 1900 viste at flere av de folkevalgte var kritiske til komitéinnstillingen. Nok engang var det paragrafene om anmeldelsesplikt, tvangsinnleggelse og hygienisk tilsyn som ble gjenstand for debatt. Politikerne som kritiserte lovforslaget, fryktet blant annet at en lov ville virke stigmatiserende på de syke, at lovforslaget var grunnlovsstridig og at legenes tilsyn ville påføre det offentlige store utgifter. Enkelte av de som kritiserte det strenge lovforslaget, viste også til uenigheten som rådet blant legene i Det medicinske Selskab.<sup>165</sup>

Flere av politikerne mente at § 2 om anmeldelsesplikten ville føre til at tuberkuløse vegret seg for å oppsøke lege, ifølge Sæbø. Høyrerepresentant og prest, Christoffer Knudsen (1843-1915) fryktet at dette kunne føre til at tuberkuløse heller oppsøkte kvakksalvere, noe som ville forverre den sykes tilstand og utsette omgivelsene for større smittefare. Økt smittefrykt ville deretter føre til isolering av tæringssyke. Sæbø hevder at Knudsen hadde forståelse for at en på et rent medisinsk grunnlag kunne forsvare anmeldelsesplikten. Som prest kunne han ikke unngå å se kritisk på de etiske ulempene forbundet med paragrafene. En kunne ikke bare beskytte de friske mot smitte, en måtte også hjelpe de syke som levde under håpløse forhold!<sup>166</sup>

En rekke representanter fra både Høyre og Venstre delte Knudsens mening om anmeldelsesplikten. En av disse var Venstres Thore T. Foss (V) (1841-1913). Det var ikke mulig å holde anmeldelsene hemmelig, mente han. I likhet med dr. Bentzen i Det medicinske Selskab, var Foss også kritisk til paragrafene om hygienisk tilsyn og nødvendige foranstaltninger. Hygienisk tilsyn ville etter beregningene komme opp i 50 000 reiser årlig, noe som ikke ville være økonomisk forsvarlig. Samtidig mente han at paragrafene var for strenge, og inngripen i familier og hjem for stor. Paragrafene om hygienisk tilsyn og nødvendige foranstaltninger burde derfor bedres. I tillegg fryktet mange at disse paragrafene ga sunnhetskommisjonenes ordførere altfor mye makt.

Høyre-representanten Wollert Konow var kanskje den som gikk hardest ut mot lovforslaget under debatten i Odelstinget. En slik lov ville blande seg for mye inn

---

<sup>164</sup> Sæbø 1982, s. 97-103 og Andreassen 1997, s. 111-112.

<sup>165</sup> Sæbø 1982, s. 103-104.

<sup>166</sup> Sæbø 1982, s. 104.



i den personlige frihet. Anmeldelsesplikt ved flytting ville ikke bare føre til forfølgelse av de syke, men også sette tuberkuløse i samme bås som de kriminelle i samfunnet. Hvis det likevel skulle være en anmeldelsesplikt, burde den bli utøvd av legene. Sunnhetskommisjonens fullmakter måtte også begrenses til kun det mest nødvendige. Når det var sagt, erkjente Konow at anmeldelsesplikten kunne være nødvendig, men kun i enkelttilfeller. Til slutt understreket han at sunnhetskommisjonens adgang til å innføre forholdsregler i hjemmene var forkastelige.<sup>167</sup>

Christoffer Knudsens mente at en alternativ løsning til § 2 var å lære innbyggerne å leve med tuberkulose. Legene kunne holde foredrag i landdistriktene om hygiene. I tillegg burde det bygges sanatorier for tuberkuløse, noe som var en viktig fremtidsoppgave.<sup>168</sup>

Tilhengerne av anmeldelsesparagrafene og tilsynsparagrafene avviste kritikken og forslaget til en alternativ paragraf. De mente det var viktig å vite hvor sykdommen var utbredt for å kunne bekjempe den. En eventuell smittefrykt ville også forsvinne etter hvert som befolkningen så virkningen av loven. Samtidig mente de at tilsynsparagrafene ikke kom til koste så mye som først antatt. Det var ikke alle tuberkuløse som hadde behov for jevnlig hygienisk tilsyn. De fleste ville nok følge legens anvisninger. I tilfeller hvor den behandlende legen ikke var i stand til å utføre hygienisk tilsyn og deres anvisninger ikke ble overholdt, ville sunnhetskommisjonen virke som en sikkerhetsventil. Både anmeldelsesparagrafene og tilsynsparagrafene ble vedtatt med et klart flertall etter noen små endringer på enkelte punkter.<sup>169</sup>

Under debatten av lovforslagets § 6 om tvangsinnleggelse, var Konow nok en gang sentral blant kritikerne. Han mente at paragrafen var lite human og at den var blant de største inngrep mot den personlige friheten som representantene og deres slekt noen sinne kom til å votere over. Videre hevdet han at gratis opphold ved anstaltene ville føre til frivillig innleggelse. Derfor var det ikke behov for en tvangsinnleggelsesparagraf.<sup>170</sup>

Ordføreren av næringskomite nr. 2, O. Moen (1865-1902), mente at erfaringen med lepraloven hadde vist at en slik paragraf ikke ville bli anvendt ofte. Likevel var det viktig at sunnhetskommisjonen hadde makt til å gripe inn der

---

<sup>167</sup> Sæbø 1982, s. 117-118.

<sup>168</sup> Sæbø 1982, s. 106.

<sup>169</sup> Sæbø 1982, s. 113-124.

<sup>170</sup> Sæbø 1982, s. 124-125.

forholdene i hjemmet eller individuell vrangvilje utgjorde en fare for tuberkuløse og deres omgivelser. Etter hvert som loven virket, ville også frivillig innleggelse øke. Moen fikk støtte fra flere av representantene. Tvangsinnleggelsesparagrafen ble vedtatt med et klart flertall blant representantene.<sup>171</sup>

Lovforslaget ble deretter oversendt til Lagtinget hvor kritikerne nok en gang forsøkte å fjerne anmeldelsesplikt og tvangsinnleggelse fra lovforslaget. Lagtinget kom frem til den samme beslutningen og tilbakesendte lovbeslutningen til Odelstinget. Der ble tuberkuloseloven til slutt vedtatt av Stortinget den 8. mai 1900.<sup>172</sup>

---

<sup>171</sup> Sæbø 1982, s. 125-126.

<sup>172</sup> Andreassen 1997, s. 113 og Sæbø 1982, s. 141-142.

## Kapittel 4:

### Kampen mot tuberkulosen i Rogaland 1900-1940

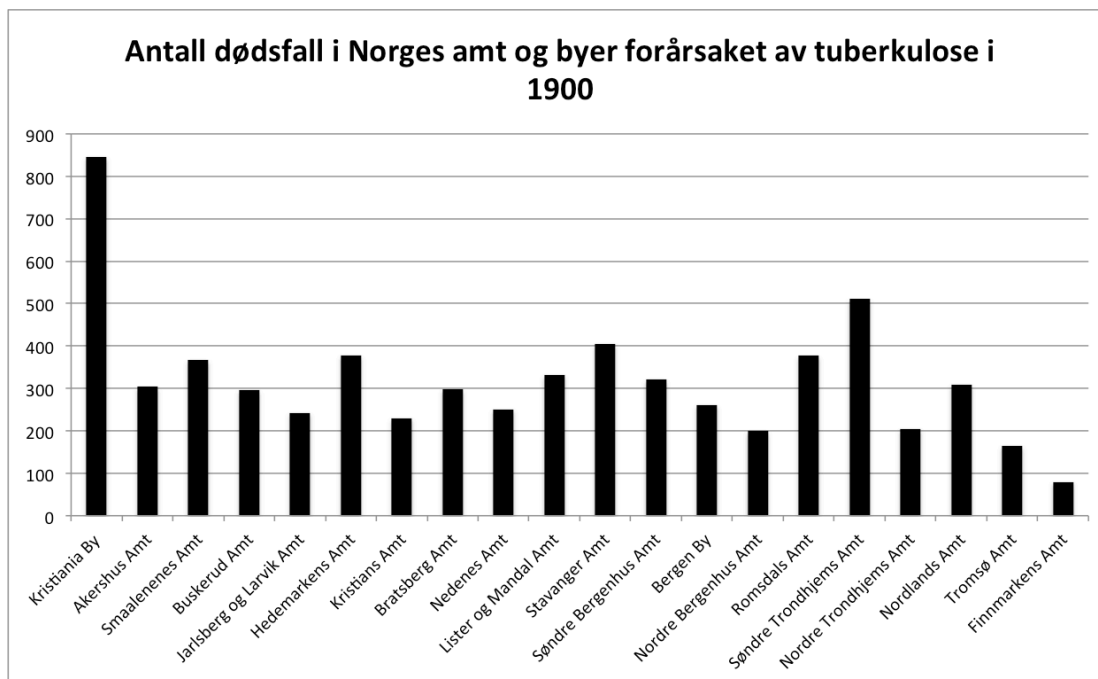
De første tiårene av 1900-tallet ble det bygd et stort antall helseinstitusjoner i Norge. Både frivillige organisasjoner og det offentlige bygde sanatorier og pleiehjem over hele landet. Likevel var det kronisk mangel på sengeplasser. Behandling ved disse tuberkuloseinstitusjonene var derfor ikke mulig for mange tuberkuløse. Det ble også igangsatt andre nasjonale og lokale tiltak hvor forebyggende arbeid sto i fokus. Hvordan institusjonsbyggingen, de nasjonale og lokale tiltakene ble utført, varierte rundt om i de ulike deler av landet.

I dette kapitlet flyttes søkelyset for alvor over på Stavanger amt, og jeg skal se nærmere på hva som ble gjort for å komme tuberkulosen til livs. *Hvordan var kampen mot tuberkulose i Rogaland i perioden 1900-1940?* For å gjøre kapitlet mest mulig oversiktlig for leseren, har jeg valgt å gå gjennom de forskjellige sidene ved tuberkulosearbeidet tematisk.

#### Tuberkulosen i Rogaland

Tuberkulosen var den mest utbredte sykdommen i Stavanger Amt på begynnelsen av 1900-tallet. Selv om den nådde sitt maksimum i 1891-1895, utgjorde tuberkulosedødsfallene 26-29 prosent av alle dødsfall i amtet fra 1896 til 1900. Dette gjorde Stavanger amt til et av de hardest rammede fylkene i landet.

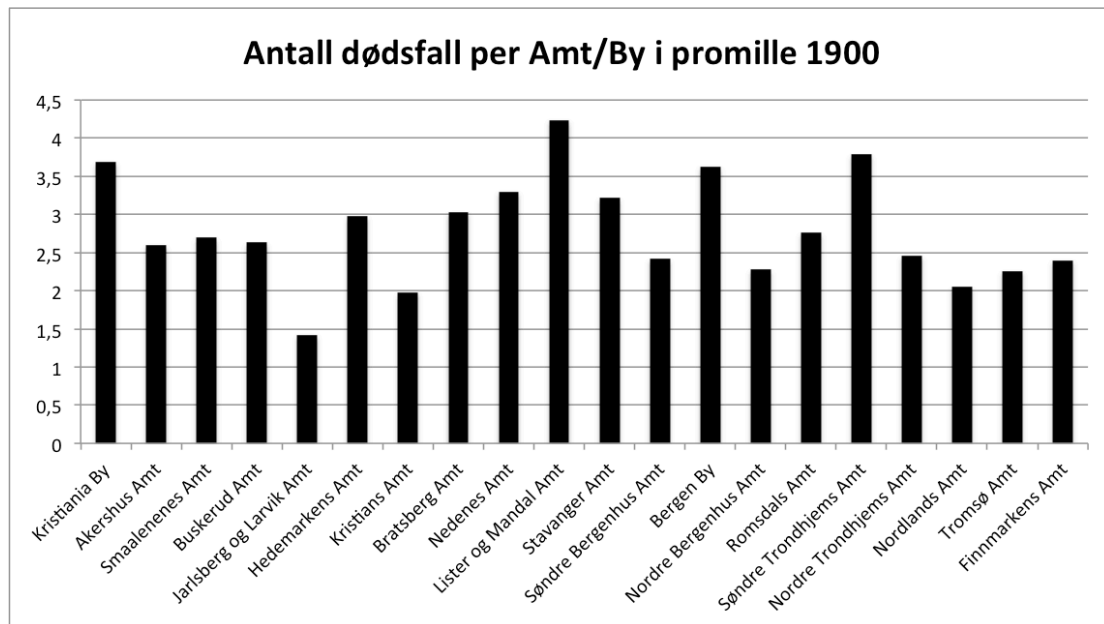
Figur 1 viser at kun Kristiania by og Søndre Trondhjems amt hadde høyere antall dødsfall, hvor Kristiania hadde mer enn det dobbelte av Stavanger amt. I og med at innbyggertallet i Kristiania var betraktelig mye høyere enn i Stavanger amt, er det ikke overraskende at flere døde av tuberkulose. Den gir likevel en god indikasjon på hvor tuberkulosen var mest utbredt i 1900.



Figur 1: Tall hentet fra Sundhadstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900.

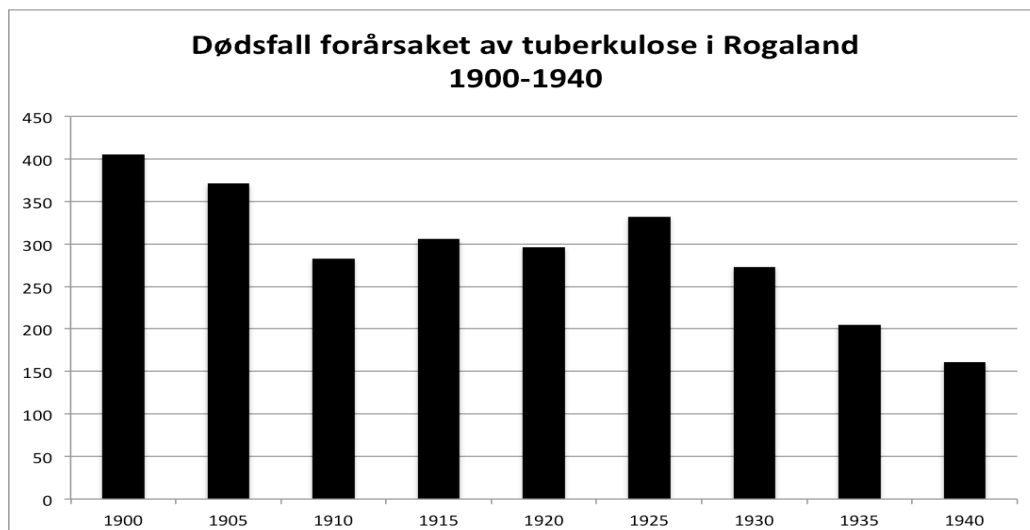
For å få et mer korrekt og nyansert bilde over hvor tuberkulosen rammet som hardest kan en derimot undersøke promillen av dødsfall i forhold til innbyggertall. Ved å gjøre dette vil en eliminere de store forskjellene dødstillene alene utgjør.

Figuren under viser promillen av antall dødsfall forårsaket av tuberkulose i de samme amtene og byene. Den viser et helt annet bilde for tuberkulosens utbredelse i Norge. Ved første øyeblikk vil en legge merke til at Kristiania by ikke topper listen lenger, men er forbigått av Lister og Mandal amt og Søndre Trondhjems amt. Ser en nærmere på tabellen, vil en også legge merke til at Stavanger amt ikke er blant de tre med mest dødsfall i forhold til innbyggertallet, men likevel blant de seks amtene og byene hvor tuberkulosen herjet som verst i 1900. En foreløpig konklusjon kan derfor være at selv om tuberkulosen ikke var mest utbredt i Stavanger amt i 1900, var amtet likevel blant de som ble rammet hardest av sykdommen. Tabellen gir samtidig en god indikasjon på at Sør-Vestlandet var den delen av landet hvor tuberkulosen var mest utbredt frem rundt 1900.



Figur 2: Tall hentet fra Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900.

Figur 3 viser tuberkulosens utbredelse i Rogaland fra 1900 og frem til 1940. I denne perioden sank antallet dødsfall i Stavanger amt. En av årsakene til at antall dødsfall gikk tilbake, var den stadig mer samlede kampen mot tuberkulosen. I 1900 var det 405 dødsfall i Stavanger amt som følge av tuberkulose. Frem til 1910 gikk dette antallet stabilt nedover da det var redusert til 283. Under første verdenskrig begynte imidlertid antall dødsfall å stige igjen til det i 1915 hadde økt til 306 personer. Frem til 1920 ble ikke antallet redusert nevneverdig, og det ble i 1920 registrert 296 dødsfall. På 1920-tallet økte dødsfallene igjen, og i 1925 døde 332 personer av tuberkulose. Det var først etter denne toppen at dødstallene begynte å synke sakte men sikkert frem til andre verdenskrig.



Figur 3: Tall hentet fra Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene i Norge de respektive årene.

Helt på slutten av perioden, i 1937, ble det bygget en egen tuberkuloseavdeling ved Dale asyl. Forholdene ellers i samfunnet hadde gradvis blitt bedre som følger av det forebyggende arbeidet, mens pasientene ved asylsykehusene ble forsømt. Medisinske myndigheter ble etter hvert klar over at faren for å bli smittet av lungetuberkulose var mye større ved asylene enn ellers i samfunnet. I løpet av 1930-årene gikk derfor myndighetene systematisk til verks for å kartlegge tuberkuloseutbredelsen ved asylene slik de kunne innføre forholdsregler. Ifølge Gunnar Nerheim døde 26 av 100 som følge av tuberkulose ved norske asylsyrer i 1935. Dødeligheten var unormalt stor sammenlignet med de samme aldersklassene i befolkningen. Det døde 7 ganger flere menn og 13 ganger flere kvinner ved asylene enn ellers i landet. Nerheim viser at selv om dødeligheten var synkende i den alminnelige befolkningen, var fortsatt tuberkulosen et problem blant enkelte grupper i samfunnet.<sup>173</sup>

### **Endring i levekår sett gjennom distriktslegens briller**

De årlige beretningene av Sunnhetstilstanden og Medisinalforholdene gir en god beskrivelse av forholdene i Stavanger amt på begynnelsen av 1900-tallet, sett fra distriktslegenes ståsted. Befolkningsvekst, epidemier, dårlig ernæring, mangel på helsetjenester, sesongpreget næringsliv og tap av arbeidskraft er bare noen av faktorene som gjorde at flere områder syntes dårlig stilt, både når det gjaldt økonomiske forhold og sanitære forhold. Til tross for at noen bygder hadde gode økonomiske og sanitære forhold, var tilstanden i amtet generelt på begynnelsen av 1900-tallet stort sett dårlig.

I 1900 besto Stavanger amt av 9 legedistrikter fordelt på en samlet befolkning av 125 658 innbyggere.<sup>174</sup> Disse legedistriktene var Sogndal, Egersund, Sandnes, Stavanger Stadsfysikat, Stavanger, Finnøy, Sand, Karmøy og Haugesund. I disse legedistriktene var det tilsammen 37 leger, noe som utgjorde 3396 innbyggere per lege. Gjennomsnittet for landet var 2519, hvilket betyr at antallet leger i Stavanger amt ikke bare var få sammenlignet med i dag, men også sammenlignet med mange andre deler av landet på den tiden. Likevel vil disse tallene til en viss grad være misvisende ettersom størsteparten av befolkningen var bosatt på landsbygda, mens de

---

<sup>173</sup> Nerheim 2015, s. 325-326.

<sup>174</sup> På slutten av 1800-tallet ble Stavanger by delt fra Stavanger legedistrikt. Byen ble med det et eget legedistrikt kalt Stavanger Stadsfysikat. Derfor økte antallet i amtet til 9 legedistrikter.

fleste legene var bosatt i byene. Antallet innbyggere på en lege kunne derfor være veldig høyt i enkelte områder, som for eksempel Karmøy og Egersund legedistrikt hvor antallet innbyggere var henholdsvis 4607 og 4542.<sup>175</sup>

Befolkningen i Stavanger var best stilt med sine 14 leger, men her må en ikke glemme at amtets to største sykehus var lokalisert der.<sup>176</sup> Sandnes hadde med 5 leger etterfulgt av Haugesund med 4. Deretter fulgte Egersund, Finnøy og Karmøy med 3 leger. De resterende distriktene hadde 2 eller mindre leger. Disse tallene viser ikke bare at forskjellen mellom helsetilbudet i by og på landsbygda var stor, men også at legene på landsbygda var spredte og måtte tilbakelegge store avstander ved pasientbesøk.

Forholdene var dårlige og behandlingstilbudene få. Flere steder i fylket hersket det en maktesløshet i forhold til tuberkulosen. Å bli smittet av tuberkulose, var ofte synonymt med en dødsdom. Mange innbyggere så derfor ikke nytteverdien av å oppsøke lege. Det fantes også grupper, også blant de dannede, som mente «at kunde, som skal have Sygdommen, får den, og at derfor alle Foranstaltninger mod Udbredning af Smitte er unyttige, ja endog forkastelige».<sup>177</sup> De som derimot tilkalte lege, måtte ofte belage seg på ventetid ettersom det i mange tilfeller tok lang tid før legen kom frem.<sup>178</sup> Det var også problematisk at legene i møte med mange sykdommer bare kunne stille en diagnose og drive forebyggende arbeid, ettersom effektive medisiner og vaksiner ikke ble oppdaget før langt inn i det nye århundret.<sup>179</sup>

Stavanger amt var preget av fattigdom på begynnelsen av 1900-tallet, spesielt i byene og bygdene hvor fabrikkarbeid og industri var sentrale næringsveier. Flere bedrifter slet som følger av dårlige år. På Karmøy stoppet Vigsneskompaniet driften av koppergruven, noe som gjorde at Avaldsnes fattighus overtok mange arbeidsløse. Det hadde vært stopp i produksjonen på Nygaards store Teglværk på Avaldsnes over flere år som følger av dårlige tider.<sup>180</sup> De økonomiske forholdene bedret seg utover 1900-tallet frem til krigsårene som i stor grad var preget av dyrtid og mangel på forskjellige varer. Etter krigen kom en ny nedgangstid i 1918 ettersom «de to sidste maaneder hadde hermetikkarbeidere og sjøfolk vanskelig for at faa arbeide». De første årene var ikke dette særlig problematisk fordi det var arbeid å få på landet, hvor

---

<sup>175</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1900 bind 1, s. 2.

<sup>176</sup> Nerheim 2015, s. 304.

<sup>177</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1900 bind 2, s. 131-132, 1903 bind 2, s. 138.

<sup>178</sup> Nerheim 2015: s. 304.

<sup>179</sup> Schiøtz 2003: s. 19-20 og 52-53.

<sup>180</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1903 bind 2, s. 138.

det var mangel på kvinnelig og mannlig arbeidskraft. I tillegg ble det iverksatt nødsarbeid i Stavanger for de arbeidsledige dette året. Arbeidsløsheten skulle etter hvert vise seg å bli langvarig. Både i Egersund og Stavanger rammet den arbeiderne hardt:

”I Egersund var året sterkt preget av den almindelige depressjon med falitter og arbeidsinnskrenkninger på mange felter. Av stor betydning har byens fajesefabrikk vært i denne tid; driften, som en tid lang var betydelig innskrenket på grunn av verdensmarkedet, er etterhånden blitt gjenopptatt i full utstrekning, så fabrikkene nu beskjeftiger 300 arbeidere.”<sup>181</sup>

”I Stavanger har den stadig tiltagende arbeidsløshed medført innskrenkning i levemåte for store dele av befolkningen, særlig arbeiderklassen. Igangsettelse av nødarbeide i meget stor utstrekning (op til 1 400 mann på en gang) har dog holdt den egentlige nød borte fra hundreder av familier.”<sup>182</sup>

Nødsarbeidet ble dermed redningen for mange arbeiderklassefamilier. Løsningen skulle likevel bli kortvarig da Stavanger i 1922 «av økonomiske grunner ikke maktet å oprettholde nødsarbeidet i byen». Mange av nødsarbeiderne havnet dermed i en ugunstig situasjon. Til tross for at staten igangsatte flere veiprosjekter i Rogaland var ikke lønnen tilstrekkelig og arbeiderne måtte ofte oppholde seg ved arbeidsstedene. Etter arbeiderne hadde betalt kost og losji var det derfor ofte «litet tilbake å leve av for den i byen værende familie».<sup>183</sup>

Ifølge distriktslegene varte arbeidsløsheten gjennom hele 20-tallet, og gikk stadig mer utover befolkningens levesett «idet flotthet og pengeforbruk har avtatt». Innkjøp av flott mat, klær og luksusartikler ble etter hvert redusert, og folk måtte også innskrenke leilighetene sine. I 1926 var det også liten tilgang på brisling, noe som gjorde at de mange og viktige hermetikkfabrikkene gjorde det dårlig. Skipsbyggerier og mekaniske verksted hadde bare jobb til noen av de ansatte, og byggevirksomheten var sterkt redusert til tross for at prisen på materialer var lave. I Haugesund var det også tale om en depresjon da «All virksomhet har ligget nede» og verken skipsfarten

---

<sup>181</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1921 bind 2, s. 124.

<sup>182</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1921 bind 2, s. 124.

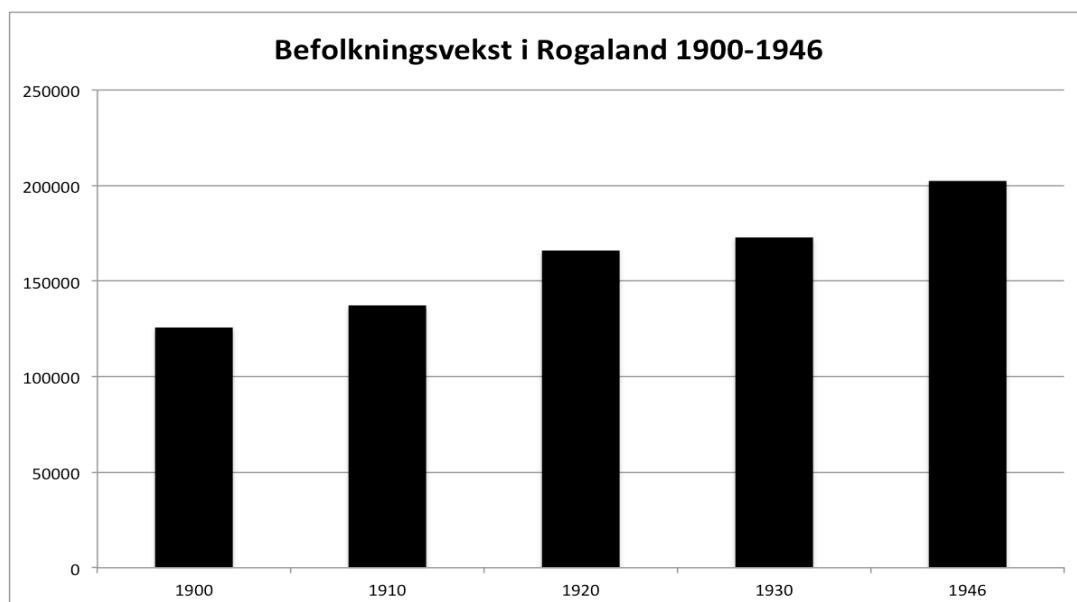
<sup>183</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1922 bind 2, s. 68.



eller fisket klarte å demme opp for arbeidsløsheten som hersket.<sup>184</sup>

På landsbygden var en mer avhengig av sesongfisket og jordbrukets avlinger, enn fabrikkarbeid. I 1901 var årsveksten for jordbruket bra og fylket hadde rikelig med korn og poteter. Det varierte likevel lokalt ettersom dårlig vær hadde ført til at det var middels med korn og poteter på Karmøy. Fisket var også bra dette året, likevel var utbyttet dårlig. Markedsprisen på sild sank de første årene av 1900-tallet, noe som førte til dårlig fortjeneste selv i gode fisketider. Også i 1903 var sildefisket på Karmøy bra, men både fiskerne og rederne fikk dårlig utbytte. I 1907 hevdet distriktslegene at jordbrukets årsvekst var under middels og av dårlig kvalitet. Sildefisket var derimot veldig bra.<sup>185</sup> Befolkningens situasjon kunne med andre ord endre seg fra år til år, men da ofte fra dårlige forhold til mindre dårlige forhold. Flere unge reiste derfor til byene eller Amerika for å prøve lykken, noe som også skapte mangel på arbeidskraft i enkelte distrikter, særlig Karmøy, Sand og Sokndal. I sildebyen Haugesund var dette også tilfellet. Reidar Østensjø hevder at fiskenæringen hadde sine egne konjunkturer, og dette skapte usikkerhet for fiskerne. Dette førte til at det var middelsår i Haugesund selv om de alminnelige konjunktorene gikk opp eller ned.<sup>186</sup>

Figuren under viser befolkningsveksten i Rogaland fra 1900 til 1946. I løpet av denne perioden økte befolkningen med 61 prosent. Dette gikk hardt utover boligforholdene enkelte plasser, særlig i byene.



Figur 4: Tall hentet fra Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1900-1930 og Folketellingen i Norge 1946.

<sup>184</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1926 bind 2, s. 68-69, 1928 bind 2, s. 67.

<sup>185</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1901 bind 2, s. 138-141, 1903 bind 2, s. 123, 138.

<sup>186</sup> Østensjø 1993, s. 86-90.

I fylkets raskt voksende byer oppsto det etter hvert stor bolignød. Ifølge Rolf G. Torgersen skyldes dette at den private boligbyggingen ikke lenger klarte å holde følge med befolkningsveksten. Frem til 1910 hadde Stavanger ført en tomannsboligpolitikk. Folk flest hadde fått, med hjelp av billige lån fra Sparekassen eller Statens Boligbank, oppreist en tomannsbolig til en lav pris på en billig tomt. Ved å leie ut de ledige rommene, klarte normale familier å beholde sitt eget hus. Det var derfor vanlig at det bodde flere familier i et hus ettersom huseieren kun benyttet seg av én etasje eller deler av den. I et hus kunne en huseier klare å få plass til ugifte på loftet, to familier i den ledige etasjen og to familier i kjelleren. Kjellerleiligheter var derfor mest utbredt i Stavanger, hevder Torgersen. I 1910 slo imidlertid tomannsboligpolitikken feil, noe som førte til at bolignøden i Stavanger ble stor.<sup>187</sup>

Ifølge Reidar Østensjø var ikke situasjonen bedre i Haugesund. Allerede fra 1895 var det stor bolignød med høye leiepriser. Den store tilflytningen hadde ført til at bygrensene var sprengt. I 1903 utnevnte Haugesund kommune en komite som skulle utrede saken om byutvidelse. Komiteens konklusjon var at byens areal var oppbrukt. I områdene rundt byen var de sanitære forholdene blitt verre på grunn av den uregulerte byggevirkosomheten. Fortsatte situasjonen slik, var det lite ønskelig å overta den kaotiske bebyggelsen. Bygrensekomiteen erkjente imidlertid at en byutvidelse var påkrevd. Først den 10. september 1909 vedtok Stortinget å utvide byens grenser, men en utsettelse førte til at bygrensene ikke ble utvidet før 1. januar 1911.<sup>188</sup>

Det er derfor grunn til å tro de sanitære forholdene ikke var bra særlig bra i Rogaland. Lite sol, høy fuktighet, og dårlig inneluft som følge av lite lufting eller søppel i bakgården var bare noen av tingene distriktslegene uttrykte bekymring for. I mange bygder klaget de også på at innbyggerne spyttet både hjemme, ute, på arbeidsplassen og i kirken. Holdningene når det gjaldt hygiene og renslighet var med andre ord ikke særlig bra. Faren for at en kunne få infeksjoner som tuberkulose var derfor aldri langt unna. Så ille var forholdene at stadsfysikusen i 1918 oppfordret til handling:

”Bolignøden er etter min mening det sociale problem, som er det alvorligste produkt av tidsforholdene og som pludselig for Stavangers vedkommende,

---

<sup>187</sup> Torgersen 2014, s. 107.

<sup>188</sup> Østensjø 1993, s. 214-220.

hvor vi indtil for nogen faa aar siden ikke kjendte begrebet av andet end av navn, har tvunget sig saaledes i forgrunden, at alle samfundsinteresserte mennesker indser nødvendigheten av, at noget maa gjøres”<sup>189</sup>

Til tross for politiske tiltak og byggeprosjekter kom bolignøden til å prege deler av fylket til midten av 20-årene.<sup>190</sup> Ettersom «annet husrom ikke kunde opdrives» ble en del ulovlige kjellerleiligheter tatt i bruk igjen. Først i 1924 syntes bolignøden å være «på god vei til å ophøre» i Stavanger. To år senere var den for det meste over da «Boligforholdene har bedret sig jevnt». Det var ikke lenger vanskelig å skaffe husrom for de som hadde råd. Likevel var leieprisene fortsatt høye.<sup>191</sup>

Dårlig ernæring sto i fokus for distriktslegene gjennom hele perioden. Fagfolk så tidlig sammenhengen mellom dårlig kosthold og sykdom. Det ble derfor viktig at distriktslegene berettet i medisinalberetningene om hva innbyggerne drakk og spiste. Et ensformig kosthold som følge av fattigdom, var noe som preget befolkningen, spesielt i byene hvor arbeiderklassen var stor, og en var avhengig av matimporten fra landsbygda. Situasjonen var nok noe bedre på landsbygda der bønder og fiskere ofte var selvforsynt med sine egne varer. Det var derfor lettere for noen distrikter å få tilgang til melk, poteter, kjøtt og fisk.

Melken var spesielt viktig ifølge professor i historie Inger Elisabeth Haave. Den var ikke bare sunn, men kunne også bidra til å forebygge tuberkulose ble det etter hvert hevdet.<sup>192</sup> Distriktslegene la derfor stor vekt på hva befolkningen drakk til måltidene. Befolkningens overdrevne forbruk av kaffe gjorde flere av dem bekymret, da dette noen plasser ble ”misbrukt” av både voksne og barn på bekostning av den sunnere melken.<sup>193</sup> På Karmøy var dette tilfellet i 1903.

”Jo mere Melken bringes ud af Huset, des mere stiger Forbruget af Kaffe, som sammen med Potetesbage og Brød med Sirup og Margarin udgjør en væsentlig Bestanddel af Næringen ; for den ytre Del af Distriktet gjør den lette Adgang til fersk Fisk denne til en meget almindelig Ret.”<sup>194</sup>

---

<sup>189</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1918 bind 2, s. 132.

<sup>190</sup> Torgersen 2014: s. 107.

<sup>191</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1924 bind 2, s. 78 , 1926 bind 2, s. 68.

<sup>192</sup> Haavet, 2015.

<sup>193</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1906 bind 2, s. 131.

<sup>194</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1903 bind 2, s. 138.

Karmøy hadde med andre ord et meget ensformig kosthold hvor befolkningen hadde for vane å drikke «formegen Kaffe og forlidet Melk», ifølge distriktslege Dietrichson. Det var ikke bare Karmøy som hadde dette problemet. På Finnøy var «kostholdet mangelfuldt (Kaffe og Brød døgnet rundt)», mens kaffe var «almindelig overalt» i Sogndal, hvor de drakk uttynnet kaffe fire ganger daglig. Sand legedistrikt merket dette særlig godt på de unge som byttet ut havre og melk med «Kaffe, Bagværk samt tildels Flesk har afløst Kjødet».<sup>195</sup>

”Ogsaa i Karmøen Distrikt, som ellers i Landet, er Blodfattigdom og Fordøielsesuordener en Folkesygdome ; Hovedaarsagen er vel Kampen for Tilværelsen og dernæst de tidlige Giftermaal, langvarig Diegivning, uhensigtsmæssig tillavet Mad, formegen Kaffe og forlidet Melk etc»<sup>196</sup>

Distriktslegens beretning tyder på at livet i Stavanger amt for folk flest på begynnelsen av 1900-tallet var en kamp for tilværelsen. Sitatet ovenfor tilsier også at denne kampen ofte kunne føre til sykdommer. I sitatet står sykdommene «Blodfattigdom og Fordøielsesuordener», men det kunne likegodt ha vært tuberkulose distriktslegen snakket om.

Arbeidet for å bedre befolkningens kosthold gikk sakte og det var ofte vanskelig å se resultatene, til distriktslegenes store frustrasjon. I 1909 var distriktslegen på Karmøy oppgitt over befolkningens drikkevaner. De var fast bestemte på å drikke kaffe istedenfor melk. Det var så ille, mente han, at det ville være bedre å drikke en lett type øl.

”Næsten overalt brukes der fire maaltider om dagen, og til hvert av disse er hos mange kaffe den regelmæssige drik: melk synes man falder dyrere; en maateholden bruk av let øl til maten vilde være sundere end kaffe, men derom kan det ikke nytte at tale her, hvor totalismen raader tyrannisk.”<sup>197</sup>

Befolkningens kosthold ble bedre utover 1900-tallet i tråd med økonomisk bedre tider og opplysningsarbeidet. Under de vanskelige 20-årene forverret likevel

---

<sup>195</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1900 bind 2, s. 138, 1904 bind 2, s. 128-131, 1906 bind 2, s. 131, 1915 bind 2, s. 125.

<sup>196</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 128.

<sup>197</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1909 bind 2, s. 127.

situasjonen seg igjen. Arbeidet for å bedre befolkningens kosthold var derfor sentralt gjennom hele perioden. Det ble iverksatt en rekke tiltak fra offentlig og frivillig hold for at befolkningen skulle bli sunnere. De viktigste tiltakene i Rogaland synes å ha vært utdeling av melk, helseheimer og friluftsskoler, noe vi skal komme tilbake til senere i kapitlet.

### **Mangel på institusjoner**

Et av de mest kostbare og omfattende tiltakene i bekjempelsen av tuberkulose var de mange institusjonene som ble bygd rundt om i landet. Innførelsen av tuberkuloseloven i 1900 hadde skapt et grunnlag og et behov for institusjoner for de tuberkuløse. Oppbyggingen av de store tuberkulosesanatoriene hadde staten påtatt seg, mens oppførelsen av de mindre pleiehjemmene var amtenes oppgave. I tillegg til dette ble det oppført sanatorier og pleiehjem av private foreninger. Til tross for denne oppbygningen var det langt fra alle deler av landet som hadde, eller var villig til å bruke de nødvendige økonomiske midler til å påta seg slike kostnader. Dette var tilfellet i Stavanger amt, hvor politikerne i amtet viste liten interesse for å bygge opp tuberkuloseinstitusjoner, da de i stor grad mente at disse var for kostbare.

Mangelen på pleieanstalter for tuberkuløse var et stort problem. Mulighetene for å få sengeplass ved et sanatorium eller tuberkulosehjem over en lengre periode i et annet distrikt eller amt viste seg ofte vanskelig. Opphold ved slike pleieanstalter var dyrt og mange distrikter mente de ikke hadde økonomi til å bekoste den slags utgifter.<sup>198</sup> Herredenes vilje til å bære en slik utgift var derfor medvirkende til at tuberkuloselovens §6 om tvangsinnleggelse ble lite brukt i perioden fra 1900 til 1910. Bare 36 ganger i dette tiåret brukte helserådene i amtet denne paragrafen.<sup>199</sup>

Mangel på forpleiningssted for tuberkuløse var en stadig tilbakevendende sak det første tiåret av 1900-tallet i Avaldsnes helseråd. Ved sunnhetskommissjonens møte den 15. april 1901 ble det konstatert at fattiggården på Tuastad ikke kunne brukes til dette formålet. Helserådet måtte derfor finne et passende forpleiningssted til den ene tuberkuløse som lå der, hvis ikke ville han bli innlagt på amtssykehuset. Hva som skjedde med han er vanskelig å si ettersom helserådets videre behandling av saken ikke blir omtalt i kildene. I 1906 ble to tuberkuløse satt i forpleining hos

---

<sup>198</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1906 bind 2, s. 130, 1910 bind 2, s. 120.

<sup>199</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1911, s. 334.

privatpersoner. Den første var en mann som var innlagt ved amtssykehuset og som nå skulle utskrives. Ettersom han var «krøpling, idet begge underarme er amputerede efter et vaadeskud» og forholdene i hjemmet utgjorde en fare for videre smitte av sykdommen, måtte helserådet finne en plass han kunne forpleies på hvis de skulle anvende tuberkuloselovens § 6. Ved å plassere ham i et privat hjem ordnet sunnhetskommisjonens ordfører og fattigstyret saken midlertidig. Den andre saken gjaldt en blind mann som var blitt utsatt fra sitt eget hjem da konen fryktet at han skulle smitte barna. Han var derfor «Af samme grund som førnevnte» midlertidig plassert i et privat hjem. Det må nok ha vært mangel på andre alternativer da helserådet oversendte disse sakene til Avaldsnes fattigstyre med oppfordring at de videresendte det til Stavanger amt «med anmodning om, at amtet samtykker i, at disse hjælpeløse tæringssyge forpleies paa de anførte steder». Situasjonen må i det hele ha vært svært frustrerende for sunnhetskommisjonen ettersom saken om Tuastad fattiggård kunne benyttes som forpleiningssted for tuberkuløse nok en gang ble satt på dagsorden under et møte den 15. juni 1905. Her ble det bestemt at beslutningen sunnhetskommisjonen hadde tatt fire år tidligere skulle endres og at tæringssyke burde kunne innlegges på fattiggården etter samråd med sunnhetskommisjonens ordfører.<sup>200</sup> Beslutningen åpnet dermed ikke nødvendigvis for en mer utstrakt bruk av fattiggården i og med at kommisjonens ordfører skulle bli opplyst om innleggelse. Det kan tenkes at denne løsningen kun skulle benyttes ved ekstraordinære tilfeller og var en slags siste utvei.

I 1909 fikk Haugesund by sitt eget pleiehjem ved Førre med 17 sengeplasser. Planleggingen og arbeidet med å samle inn midler til dette hjemmet hadde foregått siden 1906. Det ble finansiert av Norske Kvinners Sanitetsforening ved hjelp av private bidrag fra Haugesund by og distriktene rundt. Endelig fikk helserådene nord i amtet en institusjon hvor de kunne plassere tuberkuløse, noe som åpnet opp for en mer hyppig bruk av tuberkuloselovens §6. Så tidlig som i 1906 hadde distriktslegen på Karmøy, O. H. Dietrichson, gitt uttrykk for store forhåpninger til hjemmet i Førre:

”Forhaabentlig vil det snart opprettendes tuberkulose-pleiehjem i Haugesund kunne avhjelpe savnet av et godt forpleiningssted for mange tæringsspasienter, hvis forhold i hjemmet gjør en fortsat forbliven der betænkelig for

---

<sup>200</sup> Avaldsnes Helseaad forhandlingsprotokol 1848-1964, s. 50-51.

omgivelsene. Men kun undtagelsesvis kan der bli tale om innlæggelse fra disse distrikter, hvor evnen til at bekoste den slags ofte langvarige opphold som regel er liten.»<sup>201</sup>

Pleiehjemmet var til god hjelp til å begynne med, og helserådene på Haugalandet fikk god nytte av det. Distriktslege Caspersen observerte at hjemmet gjorde det lettere for Helserådet å ta i bruk tuberkuloselovens § 6 på grunn av at Haugesund by nå hadde et hjem i nærområdet hvor de kunne legge inn tuberkuløse. Tidligere hadde Helserådet sendt de syke til Voss, noe som ble oppfattet som altfor langt hjemmefra. Gleden skulle likevel ikke vare lenge. Pleiehjemmet på Førre var lite og det hadde meget begrenset kapasitet, noe som førte til at det allerede i 1912 var overfylt.<sup>202</sup>

Flere distriktsleger uttrykte bekymring og misnøye med tingenes tilstand, og fremhevet amtets behov for en eller flere pleieanstalter med «hensiktsmessig beliggenhet».<sup>203</sup> Distriktslegen i Sandnes skrev i 1903 at en stadig sterkere opplevde mangelen ved at amtet ikke hadde noen pleieanstalt for tuberkuløse. På Finnøy og Sand opplyste distriktslegen at mangelen på pleiehjem i amtet var sterkt følbar i 1910 og 1911.<sup>204</sup> Distriktslegene talte imidlertid for døde ører. Bortsett fra opprettelsen av en «komité for opprettelse av et særskilt pleiehjem for tuberkuløse» nedsatt av Stavanger kommune i 1902, hvor planene ble skrinlagt kort tid etter, skjedde det lite fra det offentlige det første tiåret av 1900-tallet.

Tabell 1. Sengeplasser på tuberkulosehjem i Rogaland fra 1900 til 1940.

	1900	1910	1920	1930	1940
Sykeplasser på tuberkulosehjem	0	17	61	119	157

Kilde: «Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge» de respektive år.

Tabellen over viser at antallet sengeplasser på tuberkulosehjem i Rogaland begynte å ta seg opp i 1920-årene. Fra 1920 til 1930 fordoblet nesten tallet seg fra 61 plasser til 119 plasser. På dette tidspunktet var Rogaland et av fylkene med mest innbyggere, kun slått av Akershus, Nordland, Oslo og Sør-Trøndelag. Likevel var det

<sup>201</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1906 bind 2, s. 130.

<sup>202</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1912 bind 2, s. 121.

<sup>203</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1911, s. 397.

<sup>204</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1903 bind 2, s. 131, 1910 bind 2, s. 120, 1911 bind 2, s. 121-123.

13 fylker som kunne huse flere pasienter på sine tuberkulosehjem enn Rogaland. Selv om antallet hadde økt til 157 sengeplasser i 1940, hadde ikke situasjonen endret seg nevneverdig. Mangelen på tuberkulosehjem var derfor merkbar gjennom hele perioden.

En av de kanskje mest omtalte tuberkuloseinstitusjonene i kildene er Stavanger Sanitetsforenings tuberkulosehjem i Ramsvig. Dette ble åpnet mot slutten av 1916 og kunne ta 30 pasienter. Hjemmet ble finansiert av NKSs egne innsamlede midler, private donasjoner og statlige bevilgninger. Behovet for flere sengeplasser i fylket var stort og i 1922 startet NKSs arbeid med å utvide hjemmet med 10 sengeplasser og en lyshall. De fikk aldri realisert disse plassene. Tuberkulosehjemmet brant ned til grunnen den 19. januar 1923. Til tross for «den store ulykke» ble det sammenkalt til møte dagen etter, hvor mulig gjenoppbygging av hjemmet ble tatt opp. Etter et «ekstraordinært arbeidsaar» i 1923 ble et nytt tuberkulosehjem innviet allerede den 26. august 1924. Etter gjenoppbyggingen ble spørsmålet stilt om Stavanger Sanitetsforening skulle søke om å få kalle Ramsvig tuberkulosehjem for sanatorium. Et sanatorium måtte ha minst 30 pasienter og ha fastboende lege. Det nye hjemmet kunne huse 40 pasienter og hadde også plass til lysbehandling.<sup>205</sup> I tillegg til dette hadde Ramsvig også «første classes» liggehaller og et mikroskop. Det ble imidlertid besluttet å utsette spørsmålet om å kalle Ramsvig for sanatorium til en senere anledning.<sup>206</sup>

Det ble bygget to offentlige tuberkulosehjem i løpet av perioden. Det første kom i 1915 på Nedstrand og hadde plass til 14 pasienter, mens det andre ble åpnet først 17 år senere på Skåland i Lund og kunne ta over dobbelt så mange pasienter med sine 32 sengeplasser. Den politiske prosessen bak disse hjemmene kommer jeg tilbake til senere i kapitlet.

I 1928 ble Høyland helseheim tatt i bruk, og denne kunne huse 26 tuberkuløse. Det var Høyland tuberkuloseforening, etablert i 1915, som var ansvarlig for dette hjemmet. Det ble for det meste bygd ved hjelp av dugnadsarbeid. Ved bruk av hest og vogn kom bøndene for å bidra i bygningsarbeidet, noe som ble omtalt som et

---

<sup>205</sup> Lysbehandling ved lysterapi som nevnt tidligere i oppgaven.

<sup>206</sup> Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll, 1923-1928.



«imponerende humanitært hjelpearbeid» av Eli Ubøe Marvik. For å drifte hjemmet ble det årlig arrangert en basar i Høyland sparebank.<sup>207</sup>

I mange tilfeller var den eneste utveien å ta i bruk sykehusene. Disse hadde ofte veldig begrenset kapasitet og forholdene varierte mye fra sykehus til sykehus. Stavanger sykehus hadde gode forhold og var et av landets mest moderne. Men ”tæringsavdelingen” hadde kun 8 sengeplasser, 4 til hvert kjønn. Forholdene ved amtssykehuset var derimot forferdelige i forhold til Stavanger sykehus.<sup>208</sup> Det hadde vært i bruk siden 1843, lokalene var utdaterte og lite tilfredsstillende. Forholdene var så dårlige at distriktslegen på Finnøy i 1911 gikk så langt som å si at «til amtssykehuset vil man meget nødig komme».<sup>209</sup> Det var imidlertid ikke første gang det ble stilt spørsmål ved amtssykehusets sanitære forhold. Allerede i 1870-årene hadde inspeksjoner ved sykehuset vist hvor dårlig tilstanden var ved sykehuset:

Inspeksjonen i 1870: ”Da en flerhed af sengene er høist elendige, da der neppe er nogen seng, der er 3 alen lang, og da sengene derhos til overmaal ere opfylde med væggelus, skal inspektionen ikke undlade at andrage paa, at der for iaar til en begyndelse og til komplettering anskaffes 5 stk. jernsenge.”

Inspeksjonen i 1875: ”Der bør paapeges, at Amtssygehuset fremdeles er opfyldt af usund luft, hvilken paa sygestuerne endog fandtes i høi grad generende.”

Inspeksjonen i 1876: ”Ved den sterke bebyggelse østenfor sygehuset er sygehusets brønde i den grad blevne bedærvede, at vandet nu maa anees udrikkeligt.”<sup>210</sup>

Til tross for inspeksjonene som ble utført på 1870-tallet, hadde ikke forholdene forbedret seg nevneverdig ved århundreskiftet. Nye inspeksjoner på begynnelsen av 1900-tallet viste at sykehuset fremdeles ikke var fri for stank, og at dette skyldtes at klosettjøttene var plassert på sykeværelsene.<sup>211</sup> Behovet for et nytt

---

<sup>207</sup> Marvik 2006: s. 74-75.

<sup>208</sup> Nerheim 2015: s. 304.

<sup>209</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1903 bind 2, s. 131, 1911 bind 2, s. 123.

<sup>210</sup> Aurenes 1937, s. 131.

<sup>211</sup> Aurenes 1937, s. 131.

amtssykehus var stort og ventelisten ble stadig større i løpet av de første tiårene av 1900-tallet. Til tross for de vanskelige forholdene ved amtssykehuset og distriktslegenes klager, var amtstinget lite villig til å gjøre noe med saken.

På Karmøy var det et sykehus som ble leiet inn av Vårsildavgiftsfondet, men dette var kun i bruk under fiskesesongen. Det var derfor lite sannsynlig at dette i særlig grad ble brukt for tuberkuløse. I Skaare Herred hadde Vårsildavgiftsfondet derimot bygget et sykehus like ved grensen til Haugesund by, hvor et par sykestuer ble utleid til Haugesund. Dette sykehuset fikk også etter hvert damprenseri som befolkningen kunne bruke til å desinfisere klærne sine.<sup>212</sup>

Flere distriktsleger uttrykte med jevne mellomrom bekymring og misnøye med de sykes evne til å oppsøke lege. En av dem som tok til orde ved flere anledninger var distriktslegen på Karmøy, Ove Holm Dietrichson (1848-1922). Den tidligere marinelegen på korvetten ”Nornen” reiste flere ganger for å studere i utlandet før han ble distriktslege på Karmøy i 1897. Der ble han boende i ti år før han tok stillingen som distriktslege i Tønsberg i 1907, mens han samtidig jobbet som overlege ved fylkessykehuset i Vestfold. Denne stillingen hadde han helt frem til 1918 da han ble fylkeslege der. Året etter mottok han kongens fortjenestemedalje i gull for sitt arbeid.<sup>213</sup> Dietrichson understreket i 1900 at tuberkuløse burde oppsøke lege tidligere, slik at sanatorieopphold kunne være til hjelp. Ventetiden på sanatorieplass var derimot for lang og måtte derfor kortes ned slik at pasientene kunne innlegges umiddelbart. To år senere skrev han at folk har blitt flinkere til å oppsøke lege tidligere for å få bedre kjennskap til «Sygdommens virkelige Natur» og mulig sanatoriehjelp. Når et slikt opphold ikke lot seg gjøre, avsto de fleste fra å oppsøke legehjelp. Også distriktslegene i Finnøy, Sand og Sandnes ga uttrykk for at mangelen på pleieanstalter for tuberkuløse i Stavanger amt var merkbar.<sup>214</sup>

### **Motvillig amtsting**

Først ved amtstinget i 1911 startet prosessen som skulle føre til byggingen av det første offentlige pleiehjemmet i amtet. På møtet besluttet politikerne å stifte et fond som skulle finansiere dette pleiehjemmet og pengene skulle for det meste

---

<sup>212</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1905 bind 2, s. 126-127.

<sup>213</sup> Krohn-Holm 1974, s. 49.

<sup>214</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900 bind 2, s. 131-132, 1902 bind 2, s. 144-145, 1903 bind 2, s. 131, 1910 bind 2, s. 120, 1911 bind 2, s. 123.

komme fra amtskommunens andel av brennevinsamlagenes overskudd. Som tidligere nevnt, var det viktig at tuberkulose kom under behandling så tidlig som mulig for at tuberkuloseloven skulle få et godt resultat. Det kunne bare skje hvis det var tilstrekkelig med kuranstalter.<sup>215</sup> Ettersom Stavanger amt ikke hadde gjort noe for å bygge slike anlegg, beskrev derfor amtmannen situasjonen i amtet som «litet tilfredsstillende». Det var «hittil gjort litet til bekjæmpelse av tuberkulosen».

I 1912 var det kun noen få institusjoner for tuberkulose. Disse var Førre pleiehjem og amtssykehuset. De fleste syke som ikke fikk sanatorieplass utenfor amtet, men som likevel burde innlegges for egen bedrings skyld og grunnet smittefare for omgivelsene, hadde til nå blitt henvist til amtssykehuset. Det var derfor nødvendig å gjøre noe med situasjonen av flere grunner. Amtssykehuset burde bli «fri for tæringspatienter» da disse utgjorde en smittefare til tross for at de var plassert i egen avdeling. Selv om sykehus kunne tilby isolasjon, bedre kost og gode hygieniske forhold, hadde ikke pasientene den tilgangen til frisk luft under gode klimatiske forhold som et pleiehjem kunne tilby. I tillegg ønsket overlegen ved amtssykehuset å anvende sengeplassene de tuberkulose opptok for «almindelige syke». Det var derfor «høist paakrævet, at man snarest mulig gaar til opprettelse av pleiehjem».<sup>216</sup>

Amtmannen i Stavanger, Thorvald Larsen, forsto det burde utnevnes en komité som skulle utrede en rekke spørsmål rundt opprettelsen av et pleiehjem for tuberkulose.<sup>217</sup> Han hadde også fått en rekke oppfordringer om hvordan hjemmene burde utformes og hva som burde tas med i betraktningen. Ifølge Larsen burde de være små og billige, helst ikke flere enn 15 sengeplasser slik at en lettere kunne tilby «et hjemlig præg». Ved å bygge et anlegg i mindre skala, kunne en også redusere betjening og administrasjon. Det var også ønskelig at det ble bygget mange hjem slik at de kunne fordeles rundt i amtet. På denne måten ville pasientene være nær sine hjem og det ville være lettere for pårørende å besøke dem. Larsen mente derfor at amtstinget umiddelbart burde ha som mål å bygge et pleiehjem i Ryfylke og et i øvre Jæren eller Dalene. I tillegg til dette burde en på lang sikt forsøke å bygge egne hjem for kvinner og menn, da Fagerlid pleiehjem i søndre Bergenshus hadde opplevd

---

<sup>215</sup> Sæbø 1982, s. 78.

<sup>216</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1912, s. 290 og 1913, s. 172-173.

<sup>217</sup> I kildene blir begrepene pleiehjem og tuberkulosehjem brukt om hverandre. De vil derfor bli brukt slik det står i kildene.

vanskeligheter ved å «huse mænd og kvinder under et tak». At de første hjemmene huset begge kjønn, kunne likevel «neppe undgaas».<sup>218</sup>

For valg av plassering oppfordret Larsen komiteen til å ta hensyn til pasientene og at det var påkrevd at en lege var bosatt i området. Hvordan det skulle finansieres, burde også tas med i vurderingen. Det var derfor viktig å ta hensyn til hva de forskjellige herredene ville og hadde muligheten til å bekoste. Larsen mente ikke det var urimelig å kreve at herredene skulle være med å betale for hjemmene, slik en hadde gjort i mange andre amt. Hvilken betalingsmodell en skulle bruke overlot han derimot til komiteen.<sup>219</sup>

Den 10. juni 1912 fremla budsjettkomiteens sin innstilling for amtstinget. De var enig med Larsen på de fleste punktene, men mente at det ikke var fordelaktig å bare kunne huse de uhelbredelige tilfellene. Dette ville føre til at anstaltene fikk «et haabløshedens præg». Tuberkulosehjemmene ble ofte sett på som «dødens forgård» fordi døden aldri var langt unna. Å bli innlagt på et slikt hjem var derfor blant mange tuberkuløse synonymt med en dødsstraff.<sup>220</sup> En måtte derfor ta sikte på å bygge pleiehjem som kombinerte isolasjon av uhelbredelige og oppta pasienter til kurativ behandling. De mente derfor at det burde utnevnes en komité bestående av tre medlemmer, hvorav en lege, og like mange varamenn. Deres oppgave var å utrede «spørsmålet om pleiehjem for tæringssyke i amtet», hvor de skulle vurdere hvor mange hjem som trengtes, hvor store de burde være, hvilken beliggenhet de skulle ha, og til slutt komme med forslag til plan, reglement og driftsbudsjett. Dette arbeidet skulle fremlegges ved amtstinget året etter hvor de folkevalgte da skulle fatte et vedtak. Budsjettkomiteens innstilling ble enstemmig godkjent av amtstinget noe som på mange måter var startskuddet for opprettelsen av det første offentlige tuberkulosehjemmet i Stavanger amt.<sup>221</sup>

### **Nedstrand pleiehjem blir til**

Den 11. april 1913 leverte komiteen sin «utredning av spørsmålet om opprettelse av tuberkulosehjem» til amtstinget. Thorvald Larsen hadde diskutert med komiteen under dens arbeid, og støttet innstillingen fult ut. Med Larsens egne ord falt

---

<sup>218</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1912, s. 290-291.

<sup>219</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1912, s. 291.

<sup>220</sup> Nerheim 2015, s. 310-311.

<sup>221</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1912, s. 471-472.

komiteens innstilling «i det væsentligste sammen med hvad jeg antydet i mit forelæg ifjor».<sup>222</sup>

I innstillingen tok komited medlemmene dr. Thorleif Svaboe og ordførerne Eivind Hognestad og Ole Huglen, opp viktigheten av sanatorier og pleiehjem for tuberkuløse. Erfaringen i Norge, og i utlandet, var at slike institusjoner var de beste midlene for å komme tuberkulosen til livs. Den innflytelsesrike Klaus Hanssen mente også at en var helt avhengig av sanatorier og pleiehjem for å vinne kampen:

”at praktisk talt er vel ikke uenighet om at behandling paa sykehus (sanatorier og tuberkulosehjem) er en væsentlig og uundværlig betingelse for at man kan føre kampen mot tuberkulosen til et heldigt resultat.”<sup>223</sup>

Komiteen opplyste også amtstinget om at det snart var nødvendig å bygge et tuberkulosehjem da tuberkuloseloven gjorde at amtene og herredene var forpliktet til å ha utvidet tilgang til sykehusplass for smittede.

I 1913 var det samtidig snakk om en endring i tuberkuloseloven, noe som ville føre til større krav på plasser ved sykehus og tuberkulosehjem enn tidligere. Derfor valgte komiteen å avgrense hjemmets virkeområde ved å presisere hvilke syke som kunne bli innlagt.

”Først og fremst indlægges paa tuberkulosehjemmene de lungetuberkuløse (tæringspatienterne) men dernæst ogsaa de, som har tuberkulose i ben, led, hud og kjertler, forsaavidt de ikke heller bør sendes til et sanatorium (de beg. tilfælder) eller underkastes chirurgisk behandling.”<sup>224</sup>

Videre fortsatte komiteen punktvis:

”1. Av de lungetuberkuløse bør først og fremst indlægges de langt fremskredne former, hvor den syke til stadighet eller den største del av dagen ligger til sengs. Saadane syke vil i i tuberkulosehjemmene faa den bedst mulige pleie og den bedste lindring for sine lidelser.

---

<sup>222</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 169.

<sup>223</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 172.

<sup>224</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 173.

2. Syke som endnu ikke er tvungne til sengs, men hvor arbeidsevnen enten helt eller delvis er ophævet, eller hvor arbeidsevnen endnu for største delen er bevaret, men sykdommen aligevel er saa langt fremskreden, at man ikke tør haape paa helbredelse ved ophold i tuberkulosehjem kunne bedres saa meget, at arbeidsførheten helt eller delvis vender tilbake og saaledes kunne forlate tuberkulosehjemmet som relativt arbeidsdygtige og mindre smittefarlige mennesker.

3. Alle begyndende tilfælder av tuberkulose, som kan helbredes, men som av en eller anden grund ikke kan faa plass paa eller straks sendes til sanatorier, bør, indtil de kan anbringes paa sanatorium, indlægges foreløpig paa tuberkulosehjem.

4. Begyndende tilfælder av tuberkulose, som umulig kan skaffes sanatorieophold av en eller anden grund bør indlægges paa tuberkulosehjem for at de kan oplæres til at behandle sig selv i sit hjem og oplæres til at stelle sig slik at de blir ufarlige for sine omgivelser.<sup>225</sup>

Hvor mange sengeplasser var det nødvendig for amtet å anskaffe? Etter opplysningene komiteen hadde innhentet, mente de at ca. 48 plasser fordelt på 3-4 tuberkulosehjem var tilstrekkelig. Disse hjemmene «maa plasseres omkring i amtet saa hensiktsmessig som mulig». Komiteen anbefalte derfor et hjem for Dalene og sør-Jæren, et for nord-Jæren og sørlige del av Ryfylket, et for nordlige del av Ryfylket og Karmsund, og ved behov et for indre Ryfylke. Til å begynne med ville det være tilstrekkelig med omtrent 30 plasser, da mange syke ville «hænge saa sterkt ved sine egne hjem» at de ville motsette seg innleggelse. Økonomisk ville det også være hensiktsmessig for amtet om disse plassene alltid var opptatt slik at en kunne unngå at driften gikk i underskudd.<sup>226</sup>

At pleiehjemmene burde være små og billige, var det stor enighet om. Et tuberkulosesanatorium ville bli for dyrt, mente amtstinget. Bebyggelsen i amtet var spredt og bygdene lå langt fra hverandre, derfor burde en bygge små hjem med 10-12

---

<sup>225</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 173-174.

<sup>226</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 175, 179.

sengeplasser. En slik løsning var bedre for den syke og de pårørende. Da kunne anleggene spres rundt i bygdene. Også økonomisk var dette en god løsning på grunn av at en kunne klare seg med kun én utdannet sykepleier og den resterende betjening bestående av tjenestepiker eller innleid hjelp. Sykepleieren burde ha gjennomført et kurs i pleie av tuberkuløse ved et sanatorium. Både medisinaldirektøren og Nasjonalforeningen hadde tidligere uttalt at amtene burde bygge små hjem.<sup>227</sup>

Tuberkulosehjemmene kunne ifølge komiteen også ha en oppdragende virkning for enkelte bygder og distrikter når det gjaldt hygien. For å oppnå dette mente de at anleggene ikke burde være for overdådige. Innredning og utstyr burde være såpass enkelt og alminnelig at innbyggerne kunne oppfatte at det kunne gjøres i deres egne hjem.<sup>228</sup>

Den største usikkerheten under utredningen var spørsmålet om plantegningene. Etter å ha vurdert tegninger fra andre steder i landet og besøkt Førre og Fagerlid tuberkulosehjem, var komitemedlemmene meget usikre. Førre ble ansett for å være for stort og dyrt, mens Fagerlid hadde flere mangler i likhet med de foreliggende tegningene. Også formannen i Nasjonalforeningen, overlege Klaus Hanssen, engasjerte seg i spørsmålet. I en privat brevveksling mellom han og komitemedlemmet, dr. Thorleif Svaboe, oppfordret han til å konkurransesette plantegninger for tuberkulosehjem:

”Ingen av de foreliggende tegninger eller planer for tuberkulosehjem tilfredsstiller alle krav. Vi agter derfor at indbyde til konkurranse om tegninger til tuberkulosehjem av forskjellige størrelser.”<sup>229</sup>

Hanssen skrev videre at han var enig i å bygge så billig som mulig. Samtidig advarte han komiteen mot å «bygge saa billig at det gaar ut over driften». Ble hjemmene for enkle, kunne en risikere en motsatt effekt. Drift av upraktiske tuberkulosehjem kunne bli dyrt. Han påpekte også at Fagerlid-typen ikke oppfylte alle kravene. Eneværelsene, sykerommene og spiserommene i tegningen var for små. Det var også nødvendig med et tørkerom og magasin for ledige madrasser. I tillegg

---

<sup>227</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1912: s. 290 og 1913 s. 175-177.

<sup>228</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913: s. 177.

<sup>229</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913; s. 178.

manglet det et kontor, noe Hanssen mente var, «om aldrig saa litet, synes mig paakrævet».<sup>230</sup>

I 1913 var den mest berømte modellen for tuberkulosehjem Brønøytypen. Modellen kom fra et hjem som var oppført ved Brønøy i Nordlands amt. Denne løsningen syntes Stavanger amt ville bli for dyr, da kostnaden per sengeplass i små hjem med 14 og 10 senger ville ende på henholdsvis 1678,00 kroner og 2120,00 kroner uten medregnede kostnader for tomt og inventar. Fagerlidtypen ville derfor være en betraktelig rimeligere løsning ettersom prisen per sengeplass ville bli 900,00 kroner for 14 og 1250 kroner for 10 plasser. Det var kanskje ikke så overraskende at komiteen i stor grad mente at hjemmene burde bygges etter samme modell som Fagerlid, ettersom kostnadsnivået og størrelsen var mer forenlig med amtets ønsker. Dr. Thorleif Svaboe hadde også fått en ganske nøyaktig gjennomgang av Fagerlidtypens mangler og hva som eventuelt burde endres i brevet fra overlege Klaus Hanssen.<sup>231</sup>

Et av de mest sentrale spørsmålene var hvordan en skulle finansiere bygging og drift. Flere ulike modeller var blitt brukt i andre amt med forskjellige resultater. I Nordland hadde de løst dette ved at kommuner og private foreninger som oppførte tuberkulosehjem, fikk bidrag av amtet mot at et visst antall sengeplasser ble stilt til amtets disposisjon. Med en slik løsning ville ikke amtet ha noe med driften og administrasjonen å gjøre. Sakkyndige mente dette var en dårlig løsning, som av flere grunner var uaktuell for Stavanger amt. Nordre Trøndelag hadde derimot bygget sine hjem ved hjelp av bidrag fra private, sparebanker og kommuner. Hjemmene ble amtets eiendom og ble kun driftet av amtet. En kunne også gjøre som Nordre Bergenhus amt hvor de bygget hjem for samlagspenger. Herredene hvor hjemmene skulle ligge, måtte yte to mål jord til tomt og være garantist ved underskudd av driften. Senere ble kravet om kommunenes garanti skrinlagt, da ingen kommuner ville gå med på det. I Søndre Bergenhus hadde de derimot gått inn for en mye enklere løsning hvor amtet finansierte oppbygning, drift og administrasjon.<sup>232</sup> Etter å ha utredet de mulige løsningene, falt amtets beslutning på den sistnevnte modellen, hvor hele anlegget ble finansiert for egen regning og deres andel av brennevinssamlagenes overskudd.

---

<sup>230</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913:, s. 186.

<sup>231</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913:, s. 178-179, 186, 428.

<sup>232</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913:, s. 176.



Helt til slutt tok komiteen for seg plasseringen av hjemmene. Her hadde de gått grundig til verks og forhørt seg med helserådsordførerne om det var noen passende tomter i deres distrikt. Blant anbefalingene ordførerne hadde kommet med, var tomtene på Nedstrand og Lund de som «særlig fæstet sig». Komitemedlem Dr. Thorleif Svaboe var bosatt på Nedstrand. Som initiativtager til opprettelsen av ”Nedstrands sykepleie- og tuberkuloseforening” i 1911, var han også sterkt knyttet til det lokale tuberkulosearbeidet. Det er derfor grunn til å tro at tomten på Nedstrand ble valgt på grunn av Svaboes tilknytning til området.<sup>233</sup>

Tomten på Nedstrand lå vakkert til på sørvestskråningen i en furuskog. Med åpning på sørsiden og vestsiden ville hjemmet få rikelig med sol, og skogen ville gi ly mot vind fra øst og nord. Den nærmeste naboen var landbruksskolen på Tveit, en kilometer ned skråningen. Tomten hadde ingen veitilgang, noe som gjorde at den lå «helt borte fra alfarvei og naboer paa alle kanter». Det var med andre ord ikke noen fare for smitte, verken for skolen eller andre innbyggere. Landbruksskolens overstyre hadde heller ikke noe imot at hjemmet ble plassert i nærheten. Den 3. april 1913 ble fylkestinget informert om at overstyret stilte seg positive til dette.

«at der intet findes at indvende mot, at tuberkulosehjem blir anlagt paa Tveit saaledes som projektert ca. 1 km. søndenfor skolen».<sup>234</sup>

Med flere damskipsanløp i nærområdet fra både Stavanger og indre Ryfylke, ville fremkomstmulighetene for ansatte og innlagte være tilstrekkelige. Når det gjaldt kloakkforhold og brønnvann, mente komiteen at det ikke ville by på de største problemene. Med landbruksskolen i nærheten ville også tilgangen til melk og andre landbruksprodukter være til stor nytte for hjemmet, samtidig som et påtenkt lysverk ved skolen ville kunne dekke hjemmets elektriske behov. En planlagt vei til tomten ville koste en del, men ettersom tomten var eid av amtet ville det ikke bli for dyrt. Den planlagte veien ville også være til god nytte for landbruksskolen.<sup>235</sup>

Den 13. juni 1913 ble innstillingen behandlet i amtstinget. Der ble det slått fast at hjemmet ikke ville være blant de billigste av samme slag. Årsaken til dette var todelt. Ifølge komiteen skyldes dette de høye prisene på materialer og arbeidere, mens

---

<sup>233</sup> Marvik 2006, s. 76.

<sup>234</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 179.

<sup>235</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 180.

amtet skyldte på «den uveisomme beliggenhet langt opp i en skogaas». Dette ville føre til at kostnaden per sengeplass ville bli noe høyere enn på Fagerlid, da et hjem på 14 senger ville koste 1500,00 kroner og et hjem på 10 senger ville koste 1800,00 kroner mot Fagerlids 900,00 kroner per seng. Når det gjaldt regler for driftsmåte, kosthold, betalingsmåte, garanti for betalingen og huslig disiplin mente komiteen at dette burde bestemmes av amtmannen og hjemmets lege når det første hjemmet var ferdig.<sup>236</sup>

Avslutningsvis anmodet komiteen amtstinget om å vedta:

- ”1. Til opførelse og indredning av et tuberkulosehjem paa amtets eiendom i Nerstrand i alt væsentlig overensstemmende med den nedsatte komites innstilling og plan bevilges det fornødne.
2. Omkostningerne utredes av amtskommunens andel av brændevinssamlagenes overskud.
3. Efter innstilling fra valgkomiteen vælges en byggekomite paa 3 medlemmer, hvorav en læge. Denne komite har at træffe avgjørelse angaaende hjemmets opførelse, indredning og utstyr m. v.”<sup>237</sup>

Til komiteens innstilling var det kun ordføreren fra Varhaug, S. Ånestad som hadde en innvending. Han hadde «sterke betenkeligheter med å gå med på bevilgningen» ettersom den var langt fra forberedt. I tillegg mente han det var for dyrt og fryktet at den endelige prisen ville bli høyere. «Skulde det virkelig være umulig at innskrenke noget paa omkostningerne» var hans klare tale til amtstinget. Til tross for Ånestads innvending, ble komiteens innstilling godkjent 13. juni 1913.<sup>238</sup>

Den 1. august 1915 ble Nedstrand tuberkulosehjem offisielt åpnet. Det kunne huse 14 pasienter, men ble senere utvidet med ytterligere 3 sengeplasser.<sup>239</sup> To dager etter kom den første pasienten. Allerede før året var omme hadde fem pasienter blitt innlagt på hjemmet, men en av dem døde bare tre uker etter åpningen av hjemmet. Slik var hverdagen ved et tuberkulosehjem, noe som underbygde fordømmen om at de var «dødens forgård».<sup>240</sup>

<sup>236</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 182.

<sup>237</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 429.

<sup>238</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913, s. 429, 510.

<sup>239</sup> Sundhedstilstandene og Medisinalforholdene 1928 bind 1, s. 4.

<sup>240</sup> Nerheim 2015, s. 309, 311.

## Livet på institusjonene

Livet på institusjonene var svært rutinepreget. Pasientene måtte følge strenge regler og en stram timeplan. tuberkulosehjemmene hadde både kurative og lindrende oppgaver for de som kunne helbredes og de håpløse tilfellene. Hverdagen ved hjemmene var derfor dystert og døden aldri langt unna. I tillegg til å være kurerende skulle de også være opplærende, ikke bare for pasientene, men også for innbyggerne i nærområdet. Tuberkulosesanatorier og tuberkulosehjem var erfaringsmessig den beste måten å forebygge og helbrede sykdommen, mente datidens leger.<sup>241</sup>

Fra de sto opp til de la seg, fulgte pasientene et strengt regime. I Nedstrand begynte dagen med havresuppe klokken 10 etterfulgt av to timer med hvilekur ute i frisk luft både sommer som vinter. Hvis det var en veldig kald vinterdag ble pasientene lagt inn i flere lag med ulltepper og ullpledd for at de ikke skulle fryse. Under hvilekuren skulle de ligge helt stille, helst uten den minste bevegelse. Etter dagens første hvilekur ble middagen servert klokken 1. Etter middagen skulle pasientene gjennomgå nok en hvilekur fra klokken kvart på 2 til klokken 4. På noen tuberkulosehjem fikk pasientene som var friske nok, gå en liten tur istedenfor.<sup>242</sup> Klokken 7 var det kveldsmat, og klokken halv 9 var det sengetid, med unntak av sommeren, da kunne pasientene være opp til klokken halv 10.<sup>243</sup>

Når pasientene ble sendt hjem igjen, fikk de mer frihet til å gjøre som de selv ville, noe som kunne føre til at de overanstrengte lungene sine. Det var derfor viktig at de forsto og godtok tuberkulosesanatoriene og –hjemmenes strenge regime mens de var innlagt.

Denne dietetisk-hygieniske behandlingsformen ble stort sett brukt ved de fleste tuberkulosehjem. Måltidene besto gjerne av sunne og fetende ingredienser som skulle hjelpe pasientene til å legge på seg og bli ”friskere” slik at kroppen bedre kunne bekjempe sykdommen. Mange pasienter fikk feber og dårlig appetitt som følge av sykdommen. Derfor var det ofte slik at de ikke klarte å spise den ”helsebringende” maten. I et av Skogheims intervjuer forteller den tidligere overlegen ved Reknes sanatorium i Molde, Olaf Kristoffer Thomassen, at ansatte ved enkelte sanatorier og tuberkulosehjem arrangerte konkurranser for å ”lure” pasientene til å spise. På Reknes

---

<sup>241</sup> Nerheim 2015, s. 308.

<sup>242</sup> Karlsen og Skogheim 1990, s. 79-81.

<sup>243</sup> Nerheim 2015, s. 309.

sanatorium kunne pasienten som hadde mest vektøkning i løpet av en måned vinne en premie.<sup>244</sup>

Ida Blom skriver at det var normal praksis at de som ble innlagt ved offentlige sanatorier var pliktet til å ha med seg egne klær, ulltepper og spytteflasker. De hadde også ansvar for å følge husordenen til punkt og prikke, hvis ikke kunne de risikere å miste sengeplassen til noen andre.<sup>245</sup> Selv om Rogaland ikke hadde offentlige sanatorier, kun offentlige tuberkulosehjem, er det likevel grunn til å tro at en lignende praksis var vanlig ved disse mindre hjemmene. Samtidig ble en god del tuberkuløse fra Rogaland sendt til offentlige sanatorier i andre amt, for det meste Luster i Sogn og Fjordane og Landeskogen i Aust-Agder. Av den grunn var også en del sanatorier direkte involvert i Rogalands kamp mot tuberkulose.

### **Fylkestinget forhaler og utsetter beslutningen om nytt fylkessykehus**

I 1915-16 informerte overlegen P.K. Pedersen i årsmeldingen sin at sykehuset var blitt for lite, noe som ville bli mer og mer følbart med tiden. Han mente at videre utbygging av sykehuset ikke ville holde, og at det derfor måtte bygges nytt sykehus på et annet sted. Helt siden han ble overlege ved sykehuset i 1910 hadde han grepet hver mulighet til å fortelle amtstinget hvor dårlig sykehusstilbudet var rundt om i fylket. Likevel var ikke amtstinget villige til å lytte før den økonomiske oppgangen i 1917. Da erkjente de at sykehusets kapasitet var begrenset og ikke tilfredstilte fylkets behov. Det var sengeplasser til 56 personer ved sykehuset, 6 av dem til tuberkuløse og 8 til smittsomme syke. Kapasiteten var med andre ord sprengt og ventelisten lang. Sykehusets kirurgiske utstyr var i tillegg utdatert. Det ble derfor oppnevnt en komite som skulle utrede spørsmålet om et nytt fylkessykehus.<sup>246</sup>

Allerede året etter ble innstillingen fremlagt for amtstinget, hvor det ble konkludert med at tomten til det gamle amtssykehuset ikke var stor nok for et tilfredsstillende nybygg. Etter å ha undersøkt situasjonen i andre fylker kom komiteen frem til at et nytt sykehus burde ha plass til mer enn 100 pasienter. Det var behov for en tomt på minst 25-30 mål med mulighet for videre utbyggelser. Komiteen foreslo tre tomter: Stavanger kommunes tomt på sørsiden av Vålandshaugen, Guttorm Dirdals tomt ved Schancheholen, og til slutt Malene Mossiges eiendom ved

---

<sup>244</sup> Karlsen og Skogheim 1990, s. 19.

<sup>245</sup> Blom 1998, s. 27.

<sup>246</sup> Nerheim 2015, s. 312.

Kristianlyst. Det ble ikke tatt noen beslutning av amtstinget i 1918, men komiteen fikk fullmakt til å fortsette arbeidet. De gikk til innkjøp av eiendommen ved Schancheholen i Hetland og engasjerte arkitekten Victor Nordan i Oslo.<sup>247</sup>

Amtstinget fortsatte å utsette beslutningen om å bygge nytt amtssykehus de påfølgende årene. I 1920 bestemte amtstinget seg for å vente med en beslutning til det ble klarlagt om Hetland kommune ville bidra med kloakk til et nytt sykehus, og om Stavanger kommune ville bidra med vannledning. Komiteens planforslag til nytt sykehus skulle også revideres. Det nye forslaget ble fremlagt av komiteen den 13. november 1920 og en antatt byggekostnad ble kalkulert til 2,4 millioner kroner. Kloakk og vann ville koste 100 000 kroner, samt inventar og utstyr til rundt 350 000 kroner. De økonomiske utsiktene var imidlertid usikre høsten 1920. Å bygge et nytt sykehus mens konjunktorene var fallende var lite ideelt og ville kunne påføre fylket store utgifter. Det var derfor best å utsette beslutningen til fylkestinget i 1921, mente fylkesmann Thorvald Larsen.<sup>248</sup>

I sin innstilling til fylkesutvalget den 23. mai 1921 foreslo fylkesmannen at et nytt sykehus burde bygges etter arkitekt Nordans plantegning. Til en pris på 3,38 millioner kroner ville sykehuset få en egen epidemiavdeling, funksjonærbolig og likhus. Ved å ta opp et lån skulle en finansiere utgiftene. Fylkesutvalget sluttet seg til denne innstillingen. Forslaget møtte derimot stor motstand i fylkestinget og diskusjonene var harde. Mange mente sykehuset ville bli for dyrt og var derfor bekymret for fylkeskommunens økonomi, særlig på grunn av den økonomiske nedgangstiden i hele landet. Til tross for motstanden vant forslaget frem med et klart flertall på 28 mot 13 stemmer. Samtidig fikk fylkesmannen fullmakt til å ta opp et fast lån til sykehuset. Ifølge Gunnar Nerheim var ordførerne som stemte imot bygging av et nytt fylkessykehus fra kommuner som lå langt fra Stavanger.<sup>249</sup>

Selv om beslutningen om et nytt sykehus var tatt, ble saken utsatt nok en gang. Fylkesmannen hadde henvendt seg til borgermesteren i Stavanger kommune i håp om å etablere et eventuelt samarbeid om leie av sykehusplasser ved Stavanger sykehus. Kommuneøkonomien til Stavanger var dårlig etter feilinvesteringer og låneopptak under første verdenskrig, mens fylket hadde et stort behov for sengeplasser. Et slikt samarbeid mellom byen og fylket ville derfor være gunstig for begge parter, mente

---

<sup>247</sup> Aurennes 1937, s. 133 og Nerheim 2015, s. 312.

<sup>248</sup> Nerheim 2015, s. 312-314.

<sup>249</sup> Nerheim 2015, s. 314-315.

han. Forhandlingene med Stavanger kommune vedvarte helt frem til 1923 uten resultater. I mellomtiden hadde sykehusnøden i Rogaland blitt enda verre. Fylkesmannen beklaget dette og understreket for fylkestinget hvor viktig det nå var å bygge et nytt sykehus.<sup>250</sup>

Det skulle vise seg å være problematisk å bygge på den nye eiendommen ved Schanzenholen. Fylkestinget gikk derfor nok en gang i forhandlinger med Stavanger kommune om et makeskifte mellom fylkets eiendom på Schanzenholen mot kommunens eiendom sør for Vålandshaugen. Mot et mellomlegg på 32 000 kroner godtok bystyret i Stavanger kommune forslaget. Denne gangen kom partene til enighet da fylkestinget godkjente saken i 1923.<sup>251</sup>

Prisnedgangen etter 1920 samt endring i byggeplanen hadde ført til at kostnadene var redusert til 1,58 millioner kroner, pluss utlegg til makeskiftet. Likevel var noen av ordførerne fortsatt bekymret for den økonomiske byrden et nytt sykehus ville medføre. Disse ordførerne var imidlertid i mindretall. Den 20. juni 1923 besluttet derfor fylkestinget å bygge det nye fylkessykehuset. Fylkeslege Ebbell gledet seg over beslutningen ettersom «Nøden er skrikende». Ventelisten hadde økt til 60-80 pasienter, og det var derfor ofte umulig å skaffe sengeplass til de mest trengende hevdet han.<sup>252</sup>

I 29. september 1927 ble det nye sykehuset tatt i bruk. I meldingen til fylkestinget i 1928 hevdet byggekomiteen at de hele tiden hadde forsøkt å bygge et førsteklasses moderne sykehus så økonomisk som mulig. Selv om sykehuset ikke skulle ha «unødige flottheter», hadde komiteens motto hele tiden vært: «For den syke er kun det beste godt nok». Det var derfor kanskje ikke så overraskende at fylkestinget var godt fornøyd med byggekomiteen som «med kraft og dugleik og ein aldri feilande umtanke fullenda eit arbeid som alle er fornøgd med».<sup>253</sup>

### **Amtets andre tuberkulosehjem**

Samme år som tuberkulosehjemmet i Nedstrand ble ferdigstilt, foreslo den samme komiteen at det burde bygges et tuberkulosehjem i Dalane. De kjøpte derfor en tomt på Skåland i Lund for 3000 kroner. Forslaget ble vedtatt av amtstinget, men

---

<sup>250</sup> Nerheim 2015, s. 315.

<sup>251</sup> Aurenes 1937, s. 133-134.

<sup>252</sup> Aurenes 1937, s. 134 og Nerheim 2015, s. 315.

<sup>253</sup> Aurenes 1937, s. 135.

det ble besluttet å vente med utbyggingen til en hadde fått mer erfaring fra Nedstrand tuberkulosehjem. Til tross for at amtet stadig manglet sengeplasser til sine tuberkuløse, skulle det ta ni år før saken igjen ble tatt opp på dagsorden.

Da amtslegen reiste spørsmålet igjen i 1924, var ikke forholdene blitt bedre. Amtet hadde fortsatt mangel på plasser til sine tuberkuløse og burde derfor bygge et nytt tuberkulosehjem snarest. Nok en gang utnevnte amtstinget en komité som skulle komme med en planutredning og beregning av pris og utgifter av hjemmet. Komiteen fikk to år på seg før de skulle fremlegge utredningen for amtstinget.

Ved fylkestinget i 1926 ble komiteens innstilling tatt opp til behandling. Deres anmodning til fylkestinget var å kjøpe nok en tomt på Skåland slik at en kunne bygge et hjem med hele 30 sengeplasser. Forslaget ble imidlertid nedstemt. Året etter ble det samme forslaget tatt opp igjen ettersom eieren av tomten hadde tilbudt seg å selge for 10 000 kroner. Denne gangen vant forslaget frem da det kun var ni stemmer imot. Avgjørelsen om bygging av hjemmet ble imidlertid utsatt til en senere anledning.

Først i 1930 ble det vedtatt å bygge et fullverdig tuberkulosehjem til omkring 134 600 kroner med 30 sengeplasser og muligheter for sanatoriestell.<sup>254</sup> Det skulle likevel ta ytterligere to år før hjemmet ble tatt i bruk i 1932. Da det åpnet, var det plass til 34 pasienter.<sup>255</sup>

### **Økt kunnskap, mer frykt**

Etter at tuberkuloseloven ble vedtatt den 8. mai 1900, begynte et omfattende forebyggingsarbeid. En viktig del av dette arbeidet besto i å øke befolkningens kunnskaper om tuberkulose. Gjennom artikler, brosjyrer, foredrag, regler og plakater drev både offentlige og private et opplysningsarbeid for at folk skulle bli mer bevisst på hvordan sykdommen smittet, og hvordan en selv kunne forebygge mot dette. Et slikt opplysningsarbeid skapte ringvirkninger og befolkningens holdninger endret seg etter hvert.

Før 1900 ble tuberkulose sett på som en kronisk og uhelbredelig sykdom. Fra en ble smittet til de første symptomene viste seg, kunne ta tid. Mange trodde derfor at den var arvelig. Fikk foreldrene sykdommen, fikk som oftest barna sykdommen.

---

<sup>254</sup> Aurenes 1937, s. 141.

<sup>255</sup> Sundhetstilstanden og Madisinalforholdene 1930 bind 1, s. 3.

Dette var også tilfellet i Stavanger amt.<sup>256</sup> Det var derfor en omfattende oppgave det offentlige og det private gikk i gang med, da de på begynnelsen av 1900-tallet startet det forebyggende arbeidet og opplysningskampanjene mot tuberkulosen. Dette førte i mange distrikter til stor smittefrykt. I enkelte distrikter var smittefrykten så stor at deler av befolkningen og næringslivet ikke ville ha noe med den syke å gjøre. Enkelte plasser var frykten så stor at det var vanskelig å anskaffe arbeidshjelp, pleiehjelp, losji og rom til leie for folk med tuberkulose.<sup>257</sup>

I Karmøy hadde en ung tuberkuløs gårdsbruker merket seg denne holdningsendringen i forhold til de smittede. Han fortalte at det hersket en overdreven frykt for smitte i bygdene og at denne var størst blant de unge. Tidligere visste en ikke hvor smittefarlig sykdommen var, og en var derfor ikke redd for å omgås de syke. Synet på tuberkulose endret etter hvert som kampen mot sykdommen ble «opptatt med større alvor» og innbyggerne lærte at det var en smittsom sykdom. Friske ville ikke ha noe med den syke å gjøre. De ville ikke gå inn i hus med tuberkuløse. Under besøk holdt de seg for nese og munn. Nødvendig hjelp i huset var vanskelig å skaffe, og i de tilfeller der det var behov for å våke over syke, var det få som ville stille opp.<sup>258</sup>

“Nu er man især ræd for at komme ind i de Huse, hvor Tæringssyge opholder sig. Thi det er ikke alene Spyttet, som betragtes som Smittekilde, men ogsaa den Syges Aandedræt, og vi har seet, at Folk har holdt for Mund og Næse, naar de har været inde i et saadant Hus. Det kan ogsaa være ondt at faa den nødvendige Arbeidshjælp i Huset, og trænger den Syge at vaages over, har det ikke været let at faa Folk dertil»<sup>259</sup>

Til tross for at forebyggingsarbeidet økte kunnskapen i befolkningen, kunne økt kunnskap føre til store sosiale problemer for den syke. Smittede kunne risikere å miste både jobb og kontakt med familie og venner. Sykdommen ble også forbundet med fattigdom ettersom det ofte var de trengende som ble hardest rammet. Synet på tuberkulose som en fattigmannssykdom kunne derfor føre til at mange smittede og

---

<sup>256</sup> Nielsen 2008, s. 164.

<sup>257</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1902 bind 2, s. 142, 1903 bind 2, s. 131, 1904 bind 2, s. 126-127.

<sup>258</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 127.

<sup>259</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 127.



deres familier opplevde stigmatisering.<sup>260</sup> Tuberkulose var derfor i mange tilfeller et tabubelagt område.

Sykdommen rammet ikke bare de fattige. Bedrestilte og rike familier ble også smittet av sykdommen. Likevel klarte de å unngå de verste sosiale konsekvensene ettersom de hadde råd til innleggelse ved privatsanatorier, og gav sykdommen andre navn enn tæring og tuberkulose. I stedet brukte de navn som «spisskatarr», «en nærvøs bronkittlidelse», «en plagsom morgenhoste» og til slutt «bronkittplager».<sup>261</sup>

Opplysningsarbeidet ble for det meste utført i regi av det offentlige og det private. Stadig flere tuberkuloseforeninger og sanitetsforeninger ble opprettet, og i 1918 meldte fylkeslegen i Rogaland at det var etablert foreninger i de fleste distrikter. Disse foreningene påtok seg ofte flere oppgaver enn å formidle kunnskap om selve sykdommen. De hjalp også mange syke å få plass på sanatorier og støttet i noen tilfeller oppholdet økonomisk. Haugesund sanitetsforening delte blant annet ut gratis spytteflasker, melk og andre fødevarer til trengende. I tillegg ansatte de i 1913 en egen tuberkulosepleierske som besøkte de smittedes hjem hvor hun bisto med «raad og daad». Da de allerede året etterpå så at det ikke holdt med en pleierske for byen, finansierte de utdannelsen til enda en tuberkulosepleierske.<sup>262</sup>

Forebyggingsarbeidet var møysommelig og tidkrevende. I flere distrikter klaget legene på hvor trangt befolkningen bodde og hvor lite hygieniske og renslige de var. Distriktslegene på Karmøy uttrykte sin bekymring for innbyggernes boforhold som ofte kun besto av to værelser av forskjellig størrelse i tillegg til et kjøkken og en gang. Slike boforhold gikk fint så lenge barna var små, men så snart de begynte å vokse til, ville boligen bli for liten. Kun det ene værelset ble brukt til de hverdagslige gjøremål, mens det største som regel bare ble „brukt til fint”. Dette førte til at familien sov, spiste og tørket «tilsnauset Barnetøi og vaade Klæder» over ovnen i ett og samme rom. En kunne derfor «faa en Anelse om, hvorledes Luften kan blive». Også ryer og gulvdekke var et stort problem på Karmøy, skal vi tro distriktslegene Dietrichson og Jensen. Det var håpløst å holde dem rene og støvfri uansett hvor mye husmoren forsøkte. Likevel gikk «Kampen mod disse Dækkener» dårlig. Det var en «indgroet Vane hos Befolkningen at have dem» for å unngå trekk fra gulvene.<sup>263</sup>

I Haugesund engstet distriktslegen seg også for boforholdene. Det var stor

---

<sup>260</sup> Schiøtz 2003, s. 67.

<sup>261</sup> Schiøtz 2003, s. 67.

<sup>262</sup> Sundhedstilstanden og Medisinalforholdene 1913 bind 2, s. 113, 1914 bind 2, s. 127.

<sup>263</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1900 bind 2, s. 138.

folkevekst. Byens innbyggertall hadde steget med 60 prosent i løpet av de siste 10 årene, og det var derfor mangel på boliger. Folk bodde trangt, og den sykes soveværelse var ofte også familiens eneste værelse. For å få bedre innsikt i hvordan de tuberkuløse hadde det, målte distriktslegen kubikkinnholdet av soveværelsene. Konklusjonen til Caspersen var at romforholdene var «urimelig små», hvor gjennomsnittlig rom per smittede i hele distriktet kun var 10,24 kubikkmeter.<sup>264</sup>

### **Sundhedskommissionenes/Helseraadenes rolle**

En av de viktigste tiltakene for å heve befolkningens kunnskapsnivå og hygieniske standard var å opprette sunnhetskommisjoner. Som følger av koleraepidemiene på Sørlandet og Østlandet og leperautbruddene på Vestlandet ble det opprettet midlertidige kommisjoner i de utsatte områdene. Etter sunnhetsloven av 1860 ble det opprettet permanente sunnhetskommisjoner i samtlige av landets kommuner, ettersom arbeidet de hadde utført var bra. Kommisjonenes ordførere burde være en embetslege, og i landkommunene burde de andre medlemmene være fra kommunebestyrelsen eller formannskapet. Dette var fordi sunnhetskommisjonene på landsbygden skulle drive opplysningsarbeid for å øke kunnskapen om alminnelig sunnhetspleie. Skulle befolkningen se nytteverdien av sanitære regler og foranstaltninger var det derfor ideelt å bruke den folkevalgte kommunebestyrelsen som formidler, ifølge Aina Schiøtz.<sup>265</sup>

I byene var sunnhetskommisjonenes oppgaver mer omfattende da de skulle «sanere risikofaktorer». Av den grunn måtte kommisjonens fagekspertise kunne beherske moderne vannverk, vannledninger, mer effektive avløps- og renovasjonssystem og brannvesen. Ingeniører og inspektører var derfor viktige medlemmer i byenes sunnhetskommisjoner.<sup>266</sup>

Sunnhetskommisjonene spilte en sentral rolle i kampen mot tuberkulose.<sup>267</sup> Flere av oppgavene skulle bidra til å forebygge sykdommen. Arbeidet for bedre alminnelig hygiene og renslighet i byene og distriktene var særlig viktig. Disse oppgavene ble som regel utført ved igangsettelse av tiltak mot epidemiske og smittsomme sykdommer. Andre viktige oppgaver var håndhevelse av lover og regler

---

<sup>264</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1903 bind 2, s. 132-133.

<sup>265</sup> Schiøtz 2003, s. 45.

<sup>266</sup> Schiøtz 2003, s. 45-46.

<sup>267</sup> Etter 1905 ble sunnhetskommisjonene erstattet med helseråd.

samt tilsyn og desinfeksjon av boliger som var urenlige, uhygieniske eller spesielt utsatt for ulike typer sykdommer og andre sanitære forhold.

Helserådernes mest effektive våpen mot tuberkulosen var tuberkuloseloven av 8. mai 1900. Ved hjelp av anmeldelsesplikten ved dødsfall og videre smitte kunne de kartlegge hvilke områder som var mest utsatt for smitte. Loven ga dem også et redskap for handling gjennom tvangsinnleggelse hvor den sykes tilstand eller hans bolig «giver særlig Grund til Fare for Sygdommens Overførelse til andre» og desinfeksjon av bolig, klær og sengetøy.<sup>268</sup>

Hvor ofte de forskjellige paragrafene i tuberkuloseloven ble benyttet, varierte fra distrikt til distrikt, og var ofte avhengig av kommunenes økonomiske situasjon og muligheter for innleggelse ved sykehus eller tuberkuloseinstitusjoner. Det kommer likevel klart frem i helserådernes forhandlingsprotokoller at § 6 og § 11 var de mest brukte. I løpet av det første tiåret etter tuberkuloseloven trådte i kraft, ble det i Finnøy legedistrikt kun forpleiet 2 pasienter for stats- og amtsbidrag, mens det i tilsvarende tidsrom ble forpleiet hele 10 pasienter i Haugesund legedistrikt.<sup>269</sup> Forskjellen mellom disse distriktene var sannsynligvis at Haugesund lettere kunne innlegge tuberkuløse ved hjelp av sanitetsforeningens tuberkulosehjem i Førre.

For at helserådet skulle avgjøre om tuberkuloselovens § 6 kunne tas i bruk eller om det var behov for andre tiltak, var det påkrevd etter § 5 å føre tilsyn i hjemmene først. Det var helserådets ordfører selv eller den behandlende lege som skulle utføre tilsyn, men også sunnhetsbetjenter og tuberkulosesøstre kunne bidra i dette arbeidet. I mange tilfeller var det distriktslegene som utførte tilsynet ettersom de ofte var den behandlende legen eller helserådernes ordførere. Det hygieniske tilsyn ble ikke alltid like godt mottatt av den gjeldende husstanden:

”Om der end ved det hygieniske Tilsyn kan være enkelte sure Miner at se en Gang imellem, saa retter man sig dog altid efter de givne Paabud.”<sup>270</sup>

De hygieniske tilsynene var likevel et viktig tiltak som bidro til å bedre rensligheten blant befolkningen. Distriktslegen på Finnøy var ikke i tvil da han omtalte virkningen av tilsynsparagrafen:

---

<sup>268</sup> Sæbø 1982, s. 147-149.

<sup>269</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aar 1911, s. 334.

<sup>270</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 126.

”Det hygieniske tilsyn bidrar utvilsomt til en mer gjennomført renslighet i hjemmene.”<sup>271</sup>

Tilsynsparagrafen synes derfor å ha spilt en stor rolle både i helserådets vurdering av bruken av tvangsinngjeldelsesparagrafen og i arbeidet med å øke de sanitære forholdene i fylket.

Ved amtstinget i 1911 kom det inn en søknad fra helserådene i Haugesund legedistrikt om en nedsettelse av herredenes bidrag til forpleining av ubemidlede tuberkuløse. Etter tuberkuloselovens § 13 skulle nemlig amtskommunen finansiere oppholdet til den ubemidlede syke, mens statskassen skulle godtgjøre 4/10 av beløpet. Paragrafen åpnet også for at inntil halvparten av amtets utgifter, det vil si 3/10 av utgiftene, kunne «overføres paa det Herred, hvor den Syge hører hjemme». Den 6. juni 1901 hadde derfor amtstinget vedtatt at de resterende 6/10 skulle fordeles likt, slik at amtet betalte 3/10 og det gjeldende herredet betalte 3/10. Distriktslegen i Haugesund mente at herredenes utgifter ved bruken av tuberkuloselovens § 6 hadde vært medvirkende til dens «ringe utstrækning». Samtlige helseråd fra hans eget distrikt i tillegg til helserådene i Hjelmeland, Strand, Sogndal og Heskestad gav distriktslegen i Haugesund sin støtte.<sup>272</sup> Det ble ansett som ønskelig at herredenes andel av utgiftene ble satt ned fra 3/10 til 2/10. Dette ville medføre at amtets andel ville øke fra 3/10 til 4/10 av utgiftene.

Amtmann Thorvald Larsen anbefalte at amtstinget burde vedta en slik forandring. Han var likevel ikke helt overbevist om at det var størrelsen på herredenes utgifter som var avgjørende for bruken av tuberkuloselovens § 6. Andre faktorer var kanskje mer utslagsgivende, ifølge Larsen. Mangelen på pleiehjem gjorde forpleining utenfor hjemmet vanskelig, mens «den sidste og ytterste utvei» var tvangsinngjeldelse på sykehus. Bestemmelsene som gjaldt ved sykehusinngjeldelse, gjorde det hele vanskelig i tillegg til at det følte «ofte litet human og hensynsfuld».

---

<sup>271</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1906 bind 2, s. 130.

<sup>272</sup> I 1911 sendte distriktslegen i Haugesund skrivelse til Avaldsnes helseråd. Der meddelte han at samtlige av helserådene i hans distrikt hadde sendt inn forespørsel til amtstinget om å nedsette herredenes andel av utgiftene. Avaldsnes helseråd besluttet den 22. mai å sende inn en lignende forespørsel til amtstinget. Les mer: Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964, s. 52-53.

”Imidlertid maa det erkjendes at være av stor hygienisk betydning, at nævnte lovbestemmelse kommer til anvendelse, naar forholdene i hjemmet er mislige og gir grund til frygt for sykdommens overførelse. Naar det derfor antas, at fordelingen av utgifterne her kan være av betydning, finder jeg at burde anbefale den foreslaaede forandring deri, saaledes at amtet for fremtiden overtar 4/10 mot før 3/10, hvorefter vedkommende herreds andel blir 2/10 mot før 3/10.”<sup>273</sup>

Da saken ble tatt opp i amtstingets møte 9. juni 1911, kom det frem at enkelte distriktsleger gikk ut ifra at omkostningsspørsmålet ikke spilte noen rolle i denne saken, andre mente at det i så fall var av liten betydning. Derimot mente noen leger at de hadde erfaring av tilfeller hvor:

”de med sykehuspleie forbundne utgifter for kommunen har hat indflydelse paa vedkommende helseraads avgjørelse av spørsmålet om fattige tæringssykes anbringelse i pleie utenfor hjemmet.”<sup>274</sup>

Til tross for at komiteen som behandlet saken var uenig i at tvangsinnleggelse ville bli brukt hyppigere ved å nedsette utgiftene, var de enige med amtet at tuberkuloselovens paragrafer til forebygging av videre smitte kunne få gode resultater. Derfor tok komiteen det alvorlig at det fra noen hold ble meddelt at innleggelse etter § 6 ble hindret på grunn av størrelsen på herredets bidrag. De anbefalte derfor, i likhet med Larsen, at amtstinget vedtok forandringen distriktslegen i Haugesund hadde foreslått. Den 12. juni ble komiteens innstilling enstemmig vedtatt, og fordelingen av utgiftene ved bruk av § 6 ble som følger; statskassen 4/10, amtskommunen 4/10 og herredene 2/10.

Også desinfektører, sunnhetsbetjenter og tuberkulosesøstre var dyrt, noe som kunne føre til at handlingskraften i mange distrikter ble sterkt redusert. På amtstinget i 1912 kom det klart frem i sakspapirer og diskusjoner at Stavanger amt var blant dem som betalte desinfektørene sine dårligst. Mens de fleste amtskommunene i landet for lengst hadde økt lønningen per desinfeksjon til 4 kroner, betalte Stavanger

---

<sup>273</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aar 1911, s. 334.

<sup>274</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aar 1911, s. 397.

amtskommune fortsatt kun 3 kroner til sine desinfektører. Først etter amtstingsforhandlingene i 1912 ble det vedtatt å øke lønnen deres til 4 kroner.<sup>275</sup>

Helserådene var for det meste lojale til tuberkuloselovens paragraf om desinfeksjon. I Sunnhetsstilstanden og Medicinalforholdene i Norge kommer det tydelig fram at det ble utført desinfeksjon etter alle dødsfall og hver gang noen flyttet. Arbeidet må ha vært krevende for desinfektørene, særlig i storbyene. Desinfektørene i Stavanger utførte så mange som 90 desinfeksjoner i 1905 og 96 i 1907. Haugesund by hadde i 1910 en sunnhetsinspektør som utførte desinfeksjon av hus med formalindamping, mens fra Sand kunne distriktslegen meddele at det var utført desinfeksjoner etter alle dødsfall i 1912.<sup>276</sup> Det er ingenting som tyder på at helserådene ikke var plikttoppfyllende når det gjaldt desinfeksjon etter dødsfall, flytting og i tilfeller hvor det var fare for videre smitte av tuberkulosen. På en annen side kan en trygt si at Stavanger amt ikke gjorde nok de første ti årene av 1900-tallet for å overholde tuberkuloselovens paragraf om desinfeksjon.

### **Hvor utbredt var praktiseringen av tuberkuloselovens § 6 i Rogaland?**

Det var helserådene som hadde ansvaret for bruken av tuberkuloselovens § 6 om tvangsinnleggelse. Hvis helserådets ordfører mente den sykes tilstand eller boforholdene var til fare for både seg selv og videre smitte, var han pliktet til å fremlegge saken for helserådet «som fatter Bestemmelse om, hvilke Forholdsregler der skal træffes». Kun hvis den syke eller hans omgivelser ikke fulgte de forskriftene som var gitt av helserådet, og det gjorde det umulig å anskaffe den syke nødvendig pleie til «Modarbeidelse af Sygdommens Udbredelse», kunne helserådet bestemme at den syke skulle innlegges på sykehus.

Den eneste gyldige grunnen til å slippe en slik innleggelse var hvis ektefeller ikke ville skilles fra hverandre. I slike tilfeller «maa Adskillelse af Ægte-folk ikke finde Sted».<sup>277</sup> Et slikt tilfelle var sjelden, men dukket likevel opp en gang i blant. I 1925 forsøkte Stavanger helseråd å legge inn en løsarbeiders hustru. Hun hadde ved en tidligere anledning vært tvangsinnlagt på Ramsvig fordi hun utgjorde en stor smittefare. Etter et par dager hadde hun forlatt hjemmet og «hentet sine børn til sig fra

---

<sup>275</sup> Stavanger Amtstings Forhandlinger for aar 1912, s. 289, 448.

<sup>276</sup> Sundhedskommissjonen og Medicinalforholdene 1905 bind 2, s. 128, 1907 bind 2, s. 123, 1910 bind 2, s. 124, 1912 bind 2, s. 121.

<sup>277</sup> Sæbø 1982, s. 147-149.

slummen». Til tross for faren hun utgjorde for omgivelsene, måtte helserådet konstatere at hun «Kan ikke tvangsinnlegges i egentlig forstand, da hun er gift».<sup>278</sup> Helserådet hadde dermed ikke makt til å tvangsinnlegge ektefeller som nektet å la seg innlegges ved pleiehjem. Til tross for at dette kan ha vært et problem, var det sjelden at folk motsatte seg innleggelse.

I perioden 1900 til 1940 ble det til sammen behandlet 52 saker om tvangsinnleggelse i Avaldsnes helseråd, mens i Kopervik ble kun 14 saker behandlet. Alle ble innlagt etter tuberkuloselovens § 6. Selv om tallet fra Avaldsnes kan virke høyt, må vi ikke glemme at vi snakker om alle tuberkulosesakene som ble behandlet i en 40-års periode. Hvorfor forskjellen var så stor mellom Avaldsnes og Kopervik kommer ikke frem i kildene, men det kan tenkes at en del saker ikke ble nedskrevet i forhandlingsprotokollene. Helserådet i Stavanger behandlet mange flere saker enn Avaldsnes og Kopervik. På grunn av det enorme kildematerialet har det ikke vært mulig å undersøke det eksakte antallet, men det går likevel tydelig frem at mange tuberkuløse ikke ble innlagt i henhold til tuberkuloselovens § 6.<sup>279</sup>

Tvangsinnleggelse var ikke bare en stor inngripen i den sykes frihet, men kunne også være en tragedie for både tuberkuløse og deres familier. En tvangsinnleggelse kunne få alvorlige konsekvenser for en familie, spesielt hvis den syke var forsørgeren. I 1939 ble en mann fra Avaldsnes innlagt på tuberkulosehjem etter tuberkuloselovens § 6. Han hadde en «langt fremskreden lungetuberkulose» og bodde med sin hustru og sin 6 år gamle datter. Helserådet besluttet å legge han inn da han utgjorde «den største fare for sykdommens overføring til hustru og barn».<sup>280</sup> Det står ikke noe mer om hustruen og datteren. Men det kan tenkes at de mistet husets inntektsgrunnlag som følge av mannens sykdom og innleggelse. Julen 1934 ble en ung dame på 23 år med dobbeltsidig lungetuberkulose innlagt på pleiehjem. Bare tre måneder tidligere hadde hun mistet sin eldre søster på grunn av den samme sykdommen som hun nå kjempet mot selv. Familien levde i små kår. Faren var sengeliggende etter slag, og kunne derfor ikke tilby en betryggende isolasjon av henne. Helserådet besluttet derfor å legge henne inn etter tuberkuloselovens § 6 fordi

---

<sup>278</sup> Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964, s. 360.

<sup>279</sup> Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964, Kopervik Helseraad forhandlingsprotokol 1867-1960, Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1899-1909, 1915-1917, 1921-1925, 1926-1932.

<sup>280</sup> Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964, s. 67.

hun utgjorde en fare for videre smitte.<sup>281</sup> Tuberkulosen var hensynsløs og kunne ramme hvem som helst, men den rammet spesielt de som var fattige og unge.

Hvis sykdommen først rammet en familie, kunne den ødelegge hele hjemmet. Den 10. november 1910 behandlet Avaldsnes helseråd en sak angående en 14 år gammel pike som allerede var innlagt ved Luster tuberkulosesanatorium. Frem til 15. juni samme år hadde broren betalt oppholdet hennes, men da han ikke «magter at bekoste hende lengere paa Sanatoriet», ble hun værende på Luster for det offentliges regning. Direktøren ved sanatoriet mente oppholdet hennes burde forlenges med tre måneder ettersom tilstanden hennes ikke var blitt bedre. Han opplyste også at forholdene i hjemmet var elendige. Moren lå for døden som følge av tuberkulose og hadde «liten hjelp forhaanden». Av den grunn fryktet han at hvis en pike i hennes tilstand ble sendt hjem under slike forhold, ville hun innen kort tid «bukke under for den samme sykdom, der nyss har gjort det av med hendes 2 søstre og nu snart moren ogsaa». Det var derfor helt avgjørende at hennes opphold ble forlenget. Helserådet var enige i distriktslegens konklusjon og besluttet at «tuberkuloselovens § 6 maa her bli at anvende». Da helserådet ble samlet et halvt år senere, den 22. mai 1911, lå også broren syk med tuberkulose. Forholdene i hjemmet var ikke blitt bedre, snarere tvert imot. Moren hadde tapt kampen mot sykdommen. Ettersom helserådet fryktet at faren for videre smitte fortsatt var meget stor «blir han at indlægge paa sanatorium eller pleiehjem efter tuberkuloselovens § 6».<sup>282</sup> Tuberkulosen rammet denne familien hardt. I løpet av bare to år hadde tuberkulose revet vekk moren og to søstre samtidig som den også rammet søster og bror. En nærmere undersøkelse viser at familiens far døde i 1912.<sup>283</sup> Hva han døde av er ikke oppgitt. At det var broren som bekostet deler av søsteren opphold på Luster kan tyde på at faren allerede var syk i 1910, og en skal ikke utelukke at han også hadde tuberkulose.

I 1925 fikk Stavanger helseråd en forespørsel fra borgermesterkontoret av komiteen for fri sykehusforpleining. De ønsket en begrunnelse for hvorfor den ene pasienten ikke kunne innlegges på sykehus i henhold til tuberkuloselovens § 6. I tvangsinleggelsesparagrafen sto det at helserådets ordfører skulle vurdere om den sykes tilstand eller dårlige boforhold utgjorde en fare for videre smitte før han la saken frem til helserådet. Videre skulle helserådet behandle saken og avgjøre hvilke

---

<sup>281</sup> Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964, s. 63.

<sup>282</sup> Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964, s. 52-53.

<sup>283</sup> Arkivverket Digitalarkiv, 2014 og Slechtsforum Karmøy, 2003.



forholdsregler en skulle iverksette. Paragrafen var imidlertid uklar om hvilke forhold som skulle vurderes av helserådene.<sup>284</sup> Komiteen ønsket derfor svaret på hvilke forhold som avgjorde om tvangsinnleggelse var nødvendig?

Helserådets svar til borgermesteren og komiteen for fri sykehusforpleining gir god innsikt i hvilke faktorer som ble vurdert. Etter sunnhetsinspektøren hadde foretatt en undersøkelse av boligenes forhold og vurdert «hvorvidt, og i hvilken grad smittefare kan anees at være forhaanden», ville helserådet ta en avgjørelse. Avgjørelsen var i hovedsak basert på antallet barn og deres alder, antallet rom familien hadde til rådighet og beboelsestettheten, og der det var mulig, ville de også ta hensyn til sunnhetsvesenets bevilgede midler. Til syvende og siste var det likevel de tilfellene «der hvor forholdene i hygienisk henseende er daarligst, d.v.s. faren f. smitte størst» som ville være avgjørende. Videre forklarte helserådet at:

”Tb.lov af 8/5 1900 er i første række en lov med bestemt hygienisk formaal, ikke i egentlig forstand en sosial lov ang. understøttelse i forsk. formaal. Lovens haandhævelse er tillagt helseraadenes, særlig disses ordførere. – Nogen redegjørelse for sine i de enkelte tilfælder truffne afgjørelser finder helseraadet det ikke nødvendig eller formaalstjenlig at afgive.”<sup>285</sup>

Det var den allmenne hygienen som sto i fokus når helserådet skulle ta en avgjørelse. Saker der den syke og deres familie har fått understøttelse av forskjellige slag, bør derfor betraktes ut fra et hygienisk formål. Til tross for dette kan en ikke utelukke at helserådet i enkelte tilfeller kan ha benyttet tuberkuloseloven til sosiale formål. En sak Stavanger helseråd behandlet i 1926 kan tyde på det siste. En huseier hadde sendt inn en klage om sine leieboere til helseinspektør fru Blydt-Hansen, hvor det ble antatt at en syk gutt på 7 år ble mishandlet. Gutten hadde nese- og lungetuberkulose med «fremtrædende vond lugt». Helt siden dr. Fugelli hadde gitt gutten forbud mot å komme sammen med de andre barna på 10 og 2 år, hadde foreldrene plassert sønnen i et mørkt kott under. Gutten hadde derfor blitt innlagt på Hagevik Kysthospital i Os utenfor Bergen etter tuberkuloselovens § 6.<sup>286</sup> At det legges så lite vekt på boforholdene i form av hygiene og romslighet, og at det ikke

---

<sup>284</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1921-1925, s. 382.

<sup>285</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1921-1925, s. 382.

<sup>286</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1926-1932, s. 8.

nevnes om sykdommen var fremskreden, kan tyde på at han ved normale omstendigheter ikke ville vært kvalifisert til å bli innlagt, men at helserådet likevel ville hjelpe denne gutten. Dette var likevel en sak utenom det vanlige.

Ved de fleste sakene som ble behandlet i Avaldsnes, Kopervik og Stavanger helseråd ble som regel tvangsinnleggelsesparagrafen anvendt etter hygieniske formål. Boligens romslighet var viktig, og tilfeller der familien ikke hadde muligheter for å isolere den syke i eget rom endte som oftest med innleggelse. Forhandlingsprotokollene viser også at det ble spesielt tatt hensyn til familier hvor barn og unge sto i fare for å bli smittet. En kvinne fra Kopervik med fremskreden tuberkulose ble den 21. juli 1909 innlagt ved amtssykehuset. I hjemmet hennes bodde det 5 barn som var ukonfirmerte hvor alle delte samme værelse. Av den grunn var det ikke mulig for henne å «faa forsvarlig Pleie i sit Hjem».<sup>287</sup> Denne saken er et godt eksempel på hvordan helserådene ofte hadde hovedfokuset på romforhold i bolig og faren for at barn og unge skulle bli smittet. Mye tyder likevel på at hvis familien hadde muligheter til å pleie og isolere den syke på en god måte hjemme, uavhengig av hvor mange som bodde der, ville ikke vedkommende bli innlagt. Dette må også ses i sammenheng med tidligere nevnte årsaker som dårlig økonomi, mangel på institusjoner og sengeplasser for tuberkuløse. Rundt 1930 behandlet Stavanger helseråd en forespørsel om en kvinne kunne innlegges ved Ramsvig tuberkulosehjem. Helserådet besluttet at kvinnen ikke kunne innlegges etter tuberkuloselovens § 6 ettersom hjemmet hadde ”gode” beboelsesforhold med «3 værelsers solrik bekvemmelighet» hvor «den syke har eget soveværelse».<sup>288</sup> At kvinnen kunne isoleres i et bekvemmelig og solrikt rom, var nok avgjørende av to grunner. For det første ble faren for at sykdommens smitteoverføring til andre redusert, for det andre var kvinnens muligheter for bedring tilstrekkelig i et solrikt og bekvemmelig rom hvor hun kunne ligge i ro og fred å få tilstrekkelig med hvile.

Helserådet i Stavanger mottok ofte forespørsler fra borgermesteren eller andre innflytelsesrike personer, institusjoner og foreninger om å innlegge enkelte tuberkuløse i henhold til tuberkuloselovens § 6. Til å begynne med besluttet helserådet å anvende tvangsinnleggelsesparagrafen i mange av disse tilfellene. Forhandlingsprotokollene viser en klar tendens hvor helserådene etter hvert valgte å avslå flere av disse forespørselene. Hva som er årsaken til dette kan en bare spekulere

---

<sup>287</sup> Kopervik Helseraad forhandlingsprotokol 1867-1960, s. 41.

<sup>288</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1926-1932, s. 272.

i.<sup>289</sup> Det kan hende at helserådet så seg lei av at noen forsøkte å bruke sin innflytelse for å få tuberkuløse innlagt gratis. Det kan også hende at mange av disse forespørselene gjaldt tilfeller hvor sykdommen ikke var fremskreden og fare for videre smitte ikke var stor.

I enkelte tilfeller forsøkte helserådene å hjelpe tuberkuløse uten å bruke tvangsinnleggelsesparagrafen. Stavanger helseråd mottok en anmodning i 1927 om å hjelpe en familie hvor mann, kone og en voksen sønn led av tuberkulose. Den eneste friske i hjemmet var en liten datter på 7 år. Leiligheten deres var ikke tilstrekkelig, og de trengte derfor en bedre leilighet. Samtidig som helserådet besluttet å sende boligstyret en forespøsel «om hvorvidt en egen leilighet kan anvises», forsøkte de også å skaffe en plass til datteren ved friluftsskolen i Ramsvig.<sup>290</sup> Slike saker dukker opp regelmessig i forhandlingsprotokollene. Om familiene faktisk fikk bedre leiligheter er derimot usikkert ettersom det ikke omtales i kildene. I så fall hørte nok slike tilfeller til sjeldenhetene, i hvert fall i Stavanger amt hvor det som regel ble lagt vekt på dårlig råd.

### **Anvendelsen av § 11**

Helserådene drev en omfattende kamp for å forebygge videre smitte blant befolkningen. Bedring av renslighet, hygiene og boligforhold sto sentralt i denne kampen. Tuberkuloselovens § 11 hvor «Kongen eller den, han dertil bemyndiger» kunne til forebygging av sykdommen fastsette bestemmelser for blant annet arbeidsplasser, hoteller, kirker, skoler, forsamlingslokaler, forskjellige institusjoner og «andre slags fellesrum». Disse bestemmelsene var ofte detaljerte og omhandlet for det meste regler om desinfeksjon, spyting og vasking av gulv, vegger, klær, sengetøy.<sup>291</sup>

I forhandlingsprotokollene finner en flere bestemmelser og forslag til slike foranstaltninger. Sundhedskommissionen i Avaldsnes fikk allerede i 2. mars 1901 en rundskrivelse fra medisinaldirektøren hvor det ble foreslått en rekke slike bestemmelser for renhold i skolen. Selv om forslagene var både strenge og detaljerte, vedtok sunnhetskommisjonen de fleste paragrafene enstemmig. Paragraf 5, 6 og 8

---

<sup>289</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1926-1932, s. 13-17, 183-184.

<sup>290</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1926-1932, s. 107.

<sup>291</sup> Sæbø 1982, s. 147-149.

hadde de derimot innvendinger mot. § 5 om rengjøring av ventilasjonskanaler var rett og slett irrelevant for skolelokalene i Avaldsnes Herred ettersom de ikke hadde ventilasjonskanaler der. Når det gjaldt § 6, ble det gitt en utfyllende forklaring om hvordan rengjøringen av skolelokalene foregikk:

”For tiden rengjøres skolelokalene en gang ugentlig i det gulve, bænke og pulte vaskes ordentlig; i enkelte skolelokaler feies desuden støvet en gang ugentlig – Sundhedskommissionen finder at sig tilfredstillet ved at gulvene og inventar vaskes to gange ugentlig med grønsæbe og vand. – En gang aarlig foretages vaskning av tag og vegge.”<sup>292</sup>

Avaldsnes sunnhetskommisjon mente derfor tydeligvis at det ikke var nødvendig å vaske gulvene hver dag slik medisinaldirektøren krevde. I stedet for var de fornøyd med å vaske gulvene og annet inventar to ganger ukentlig med grønnsåpe og vann. Men det var § 8 om at «Skoleværelser bør helst ikke benyttes til offentlige Møder eller Forsamlinger» som møtte størst motstand. Her var kommisjonen klar i sin tale:

”Forholdene her er af den art, at skolelokalene og her benyttes til forsamlingslokaler, Sundhedskommissionen vil ikke gaa med paa at nedlegge forbud mod skolelokalene benyttes til offentlige møder og forsamlinger. Derimod er man enig i, at skoleværelset, foruden det igjen anvendes som undervisningsrum, for hver gang omhyggelig udluftes og dets gulv og inventar vaskes med grønsæbe og vand.”<sup>293</sup>

At sunnhetskommisjonen reagerte og ordla seg så sterkt mot § 8 kan virke overraskende ettersom paragrafen aldri omtaler et forbud, men kun en oppfordring. Sannsynligvis var dette en følge av mangel på møte- og forsamlingslokaler på landsbygda, og at det derfor var viktig å beholde de en hadde. I 1904 var det tross alt bygget bedehus flere steder som ble benyttet til møter og forsamlinger. Dermed kunne skolelokalene «mer og mer kun anvendes til sit særegne Øiemed».<sup>294</sup>

---

<sup>292</sup> Avaldsnes Helsestyre forhandlingsprotokoll 1848-1964, s. 47.

<sup>293</sup> Avaldsnes Helsestyre forhandlingsprotokoll 1848-1964, s. 47.

<sup>294</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 132.

Noen år senere, i Stavanger den 26. mai 1908, påla helserådets formann renslighetsregler ved byens verksteder. Reglene besto av syv punkter:

#### ”Skrædderværkstedet

##### Regler og Renhold

1. Gulvet feies 1 Gang daglg efterat være synket med Vand eller Samug.
2. Brugbart afklip samles i Kassen eller Sække og fjernes snarest muligt. Ubrugbart Affald bortbringes ved Tømingen.
3. Aske fra Ovn udkasted daglig.
4. Vasking af Gulv 1 Gang ugendlig. Hovedrengjøring 2 gange aarlig.
5. Udluftning af pressejern 1 a 2 Gange daglig.
6. Opvarming af pressejern bør helst faaregaa udenfor Værkstedet Benyttes Gasblus. Værkstedet til Oppvarming af Pressejern maa afhent godkjendt af Stadsingeniøren finde sted.
7. Spytning paa Gulv forbudt. Spyttebakker i tilstrækkelig antall maa forefindes.

Stavanger Helseraad 26. Mai 1908”<sup>295</sup>

I likhet med renslighetsreglene for skoler, var fokuset også her på gulvrenholdet, spytteforbudet og anskaffelse av spyttebakker. At forbudet og viktigheten av tilstrekkelig antall spyttebakker på arbeidsplasser og møtesteder ble vektlagt i så stor grad, var naturlig ettersom spytting var meget utbredt blant innbyggerne og utgjorde en stor fare for tuberkulosesmitte. En av årsakene til dette, var den utbredte bruken av tobakk. Som tidligere nevnt, kunne tuberkelbasillen overleve og være smittsom lenge etter inntørring. Derfor utgjorde en slik «motbydelig og farlig uskikk» fare for sykdommens overførselse. Vasking av gulv, pulter, tak, vegger, også videre var viktig av samme grunn. Forskjellige bakterier kunne sveve rundt i rommet og til slutt dale ned på gulv, langs vegger, i ventilasjonskanalene eller ned i sprekker. Det var derfor viktig at det med jevne mellomrom ble rengjort på slike plasser. Slik sett var disse renslighetsreglene veldig like Klaus Hanssens retningslinjer for rengjøring i hjemmet.

---

<sup>295</sup> Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1899-1909, s. 342.

## Distriktslegenes forebyggende arbeid

Distriktslegene var sentrale i både sykdomsbekjempelsen og bedringen av folkehelsen på lokalt plan på begynnelsen av 1900-tallet. Flere av oppgavene deres var direkte og indirekte knyttet til bekjempelsen av tuberkulosen. Derfor var deres arbeid på mange måter helt avgjørende for kampen mot «den hvite pest». Det er allerede nevnt en hel del om distriktslegenes arbeid i denne oppgaven. I denne delen vil jeg rette søkelyset spesielt mot legenes kamp mot spytingen og arbeidet for bedre hygiene. En av distriktslegenes viktigste oppgaver var å bedre folkehelsen ved å øke befolkningens bevissthet om kroppslig hygiene, renslighet i huset og et sunt kosthold. I en tid hvor allmennkunnskap om renslighet og hygiene var dårlig, og elendige sanitære forhold preget mange hjem, må dette arbeidet ha vært både omfattende og tidkrevende. Mange distriktsleger understreket dette i beretningene sine. De møtte også mye motvilje i befolkningen, særlig i den eldre delen av befolkningen.

Distriktslegeembetene besto av folk fra borgerskapet. Av den grunn var deres møte med befolkningen ofte et kulturkrasj mellom klassene. Det som var normalt for den lokale befolkningen, ble i mange sett på som tilfeller urenslig og uhygienisk av distriktslegene. Gjennom hele perioden klaget distriktslegene på innbyggernes huslige og kroppslige renslighet og hygiene. Spesielt spytingen var noe som distriktslegene kjempet iherdig for å komme til livs ettersom spytingen utgjorde en stor smittefare. Dette arbeidet var spesielt viktig på områder hvor det var vanskeligheter for å anskaffe spytteflasker eller hvor folk av ren uvilje ikke ville ta dem i bruk «fordi man er ræd for at bli ugleset av uforstandige folk», noe som var tilfellet på Finnøy.<sup>296</sup>

”I Finnø distrikt trænger vistnok forstaaelsen av, at det er nødvendig at være forsigtig med de sykes opspyt, mer og mer igjennem; men at spytning i det hele, ogsaa av præsumptivt friske personer, er en motbydelig og farlig uskik, faar man neppe den nuværende voksne befolkning paa disse kanter til at kunne eller ville forstaa; man faar haabe paa den opvoksende generation; særlig de yngre lærere synes at være ivrige for at indprente denne og andre hygieniske forholdsregler.»<sup>297</sup>

Distriktslegen på Finnøy slet flere år med å overbevise befolkningen om den faren spytingen utgjorde for andre, spesielt blant den eldre befolkningen. Det ble

<sup>296</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1911 bind 2, s. 121.

<sup>297</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1912 bind 2, s. 121.

derfor satset stort på den yngre generasjonen. Året etter syntes derimot problemet å være avtagende da innendørs spytting i både forsamlingsrom og «ellers i husene, er avtat betydelig».<sup>298</sup>

Kampen mot spytting ble kjempet på mange fronter, og denne «motbydelig og farlig uskik» var etter hvert avtagende på flere steder i Rogaland. Likevel hadde distriktslegene problemer med å nå ut til de mange avsidesliggende grendene og gårdene. I medisinalberetningen fra Sand i 1921 skrev distriktslege Hjalmar Ottesen (1869-1932) om en «avskyelig gammeldags skikk». Ottesen var tidligere direktør ved Luster sanatorium og distriktslege i Vardø før han flyttet til Sand. Under hans virke i Sand reagerte han også på den gammeldagse måten å mate barn på.

Ved en avsidesliggende grend i Suldal hadde han kommet over to nye tilfeller av tuberkulose, en 65 år gammel farmor og hennes 5 år gamle barnebarn. Farmoren hadde tuberkulose i tredje stadium, mens barnebarnet hadde kjertel- og bentuberkulose. Ingen av dem var under legebehandling. Helt siden spedbarnsalderen hadde farmoren pleiet, stelt og matet barnebarnet. Ottesen reagerte sterkt på måten matingen ble utført.

”Den måte, hun matet ham på var den gammeldagse, ved at hun først tok maten (grøt, brød etc) inn i sin egen munn og «gomlet» den, spyttet den så ut i skjeen og puttet den inn i barnets munn.”<sup>299</sup>

Ottesen hevdet at metoden som ble brukt til å mate barnet var alminnelig «på disse kanter av landet», noe som tydet på at folk fra Sand ikke var kommet så langt med tanke på hygiene. Han var i det hele enig med sin tidligere formann som skreiv: «Jeg hadde inntrykk av, at jeg levet i mine besteforeldres tid, mens jeg var der».<sup>300</sup> Ottesens påstander var imidlertid ikke grunnløse. Bare to år tidligere hadde hustruen hans observert et nesten identisk tilfelle hvor en gammel bestemor først hadde tygget maten før hun ga den til barnebarnet. Også i dette tilfellet hadde bestemoren tuberkulose. Det var kun tilfeldigheter som gjorde at han fikk anledning til å undersøke henne, forteller han. Den gamle bestemoren trengte legetilsyn etter at hun falt og brakk lårhalsen. Under legebesøket fant han ut at hun hadde en langt

---

<sup>298</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1913 bind 2, s. 113.

<sup>299</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1921 bind 2, s. 125-127.

<sup>300</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1921 bind 2, s. 125-127.

fremskreden lungetuberkulose. Ottesen mistenkte at barnet også var smittet, da det var tynt og blekt.

Gjennom hele perioden var den eldre generasjonens holdninger og uvilje mot hygiene og renslighet et stort problem i Rogaland. Enkelte steder hadde befolkningen også et utbredt fatalistisk livssyn. Mange distriktsleger mente at dette hindret gjennomførelsen av arbeidet og tiltakene for å bedre hygien, rensligheten og mot sykdomsutbredelse. I Sogndal skapte dette problemer for distriktslegen.

”I Sogndal er Kjendskabet til Hygienens Krav blevet noksaa almindeligt, især blant de Yngre; men gammel Slendrian, Fordom og Fattigdom er til Hinder for Gjennemførelsen, ligesom en temmelig udbredt fatalistisk Livsanskuelse ikke bidrager til at fremme Iverksættelsen af Forholdsregler mod Udbredning af smitsomme Sygdomme.<sup>301</sup>

På Karmøy var ikke situasjonen bedre. Da regler om renhold var blitt innført på alle skolene, var det først og fremst lærerne som fikk det meste av æren. De gamle syntes derimot at det var unødvendig med vasking og lufting av lokalene.<sup>302</sup> Det var de yngre som i stor grad rettet seg etter de hygieniske forholdsreglene. Distriktslegen i Sand hadde lagt merke til at de yngre til og med tok egne forholdsregler mot «enkelte uforbederlige, gamle Folks Spyting» for å unngå smitte. Dette gjorde de ved å henge opp aviser foran den gamles seng, deretter brente de avisene.<sup>303</sup>

Etter medisinalberetningene å dømme, ble den allmenne hygien og rensligheten bedre i Rogaland utover 1900-tallet. Til og med under de vanskelige 1920-årene var det fremgang flere plasser, selv om det nødvendigvis ikke betydde at forholdene var tilfredsstillende. Som tidligere nevnt under levekår, opplevde noen distrikter også en nedgang i den alminnelige hygien. I 1926 førte nedgangstiden til at nybyggingen i Time nesten stoppet opp. Dette var problematisk fordi de gamle jærhusene var lave og dårlig innrettet, noe som gjorde det vanskelig å holde dem rene. Samtidig var det fortsatt mye urenslighet blant innbyggerne, noe som de eldre nok en gang fikk mye av skylden for. De yngre fikk derimot skryt for å ha «kommet et stykke lengere den rette vei». Likevel var den alminnelige hygien ikke tilfredsstillende.

---

<sup>301</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1903 bind 2, s. 136.

<sup>302</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 131-132.

<sup>303</sup> Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene 1904 bind 2, s. 126.



Det interessante med de fleste eksemplene ovenfor er at det kunne være fremgang til tross for at distriktslegene ikke mente den allmenne hygienen var tilfredsstillende. At distriktslegene skriver at hygienen ikke var bra nok, betyr nødvendigvis ikke at hygienen ble verre eller forble like ille. Det kan likegodt bety at den ble gradvis bedre. Mye tyder på dette da distriktslegen i 1929 skrev at de hygieniske forholdene i Time var blitt mye bedre.

”De hygieniske forhold er likesom de økonomiske en overraskelse for den som ikke før har vært på Jæren. De er langt bedre enn man venter. Der er mange gode rummelige boliger og størstedelen må sies å være upåklagelige. Så er der naturligvis også gamle dårlige hus med dårlig grunnmur, kolde og trekkfulle.”<sup>304</sup>

Til tross for at det forekom noen «mindre hederlige undtagelser», var forholdene blitt betraktelig mye bedre. Det samme kunne sies om renslighetssansen som var «upåklagelig». Gjennom medisinalberetningene til distriktslegene kan vi se at bedringen av de hygieniske forholdene ellers i Rogaland fortsatt var noe varierende. Den allmenne hygienen hadde blitt bedre mange steder i 1929. Det som kanskje er mest oppsiktsvekkende var at den tydeligste bedringen skjedde på landsbygden, skal vi tro distriktslegene. Derimot var forholdene svært dårlige i de to største byene i fylket, Stavanger og Haugesund. I Stavanger mente distriktslegen at det var viktig å få ungdommen ut i jobb for å bedre hygienen og bekjempe tuberkulosen.

”Å få bedriftsliv og virksomhet op og skaffe beskjeftigelse og fortjeneste for all denne lediggående ungdom er sikkert det mest betydningsfulle sociale spørsmål nu, og er i ikke mindre grad en hygienisk viktig sak også for bekjempelsen av tuberkulosen.”<sup>305</sup>

De hygieniske forholdene i Haugesund var ikke mye bedre. Der hadde folk begynt å venne seg til de økonomiske problemene, noe som også hadde gått utover den personlige hygienen. Arbeidsløse måtte nøye seg med dårligere leiligheter med ett til to værelser. Store familier var derfor «klumpet sammen i et rum».

---

<sup>304</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1929 bind 2, s. 70.

<sup>305</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1929 bind 2, s. 69.

Samlet sett kan en derfor hevde at den allmenne hygienen i Rogaland var både varierende og lite tilfredsstillende. Likevel bedret forholdene seg gradvis, men sakte. Befolkningen ble stadig mer bevisst på den personlige hygiene og renslighet i hjemmet, særlig de yngre. Selv om spytingen avtok tidlig i perioden, var det fortsatt folk på avsidesliggende grender og gårder som ikke forsto spyttets smittefare. Det er derfor grunn til å tro at distriktslegene gjorde et godt arbeid for bedre allmenn hygiene og mot sykdomsutbrudd. De fikk imidlertid god hjelp fra de frivillige, noe vi skal se nærmere på under.

### **Det frivillige arbeidet i Rogaland**

Hvordan de forskjellige lokale tuberkuloseforeningene og –organisasjonene arbeidet, kunne varierte. Noen klarte å drifte store prosjekter som pleiehjem, koloniskoler og poliklinikker, slik som Sanitetsforeningene i Haugesund og Stavanger. Andre bidro i mindre skala. Ida Blom hevder at de frivillige hjelpeorganisasjonene var primus motor i det offentlige velferdsansvarets utforming, hvor de i hovedsak fungerte som pionerer og tjenesteytere. De kunne også fungere som en viktig pressgruppe. Likevel hadde det offentlige det overordnede ansvaret.<sup>306</sup> Hvilket arbeid gjorde de frivillige organisasjonene i Rogaland? Var de pionerer, pressgruppe eller tjenesteytende? Samarbeidet de frivillige organisasjonene med hverandre, i så fall, i hvor stor grad?

Det er vanskelig å gi et helhetlig bilde av hvilket arbeid de frivillige gjorde ettersom en del av kildene har forsvunnet og/eller mangler i årenes løp. Samtidig er mange av funnene spredte og fragmenterte. I Stavanger Sanitetsforenings møteprotokoller, helserådenes forhandlingsprotokoller og de årlige utgavene av sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene kommer det imidlertid frem at særlig tre foreninger/organisasjoner var operative i Stavanger amt. Disse tre var først og fremst Norske Kvinners Sanitetsforening, så kom Nasjonalforeningen mot tuberkulose, og til slutt Røde Kors.

I løpet av de første tiårene av 1900-tallet ble det dannet tuberkuloseforeninger og sanitetsforeninger i store deler av amtet. Mange av disse var lokalforeninger under Norske Kvinners Sanitetsforening. Flere av dem ble opprettet som en direkte konsekvens av de mange foredragene om tuberkulosen. I 1918 meldte amtslegen at:

---

<sup>306</sup> Blom 1998, s. 77-79.

«Nu er der i de fleste distrikter tuberkuloseforeninger eller sanitetsforeninger, som særlig virker for at bekjæmpe tuberkulosen, dels ved at utbrede kjendskap til sygdommen og dels ved at hjælpe de syke at komme paa sanatorium eller paa anden maate».<sup>307</sup>

Foreningene gjorde med andre ord et omfattende arbeid i bekjempelsen av tuberkulose. I tillegg til å drive opplysningsarbeid og hjelpe tuberkuløse å få sanatorieplass, hadde foreningene også andre oppgaver. Hvordan hjalp de tuberkuløse «paa anden maate»?

Et godt eksempel som svarer på spørsmålet er innsatsen til Haugesund Sanitetsforening i tuberkulosesaken. Etter stiftelsen den 12. juni 1906 ble mye utrettet på kort tid. Bare tre år etter stiftelsen ble tuberkulosehjemmet i Førre åpnet, noe som åpnet for mer utstrakt bruk av tuberkuloselovens § 6 i distriktet. Det samme året startet foreningen gratis utdeling av spyttflasker. I tilfeller hvor helserådet mente det ikke var hensiktsmessig å anvende § 6, ble tuberkuløse innlagt for sanitetsforeningens regning. Sanitetsforeningens arbeid gikk ikke usett hen, og distriktslege Caspersen gav dem i 1911 mye av æren for tuberkulosens nedgang siden 1909:

”Det er vel saaledes ikke bare et træf, naar nedgangen i tuberkulosedødeligheten indtraf samtidig, med at disse to institutioner begyndte sin virksomhet.”<sup>308</sup>

I 1912 begynte sanitetsforeningen å dele ut gratis melk til barn med tuberkulose i stor skala. Hele 2435 liter melk ble utdelt det første året.<sup>309</sup> Denne praksisen ble utvidet året etter da de begynte å dele ut melk og andre fødevarer til trengende. Samme år fikk de også en egen pleierske som de hadde store forventninger til. Hennes arbeid var «kun at gaa om i hjemmene og bistaa de tuberkulose med raad og daad».<sup>310</sup> Allerede året etter viste det seg at en pleierske ikke var tilstrekkelig for byen ettersom hun også fikk i oppgave å dele ut 3 dl melk på skolene til barn fra trengende familier. Sanitetsforeningen gikk derfor i gang med «at koste utdannelse

---

<sup>307</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1918 bind 2, s. 127-128.

<sup>308</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1911 bind 2, s. 123.

<sup>309</sup> L'Orange, 2014.

<sup>310</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1913 bind 2, s. 113

paa én til». Samtidig viste det seg at pleiehjemmet i Førre «ikke strækker til». Foreningen opprettet en helsestasjon for barn i 1916, og i 1923 et barnehjem på Lillesund for tuberkulose-truede barn. Hjemmet ble driftet av private bidrag og kunne huse 30 barn. Frem til nedleggelsen i 1954, bodde over 400 barn i spedbarnsalderen og eldre på dette barnehjemmet.<sup>311</sup>

Haugesund sanitetsforenings arbeidsoppgaver strakte seg dermed lengre enn opplysningsarbeid og hjelp til å anskaffe sanatorieplass til tuberkuløse. Gjennom barnehjemmet, tuberkulosehjemmet, pleiersken og utdelingen av melk, utførte de også i aller høyeste grad forebyggende, lindrende og kurative oppgaver.

Sanitetsforeningen i Stavanger var også en stor bidragsyter i Rogaland. Noen år etter tuberkulosehjemmet i Ramsvig sto ferdig, opprettet foreningen en friluftsskole for tuberkulose-truede piker i 1920.

På friluftsskolene sto de tuberkulose-truede barnas helse i fokus. I løpet av oppholdet var målet å bedre barnas form, helse og hygiene. For å oppnå dette brukte de, i likhet med tuberkulosehjemmene, den dietetisk-hygieniske behandlingsformen. Sunn mat med fetende ingredienser var viktig samtidig som mange av aktivitetene foregikk i fri luft. Ettersom disse barna var veldig utsatt for å bli smittet av tuberkulose, ville en sunn kropp ha større mulighet for å overvinne et eventuelt sykdomsforløp. Et tegn på at barna ble sunnere, var vektøkning. Det ble derfor foretatt legeundersøkelser regelmessig for å undersøke barnas helse samt forhindre sykdomsutbrudd ved skolen. Varigheten på oppholdet kunne variere. Noen ble utskrevet etter noen måneder, mens andre ble værende lenger. I 1925 behandlet friluftsskolen 88 barn, hvor 27 av dem var gjenværende fra året før og 61 nye ble innlagt. Da året var omme, hadde 61 av barna blitt utskrevet, mens 27 barn ble værende igjen.<sup>312</sup> I årsberetningen beskriver legen ved friluftsskolen, Alex Berg, slik om tilstanden til de utskrevne barna:

”De utskrevne barn hadde et friskt utseende og var i godt hold. Den gjennomsnittlige vektøkning for de i 1925 utskrevne barn har vært ca. 6 kg.

Opholdets gjennomsnittlige varighet for de utskrevne var ca. 6 måneder.

Bortset fra enkelte tilfelle av forkjølelse har helledstilstanden vært meget

---

<sup>311</sup> Sundhedstilstanden og Medisinalforholdene i Riket 1924 bind 2, s. 73 og L'Orange, 2014.

<sup>312</sup> Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll, 1923-1928.

god”<sup>313</sup>

Dr. Berg var tydeligvis fornøyd med arbeidet som ble gjort. Da friluftsskolen i 1926 krevde en 5 års beretning uttrykte han derfor glede over de gode resultatene som var oppnådd:

”Det er gledelig å kunne konstatere de utmerkede av skolens arbeide, idet det viser seg at av de 185 barn skolen har hatt er kun 1 død, 1 syk, 1 tuberkuløs fistel på halsen, 16 sykelige eller svake, 2 flyttet fra byen, 55 helt friske og 10 igjenliggende på skolen.”<sup>314</sup>

Stavanger Sanitetsforening hadde også en sykepleierske. I tillegg til å bidra med «raad og daad» samarbeidet sanitetsforeningens pleierske med det lokale helserådet. Ved et møte 8. Februar, behandlet Stavanger helseråd en forespørsel om en kvinne kunne forpleies ved Røde Kors sanatorium i Sand. Rapporten de behandlet for å avgjøre om kvinnens tilstand og boforhold kvalifiserte til en innleggelse for sundhetsvesenets regning, var utarbeidet av en sanitetspleierske.

Om Stavanger Sanitetsforening delte ut spyttflasker slik de gjorde i Haugesund er uklart ettersom det ikke står noe i kildene som er brukt i denne oppgaven. En skal likevel ikke se bort fra det ettersom det ble stadig mer utbredt blant de frivillige forbundene å dele ut nødvendige midler til de tuberkuløse i Stavanger amt, noe distriktslegen i Sandnes omtalte i sin beretning i 1916 vitner om:

”Der er inden distriktet flere tuberkuloseforeninger, som hjælper syke til at komme paa sanatorier eller pleiehjem og skaffer hjemmeværende syke melk etc.»<sup>315</sup>

At distriktslegen skriver «melk etc.» kan tyde på at det også kan ha blitt delt ut flere nødvendige midler som spyttflasker og ulltepper. En kan derfor anta at Stavanger sanitetsforening, i likhet med Haugesund sanitetsforening, har bidratt med utdeling spyttflasker.

---

<sup>313</sup> Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll, 1923-1928.

<sup>314</sup> Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll, 1923-1928.

<sup>315</sup> Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1916 bind 2, s. 124.

Sanitetsforeningens arbeid ble, da som nå, finansiert av innsamlede midler som basarer, tuberkulosedagen, salg av julemerker og maiblomsten. Den kanskje mest kjente av disse er maiblomsten «som deles mellom Tuberkuloseforeningen og Sanitetsforeningen». I 1925 fikk de inn 10 318,90 kroner ved salget, hvorav hele 5889,42 av disse ble innsamlet under tuberkulosedagen som fremdeles var «en stor dag i Stavanger og hele byen deltar». I pengegaver fikk de i tillegg inn 4700 kroner. Private bidrag i form av pengegaver kom både fra det lokale næringslivet og forskjellige legater.<sup>316</sup>

I 1911 ble Stavanger tuberkuloseforening stiftet. Allerede det første året hadde foreningen omkring tusen medlemmer. Året etter doblet medlemstallet seg da det passerte 2000 medlemmer. Foreningen hadde gått ambisiøst til verks, og forsøkte å skaffe boliger til tuberkuloserammede familier som hadde dårlige, trange og usunne boliger. Det nyttigste arbeidet skulle likevel vise seg å være det som ble utført av sykepleierne. De skulle opplyse om hygiene og føre kontroll av de sykes hjem. Hvis hjemmene ikke rettet seg etter de hygieniske forordningene, kunne en risikere å miste pasientstøtten.

I Stavanger var det byens tuberkuloseforening som sto for melkeutdelingen ifølge historikeren Hans Storhaug. Tiltaket var foreningens største utgift og kostet omtrent 3000 kroner, etterfulgt av havre som kostet 800 kroner. De delte også ut klær, mat og andre livsfornödenheter.<sup>317</sup> Arbeidsdyktige pasienter som var blitt utskrevet fra sanatoriene fikk fra og med 1914 hjelp fra foreningen. Til dette arbeidet mottok de 700 kroner fra staten som skulle gå til å bedre de hjemkomne pasientenes boligforhold. Bolignød, dyrtid og matmangel under krigstiden førte til at støttemidlene til tuberkuløse økte fra 45,67 kroner i 1914 til 71,80 kroner i 1916. Inntektene steg parallelt med utgiftene, da de innsamlede midlene hadde steget fra over 15 000 kroner i 1915 til hele 52 369 kroner på bare to år.<sup>318</sup>

Den kanskje mest omfattende virksomheten deres var knyttet til feriekoloniene for tuberkuløsetruede barn. Storhaug peker på at dette arbeidet var spesielt viktig ettersom stadig flere kvinner ble en del av arbeidslivet, noe som førte til at mange barn, særlig de svakelige, ikke fikk tilstrekkelig med tilsyn og stell. Arbeidet med opprettelsen av en feriekoloni for gutter ble først tatt med i arbeidsprogrammet i 1916.

---

<sup>316</sup> Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll, 1923-1928.

<sup>317</sup> Storhaug 1997, s. 175.

<sup>318</sup> Storhaug 1997, s. 175.

Tre år senere besluttet foreningen å kjøpe en eiendom på 45 mål i Suldal. Kjøpet ble finansiert av lotterimidlene til Nasjonalforeningen og Sanitetsforeningen. Den lå omtrent 15 kilometer fra Sand og besto allerede av et våningshus med 25 rom, husutbygninger og forpakterhus.

Omfattende ombygginger måtte likevel til før hjemmet kunne tas i bruk. Ved å spille på den sosiale samvittigheten til befolkningen, håpet finanskomitéen at deler av utgiftene ville bli dekket i form av bidrag fra privatpersoner og firmaer. Nedgangstiden førte til at inntektene i form av bidrag minket. I et desperat forsøk på å bli ferdig innen åpningen den 7. juli 1920 besluttet styret seg for å bruke fondsmidlene samtidig som de tok opp lån.<sup>319</sup>

Lindum representerte en stor utvidelse av arbeidsområdet til tuberkuloseforeningen i Stavanger. Åpningen var derfor et høydepunkt i foreningens virksomhet. Opprettelsen av helsehjemmet kom likevel på et lite gunstig tidspunkt. Nedgangstiden gikk hardt utover inntektene til foreningen samtidig som utgiftene og etterspørselen etter hjelp økte. I løpet av de vanskelige 20-årene ble derfor understøttelsesvirksomheten nedprioritert til fordel for det forebyggende arbeidet. Masseutdeling av matvarer og melk ble redusert, mens det ble mer sykepleie, utlån av ulltepper, senger og sengeklær. Det hadde også oppstått en frykt for at de store driftsutgiftene til Lindum skulle gå utover tilbudet til de trengende i byen. Likevel klarte foreningen å opprettholde tilbudene til tuberkuløse og tuberkulosetruede gjennom hele perioden.<sup>320</sup>

Den norske Nasjonalforeningen mot Tuberkulose ble stiftet i 1910 etter initiativ fra Klaus Hanssen. Han ønsket en mer målrettet plan for det frivillige tuberkulosearbeidet. Nasjonalforeningen skulle dermed påta seg rollen å koordinere og videreutvikle det allerede eksisterende arbeidet som ble utført i Norge. Det er bred enighet innen historikermiljøet at forholdet mellom Sanitetsforeningen og Nasjonalforeningen til tider var konfliktfylt. Ida Blom viser i *Feberens ville rose* at forholdet mellom NKS sentralt og ledelsen i Nasjonalforeningen i store perioder var kjølig. Hun er imidlertid åpen for at lokallagenes holdninger kan ha vært annerledes.<sup>321</sup> Tor Harald Otterholt påpeker derimot at forholdet mellom de to frivillige aktørene også var preget av gjensidig forståelse og samarbeid til tross for at

---

<sup>319</sup> Storhaug 1997, s. 176.

<sup>320</sup> Storhaug 1997, s. 176-180.

<sup>321</sup> Blom 1998, s. 89-91.

konkurransespektet var tydelig.<sup>322</sup> Dette bringer frem spørsmålet om hvordan forholdet mellom disse foreningene var i Rogaland.

Forholdet mellom de to foreningene blir lite omtalt i kildematerialet som har vært brukt i denne oppgaven. Likevel står det en del om lokalforeningene i Stavanger by. Stavanger sanitetsforening og Stavanger tuberkuloseforening hadde flere felles inntekter som de delte seg imellom. Inntektene fra maibloomsten, julemerket og juleutlodning ble delt likt, mens Nasjonalforeningen hadde sikret seg to tredjedeler av inntektene fra tuberkulosedagen. Begge lokalforeningene i Stavanger mottok midler fra Det norske Pengebilletteri. Overskuddspengene ble forvaltet av begge foreningene gjennom en felles komité, og var øremerket tuberkulosesaken. Ifølge Hans Storhaug, satt Sanitetsforeningen og Tuberkuloseforeningen i hverandres styrer.<sup>323</sup> Fra 1920 ble disse pengene delt på tre ettersom Røde Kors kom til å spille en stadig større rolle i tuberkulosekampen. Det er derfor lite som tyder på at samarbeidet mellom foreningene i Rogaland var dårlig, snarere tvert imot.

Mye kan tyde på at foreningene fordelte arbeidsoppgavene seg imellom. Både sanitetsforeningen og tuberkuloseforeningen i Stavanger opprettet også hvert sitt tilbud for tuberkulosetruede barn i 1920, friluftsskolen for piker og helseheimen for gutter. Samtidig hadde begge foreningene sykepleiersker i sin tjeneste. Kildematerialet omtaler kun sanitetsforeningens friluftsskole, pleiearbeid, tuberkulosehjem og senere poliklinikk, mens Storhaug kun omtaler tuberkuloseforeningens boligarbeid, helseheim, pleiearbeid og utdeling av livsfornödenheter. Det kan synes dermed som at arbeidet i Stavanger by har vært preget av samarbeid for å dekke en større del av befolkningens behov for hjelp.<sup>324</sup>

I 1911 ble også Nedstrand sykepleie – og tuberkuloseforening stiftet etter initiativ fra legen Thorleif Svaboes. Med kampen mot tuberkulose som viktigste formål gikk de i gang med å ansette en sykepleier. Selv om dette var foreningens første og kanskje viktigste oppgave, var sykepleierens lønn deres største utgiftspost. Det meste av inntekten til dette arbeidet mottok de fra kvinneforeningens årlige basarer, et fast bidrag på 200 kroner fra kommunen og frivillige bidrag. Samtidig ga også pleierskens arbeid inntekter til foreningen. Til å begynne med kostet sykepleierens tjeneste 1 krone per dag, men ble etter hvert økt til 2 kroner per dag for

---

<sup>322</sup> Otterholt 2015, s. 107.

<sup>323</sup> Storhaug 1997, s. 175.

<sup>324</sup> Storhaug 1997, s. 175-176.



de som ikke var medlemmer av foreningen. Pleiersken kunne også hjelpe til ved det lokale tuberkulosehjemmet i sommermånedene for 50 kroner måneden.

Bosettingen på Nedstrand var spredt, noe som gjorde sykepleierens arbeid krevende. I 1931 gikk derfor foreningens styre til innkjøp av en sykkel som sykepleieren kunne bruke. Vedlikeholdet av sykkelen måtte hun derimot stå for selv. Etter hvert ble det gjort en avtale med en lokal busseier slik at sykepleieren fikk reise gratis til pasientene.<sup>325</sup>

Røde Kors er, med unntak av sanatoriet i Sand, veldig lite omtalt i kildene. Det betyr ikke nødvendigvis at foreningen gjorde veldig lite i kampen mot tuberkulosen. De mottok ved flere anledninger støtte fra det offentlige og var ved flere anledninger nevnt i samarbeid med de andre foreningene ved innsamling av penger til tuberkulosesaken. Dette kan tolkes dithen at de i aller høyeste grad var operative i tuberkulosekampen i Rogaland.<sup>326</sup>

Ut over 1900-tallet ble også stadig flere ungdomsforeninger dannet i Rogaland. Selv om disse ikke var knyttet til tuberkulosearbeidet eller annet sykdomsbekjempende arbeid, var de ifølge distriktslegene en viktig arena for å forbedre renslighet og hygiene blant ungdommen. I Sogndal meldte distriktslegen at det hadde blitt holdt foredrag i den lokale ungdomsforeningen, og at resultatet var positivt.

”Med hensyn til den personlige renslighet synes det, som man til dels har faat øinene op for dens nødvendighet; der er om dette emne holdt foredrag i ungdomsforeningen”<sup>327</sup>

Noen ungdomsforeninger engasjerte seg også i arbeidet for å bedre rensligheten og hygiene lokalt. På den måten var de involvert i den store opplysningskampanjen på begynnelsen av 1900-tallet. Fra Karmøy berettet distriktslegen i 1905 at flere ungdomsforeninger bidro til å øke interessen for hygienespørsmålet. Forventningene hans var høye:

”Jeg ser i de mange ungdomsforeninger rundt om i bygderne velkomne

---

<sup>325</sup> Marvik 1006, s. 76.

<sup>326</sup> Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll, 1923-1928.

<sup>327</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1909 bind 2, s. 127.

hjælpere til vækkelse av interesse for hygieniske spørsmål og lover mig større utbytte her, end hvad vi som ordførere i helseraadet kan utrette ved vore møter i anledning av disse saker likeoverfor medlemmerne og gjennom disse videre blant befolkningen.”<sup>328</sup>

Hvor utbredt ungdomsforeningenes engasjement var i hygienespørsmålet, er vanskelig å si ettersom kildematerialet som er brukt i denne oppgaven er meget begrenset. Dette er et tema som hadde vært interessant å undersøke videre, men på grunn av oppgavens begrensning skal jeg ikke gå nærmere inn på det. En kan derimot på grunnlag av de foreliggende kildene kort konkludere med at også ungdomsforeningene engasjerte seg i opplysningsarbeidet.

Lokalforeningenes arbeidsoppgaver var mange og omfattende. Gjennom sine barnehjem, helsehjem, tuberkulosehjem, feriekolonier og friluftsskoler drev de både kurativt og lindrende arbeid. Samtidig lærte pasientene om hygiene og renslighet. Disse institusjonene var en viktig del av det forebyggende arbeidet.

Andre viktige oppgaver var forebyggings- og opplysningsarbeidet. Her var sykepleieren særlig viktig med sine hjemmebesøk hvor hun bisto med «raad og daad», samtidig som de av og til holdt foredrag. Foreningenes utdeling av nødvendige næringsmidler og spyttflasker var et viktig bidrag i bedringen av befolkningens helse og arbeidet mot sykdomsutbredelsen. Slik sett utførte de frivillige i mange tilfeller tjenesteytende arbeid der det offentlige var fraværende. At de også bygget fylkets første tuberkulosehjem i fylket, og senere det største på Ramsvig, kan ha bidratt til å legge press på amtstinget. Basert på dette grunnlaget kan en trygt si at de frivillige i Rogaland spilte en pionerrolle i kampen mot tuberkulosen.

---

<sup>328</sup> Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene 1905 bind 2, s. 122.

## Kapittel 4:

### Oppsummering og konklusjon

Denne studien har vist at kampen mot tuberkulose i Rogaland fra 1900 til 1940 ble utført på mange fronter og med få våpen. Mangel på kunnskap, medisiner og vaksiner gjorde det vanskelig å kurere og forhindre tuberkulose. Det forebyggende arbeidet var derfor viktig gjennom store deler av perioden. Både det offentlige og det frivillige igangsatte opplysningskampanjer for å forbedre befolkningens helse og hygiene. Det kanskje viktigste våpenet i kampen mot tuberkulose var tuberkuloseloven. På grunn av flere kontroversielle paragrafer ble den gjenstand for diskusjon ved flere anledninger i det medisinske miljøet på slutten av 1890-tallet.

Tuberkuloseloven representerer også starten på en mer samlet kamp mot tuberkulosen. Av den grunn er det viktig å se nærmere på grunnlaget loven var basert på og prosessen frem til den ble vedtatt av Stortinget 8. mai 1900.

Fra 1850 til 1900 var tuberkulosens utbredelse i Norge stadig tiltagende. Kunnskapen om tuberkulosen var begrenset under store deler av denne perioden. Teknologiske og medisinske fremskritt førte etter hvert til at kunnskapen ble bedre. En av de viktigste fremskrittene var videreutviklingen av mikroskopet. Med bedre linser kunne legene identifisere og isolere mikroorganismene. En rekke medisinske oppdagelser viste at det var mikroben som forårsaket sykdommer, noe som førte til at legene gikk stadig mer vekk fra de gamle miasmeteoriene til fordel for bakteriologien. Den kanskje viktigste oppdagelsen var Robert Kochs identifisering og isolering av tuberkelbasillen i 1882.

Kochs oppdagelse gav legene mer kunnskaper om tuberkulosen og dens smitteveier. Samtidig viste statistikkene at tuberkulosens utbredelse i Norge var tiltagende på slutten av 1800-tallet. Legestanden mente at staten måtte ta ansvar, og foreslo en offentlig foranstaltning. Carl Frederik Larsen og Klaus Hanssen var blant de første som foreslo en nasjonal tuberkuloselov. Da Stortinget i 1894 henvendte seg til medisinaldirektør Michael Holmboe om å utrede tuberkulosesaken og utarbeide et lovforslag, fikk han Klaus Hanssen med på laget. Allerede året etterpå var rapporten klar. Hanssen og Holmboes lovforslag ble mottatt med delte meninger av det medisinske miljøet, noe som diskusjonen i Det medicinske Selskab i 1896 vitner om.

Store deler av diskusjonen kom til å dreie seg om de kontroversielle paragrafene om anmeldelsesplikt, tvangsinnleggelse, hygienisk tilsyn og desinfeksjon av hjem. Motstanderne mente lovforslaget var for strengt, og fryktet at det skulle bli et for stort inngrep i den personlige frihet. En så rigorøs lov kom til å skape overdreven smittefrykt blant befolkningen. Samtidig ville den ikke være økonomisk forsvarlig. Av den grunn ønsket flere av legene et mildere lovforslag hvor disse paragrafene kun ble anvendt ved de mest alvorlige tilfellene. Legene som støttet lovforslaget mente derimot at paragrafene var viktige for å kartlegge tuberkulosens utbredelse, hindre fare for videre smitte og makt til å gripe inn i de mest alvorlige tilfellene eller når tuberkuløse ikke ville la seg behandle.

Legene kom ikke til enighet, men diskusjonen var likevel viktig. Da lovforslaget ble tatt opp i Stortinget hadde regjeringen redusert antallet paragrafer etter diskusjonen i Det medicinske Selskab, uten at lovforslaget endret seg nevneverdig. Under debatten i Stortinget ble de kontroversielle paragrafene nok en gang utsatt for kritikk. Politikerne delte mange av de samme meningene som legene, både for og mot lovforslaget. Den 8. mai 1900 ble imidlertid tuberkuloseloven vedtatt av et klart flertall, men noen små modifikasjoner. Dermed var grunnlaget lagt for en mer samlet kamp mot tuberkulosen i Norge.

Ved århundreskiftet var tuberkulosen den mest utbredte sykdommen i Rogaland. Stor fattigdom førte til at dårlig ernæring, levekår og allmenn hygiene skapte ideale forhold for tuberkulosens utbredelse. Det ble derfor igangsatt forebyggende arbeid og opplysningskampanjer fra frivillig og offentlig hold, hvor mange aktører kom til å utmerke seg både positivt og negativt. Etter hvert som befolkningens kunnskaper om tuberkulosens smittsomhet ble bedre, økte også frykten. På grunn av smittefrykten ble ofte tuberkuløse stigmatisert.

Mangelen på institusjoner for tuberkuløse var stor i begynnelsen av 1900-tallet. Selv om distriktslegene la press på amtstinget for å bygge egne hjem for tuberkuløse, var de lite villige til å gjøre noe med saken. Helserrådene hadde derfor få muligheter til å benytte tuberkuloselovens § 6 det første tiåret av 1900-tallet. Noen tuberkuløse ble innlagt på sanatorier og tuberkulosehjem i andre fylker, men denne løsningen var dyr og ventelistene var lange. I mange tilfeller var den eneste utveien å ta i bruk sykehusene. Disse hadde ofte begrenset kapasitet og forholdene var varierende. Ved det gamle amtssykehuset var forholdene umulige. Kapasiteten var sprengt, lokalene var utdaterte og de sanitære forholdene var dårlige.

Først i 1911 erkjente amtstinget at situasjonen var lite tilfredsstillende. Året etter ble det utnevnt en komité som skulle utrede spørsmålet om opprettelse av tuberkulosehjem. I 1913 sluttet amtstinget seg til komiteens innstilling om at det nye hjemmet skulle bygges så billig som mulig på tomten i Nedstrand. Hjemmet skulle være relativt lite med 14 sengeplasser i tråd med komiteens planer. To år senere ble Nedstrand tuberkulosehjem åpnet for pasienter. Selv om situasjonen i amtet fortsatt var langt fra tilfredsstillende, ble beslutningen om et nytt fylkessykehus og et nytt tuberkulosehjem utsatt flere ganger. Først i 1927 fikk Rogaland et nytt fylkessykehus, og fem år senere ble fylkets andre tuberkulosehjem åpnet i Skåland.

Til forskjell fra mange politikere, var embetslegene og helserådene aktive i det forebyggende og opplysende arbeidet. Helserådene var helt sentrale i utførelsen av tuberkuloseloven. Det var deres oppgave å føre tilsyn i de tilfellene hvor det ikke var en behandlende lege. I tilfeller hvor forholdene utgjorde en fare for den tuberkuløse og familiemiljøet, var det helserådene som skulle vurdere om tuberkuloselovens § 6 om tvangsinnleggelse skulle anvendes. Flere forhold ble vurdert før denne ble tatt i bruk. De viktigste av disse var de sanitære forholdene i huset, om smittefaren var stor, hvor mange som bodde der og om det var barn eller unge blant beboerne. Selv om tuberkuloseloven først og fremst var en lov med bestemt hygienisk formål, hendte det at helserådene benyttet loven til sosiale formål.

Det første tiåret etter tuberkuloseloven trådte i kraft benyttet helserådene i Rogaland seg svært lite av tvangsinnleggelse. En grunn til dette var mangelen på tuberkulosehjem og sengeplasser på sykehus. Etter hvert som fylket fikk flere tuberkulosehjem ble tvangsinnleggelsesparagrafen benyttet i mye større grad. Etter forhandlingsprotokollene å dømme ble 52 tuberkuløse i Avaldsnes og 14 personer i Kopervik innlagt i henhold til tuberkuloselovens § 6. Antallet saker i Stavanger var høyere, og mange saker ble avslått av helserådet.

Det var også helserådenes oppgave å utarbeide lover og regler for arbeidsplasser, hoteller, skoler og forsamlingslokaler av forskjellige slag i henhold til tuberkuloselovens § 11. Disse var som oftest veldig like og fokuserte i stor grad på tilgangen til spyttbakker, vasking og lufting. Helserådene i Avaldsnes og Stavanger benyttet denne paragrafen for å forbedre de sanitære forholdene på skolene og arbeidsplassene.

Distriktslegene var også involvert i andre oppgaver i kampen mot tuberkulose. Gjennom forebyggende og opplysende arbeid forsøkte de å bedre befolkningens

allmenne hygiene og kosthold. Som embetsleger var de i mange tilfeller både den behandlende lege og medlem i det lokale helserådet. Av den grunn hadde de ofte ansvaret for å utføre tilsyn samt iverksette nødvendige forholdsregler. Hvis ikke forholdsreglene ble overholdt eller forholdene i hjemmet var elendige, skulle saken anmeldes til helserådet. Deretter skulle helserådet ta en avgjørelse om tvangsinnleggelse var nødvendig.

Arbeidet med å bedre den allmenne hygien og kostholdet var krevende. Mange distriktsleger mente at fattigdom, fordom og det fatalistiske livssynet blant befolkningen, særlig de eldre, var til hinder for gjennomførelsen av forskjellige forholdsregler mot smittsomme sykdommer. Den yngre delen av befolkningen var derimot villige til å lytte. Selv om distriktslegenes arbeid bar frukter utover 1900-tallet, fikk det et lite tilbakeslag i løpet av de vanskelige 1920-årene. Samtidig hadde enkelte distriktsleger vanskeligheter med å nå ut til avsidesliggende grender og gårder, særlig innover i Ryfylke. Til tross for disse problemene ble forholdene stadig bedre både i by og bygd.

Fra 1900 til 1940 ble det opprettet mange frivillige foreninger med hovedfokus på tuberkulosebekjempelsen. Disse foreningene var helt avgjørende i kampen mot tuberkulosen i Rogaland. Gjennom sine mange oppgaver og tilbud var de på mange måter tjenesteytende. I tillegg til å dele ut melk, spytteflasker og andre livsfornödenheter bidro noen foreninger også med økonomisk pengestøtte til tuberkuløse. Enkelte familier hvor de sanitære forholdene i hjemmet var forferdelige, fikk også hjelp til å skaffe nye og mer hygieniske boliger.

De kanskje viktigste tjenesteytende tilbudene var de mange tuberkulosehjemmene og helseheimene for tuberkuløse. Disse skulle være både kurative for de med håp om helbredelse og lindrende for de håpløse tilfellene. Ved hjelp av en dietetisk-hygienisk behandlingsmetode og kuring i frisk luft skulle pasientene bedre nedkjempe tuberkulosen. Samtidig ble det også opprettet barnehjem, friluftskoler og helseheim med hovedfokus på å forebygge sykdom blant tuberkulosetruede barn. Også ved disse institusjonene var den dietetisk-hygieniske behandlingsmetoden sentral. Sunn mat med fetende ingredienser og aktiviteter i frisk luft skulle gjøre barna bedre stilt til å overvinne et eventuelt sykdomsforløp.

Enkelte lokalforeninger ansatte i tillegg sykepleiere. En viktig del av arbeidet deres var hjemmebesøk hvor de bidro med «raad og daad». De holdt også foredrag og delte ut melk til tuberkulosetruede barn ved skolene. På grunn av den store mangelen

på sykepleiere enkelte steder i fylket, finansierte noen av foreningene utdannelsen til sykepleierstudenter.

Det synes som at arbeidsfordelingen mellom forbundene var bra i Rogaland. I kildene er det ikke noe som tilsier at det var dårlig samarbeid i det frivillige arbeidet. De fleste foreningene fikk inntektene gjennom egne innsamlede midler samtidig som de mottok offentlige og private pengedonasjoner. Nasjonalforeningen og Sanitetsforeningen samarbeidet også om inntektene fra julekort, maiblomsten, tuberkulosedagen og midlene fra Det norske Pengelotteri.

Mye tyder på at de frivillige i Rogaland hadde et relativt godt samarbeid med klar arbeidsfordeling. Gjennom sine tjenesteytende arbeidsoppgaver hjalp de trengende i samfunnet der hvor det offentlige var fraværende. Samtidig la de press på amtstinget gjennom å bygge fylkets første tuberkulosehjem på Førre i 1909, og senere det største tuberkulosehjemmet i Ramsvig i 1923. En kan derfor hevde at de frivillige forbundene hadde en pionerrolle i kampen mot tuberkulose i Rogaland.

Antall dødsfall forårsaket av tuberkulose ble nesten halvert fra 1900 til 1940. Det er vanskelig å si hvor mye det forebyggende arbeidet og opplysningskampanjene kan ha bidratt til denne nedgangen. Vi har sett at de økonomiske forholdene bidro til at dødstallene steg under de vanskelige 1920-årene, noe som gjør at økonomisk oppgang kan ha bidratt til nedgang i antall tuberkuløse. På slutten av 1930-tallet ble også BCG-vaksinen tatt i bruk, noe som bidro til å øke immuniteten mot tuberkulosen blant befolkningen. Den store nedgangen før BCG-vaksinen ble tatt i bruk, tyder imidlertid på at det forebyggende arbeidet og opplysningskampanjene som ble igangsatt av det frivillige og det offentlige har spilt en vesentlig rolle i kampen mot tuberkulose i Rogaland fra 1900 til 1940.

## Bibliografi

### Litteratur:

Andreassen, Terje. (1997). *Legene og tuberkulosen. Faser og forutsetninger for tuberkuloseloven av 1900*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Bergen). Terje Andreassen, Bergen.

Aurnes, Ola. (1937). *Rogaland fylke gjennom 100 år : festskrift til formannskapsjubileet 1937*. Stavanger: Dreyer.

Backer, Julie. (1961) *Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856-1955*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.

Bjartveit, Kjell. (2007). *Hvit pest svart tjære : felttog mot farlige folkesykdommer på 1900-tallet*. Oslo: The Norwegian Medical Society.

Blom, Ida. (2002). Opplysningskampanjer i kampen mot tuberkulose frem til ca. 1940. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(1), 73-75.

Blom, Ida. (1998). *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900-1960*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Feldman, Burton. (2000). *The Nobel Prize: A History of Genius Controversy, and Prestige*. New York: Arcade Publishing.

Flexner, Simon. (1920). Twenty-Five Years of Bacteriology: A Fragment of Medicinal Research. *Science*, 1357(52), 615-632.

Folkehelseinstituttet. (2008). *Utredning om bruk av BCG-vaksine i Norge*. Oslo: Nordberg Trykk AS.

Giber, Paul. (1890). Dr. Koch's Discovery. *The North American Review*, 409(151), 726-731.



- Haaland, Anders. (2012). *Stavanger bys historie* (Bind 3: Industribyen 1890-1965). Stavanger: Wigestad Forlag.
- Karlsen, Jan og Dag Skogheim. (1990). *Tæring : Historia om ein folkesjukdom*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Kobro, Isak. (1908). *Norges læger : 1800-1908. 1*. Kristiania: Centraltrykkeriet.
- Kobro, Isak. (1915). *Norges læger : 1800-1908. 2*. Kristiania: Centraltrykkeriet.
- Krohn-Holm, Jan W. (1974). *Slekten Dietrichson 1724-1974*. Oslo: Slektskomiteén.
- Liestøl, Knut, Steinar Tretli, Aage Tverdal, Jan Mæhlen. (2007). Hvem fikk tuberkulose – og var de generelt skrøpelige? Ragnhild Rein Bore (Red.), *På liv og død : Helsestatistikk i 150 år* (s. 120-134). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Lund, Per Joachim. (2006). Semmelweiss – en varsler. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126(13-14), 1776-1779.
- Lærum, Ole Didrik. (2001a). Konrad Birkhaug og BCG-vaksinen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(8), 946-947.
- Lærum, Ole Didrik. (2001b). Anatom, patolog og donator. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(6), 706-707.
- Lærum, Ole Didrik. (2002). Kilder til informasjon om tidligere tiders medisinske utstyr. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(30), 2871-2874.
- Marvik, Eli Ubøe. (2006). Det frivillige helsearbeidet. *Årbok for haugalandmuseene*. Haugesund: Haugalandmuseene AS, 72-85.
- Nerheim, Gunnar. (2015). Helse i en annen tid. *Folkestyrets fotfolk 1837-1940*, 303-330.

Nielsen, May-Brith Ohman. (2008). *Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880*. Bergen: Fagbokforlaget.

Otterholt, Tor Harald. (2015). *Folkeopplysning og bakteriologi. Opplysningsprosjektene om folkehelse til Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen mot tuberkulosen i første halvdel av 1900-tallet*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). T.H. Otterholdt, Oslo.

Koch, Robert. (1884). Koch's Work upon Tuberculosis, and the Present Condition of the Question. *Science*, 76(4), 59-61.

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

Stiles, Ch. Wardell. (1899). The Berlin Tuberculosis Congress. *Science*, 222(9), 491-492.

Storhaug, Hans. (1982). *Samfunnsbyggerne : tre generasjoner Berntsen i Stavanger*. Stavanger: Berntsens legater i samarbeid med Stavanger museum.

Sæbø, Øyvind. (1982). *Tuberkuloseloven av 8/5 1900 og dens forutsetninger*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Bergen) Ø. Sæbø, Bergen.

Torgersen, Rolf G. (2014). Boligpolitikk i Stavanger 1916-1920. Egil Larsen (Red.), *Rom for alle?* (s. 107-127). Stavanger: Arbeidernes Historielag i Rogaland.

Østensjø, Reidar. (1993). *Haugesund* (Bind 2: 1896-1913). Haugesund: Haugesund kommune.

## Internett:

Arkivverket. (2011, 29.03). Personersøk digitalarkivet. Hentet 06.04.2016 fra <http://www.arkivverket.no/arkivverket/Digitalarkivet>

Arentz-Hansen, Cecilie og Kåre Moen. (2006, 15.08). Hentet 20.02.2016 fra <http://www.lommelegen.no/artikkel/byll>

Drage, Mona og Thomas Jürgens. (2015, 09.01). Resistent tuberkulose. Hentet 20.02.2016 fra <https://www.lhl.no/lhl-internasjonalsatsningsomrader/satsningsomrader/resistent-tuberkulose/>

Haavet, Inger Elisabeth. (2015, 25.11). Ernæring og folkeopplysning. *Norgeshistorie*. Hentet 08.04.2016 fra <https://www.norgeshistorie.no/velferdsstat-og-vestvending/artikler/1850-ertering-og-folkeopplysning.html>

Holck, Per. (2009, 13.02). Michael Holmboe. *Norsk Biografisk Leksikon*. Hentet 23.01.2016 fra [https://nbl.snl.no/Michael\\_Holmboe](https://nbl.snl.no/Michael_Holmboe)

Kemp, Ejvind. (2011). *Smitsomme sygdomme og vaccination*. Hentet 07.03.2016 fra <https://itunes.apple.com/dk/book/smitsomme-sygdomme-og-vaccination/id545730926?l=da&mt=11>

Lie, Einar. (2001). Fakta og fortolkning i statistikkens historie. Hentet 25.03.2016 fra <https://www.ssb.no/a/magasinet/jubileum/art-2001-06-13-01.html>

Myrvang, Bjørn. (2015, 22.04.). Antiseptikk. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 04.04.2016 fra <https://sml.snl.no/antiseptikk>

Nielsen, Louis. (2002, November). Niels Ryberg Finsen : Danmarks første Nobelpristager. Hentet 22.03 2016 fra [http://www.rostra.dk/louis/andreart/Niels\\_Finsen.html](http://www.rostra.dk/louis/andreart/Niels_Finsen.html)

Norsk Helseinformatikk. (2015). Latent tuberkulose. Hentet 05.01.2016 fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/infeksjoner/tuberkulose-latent-32896.html?page=all>

Rønnevik, John. (2003). Gardsnr. 110 Våga. Hentet 05.04.2016 fra <http://www.slektsforumkarmoy.no/b-bok/gnr110.htm>

Science Museum. (Årstill ikke oppgitt). Joseph Lister (1827-1912). Hentet 10.04.2016 fra <http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/josephlister>

Språkrådet og Universitetet i Oslo. (2015). Tæring. Hentet 02.03.2016 fra [http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=t%C3%A6ring&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge](http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=t%C3%A6ring&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge)

Språkrådet og Universitetet i Oslo. (2015). Tuberkuløs. Hentet 03.03.2016 fra [http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=tuberkul%C3%B8s&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge](http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=tuberkul%C3%B8s&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge)

Store Norske Leksikon. (2015, 28.01). Virulens. Hentet 01.05.2016 fra <https://sml.snl.no/virulens>

Tønjum, Tone. (2015, 10.02). Inokulasjon. Hentet 15.04.2016 fra <https://sml.snl.no/inokulasjon>

Winje, Brita, Synne Sandbu, Ulf R. Dahle og Turid Mannsåker. (2014, 16.10). Tuberkulose – Faktaark. Hanna Hånes (Red.). Hentet 23.04.2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=50435>

## **Primærkilder:**

Avaldsnes Helseraad forhandlingsprotokol 1848-1964.

Det Norske medicinske Selskab. (1897). *Diskussion i Det medicinske Selskab i Kristiania over det af D'Hrr. M. Holmboe og Klaus Hanssen fremsatte Forslag til Lov angaaende Forholdsregler mod Tuberkulosen i Norge*. Kristiania: Det Norske medicinske Selskab.

Kopervik Helseraad forhandlingsprotokol 1864-1960.

Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1899-1909.

Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1915-1917.

Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1921-1925.

Stavanger Helseraad forhandlingsprotokol 1926-1932.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1901.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1902.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1903.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1904.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1905.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1906.

Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1907.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1909.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1910.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1911.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1912.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1913.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1915.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1918.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1921.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Riket 1924.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1926.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1928.

Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1929.

Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1911.

Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1912.

Stavanger Amtstings Forhandlinger for aaret 1913.

Stavanger Sanitetsforenings styreprotokoll 1923-1928.