

Ottar

Det offentlige
helsevesen i nord

2 · 2003

Populærvitenskapelig tidsskrift fra
Tromsø Museum – Universitetsmuseet
Nr. 245 · kr 45,-



Redaksjon

Ansvarlig redaktør:

Johan Albert Kalstad

Fagredaktør kultur og samfunn:

Johan Albert Kalstad

Fagredaktør natur og miljø:

Per Bøe

Administrativ leder:

Per Kyrre Reymert

Redaksjonssekretær:

Elisabeth Jensine Nilsen

Sekretær:

Ann-Grethe Bakker,

tlf.: 77 64 50 00

*Manuskript og tips om tema,
adresseendring m.m. bes sendt til,*

Ottar

Tromsø Museum – Universitetsmuseet

Universitetet i Tromsø

N-9037 Tromsø

E-post: ottar@tmu.uit.no

Internett: <http://www.tmu.uit.no>

Ottar

utgis av Tromsø Museum, Universitetet i Tromsø og utkommer med 5 hefter i året. Opplag: 6.500

Opplysninger om abonnement m.v. kan fås hos Tromsø Museum tlf. 77 64 50 00.

Abonnementspris kr 180, – . Abonnementet gjelder til det blir sagt opp.

Bestillingsseddel for eldre hefter sendes på forespørsel. Ettertrykk fra Ottar kun med Tromsø Museums tillatelse. Ekspedisjon: Ann-Grethe Bakker · Markedsføring: Per Kyrre Reymert

Grafisk form: Peter Knudsen · Layout: Elisabeth Jensine Nilsen · Trykk: Lundblad Media, Tromsø.

Temahefter under planlegging:

- Gammel tradisjon – ny medisin
- Kongekrabben
- Melkøya



Redaksjonen er ikke ansvarlig for den enkelte forfatters synspunkter.

Ottar

Det offentlige helsevesen i nord

Populærvitenskapelig tids-
skrift fra Tromsø Museum –
Universitetsmuseet
nr. 245 · 2003

Ottar sa til Herren sin, Alfred kon-
ge, at han budde lengst nord i
landet ved Vesthavet. Han sa at
landet likevel var mykje lenger mot nord,
men at det er heilt ubygt. Einast på
nokre få stader her og der held finnar til.
Om vinteren driv dei med jakt og om
sommaren med fiske ved havet.

Slik begynner fortellingen til den
nordnorske høvdingen Ottar. Omkring
890 foretok han en reise til England, og
ga Kong Alfred en beretning om Nord-
Norge og om en ferd langs kysten til
Kvitsjøen. Beretningen ble føyd inn i
kong Alfreds oversettelse av Orosius'
verdenshistorie. Inspirert av den gamle
håloyghøvdingens nysgjerrighet og
fortellerglede, har OTTAR siden 1954
trykt artikler om nordnorsk og arktisk
natur, kultur og samfunnsliv.

Forside: Legebesøk på
Finnmarksvidda.

Foto: Marr, Lesslie 1957. Norsk
Folkemuseum.

Baksidetekst: Kommunelege I Kjell
Nysveen i Kvæningen underveis med
legeskyssbåten, «Kvæningstind» til
legekontordag på øya Spildra, 2001.
Foto: Scanpix

Innhold

Innledning	2	Johan Albert Kalstad og Anders Forsdahl
Det offentlige helsevesen 400 år	3	Beate Søholt Lupton
Professor Schytte – lege og prest	6	Anders Forsdahl
Tuberkulose – den store massemorderen	11	Dag Skogheim
Sykestuen – en gammel institusjon for framtiden	20	Ivar J. Aaraas
No e det foreningsdag – no ska ho Bergitta av gårde	26	Ingunn Elstad og Torunn Hamran
Helse og levekår blant samer i fortid og nåtid	38	Siv Kvernmo
Distriktslege Andreas Bredal Wessel	48	Anders Forsdahl

Innledning

I år feirer vi 400 års jubileum for vårt offentlige helsevesen. Dette vil bli markert med arrangementer landet over. Jubileet vil både se bakover, men også se på de utfordringer helsevesenet står ovenfor. Som en del av jubileet vil Tromsø Museum – Universitetsmuseet gi ut to nummer av Ottar og lage en utstilling. I dette Ottar vil vi finne artikler som tar for seg ulike historiske og dagsaktuelle tema fra det offentlige helsearbeidet i nord. Vi har videre belyst sider ved det frivillige helsearbeid som også på mange måter har vært en forutsetning for oppbygningen av det offentlige helsestell. Vi er klar over at utover disse artikler er det en lang rekke tema som også burde ha vært trukket frem. Her kan nevnes jordmødrenes innsats, eldreomsorgen, kosthold og helse, skole- og tannhelsetjenesten, barentssamarbeidet m.m. I det neste Ottar i jubileumsåret vil hovedtemaet være gammel tradisjon og ny medisin. Dette vil også være mye av innholdet i jubileumsutstillingen som åpner på Tromsø Museum den 15. juni. Den norske Kulturminnedagen 14. september er videre viet jubileet.

Først ute i dette heftet er *Beate Søholt Lupton*. Hun gir oss den historiske bakgrunn for jubileet. For 400 år siden fikk legen Villads Nielsen lønn fra Kongens kasse for å virke som lege i Bergen. Dette regnes som starten på det organiserte helse-Norge.

I artikkelen til *Anders Forsdahl* om prestelegen Erik Schytte er vi tilbake i Nord-Norge. Schytte var den første sivile lege i landsdelen og det er også god grunn til å oppfatte han som de senere distriktlegers forløper. Han var videre blant de første som tok initiativet til å planlegge og bygge opp et offentlig helsestell i nord. Dette resulterte i bygging av et sykehus i Bodø og i tilknytning til dette et apotek.

Pest og folkesykdommer har alltid vært en utfordring både for skole- og folke-medisinen. Særlig i forrige århundre og opp til 1940-årene var nok tuberkulosen den alvorligste folkesykdom her i landet. Runt 1900 var kanskje Nord-Norge et av de hardeste angrepne områder i Europa. I sin artikkel skriver *Dag Skogheim* om tuberkulosens kulturhistorie og den breie mobilisering som etter hvert fant sted for å bekjempe sykdommen.

Sykestuene var på en måte distrikts-legenens lokale sykehus. På 1970- og 80-tallet skjedde det en radikal nedbygging av sykestuene til fordel for store sykehus. I dag er det igjen en merkbar interesse omkring sykestuer og deres plass i et moderne helsevesen. Det er disse tanker og problemstillinger *Ivar J. Aaraas* vil formidle til oss gjennom sin artikkel.

Ingun Elstad og *Torunn Hamran* har i sin artikkel beskrevet den enorme innsatsen de nordnorske kvinner gjorde i det frivillige helsearbeid. For mange av

oss er dette en lite kjent historie. *Siv Kvernmo* lar oss få del i sine erfaringer fra den samiske helsetjenesten i Finnmark, og hvor utfordringene har vært å utforme et helsetjeneste som tar utgangspunkt i samisk språk, kultur og tradisjon. *Anders Forsdahl* forteller tilslutt om den legendariske distriktslege Andreas Bredal Wessel. La også denne artikkel være en honnør til distrikthelsetjenesten i de mest utsatte strøk av Nord-Norge.

400-årsjubileet ble spesielt nevnt i Statsministerens nyttårstale. Bedring av folkehelsen ble nevnt som en av de store utfordringene. Eller som han sa i talen: «tidligere slet vi oss til sykdom og død. I dag spiser og sitter vi oss til dårlig helse og for tidlig død». Vi må forebygge mer for å kunne reparere mindre. La oss derfor tilslutt følge oppfordringen til en av artikkelforfatterne, Beate Søholt Lupton, «la derfor jubileet være en spore til bredt samarbeid om bedre folkehelse i vårt land».

Redaksjonen vil takke alle som har gitt bistand ved fremskaffelse av fotomateriale.

Anders Forsdahl
Johan Albert Kalstad
hefteredaktører

Det offentlige helsevesen 400 år

Beate Søholt Lupton

I år feirer vi 400 års jubileum for det offentlige helsevesen. Vår moderne helsetjeneste har en kort historie. Da Villads Nielsen fikk midler fra kong Kristian 4. var han den første lege med offentlig lønn. Denne begivenheten er utgangspunktet for markeringen av 400-årsjubileet som skal feires over hele landet.

I 1603 gav kong Kristian 4. av Danmark og Norge den ferske doctor medicinae Villads Nielsen årlige inntekter for å virke som lege i Bergen som da var hjemsøkt av en omfattende pestepidemi.

Det var første gang en lege i Norge fikk lønn fra staten, slik enkelte danske leger hadde hatt i noen tiår. Flere hadde imidlertid virket som leger uten lønn. Lønnede leger kan sees som et av flere tegn på statens gryende interesse for å ta vare på helsen til sine undersåtter. Intet stort Samfund kan undvære en Læge, skrev kong Kristian 3. i 1539.

I Danmark-Norge ved begynnelsen av 1600-tallet stilte de omfattende og dyre krigene økende krav til skatteinntekter, til rekruttering av soldater og til et byråkrati som kunne administrere det. En sunn befolkning ble oppfattet som en forutsetning for en mektig og rik stat. Det var også svært viktig at



soldatene ikke døde av alvorlige epidemier. Kampen mot den farligste av dem alle – pesten – var et annet tiltak som for alvor ble intensivert på denne tiden. Ved hjelp av isolasjon, avsperring og karantener oppnådde myndighetene at pesten i 1654 ble den siste i Norge. Fra 1687 var prestene pålagt å oppsøke og behandle syke. De skulle også delta i bekjempelsen av epidemiske sykdommer og rapportere om dette til kongen.

Til Nord-Norge kom de første legene vel 150 år etter Villads Nilsens tilsetning i 1603. Den første sivile lege i Nord-Norge var Erik Schytte. Han hadde både teologisk

Kong Kristian 4. malt av en ukjent engelsk kunstner i 1606. Da Villads Nielsen fikk midler fra Kristian 4. i 1603, var han den første legen i Norge med offentlig lønn.

og medisinsk utdanning. Han virket både som lege og prest, men var ansatt i geistlig stilling fra 1756. Han virket for det meste i Nordland og medvirket til at det ble startet sykehus i Bodø. Han foretok den første massevaksinering mot kopper i Nord-Norge på 1760 tallet. For sin medisinske innsats fikk han et æresprofessorat. Den første sivile lege i Finnmark og Troms, Fredrik Gade, ble ansatt i Alta i 1775, men druknet etter ett år. Fra 1803 ble det pålagt autoriserte leger å se til syke i stedet for prestene. I 1814 var det i alt 42 offentlige legestillinger i landet. Etter hvert ble de enorme distriktene oppdelt og legeantallet økte. Dette skyldtes at det ble opprettet både brennevinsfond og avgift på fiskeeksport som kunne finansiere tilbudet. Universitetet i Kristiania spilte

også en betydelig rolle for rekrutteringen. I 1836 kom de første distriktslegestillingene, 63 stillinger ble opprettet ved kongelig resolusjon. Sunnhetsloven fra 1860, som er blitt betegnet som helse-tjenestens grunnlov, fikk avgjørende betydning for utformingen av distriktslegenes plikter. Hver kommune måtte nå ha sin egen sunnhetskommisjon, eller helseråd som det etter hvert ble hetene. Dette ble grunnlaget for en mer moderne organisering av forebyggende arbeid, og kontroll og administrasjon av det som i dag er kommunehelsetjenesten og næringsmiddeltilsynet. Sunnhetsloven vek først plass for kommunehelsetjenesteloven i 1984 og smittevernloven i 1994.

Målsettinger for jubileet

Jubileet vil både se bakover og fremover. Hovedmålsetningen for feiringen er:

1 Øke kunnskapen og forståelsen for verdien av forebyggende helsearbeid og det offentlige helsevesen.

1 Sørge for verdige markeringer av 400-års jubileet gjennom lokale og landsomfattende arrangementer.

1 Bidra til å styrke faget medisinsk historie i Norge blant annet gjennom utgivelse av et vitenskapelig medisinsk-historisk verk som dekker perioden ca. år 1600 til 2000 og ved aktiv deltakelse fra museer rundt om i landet inklusive Tromsø Museum.

Feiring landet rundt

400-års jubileet vil bli markert en rekke steder rundt i landet. I spissen for dette arbeidet vil det stå en fylkeskomité i hvert av våre 19 fylker. Fylkeskomiteene har en bred sammensetning av kompetansepersoner fra helsevesen, offentlig administrasjon, kulturliv, skoler, universitets- og høyskolemiljøer, biblioteker, museer, private organisasjoner, lokalhistoriske lag og så videre. Sammen med lokale aktører arbeides det for å lage jubileumsmarker-

Scholeus-stikket fra rundt 1600 er det eldste bilde fra Bergen. Da Villads Nielsen i 1603 begynte sitt virke i Bergen, var byen hjemsoekt av en omfattende pestepidemi.



inger knyttet til lokal historie så vel som lokalmiljøenes dagsaktuelle utfordringer i arbeidet for en god folkehelse. Kulturminnedagen 2003 vies jubileet.

Veien fremover

Sundhetsloven av 1860 påpekte at sundhetskommisjonene skulle ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sundhetsforhold og det som kunne ha innflytelse på disse. De første distriktslegene var derfor svært opptatt av hele samfunnets betydning for folkehelsen. Det var ikke bare de muligheter som helsevesenet hadde til å helbrede som var i fokus, men hvilke forbedringer som måtte gjøres innen smittevern, hygiene, arbeidsmiljø, forurensning, inneklima, og så videre for å bedre folkehelsen. Dette må videreføres i det moderne folkehelsearbeidet i dag. Det var derfor svært gledelig at Statsministeren nevnte folkehelsearbeidet som et viktig satsingsområde i sin nyttårstale første nyttårsdag 2003. Med erkjennelsen av at 90 % av god helse genereres utenfor helsesektoren, er det viktig at det offentlig helsevesen finner strategier for samarbeid med andre sektorer slik at målsetning om bedre folkehelse kan oppnås. Her er både andre offentlige etater og frivillige organisasjoner viktige medspillere. Dette er særlig viktig i dag når samfunnet blir mer og mer oppdelt og spesialisert.

Konsekvenser av aktivitet på områder som kulturpolitikk, arbeidsmarkedspolitikk eller utdanning kan gi både positive og negative virkninger på

folkehelse. Dette er ikke alltid så synlig eller i fokus. La derfor jubileet være en spore til bredt samarbeid om bedre folkehelse i vårt land. 1

Litteratur:

Moseng, Ole Georg og Schøitz, Aina, 2003: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*.

Bind 1: Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850.

Bind 2: Folkets Helse – Landets styrke 1850–2003.

Forfatteren:

Beate Søholt Lupton, ass. fylkeslege i Tromsø, er forsker ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø innen forebyggende helsearbeid.
E-post: beate.lupton@ism.uit.no

Adresse: Det Medisinske Fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.

Professor Schytte – lege og prest

Anders Forsdahl

Schytte er den mest kjente blant prestelegene i landet.

Foruten å være prest praktiserte han som lege flere steder i Nord-Norge.

Han var den første sivile lege i landsdelen. Han arbeidet for å få ansatt en utdannet lege i Nordland, og var en av initiativtakerne til å få reist det første sykehus og apotek i Bodø.

Opplysningstiden eller rasjonalismens tid er betegnelsen på perioden i siste halvdel av 1700-tallet. Naturvitenskapene kom sterkt i skuddet, og medisin ble et populært studium blant mange norske studenter ved Universitetet i København, også blant teologiske studenter. Disse fulgte det medisinske studium nærmest i hemmelighet og mange av de senere prester i Norge hadde en, etter forholdene, betydelig medisinsk bakgrunn. En fordel for de teologiske studentene i medisinstudiet var deres kunnskaper i latin.

Presteleger

I henhold til kong Christian 5.s norske lov fra 1687 var det pålagt prestene å oppsøke og behandle syke. De skulle dele ut medisiner og de skulle innrapportere opptreden av farlige epidemier til myndighetene. De kunne også pålegges å undervise jordmødre. På slutten av 1700-tallet kom det nye pålegg som tildelte prestene en

betydningsfull rolle i bekjempelsen av smittsomme sykdommer. De skulle bekjentgjøre forskrifter som forklarte sykdommenes smittsomme natur og hvorledes befolkningen skulle unngå å bli smittet. At geistligheten på denne måten også fungerte som leger, var angivelig en tradisjon som var bibeholdt fra den katolske perioden, da prestene var de eneste som kunne gi befolkningen legehjelp. Med sin faglige bakgrunn kunne prestene bistå befolkningen både i deres legemlige og deres sjelelige skrøpeligheter. Disse prestene ble omtalt som presteleger.

Først i 1803 ble de autoriserte legene pålagt å ta hånd om de syke i stedet for prestene. Og fra nå av skulle legene innrapportere medisinalforhold til de sentrale myndigheter.

En typisk representant for de teologiske studenter som interesserte seg for medisin var Erik Gerhard Schytte, født på Vega i 1728 og død i 1808, (i enkelte referanser er fødselsåret oppgitt å være 1729). Han var sønn av sogneprest

Arnoldus Schytte og hustru Lucie, født Bonsach. 16 år gammel avla han examen philosophicum med innstilling ved Universitetet i København. Han skulle studere teologi, men kastet seg med stor iver over det medisinske studium. Han ble oppmuntret til dette av sin husvert professor dr. med. Georg Detharding. Etter dennes død i 1747, ble Schytte huslærer i Slesvig, men fortsatte å følge forelesninger i medisin som ble gitt av en professor i Altona. Under et par års tid som huslærer i Bergen i begynnelsen av 1750-årene vikarierte han som stadslege i byen i perioder med ledighet.

Misjonær

Etter et par år i Bergen reiste han hjem og studerte teologi hos sin far. Han tok teologisk eksamen i København 1754, ble året etter vigslet som prest i Tromsø og ble av Finnemisjonen ansatt som misjonær i Karlsøy, Lyngen og Ulsfjord misjonærdistrikt, med bopel i Lyngen. Kristendomsarbeidet eller misjonsvirksomheten blant samene ble

organisert fra 1715. De teologiske kandidater, som ble kalt misjonærer, var ansatt en tid mens de ventet på å få et fast presteembete. De hadde et særlig ansvar for samenes kristning. Misjonærene måtte derfor lære seg samisk for å kunne kommunisere med den samiske befolkningen. Schytte lærte seg samisk, da det er opplysninger om at han oversatte Erik Pontoppidans katekismeforklaring til samisk (men den ble aldri trykt).

Vaksinasjon mot kopper

Etter oppholdet i Lyngen var han i 14 år ansatt som sokneprest i Buksnes i Lofoten. Det fremgår at han i denne tiden virket både som prest og som lege, og han fikk stor søkning av syke. En gang i tiden 1762–1771 gjennomførte han under en heftig koppepidemi en omfattende inokulasjon (vaksinasjon) i befolkningen – en poding med de ekte kopper. Det var høyst sannsynlig første gang dette skjedde i Nord-Norge. I Finnmark ble inokulasjon på et senere tidspunkt utført av distriktskirurg Andreas Vincent Stoltenberg og av en omreisende inokulator Kneese, som var

I 1796 fikk Nord-Norge sitt første sykehus. Det lå i Bodø på et sted som har fått navnet Doktorhaugen. Bygningen bestod av to etasjer og kvist. Tegningen viser sykehuset i 1805, sannsynligvis tegnet av Sara Winther, født Schytte, datter av sogneprest Erik Gerhard Schytte.

uten noen formell medisinsk utdanning Schytte ble tidlig medlem av Det Trondhiemske Selskab som ble opprettet i 1760 (Senere omdøpt til Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab).

Ved ledighet i sokneprestembete i Bodø var Schytte flere ganger blitt anmodet om å søke. Til slutt gjorde han det og ble utnevnt til sokneprest i Bodø i 1776. Han flyttet da inn i en stor prestebolig som var bygd av hans forgjenger. Schytte lot innrede flere rom som sykeværelser hvor pleietrengende fikk pleie og medisiner Det synes særlig å ha dreid seg om kronisk syke med lepra (spedalskhet) og radesyke (syfilis). Schyttes hustru hjalp til med pleien av de syke. Dersom det ikke var plass i presteboligen til alle som hadde behov for det, leiet Schytte for egen kostnad rom for syke i nærliggende gårder. Som i Buksnes tok Schytte ikke betaling for sin legevirksomhet, bare for medisinene dersom pasientene hadde råd til det. Medisinene tilberedte Schytte selv.

I 1782 fikk han av regjeringen i København ærestittelen «Professor Theologicæ Extraordinarius». Hans ry som lege medførte at han i vitenskapelige kretser i København ble omtalt som «Dioceseos Nordlandiae Aesculapius»; (den nordlandske kirkeprovins's Æskulap).

Planlegger av sykehus og helsevesen

Embetsmenn i Nordland og Schytte så klart at det var behov for et sykehus i Nordland og at det ble ansatt en utdannet lege i fylket med tilknytning til sykehuset. De foreslo dette overfor myndighetene i København. I denne forbindelse pekte amtmanden i Nordland på at man hadde en kapasitet på legegjerningsens område i professor Schytte og at etableringen av et helsevesen nordpå ville skje i samarbeid med ham .



Den første utdannede lege, som i 1790 ble ansatt som distriktskirurg, var Georg Jessen. Han var dansk av fødsel og hadde medisinsk utdanning fra Universitetet i København. Han skulle bosette seg i Sandnessjøen og etablere et sykehus der. Av forskjellige årsaker ble han bare værende i to år. I 1795 ble han etterfulgt av Johan Friederich Winther som distriktskirurg. Winther var tysk

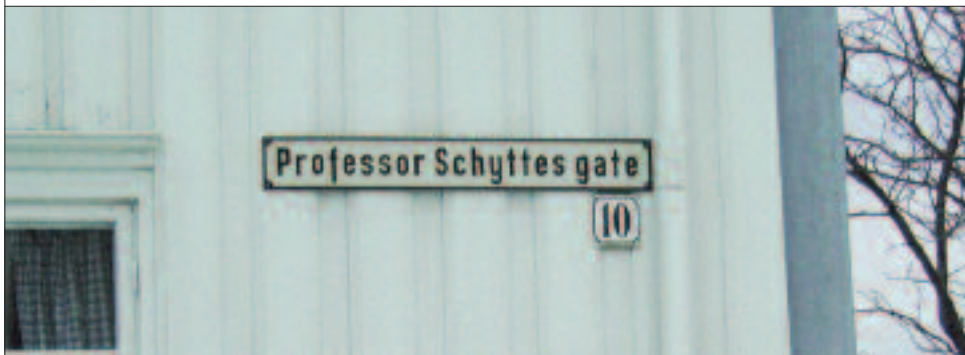
av fødsel og hadde avlagt eksamen ved Det Kirurgiske Akademi i København. Han var da den eneste med legeeksamen i Nordland og skulle også være ansvarlig lege ved sykehuset som ble ferdig i 1796. Schytte arbeidet for å få sykehuset plassert i Bodø.

En av årsakene til at de sentrale myndighetene reagerte så raskt og

positivt på forslagene om sykehus og lege, skyldtes nok at Schytte og hans medarbeidere også fremmet et forslag om finansiering av et helsevesen i Nordland. Det skulle betales en avgift på eksport av fisk og fiskeprodukter fra Nordland, som ble kalt Det Nordlandske Medicinalfond. Midlene skulle bl.a. brukes til lønn av distriktskirurgen og til bygging, utrustning og drift av det nye sykehuset. Distriktskirurgen skulle samarbeide med Schytte når det gjaldt å bestemme medisinalvet og pleien på sykehuset. Distriktskirurgen skulle også etter avtale med Schytte årlig undervise 4–6 jordmødre. I tilknytning til sykehuset ble det også etablert et apotek. Men apotekeren forlot Bodø etter kort tid og Schytte overtok driften av apoteket. Han ble flere ganger anmodet om å søke en planlagt nyopprettet stilling som biskop i Nord-Norge, men følte angivelig at dette ble for anstrengende. Han svarte på latin at han ikke så seg verdig. Ellers var hans interesser mange. I Lyngen og i Buksnes samlet og beskrev han mineraler, planter og insekter. I Buksnes foretok han en registrering av «Nogle faa rare Ord, etter den Dialect, som i Lofoten

Øverst: Bodø by har æret professor Erik Schytte med et eget gatenavn.

Nederst: Bildet er tatt mellom 1894 og 1897 og viser Bodin kirke og prestegården. I prestegården lot Erik Gerhard Schytte innrede flere rom hvor pleietrengende fikk pleie og medisin. Sykehuset som sto ferdig i 1796 lå på jordet i nederste høyre billedfelt.



Fogderi i Nordlandene er brugelig». Fra oppholdet i Lyngen beskriver han hvorledes han «inciderte en dyp abscess» (skar hull på en dyp svull) på overarmen til en pasient. Han forsøkte å forbedre skolevesenet, og mens han var i Bodø søkte han om å få benytte overskudd fra Medicinalfondet til lønn for lærerne. Men her lyktes han ikke. Hans arbeid for å få et orgel til Bodin kirke medførte at denne kirke ble den første i Nord-Norge som fikk et kirkeorgel.

Erik Georg Schytte døde i Bodø 1808, 80 år gammel. Han er sannsynligvis gravlagt på kirkegården ved Bodin kirke, men gravstedets plassering er ukjent. Det eksisterer intet maleri eller tegning av Schytte, men Bodø kommune har æret ham ved at en sentral gate i byen har fått navnet «Professor Schyttes gate».

Lege og prest

Schytte hadde teologisk embets-eksamen, men hadde også studert medisin over et tidsrom på flere år, han hadde praktisert medisin og han hadde fulgt med i medisinenes utvikling. Han hadde gjort en stor innsats for organiseringen av et helsevesen i Nord-Norge, og han var en pioner når det gjaldt inokulasjon mot kopper. Sammenliknet med den medisinske bakgrunnen til de få som praktiserte som leger i Nord-Norge på samme tid, hadde Schytte en medisinsk bakgrunn som ikke stod tilbake for de fleste av disse. Det dreide seg om kirurgisk utdannede garnisonskirurger og

garnisonsfeldtskjærere på Vardøhus festning. Deres legevirkosomhet omfattet bare personer med tilknytning til den lille festningen. Et spesielt unntak var legen Ambrosius Rhodius som i fire år (1662–1666) sammen med sin kone var forvist til Vardøhus festning. Det fremgår ikke om Rhodius drev noen legevirkosomhet i denne tiden.

Det fremkommer ikke noe negativt om Schyttes virksomhet som prest, tvert imot, men den overveldende positive omtale som lege stiller presten i skygge. I forbindelse med diskusjonen om sykehusets plassering, argumenterte fylkesmannen med at dersom sykehuset ble plassert ved Bodø, ville det kunne få tilsyn av professor Schytte, og han omtaler en del av Schyttes kvaliteter som lege: «nøyaktig Kjennskap til Nordlands forskjellige Egne, forskjellige Klimat, Indbyggernes Constitusion,

Levemaade, Diæt, Næringsbrug m.v. og Medikamentemes Virkning på dem».

Det har vært diskutert om professor-tittelen var gitt for hans teologiske eller for hans medisinske innsats. De fleste mener nok at det var en påskjønnelse for hans medisinske innsats. I 1916 ble det publisert et meget personlig brev som Schytte i 1771 skrev til sin teologiske kollega, prosten i Bodø. Her skriver han bl. a. (med skrivemåte sitert fra publikasjonen) at det for presten var vel kjent «at jeg ganske uskyldigen kom til at blive præst» og at han hadde store vanskeligheter med å oppfylle de geistelige plikter som var pålagt ham. «Lægekunsten er endnu min delice». «Den fornøielse at kunne redde nogles liv og helbred koster meg 100 rdlr. aarligen». «Bøger og correspondanse, som jeg nødvendigen maa holde for at have communication av det som

Erik Gerhard Schytte

Erik Gerhard Schytte ble født på Vega. Han begynte å studere teologi i København. I likhet med flere andre teologiske studenter var han meget interessert i medisin og fulgte forelesninger i dette faget. En av årsakene til denne interessen var at prestene i landdistrikter var pålagt å tilse og å behandle syke. Schytte fulgte forelesninger i medisin i København og senere i Altona. Under et opphold som huslærer i Bergen vikarierte han flere ganger som stadslege i byen. Han avla teologisk embets-eksamen i 1754 ved Universitet i

København og hadde senere stilling som prest flere steder i Nord-Norge. Ved siden av sin virksomhet som prest fungerte han som lege og oppnådde et stort renommé på dette området. Under en koppeepidemi utførte han som en av de første i Norge inokulasjon av befolkningen mot kopper. Han var en av initiativtakerne for å få tilsatt en utdannet lege i Nordland og til å få reist nordnorges første sykehus og apotek. Regjeringen i København gav ham ærestittelen professor og i lærde kretser ble han omtalt som Nordlands Æskulap.

oppdages i lægekunsten, koste meg anseeligen». «Mine omstændigheder ere nu saa vidt at de kan kaldes maadelige. Ikke desto mindre er jeg, som en meget maadelig præst, vel belønnet, thi jeg har levebrød».

Legenes forløper

Det har vært hevdet at Schytte var den første lege i Nord-Norge. Da han begynte sin virksomhet som lege og prest i Lyngen i 1756 var det bare noen ganske få i Nord-Norge som kunne sies å ha medisinsk bakgrunn. Det dreide seg i Schyttes tid om et fåtall garnisonsfeldtskjærere eller garnisonskirurger på Vardøhus festning. I tiden fra 1756 til 1775, var Schytte den eneste praktiserende sivile lege i Nord-Norge. Hans ry som lege medførte at han ble ansett som den mest markerte og fineste representanten for prestelegene i Norden. Det kan selvsagt diskuteres om Schytte var Nord-Norges første lege. Men det kan neppe være tvil om at hans kunnskaper og innsats på medisinske område gjør det berettiget til å oppfatte ham som distriktskirurgenes og de senere distriktlegeres forløper i Nord-Norge. 1

Litteratur:

Forsdahl A., 2001: Erik Gerhard Schytte: Dioceseos Nordlandiae Aesculapius, *Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 15*.

Hansen H., 1978: Nordlandenes Aeskulap. Professor Erik Gerhard Schytte. *Rune Forlag*.

Steen A., 1954: Samenes kristning og Finnemisjonen til 1888. *Land og Kirke*.

Tromsø Stift Aarbok 1916. *Lutherstiftelsens Boghandel; 1916*.

Wessel AB., 1929: Vakinationsvæsenets utvikling i Finnmark Fylke. *Tidsskrift Norsk Lægeforening; 49: 21–36*.

Forfatteren:

Anders Forsdahl, tidligere distriktslege i Tana og Sør-Varanger, senere professor i allmenmedisin ved Universitetet i Tromsø. Professor emeritus fra 2001.
E-post: anders.forsdahl@ism.uit.no

Adresse: Det Medisinske Fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.

Tuberkulose – den store masseorderen

Dag skogheim

Menneskelevninger fra tusener av år tilbake forteller om tuberkuløse sykdommer. Menneskene sto fullstendig hjelpeløse overfor tuberkulose helt til siste halvdel av 1800-tallet da bakteriologien la grunnlaget for håp og rådbot. Ingen visste noe om årsaken til sykdommen før den tyske legen Robert Koch i 1882 påviste basillen i sitt mikroskop.

I første halvdel av 1900-tallet regnet en med at hele befolkningen var smittet av tuberkulose før fylte 50 år. Problemet var veldig. Av de tusener som døde hvert år var de aller fleste i sin beste alder, mellom 15 og 40 år. Hvorfor det var slik kom en aldri helt til bunns i. Praktisk talt hver eneste familie ble rammet av sykdommen. Helt opp til 1940-årene kunne en med god grunn si at tuberkulose var den alvorligste folkesykdom.

Så kom de nye tuberkulosemedisinene. I løpet av 1950-årene var det klart at en hadde sykdommen under kontroll og kunne helbrede de fleste tuberkuløse. Resultatet var at sykdommen ble neglisjert. Ved inngangen til 2000 er plutselig situasjonen blitt slik at flere mennesker dør av tuberkulose enn noen gang tidligere i menneskenes historie. Hva har skjedd? Er det ikke på tide at en begynner å samle restene av erfaringene som ble gjort mens sykdommen hadde

folkesykdommens karakter? Det kan nok bli en møysommelig oppgave, men er helt nødvendig dersom et svar skal finnes.

Symptomer og angst

Så langt tilbake en finner skriftlige kilder, har tuberkulose herjet blant menneskene, i lunger, i knokler, i kroppens alle organer. Legen Aretaios fra Kappadokia beskrev sykdommen i detalj ca. år 200 e.kr.

Oppspyttet er mangeartet, fingrene er tynne, leddene noe fortykket og knokene trer sterkt frem fordi bløtdelene er tæret vekk. Neglene på fingre og tær er krummet, underlivet rynket og flatt.

**Husk hva du har lært!
Vis hostekultur!**

Nesen er spiss, tynn mens kinnbenene er fremstående med hektiskrode kinn, dyptliggende øyne med glinsende blek eller blygrå hudfarve. De slappe kinnene legger seg om tennene liksom en leende og gir ansiktet et utseende som et lik. Kroppen er mager og avpillet, ribbenene kan en ikke bare telle, men en ser tydelig heftingen til brystbenet. Leddene trer tydelig frem både på knær, hofter og armer mens skulderbladene rager frem som fuglevinger.

Dette er en helt presis beskrivelse av en tuberkuløs i siste stadium av sykdommen. Gjennom mine elleve års sammenhengende tuberkulose 1943–1954 så jeg venner dø under den sørgelige prosessen nøyaktig slik Aretaios beskrev den. Akkurat slik har massen av mennesker gjennom

Det var særlig hostespruten som spredde smitten. Et oppslag fra mellomkrigstida.



Foto: Dag Skogheim

uendelige tider sett sine nærmeste dø. Erfaringene og minnene de satt tilbake med må ha nedfelt seg som håpløshet, noe uavvendelig, noe det ikke fantes rådbot mot. *Tæring* var det folkelige navnet på sykdommen, *tæring!* Det er så presist at det skjærer i en gammel tæringspasient når en hører det. Vi – de tuberkuløse – unngikk det, vi snakket helst om «*Tub*» – «*Tub'n*». Tæringsprosessen var så langvarig, så håpløs inntil døden at angsten for den tidlig må ha nedfelt seg som tabu. Til den tæringspsykes hus kom ikke mange. Helt opp til vår egen tid hendte det at barn fra hjem med en tuberkuløs opplevde at venner plutselig ikke ville leke med dem. I et angstridd samfunn får angsten mange uttrykk.

Hvor var rådbot å hente?

Oldtidens leger visste at feber, hoste, mye oppspytt og til sist hentæring og død var de ytre uttrykk for phtisis, tuberkulose, tæring. De visste at klimatiske og meteorologiske faktorer kunne virke direkte inn på organismen. De hadde erfart at lungesyke kunne ha det bedre om de søkte steder der klimaet

Øverst: Vensmoen sanatorium ble et begrep og var kjent over hele Nord-Norge. Det ble bygget av staten i 1916 og hovedbygningen var i sin tid Norges lengste trebygning.

Neders: Fra Vensmoen sanatorium ca. 1918. Arbeidskur for kvinner.

Foto: Fotoarkivet Saltdal kommune



var stabilt, kosten allsidig og naturforholdene innbydende. Hadde den syke økonomisk evne til det rådet leger gjerne til sydenreiser, – navnlig Italia, Egypt, den franske middelhavskyst, Mallorca eller Kreta. Det var alltid bare bemidlede folk som kunne følge legens anvisning om en sydenreise. Massen av folk ble syk og døde i sine hjem. Enkelte leger prøvde med medisiner som nok hjalp i noen sykdomstilfeller, men som like gjerne kunne gjøre vondt verre når det gjaldt tuberkulose. Sjarlataner tilbød kvikksølv – eller arsenikk kurer, iakttok nøye himmellegemenes gang, brukte astrologi som retningsgiver for behandlingen, blandet urter under besvergelses og mente det ville ha gagnlig virkning. I billedkunstneriske sammenhenger gjennom tidene ser en at sykdom ble forklart som onde ånder eller som straff for synd. Kirken tok gjennom tidene gjerne hånd også om legepraksisen. Men så lenge ingen visste noe om årsaken til tæring kunne heller ikke hjelp bli gitt. Tanken om arvelighet må ha dukket opp tidlig.

At sykdommen også på noe vis var smittefarlig var ganske åpenbar for mange. På 1500-tallet hevdet en lege i Italia at phtisis (tub.) smittet akkurat som lepra, syfilis, skabb og pest.

Øverst: Tromsø tuberkulosehjem, innviet 26. juli 1914.

Neders: Kysthospitalet i Tromsø ble innviet i 1924 Kysthospitalet ble i utgangspunktet bygget for pasienter med kirurgiske former for tuberkulose.

I Firenze ble i året 1753 utstedt en rekke hygieniske forskrifter mot tæring. Det ble blant annet påbudt anmeldelsesplikt

for sengeliggende tæringsyke og gitt regler for rensing av tøy og boliger etter dødsfall. En prøvde å isolere syk-



dommen ved å brenne alt en tæringssyk hadde brukt. Men sykdommen herjet ikke mindre av den grunn. Helt til siste halvdel av 1800-tallet hevdet fremstående leger at phtisis var uhelbredelig!

Dr. Brehmer og Gørbersdorf sanatorium

I novellen *Tre som dør* skriver Lev Tolstoj om en russisk dame av overklassen underveis til syden. Det er høst, tåke, gråkaldt, hun sitter i sin vogn der kammerpiken forteller om alt hun ser. Den russiske damen er synlig og hørlig



tuberkuløs, blek, hoster, bærer i all sin gjøren og laden alle tegn på håpløshet. Syk som hun er er det bare håpet om helbred i syden som gjør at hun har tatt ut på den uendelig lange reisen. Mannen hennes sitter sammen med legen i en vogn foran. Det er bare de fire. To vogner og hester som trekker. Landskap og værslag er forstemmende konturløse, alt er stemt i moll. Legen sammen med fruens mann sier omsvøppløst at hele denne reisen er totalt meningsløs, for ingen kan jo leve uten lunger. Dessuten vet han sikkert at tæringen herjer med menneskene hva enten de er i middelhavssegnene eller under polare forhold i Høga Nord. Den situasjon Lev Tolstoj viser til er ganske sikkert en situasjon han har kjent godt, for slik må det ha vært rundt midten av 1800-tallet da de fremste leger fremdeles erklærte at phtisis var en uhelbredelig sykdom. Men nettopp da, i 1854, hendte at en ukjent tysk landsens lege, Dr. Herrmann Brehmer, åpnet et sanatorium i Riesengebirge, i daværende Tyskland og påsto freidig at tuberkulose var helbredelig dersom den syke kom til behandling på hans sanatorium i en tidlig fase av sykdommen. Dr. Brehmer tok på sitt sanatorium utelukkende imot lunge-tuberkulose og kalte Gørbersdorf sanatorium et «Lukket» sanatorium. I Europa var det i 1850-årene mange senatorer og kurssteder som tilbød

Nord-Norge var antagelig et av de områdene i Europa som var hardest rammet av tuberkulose. Trangboddhet var en av årsakene til at smitten spredde seg så fort. Her fra en rorbu i Lofoten.



I 1854 ble Gorbardsdorf åpnet som det første sanatorium. Grunnleggeren, den tyske legen Hermann Brehmer påsto også for første gang at tuberkulose kunne helbredes. Gorbardsdorf ble et forbilde for andre sanatorier verden over.

behandling av alle sykdommer. Dr. Brehmer konsentrerte sin terapi og sine erfaringer kun om tuberkulose. Medisinske autoriteter kalte Dr. Brehmer sjarlatan og ignorant. Han ble motarbeidet, hengt ut som kvakksalver og sjarlatan. Om dette skrev han : *«Jeg ble hånet. Det ble sagt at jeg måtte være i et galehus da årsakene til lungetæringen var ukjente selv for universitetsprofessorene.»*

På Gorbardsdorf sanatorium la Dr. Brehmer til grunn for sin terapi den hygienisk-dietetiske behandling kombinert med vel avpassede spaserturer og kalde/varme bad. Etter få år fikk sanatoriet hans et så solid og godt renommé at folk fra hele hele Europa og Russland søkte dit. Tallrike artikler skrevet av leger som fra Norden reiste til Gorbardsdorf for å se og lære, forteller om

den suksess Dr. Brehmer (1826–1889) faktisk høstet før sin død. Med den hygienisk-dietetiske behandling på Gorbardsdorf la Dr. Brehmer det grunnlag som skulle bli selve fundamentet for sanatoriebehandling overalt. En av hans assistentleger, Dr Peter Dettweiler, utviklet den hygienisk-dietetiske terapi enda mer på sitt sanatorium

Falkenstein sanatorium i Taunus, Tyskland, i 1870-årene. På Falkenstein var det Dr. Dettweiler gjennomførte det vi kjenner som det strenge kurregimet i åpne kurhaller. Fra da av var de «Lukkede» sanatorier anerkjent som de beste kurssteder for tuberkulose. Det var i 1870- og 1880-årene at byggingen av de store, monumentale «Lukkede» sanatorier virkelig skjøt fart. Navnlig ble Davos i Sveits allerede i 1880-årene kjent for sitt klientell av rikfolk, kunstnere, forfattere, politikere, artister og revolusjonære, et samlingssted for all verdens tuberkulose som kunne betale for seg på de «Lukkede» sanatoriene i alpelandet. Rundt om i hele Europa og i Norden står frem-

I 1947 startet Staten med systematisk BCG-vaksinering mot tuberkulose-smitte. Bildet er fra 1956.

deles mange av disse monumentalbygningene, arkitektonisk spennende, symbolsk sett enestående eksempler på 1800- og 1900-tallets sosiale struktur, mestringens iver og krav demonstrativt i byggverkernes tårn og spir mot himmelen!

Mycobacterium tuberculosis, en liten stavformet skapning

I uendelige tider hadde den ført sorg, elendighet og håpløshet over menneskene. Den lignet ikke pestene, for de kom som steppebranner, sopte med seg veldige menneskemasser før de forsvant igjen. Men etter pestene var der alltid en stille, grå massemoder tilbake,



tæringen. Ingen kunne verge seg mot den, ingen kunne flykte fra den, ingen hadde rådbot mot den. Men fra midten av 1800-tallet fikk den moderne bakteriologi en flyng start. Den naturvitenskapelig baserte medisin ga i løpet av få ti-år epokegjørende resultater som kunne bringe under kontroll de aller mest fryktede sykdommer. I 1882 påviste den tyske lege Robert Koch tuberkelbasillen i sitt mikroskop, *mycobacterium tuberculosis*.

Det er en av de aller viktigste påvisninger noensinne. Endelig kunne en identifisere denne nesten mysteriøse sykdommen. Dermed ble det også mulig statistisk å påvise omfanget, det frykte-

lige omfanget sykdommen *egentlig* hadde i samfunnene, massen av døde, summen av sorg og tårer. Ut av de uhyggelige tallene reiste seg som reaksjoner rundt om i landene folkebevegelser med krav om offentlige tiltak for å bekjempe tuberkulosen.

Et krav ble umiddelbart reist, at *alle tuberkuløse* burde få del i den behandling et sanatorium kunne gi med et kurregime som det en fant eksempelvis på Görbersdorf og Falkenstein senatorer i Tyskland som i denne tiden og under denne prosessen var foregangslandet.

Med opplysning og lovverk til kamp mot tuberkulosen

I vårt land var vi fullt på høyde med de øvrige nordiske land når det gjaldt å være ajour medisinsk og sosialt. Det aller første sanatorium ble reist i Sverige, i Jämtland, Mørsil, 1891, men allerede tre år senere ble det første norske sanatorium, Gjøsegården sanatorium ved Kongsvinger, tatt bruk. Både Mørsil og Gjøsegården senatorer var privatsanatorier. De ble bygget og tatt i bruk fordi omkostningene ved å legge seg inn på privatsanatoriene i Tyskland eller Sveits var så store. I Danmark ble det første privatsanatorium, Vejlefyord sanatorium på Jylland, tatt i bruk 1899. I alle nordiske land økte den sosiale bevisstheten sterkt i denne tiden, en tid med radikal sosial retorikk som i stor grad tok i bruk de vitenskapelig begrunnede kunnskaper om årsakene til sykdom og nød, smitteveier og urimelige klasseforskjeller. Snart ble det et folkekrav at det offentlige skulle reise folkesanatorier der ubemidlede og folk flest kunne få en mulighet til å gjenvinne liv og helse. Forutsetningen for dette ga *Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme* (tuberkuloseloven) som ble vedtatt av Stortinget i år 1900. Men allerede i 1898

Pirquet eller tuberkulinprøving var også et effektivt middel for å oppdage smitte.



Foto: Scambix

ble det første folkesanatorium – Reknes sanatorium ved Molde tatt i bruk. Det første offentlig bygde folkesanatorium – Lyster sanatorium i Sogn sto ferdig i 1902.

Kamp og konsekvenser

Robert Koch og påvisningen av tuberkelbasillen i 1882 var starten til det største sosiale og medisinske eksperiment noensinne. I alle land i Europa finner en med noen modifikasjoner samme utvikling. Den medisinske vitenskap fikk kolossale oppgaver og utfordringer. Hva er smitteveiene? Hvordan hindre smitte? Hvilke aldersgrupper er mest utsatt? Hvordan virker de hygieniske forhold inn på utbredelsen av sykdommen? Hva kan gjøres for å gi massen av syke mennesker mulighet til å gjenvinne helse på en tuberkuloseinstitusjon? Etter 1890 skapes de store, folkelige organisasjonene, i første rekke gjelder det Norske Kvinners Sanitetsforening, Røde Kors, Den Norske Nationalforening Mot Tuberkulosen. De ble viktige banebrytere for sosial velferd og oppnådde veldig mye i løpet av ganske kort tid. For det første satte de energisk i gang allmenn opplysningsvirksomhet, ga ut titusener av småskrifter, sendte ut reisende foredragsholdere, arrangerte landsomfattende innsamlingsaksjoner. Men først og fremst la de et sterkt og permanent press på politikere og det offentlige apparat med krav om at det måtte bygges tuberkuloseinstitusjoner og

ordnes hjelp til utdeling av mat og klær for tuberkulosetruede familier. Rundt år 1900 døde hvert år mellom 6000–7000 mennesker i landet. De aller fleste var mellom 15 og 40. Det var en enorm tapning av befolkningen ikke bare målt i dødsstyre, men også i den kalkulerbare, økonomiske sammenheng.

De statistiske kjensgjerninger med hensyn til tuberkulosen og all den sorg og elendighet den førte med seg skapte også en angstridd befolkning som alt for ofte gjennom holdning og uforstand kom til å ramme hardt og nådeløst både syke og nærstående. En skal ikke lete lenge i aviser trykket mellom 1890 og 1950 for å finne tallrike eksempler på direkte uthenging og forfølgelse. Det er liten trøst i at en i andre land også finner de samme fenomener.

Tuberkuloseinstitusjonene

Byggingen av tuberkuloseinstitusjoner er de synlige uttrykk for det krafttak land og folk sto bak gjennom de første 50 år etter 1900. Fra første stund ble det gjennomført en medisinsk todeling. Bare syke som det medisinsk sett var mulig å behandle ville få plass på sanatorium. De andre kunne så sant det var mulig innlegges i tuberkulosehjem (pleiehjem). De få privatsanatoriene hadde sitt eget klientell som betalte for seg eller fikk delvis støtte fra forskjellige fond. Staten sto bak reisingen av fem senatorer, blant annet Vensmoen sanatorium i Salten, Nordland, bygget i 1916.

Kysthospitalene ble i utgangspunktet bygget for pasienter med kirurgiske former for tuberkulose. For Nord-Norge var det kysthospital i Tromsø og i Vadsø. De store senatorene både på kontinentet og i Norden er arkitektoniske praktbygninger. Vensmoen, Norges og Nordens nordligst liggende sanatorium ble bygget etter tegning av arkitekten Hagbarth Martin Schytte-Berg født 1860 i Buksnes, Lofoten. Han hadde studert i Tyskland og har ganske sikkert kjent til både Gørbersdorf og Falkestein og alle de andre senatorene som ble bygget i den tid han studerte i Tyskland.

Vensmoen sanatorium er en blanding av barokk – med innslag av nyklassisisme og jugendstil. Det var i sin tid Nordens lengste trebygning. Med kurhallene på hver side ga det en imponerende fasade. Alle senatorer var bygget med integrerende parkanlegg der småveier og stier slynget seg mellom trær og busker. Vensmoen sanatorium er et enestående eksempel på samspillet medisin, arkitektur, gartner- og håndverkyrkene. Sanatoriet var tenkt å være behandlingssted for pasienter fra de tre nordligste fylkene med sine fem nasjoners folk, samer, nordmenn, kvæner, russisk- og svenskættede. Da jeg ble lagt inn på sanatoriet vinteren 1946 var alle disse fem nasjoners folk representert på avdelingene. Det var tre kvart år etter krigens slutt med et Nord-Norge fullstendig nedslitt, ødelagt og fullt av tuberkulose! Jeg ble lagt inn på et 6-mannsrom. Der hørte jeg for første gang kvænsk. I naborommet lå to samer og en svensk gruvearbeider som hadde

vært i Norge siden 1907, en aldrende anleggsbus fra Spitsbergen, Sydvaranger og Rana. På kvinnesiden var iallfall to samiske kvinner. Ingen av dem forsto norsk og begge var svært syke. Jeg tror de døde på Vensmoen begge to. På kvinnesiden var også en russisktalende dame, som snakket gebrokkent norsk og besøkte av og til en av pasientene på mitt rom. Han var halvt russisk, halvt norsk. Det jeg vil frem til er at i nordnorsk sammenheng er Vensmoen sanatorium mye mer enn et monumentalbygg! Det representerer den medisinske vitenskap slik den ble utviklet fra Gørbersdorf og til siste tuberkulosepasient i Norge ble utskrevet rundt 1960. Det er det ene. Det andre er *Det flernasjonale aspektet ved dette sanatoriet*. Fra 1916 hadde sanatoriet pasienter fra det flernasjonale Nord-Norge! Jeg så dem, jeg snakket med dem i 1946 da jeg var pasient der, og slik

hadde det vært gjennom alle år fra 1916. I dette ligger noe meget vesentlig, det flerkulturelle og flerspråklige nemlig, så spennende, så utfordrende! Jeg husker godt kvænen på vår avdeling, han som ikke forsto norsk. Jeg ser ennå for meg de to samiske kvinnene i den store, hvitmalte ventehallen der de satt med feberkurvene foran seg på knærne, uten et ord. De var lagt inn på en stor norsk institusjon, i et firkantet rom med syke mennesker, et sted der de ikke hadde språk. Kan noen forestille seg det? Det er ingen grunn til å tro at noen av sykepleierskene eller legene kunne samisk, kvænsk eller russisk.

Da Vensmoen sanatorium i løpet av 1990-årene bokstavelig talt begynte å falle fra hverandre på grunn av mangel på vedlikehold, prøvde jeg å kjempe for en bevaring ut ifra mine forutsetninger. Det var som å snakke og skrive til en

ullhaug. Fremdeles begriper jeg ikke at der i hele Nord-Norge ikke syntes å finnes en eneste en som med autoritet ville og kunne løfte en finger

I 1947 bestemte Stortinget at alle voksne skulle skjermbildefotografes for å oppdage smitte. Skjermbildefotograferingen skulle nå alle. Her et oppslag inne på Finnmarksvidda fra 1964.

for å sikre landsdelen dette særegne monumentet over egen nærhistorie, dette storslagne og viktige monument over landsdelens fem nasjoners folk, syke mennesker og samtidig eksempler på nomadiserende folk, på svensk gruvebus, kvænsk fisker med ætt fra det fjerne Salla, en russisk-ættet kafévertinne fra Øst-Finnmark, – å, jeg kunne fortsette med eksempler. Så skjedde at Riksantikvaren kom til og reddet Vensmoen! Men det skal ikke glemmes at det ikke var landsdelens egne folk som gjorde det! Kanskje er det ikke rimelig å trekke dette inn i en sammenheng ettersom det er rikets 400-årige helse- og legevesen som skal markeres, men jeg mener det hører sammen, for det har med forpliktende yrkesfølelse og yrkesplikt å gjøre.

I denne sammenhengen hører selvsagt også de små og middelstore tuberkuloseinstitusjonene med, de som oftest ble kalt *tuberkulosehjem/pleiehjem*. Rundt om i hele landet ble det fra århundreskiftet bygget mange. Tallet varierer noe, men det skal på det meste ha vært rundt 130 av dem. Noen hadde et belegg på 10–12 pasienter, andre kunne ha fra 40 til 60.

Hvert eneste ett av disse tuberkulosehjemmene bærer en sterk og dyster historie. Det er på tide at hvert enkelt får sin historie ordentlig behandlet. Jeg mener her ligger og venter mange hovedfagsoppgaver og jeg trenger bare å vise til tuberkuloseinstitusjonene i Finnmark og Nord-Troms under og etter tvangsevakueringen for å peke på det voldsomt dramatiske og tragiske i



tuberkulosens veldige historie. Restenes rest av de tuberkuløse fra Talvik og Honningsvåg tuberkuloseinstitusjoner møtte jeg på Grefsen folkesanatorium i Oslo og andre steder etter krigen. Til sammen bar de med seg en historie så hjerteskjærende at den fremdeles står og dirrer i min erindring. Jeg samlet den historien gjennom mange år, bit for bit bokstavelig talt. I 1994 hadde jeg et tilstrekkelig stort materiale til å kunne skrive det ut og slik ble den til, *denne* del av tuberkulosens historie i vårt land. (*Med slukte lanterner. Utgitt ved Gjenreisningsmuseet, Hammerfest 1998*).

Historien om tuberkulose og nye utfordringer

De nye, virksomme tuberkulosemedisinene, P.A.S. og streptomycin ble uteksperimentert under krigen. Fra slutten av 1940-årene begynte en å utprøve dem på noen senatorer. På Grefsen folkesanatorium i Oslo, der jeg var pasient lenge, ble de første streptomycinsprøytene satt vinteren 1948.

Samtidig ble streptomycin og P.A.S. også utprøvd ved andre statssanatorier. Virkningen var i de fleste tilfellene mirakuløs. I løpet av få år ble det klart at menneskeheten hadde fått hjelpemidler som for det første ville gjøre det mulig å *kontrollere* sykdommen, for det andre å utrydde den. I løpet av 1950-årene ble de fleste store og små tuber-

kuloseinstitusjoner nedlagt og i løpet av 1960-tallet var alle nedlagt. Men, tilbake sto noen titusener tidligere tuberkulosepasienter som ikke lenger hadde sin egen lege å gå til når det ble svært tungt å puste, når en trengte råd eller hjelp av forskjellig slags. For oss gamle *tubister* har det ikke vært så enkelt å leve med gamle blåselunger, toracoplastikker, tungpustethet og smerter som skyldes senvirkninger etter operasjonene. I det hele tatt: Tuberkulosens historie har et kolossalt potensiale nærsagt i alle sammenhenger. Når tæringen nå igjen synes å komme mer og mer truende tilbake, burde det sannelig være på tide å samle *restene* etter denne veldige historien. 1

Litteratur:

Bolstad, Øivind, 1947: Den røde begonia. *Gyldendal*.

Ellis, A.E., 1959: Pinebenken. *Gyldendal*.

Hamsun, Knut, 1923: Siste Kapittel. *Gyldendal*.

Skogheim, Dag, 1988: Tæring. *Tiden Norsk Forlag*.

Skogheim, Dag, 2001: Sanatorieliv. *Tiden Norsk Forlag*.

Puranen, Bi og Zetterholm, Tore, 1987: Førelskad i livet. En bok om tuberkulosens historia. *Førlags AVB Wiken*.

Tsjekov, Anton, 1983: Den sorte munk (novelle). *Vindrose*.

Forfatteren:

Dag Skogheim. I perioden 1943–1954 hadde han dobbelsidig lungetuberkulose med lange sanatorieopphold. Senere lærer i real- og ungdomsskole. Debuterte litterært i 1970 og har senere i en rekke arbeider skrevet om tuberkulosens kulturhistorie.
E-post: dagskogheim@sensewave.com

Adresse: Fagerstrandv. 4,
7600 Levanger.

Sykestuen – en gammel institusjon for framtiden

Ivar J. Aaraas

Ved utbygging av sykehusvesenet fra midten av 1800-tallet fikk mindre sykehus i distriktene betegnelsen sykestuer. På sykestuene kunne allmennlegene avklare enklere sykdomstilfeller, som ellers ville medført sykehusinnleggelse. Tilbudet på sykestuene bidro til å avlaste sykehusene. Etter at disse institusjonene er drastisk nedbygd de siste 30 år, vurderer man i dag om ikke «sykestuefunksjonen» igjen bør få en styrket plass i helsevesenet.

I Norge ble navnet sykestue gradvis tatt i bruk mellom 1850 og 1900 som betegnelse på små sykehus ute i distriktene. Sykestuene ble i stor grad opprettet på initiativ fra de offentlige legene, og disse hadde også det medisinske ansvar for driften. Utover i forrige århundre fram mot 1970 fikk sykestuene en stadig tydeligere plass som «distriktslegenes lokale sykehus». Det var en institusjon der allmennlegene kunne observere og behandle pasienter med tilstander som trengte en sengeplass, men ikke nødvendigvis å bli transportert langt av sted til de store og spesialiserte sykehusene i byene.

Formålet med sykestuene ble klart definert i sykehusloven i 1969: «En sykestue er en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse bør finne sted,

eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

Ikke før var syke-stuene endelig definert og forankret i vår helselovgivning før de ble trengt tilbake og nedbygget i stor skala på 1970- og 80-tallet. I Norge merker vi i dag igjen en fornyet



Fram til 1814 hadde Altengaard tjent som bolig for amtmannen. I 1836 ble bygningen tatt i bruk som det første offentlige sykehus i Finnmark. Bildet viser Altengaard i 1810 og er malt av den tyske mineralog Edvard Romeo.

interesse omkring sykestuer og deres funksjon i et moderne helsevesen. Formålet med denne artikkelen er å belyse sykestuene i et historisk perspektiv og bidra til å forstå deres rolle i nåtidens og framtidens helsetjeneste.

Historien

Den historiske utviklingen av sykestuer i Norge er særlig godt dokumentert for Finnmark, takket være Andreas B. Wessel. I over 40 år, fra 1886 til 1927, virket Wessel som distriktslege og senere fylkeslege i Finnmark. Han var gift med den legendariske kulturformidler og politiske aktivist Ellisif Wessel. I sine bidrag til medisinalhistorien, publisert i en artikkelserie i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1929, beskriver dr. Wessel utviklingen av sykehus og sykestuer i Finnmark, med enkelte sideblikk til forholdene i Nord-Norge og nasjonalt. Den historiske framstilling i det følgende bygger på Wessels skrifter.

Altengaard sykehus 1836–1844

Spørsmål om sykehus i Finnmark kom for første gang opp i 1826 da en kommi-

På mindre tettsteder ble det på 1920-tallet i regi av Røde Kors bygget prototyper på moderne sykestuer. Den første av sitt slag ble innviet i Kjøllefjord i 1924. Denne ble brent av tyskerne i 1944.

sjon reiste rundt for å høre befolkningens behov og klagemål. Det var stor enighet om at det burde opprettes et sykehus. Kommisjonen innstilte på at Altengaard kunne brukes til formålet. Dette var en gammel ærverdig bygning i Alta, som fra 1740, årene og fram til 1814 hadde tjent som bolig for amtmenn. Etter flere års utsettelse og forsinkelser ble det ved kongelig resolusjon i 1835 besluttet å bevilge penger fra Finnmarkens brennevinsavgiftskasse til å innrede og utstyre bygningen til det første offentlige sykehus i Finnmark. I 1826, samme år som innstillingen om sykehus ble avgitt, ble det opprettet to distriktslegeembeder i Finnmark. At det drog så lenge ut med å komme i gang med sykehusdriften hadde visstnok sin grunn i mangelen på ansøkere til disse embedene. Den ene legestillingen i Vest-Finnmark, ble besatt i 1831.

Den korte levetiden til Altengaard skyldtes delvis mangel på pasienter, noe som særlig må tilskrives beliggenheten. I 1840 var kun 25 pasienter innlagt, derav to kvinner med syfilis og to menn med lepra (spedalskhet). Det var lite aktuelt med innleggelse i et sykehus som lå i bunnen av den syv mil lange Altafjorden, fjernt fra kysten der det var størst trafikk og flest mennesker, og det eneste aktuelle samferdselsmiddel var åpen båt. En annen årsak til nedleggelsen var legemangelen. En særskilt distriktslegestilling i Alta ble opprettet samtidig med oppstarten av sykehuset i 1836. I den perioden sykehuset eksisterte var det to distriktsleger, Bernt David Carstens (1837–1839) og Ellert Michael F. Ellertsen (1840–1845), som virket ved sykehuset, foruten stud. med. John Gill i en mellomperiode.



Det første sykehuset i Finnmark kan karakteriseres som en sykestue i den forstand at det medisinske ansvar for driften tillå den offentlige legen – allmennlegen og samfunnsmedisineren – som samtidig hadde ansvar for helse-tjenesten utenfor institusjon.

1850–1900

I denne perioden ble det åpnet 10 nye sykehus og sykestuer i Finnmark; i Vardø 1853, i Hammerfest 1855, i Vadsø 1858, i Alta 1859, i Gamvik 1861, i Måsøy 1864, i Hasvik 1867, i Berlevåg 1868, i Tana 1887 og i Porsanger (Kistrand) 1891. Utbyggingen av disse institusjonene var i stor grad svar på behov som oppstod i kjølvannet av godt fiske, som trakk skarer av fremmede fiskere til Finnmarkskysten. I 1853 heter det i en meddelelse fra Finnmarks distriktsforsamling:

«De siste års rike fiskerier har samlet en stor mengde fiskere på Vardø, som med en befolkning på 200 mennesker i fisketiden har huset ca. 2000, fornemmelig fra Nordlands og nordre Trondhjems amt. Alle disse mennesker har til dels vært sammenpakket hos private, men den største delen har ligget ute i det fri, hvilket vel kan gå an så lenge ingen sykdom utbryter; men epidemiske sykdommer har til dels vært tilstede under fisket.»

Sykepleier i arbeid på sykestua til Røde Kors i Kjøllefjord.

Blant 23 menn behandlet i Vardø sykehus i fiskesesongen våren og sommeren 1857 døde tre etter noen dagers opphold, etter lenge å ha ligget uten legehjelp i dårlig losji eller i åpen båt. Skjorbuk ble registrert hos fire pasienter. I Hammerfest skriver legen i sin beretning i 1880 at sykehuset ofte har vært så overfylt at fiskere med akutte og smittomme sykdommer har måttet nektes plass.

Legenes rapporter viser at de betraktet institusjonenes oppgaver i sammenheng med behov og betingelser som eksisterte i samfunnet utenfor. Oppgavene i og utenfor sykestuene og småsykehusene ble sett i et samfunnsmessig helhetsperspektiv av den lege som så og ivaretok pasientene på begge arenaer.



1900–1970

Mens sykestuer og små sykehus tidligere prinsipielt hadde ivaretatt samme oppgaver, ble dette gradvis endret med spesialisering og utbygging av større sentraliserte sykehusinstitusjoner omkring århundreskiftet. Nye og større sykehus stod klar i Hammerfest 1889, i Vardø 1899, i Vadsø 1899 og i Kirkenes 1911. Her var særskilte avdelinger for epidemiske sykdommer. I Hammerfest og Kirkenes fikk man også operasjonsavdelinger. Røntgen apparat ble tatt i bruk i Hammerfest i 1909, og noen år senere i Kirkenes. I 1922 startet byggingen av et enda større og mer moderne sykehus i Hammerfest. Disse bygningene stod ferdig i 1929. Fra omkring 1900 var det ved de større sykehusene ansatt egne leger med ansvar kun for de innliggende pasientene.

På mindre tettsteder ble det i regi av Røde Kors bygget prototyper på moderne sykestuer utover på 1920-tallet. Den første i sitt slag ble innviet i Kjøllefjord i 1924. Senere fulgte Mehamn, Berlevåg og Gamvik. Med renovering av gamle bygg og nybygg hadde man omkring 1930 utbygget et nett av sykestuer i Finnmarks legedistrikter med en fordeling omtrent tilsvarende dagens kommunestruktur. Bygningene ble brent som ledd i krigsevakueringen i 1944. Samme geografiske struktur ble imidlertid beholdt ved gjenoppbygging av sykestuene på 1950- og 60-tallet. Disse ble da etter hvert integrert som særskilte sengeenheter i moderne helsesentra samlokalisert med syke-

hjem. Distriktslegenes nytte av sykestuene kan illustreres av følgende utdrag fra et brev dr. Knut Schrøder (far til den nåværende sykehusdirektøren i Tromsø) skrev til en venn om sine pasienter og oppgaver ved Kjøllefjord sykestue i juni 1936:

«På dette halvår har jeg hatt 76 pasienter. Herav 4 blindtarmoperasjoner, 5 brokkoperasjoner, en sterilisering, et par evacuasjoner, flere tonsillektomier, et par fingeramputasjoner, småtumores, og tallrike incisjoner. Verkefingrene hos fiskerne er gjennomgående stygge og voldsomme infeksjoner. Jeg bruker både spinalanestesi, æther, evipan og chloræthyl. Og hittil er inngrepene – bank i skrivemaskinen – gått usedvanlig glatt, uten en komplikasjon, ja så å si uten en ergrelse eller engstelse. Nu ja, jeg vet ialfall nok til ikke å innlate meg på større og tvilsomme saker, og det gir en viss trygghet. Jeg har ofte den tilfredsstillelse at pasienter ber om å få ligge på sykestuen, i stedet for å sendes til Vardo eller Hammerfest. Og nesten konsekvent gir jeg dem valget. For sykekassen er det en stor besparelse å ha patientenen her på sykestuen. For øyeblikkelig hjelp en utrolig lettelse for patienten, for ikke å si det sterkere. Nærmeste sykehus, Vardo og Hammerfest, er 9–10 timers reise med hurtigruten, hvis det da passer med tiden.»

1970–2000

En utbygging av sykestuer som tilsvarte utviklingen i Finnmark skjedde

også ellers i distrikts-Norge fram til omkring 1970. I 1972 fantes til sammen 64 sykestuer med i alt 1005 senger i 15 av Norges fylker. Hovedårsaken til nedbyggingen av sykestuene på 1970- og 80-tallet var den store utbyggingen av sykehusene samt økonomisk og administrativ uklarhet omkring driften. Da ansvaret for sykehjemmene i 1988

ble overført fra fylkene til kommunene fulgte sykestuesengene med på lasset. Kommunene så seg ikke råd til å overta det økonomisk ansvar for disse sengene, bortsett fra i Finnmark, hvor det ble gitt særskilte økonomiske over-

Øverst: Sykestuene var på en måte «distriktslegenes lokale sykehus». Her kunne de observere og behandle pasienter som trengte en sengeplass. Bildet er fra Hasvik legekontor.

Nederst: Dialysebehandling ved sykestuen i Alta i samarbeid med Universitets-sykehuset i Nord-Norge.

føringer til kommunene for å opprettholde driften. Men også Finnmark har man gradvis skåret ned på støtten til sykestuene. Pasienter som distriktslegene tidligere fant det naturlig å behandle i sykestuer har de siste 30 år i økende grad enten måttet sendes til et høyere og dyrere medisinsk nivå (sykehus), eller tilbys omsorg på et



lavere og billigere nivå (sykehjem), beregnet for pleie.

Dokumentasjon fra Finnmark

En doktoravhandling fra 1998 basert på data fra alle sykestuer og sykehus i Finnmark viste at sykestuene fortsatt er nyttige i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sykehus på flere måter. De bidrar blant annet til tidlig start av livsviktig behandling, sjeldnere innleggelser og kortere liggetid i sykehus. Eldre er storforbrukere av sykestuen, men alle aldersgrupper med et variert spekter av diagnoser blir innlagt. En studie av virksomheten i Nordkapp gjennom ett år viste at sykestuesengene brukes til observasjon og stabilisering før transport til sykehus og til lengre rehabiliteringsopphold etter sykehusbehandling. Sengene fremstår som et velegnet lavterskeltilbud for pasienter med behov for hyppige reinnleggelser, slik som ved hjertesvikt,

kreft, astma, kronisk obstruktiv lungesykdom, psykisk sykdom og kombinert sykdom/skade/rus problematikk. De bidrar også til å oppfylle et ønske fra mange kreftpasienter om å tilbringe livets avslutningsfase nær hjemmet. Ved enkelte sykestuer er det utviklet tilbud om dialyse (nyrebehandling) i samarbeid med Universitetssykehuset i Tromsø.

Internasjonale erfaringer

Det er interessant å konstatere at en allmennt medisinsk og breddeorientert institusjonstype som sykestuen har overlevd i mange land frem til i dag. I England, Canada og Australia forundres helsepersonell når de hører at vi i Norge ikke lenger ser på disse institusjonene som et selvfølgelig og nyttig element i vår helsetjeneste. I England har sykestuene de senere år fått en renessanse som «cottage hospitals». Ser vi bort fra de siste 30 år, har den engelske historien, fra det første «cottage

hospital» ble etablert i 1859 og fram til i dag, bemerkelsesverdige likhetstrekk med historien i vårt land.

I England har sykestuene de seinere år fått en renessanse som «cottage hospitals». Bildet viser «the new Epsom & Ewell Cottage Hospital i London».



For å bygge bro mellom sykehus, hjemmetjeneste og allmennleger har man i England de senere år til og med etablert nye sykestuer. Ved et studiereise i 1997 besøkte vi blant annet en ny sykestue i London. Sykepleierne var ryggraden i den daglige drift. En av deres roller var å være «allmennlegenes observasjonsdiagnostikere», spesielt for aldrende pasienter med sammensatt funksjonssvikt. De klarte å få de fleste på beina med enkle midler og råd. Mens allmennlegene hadde ansvar for «sine» pasienter, lå det overordnede faglige ansvar hos en sykehuslege. Leger og ledelse ved det nærliggende store sykehuset var positivt engasjert i driften. De så sykestuens fordeler for sykehusdriften, ikke minst det å kunne sikre rask og trygg utskrivning og forebygge uhenksiktsmessige reinnleggelser.

Sykestuenes rolle i framtidens helse-tjeneste

Det kan stilles spørsmål om ikke utbyggingen av store spesialiserte sykehus i dag har passert en grense for hva som er hensiktsmessig. Oppsplitting av behandlingen på stadig flere spesialistområder er kostnadsdrivende og trolig en viktig underliggende årsak til økende budsjetter og budsjettoverskridelser ved sykehusene. Sykehusutbyggingen og spesialiseringen synes videre å være delvis i utakt med de store befolkningslidelser. For pasienter med kroniske sykdommer slik som belastningslidelser, sykdommer og

skader relatert til tobakk- og rusmiddelbruk, psykiske sykdommer og alderdommens sammensatte sykdomsbilder, er sykehusbehandling ofte av underordnet eller begrenset betydning. En nivåfokuseret spesialisthelsetjeneste, som gir behandling uten oppfølging og rehabilitering i et sammenhengende tilbud, er lite hensiktsmessig for disse pasientgruppene. Denne problematikken er nylig satt i fokus i to rapporter, en fra Helse Nord («Samhandling er godt for helsa») og en annen fra Sosial- og helsedirektoratet. Her har man åpnet for igjen å vurdere sykestuer som et hensiktsmessig medisinsk mellomnivå mellom hjem/sykehjem og sykehus. Basert på historisk og nyere dokumentasjon, slik som fremlagt i denne artikkelen, mener vi dette er en riktig tankegang.

Vår konklusjon er at sykestuefunksjonen bør sikres en fornyet og styrket plass i framtidens helsevesen, for å skape et helhetlig og forbedret tilbud for store pasientgrupper som i dag opplever forsømmelser på grunn av manglende sammenheng i omsorgen. 1

Litteratur:

Emrys-Roberts M. 1991: The cottage hospitals 1859–1990. Arrival, Survival and Revival. *Tern Publication, 234s.*

Langfeldt E. og Aaraas I. 2000: Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. *Tidsskrift for Den norske lægeforening 120: 695–69.*

Wessel A.B. 1929: Hygiene, social medicin, lægeforhold m.v. Bidrag til Finnmarks fylkes medisinalhistorie. *Tidsskrift for Den norske lægeforening 49: 992–1006, 1047–1062, 1094–1110, 1149–1165.*

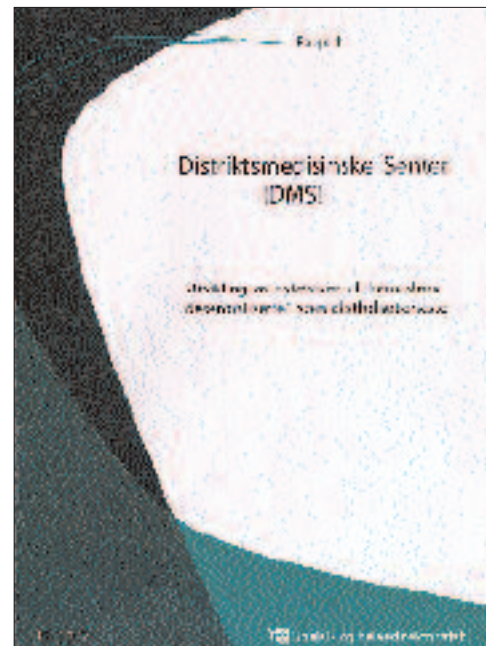
Aaraas I. 1998: Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. *ISM skrifserie nr. 45 B. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.*

I dag har man igjen åpnet for å vurdere sykestuer som et hensiktsmessig medisinsk mellomnivå mellom hjem/sykehjem og sykehus. Problematikken er nylig satt i fokus i to rapporter. Her er en av dem.

Forfatteren:

Ivar J. Aaraas, førsteamanuensis dr. med. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037, Tromsø. E-post: ivar.aaraas@ism.uit.no

Adresse: Det Medisinske Fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.



No e det foreningsdag – no ska ho Bergitta av gårde Kvinneforeningsarbeid i Nord-Norge før 1940

Ingunn Elstad og Torunn Hamran

*Helselagene, tuberkuloseforeningene,
sykepleieforeningene og sanitetsforeningene i Nord-Norge hadde
røtter i et allsidig kvinneforeningsliv. I denne artikkelen vil vi belyse kvinneforeningenes
arbeid med helse- og sykestell, fram til 1940.*

Søndag den 18. juni 1899 ble det annonsert basar i fiskeværet Kiberg på Finnmarkskysten «til indtægt for redningssagen og en sygestue». Annonsen var undertegnet Redningssagens kvindeforening. Året før, i 1898, holdt kvinner i Mosjøen basar til inntekt for «sygehussagen». I 1900 hadde «Kvindernes forening til indtægt for fattige tæringsyke» basar i Harstad, og i 1904 gikk overskuddet av en basar som ble holdt i Hammerfest til et fond for «Fattige Tæringssyges Indlæggelse på Sanatorier». Kvinneforening var et begrep før 1900, de var mange, og det var formålene også. Selvstendige lokale foreninger startet det frivillige helsearbeidet i by og bygd i Nord-Norge.

Offentlig sykehjelp for fiskere og lønnsarbeidere

Det var tidlig et offentlig ansvar for syke i Nord-Norge, men det gjaldt bare for bestemte grupper. Før 1900 fikk fiskere fritt sykehusopphold og legebehandling, men bare dersom de hadde drevet fiske de siste seks ukene før de ble syke. Dette ble finansiert av medisinalfond som ble opprettet amtsvis mellom 1790 og 1860. Fondene eide og drev sykehusene, og en av hensiktene var å hindre at epidemier spredde seg fra fiskeriene. Andre syke – kvinner, barn og gamle – var avhengige av at fattigvesenet ville betale oppholdet. Det gamle sykehuset i Vardø hadde for eksempel bare et par smårom for kvinner.

Med syketrygden fra 1911 fikk folk i lønnsarbeid, og familiene deres, sykehusopphold og legebehandling. De fikk også sykepenger – i mellomkrigstida inntil 39 uker for tuberkulose og kreftsyke. Trygdekassen var viktig for folk i byer og på industristeder. Men det store flertallet på bygdene, og gamle og langvarig syke, hadde bare slekta og fattigvesenet å falle tilbake på. Den første alderstrygden kom i 1937.

Tuberkulosen i Nord-Norge

Denne perioden er tuberkulosestida i Nord-Norge. Den rammet landsdelen seint og hardt. Landsgjennomsnittet for tuberkulosedøden var høyest i 1900, det året tuberkuloseloven ble vedtatt. Først i 1880-årene var antall døde av tuberkulose ennå nokså lavt i Finnmark, men

så steg tallene raskt til et uhyggelig høyt nivå, og holdt seg høye til langt opp i mellomkrigstida. Også Nordland og Troms hadde høye og stigende dødstall etter 1900. Nord-Norge var antakelig et av de hardest angrepne områdene i Europa. Hva tuberkulosen fikk å si for samfunnsutviklinga, vet ingen. Men erfaringene ble sittende dypt i en hel befolkning.

Loven bestemte at smitteførende tuberkuløse kunne legges inn på anstalt, og stat, fylke og kommune skulle betale hver sin del av oppholdet. Men år 1900 var det bare ett offentlig sanatorium for vanlige folk i Norge, Reknes ved Molde. De andre var privatsanatorier for rike.

Tuberkulosen var vanligvis langvarig, og dødstallene viser til en stor befolkning av unge syke. I de mange heimene der den daglige arbeidsinnsatsen holdt liv i folk og dyr, kunne sykdommen raskt føre ut i nød når mor eller far ikke klarte å gjøre noe. Etter hvert ble de pleietrengende, ofte i måneder mens de «tærtes bort». Ut fra lovens forskrifter om smittehåndtering burde den syke hatt eget rom, men svært mange familier hadde bare ett rom, og der skulle alt gjøres. Fattigvesenet var ment som en sikkerhet der familie og slekt ikke

Øverst: Tårstad og Skar kvinneforening ca. 1915. Utlånt av Petra Devold, Tårstad.

Nederst: Håndarbeidskurs på Elverhøy, Varangerbotn tuberkuloseforening. Utlånt av Lydia Michelsen, Varangerbotn.



strakk til. Villkårene som var knyttet til fattighjelpen gjorde at mange skydde den så langt det gikk. I Nord-Norge var sykdom en hovedgrunn til at folk havnet på fattigkassa, til ut på 20-tallet. På 30-tallet var fiskerikrisa og arbeidsløsheten den dominerende grunnen. Men bidragene satt ikke løst, og de var små. Tuberkulosen skapte også et stort behov for pleie, stell og våking, og når det var smitte i huset var det mange ganger vanskelig å få hjelp.

Gårdsliv og foreningsliv

Samtidig som tuberkulosen begynte å toppe sykdomsstatistikkene, vokste

foreningslivet fort etter. Kvinner i hele Nord-Norge gikk i denne tidlige perioden sammen i et stort antall uavhengige diakonisse-, tuberkulose- og sykepleieforeninger. Sykdom var ikke noe nytt. Det nye var måten kvinnene organiserte arbeidet med sykdom på, gjennom ei forening. I den tida kvinneforeningene vokste fram, var mennene borte på fiske større deler av året enn generasjonen før. Det var færre tjenestefolk; mange jenter fikk post i byene og mannfolk reiste på anlegg. Kvinnfolkene skulle holde det gående på gård og i grend, og møte utfordringene. Tradisjonen var at slekta hjalp i kritiske perioder om de kunne, for eksempel ved å sende ei ung datter til hjelp i huset der en slektning lå syk. Men også naboer som kunne, ga fisk eller melk eller hand-

srekninger med arbeid. Sykdom eller ulykker krevde noen ganger større kontantutlegg. I Nordreisa og Skjervøy var det vanlig å holde fester eller basarer til inntekt for den syke eller de etterlatte. Den hurtige foreningsveksten var mulig fordi kvinnene hadde sosiale strukturer de kunne bygge videre på – i hvert fall på landsbygda.

Et formål som går igjen i foreningsprotokollene er å hjelpe syke «inden bygden» og bygda er alltid nærmere spesifisert. Bygda eller grenda kunne bestå av en eller flere gårder som igjen var oppdelt i flere bruk, noen steder omtalt som stuer. Gården eller grenda hadde ofte ordnet såvel arbeidsdag som arbeidsår etter en fast og felles struktur – og ei slik ordning var kveldsseta, en møteplass spesielt for kvinnene, også omtalt som kveldsarbeide eller «kvellsprat». Om høsten måtte lampelyset utnyttes, og folk i husene samlet seg om de oppgavene som hørte vinteren til. Folk fra nabogårdene kunne komme å sitte kveldsete og i Nordreisa var det faste gårder der man pleide å samle seg til «kvellsprat». Kvinnfolkene hadde med seg strikketøy eller ull som skulle kardes når «de gikk på stuen».

Mannfolkene hadde ikke alltid høvelig arbeid å ta med bort, og arbeide måtte man, noe som begrenset deltakelsen. De var jo dessuten selv borte i lange perioder, og særlig på ettervinteren «blei

Kvinneforeningene samlet også inn penger slik at barn kunne få «sol» fra kulbue-lampe. Bildet er fra Kjøllefjord i Finnmark.

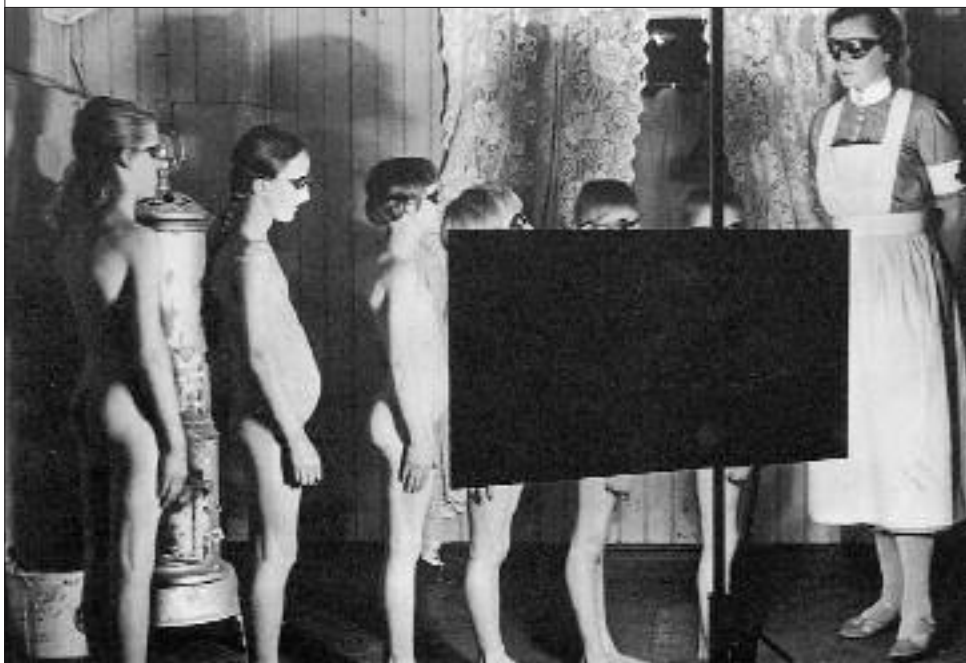


Foto: Dr. Schraders fotosamling, FotoArkivet, Tromsø Museum – Universitetsmuseet

det mest berre kvinnfolka som sat kveldsete». Arbeidet gikk unna samtidig som det ble fortalt og spurt nytt. Kveldsete var ei femte arbeidsøkt, flere steder omtalt som frivillig, men den kvinne som ikke brydde seg om å være med å gjøre gagns arbeid var noen steder holdt for å være «ei råttmerr». Fra kveldsseta til å danne ei forening var veien ikke alltid så lang. «Mellom hver av gårdene er det en mil og derfor har hver gaard sin forening» skrev distriktslegen på Andøya. Mange av kvinneforeningene ser ut til å ha fulgt gårdsstrukturene: «Overalt i bygdene er dannet engere foreninger» skrev også distriktslegen i Målselv i 1913. Den første ble stiftet i 1905 og i 1918 var det i hvert fall 18 foreninger i legedistriktet.

Kvinneforeningen på bildet s. 27 var organisert rundt gårdene Skar, Tårstad og Stunes i Evenes. Det var mange hus på gårdene den gang og det kunne være opptil 20 kvinner med. De fleste var i slekt eller familie og alltid bare kvinner, mannfolka hadde jo sitt: De måtte ha ei forening «for å hjelpe dem som virkelig trengte», og de meldte seg inn i «hovedorganisasjonen i Oslo» først etter mange år .

Øverst: Tuberkulosehjemmet i Bodin 1927. (Nordlandsmuseet, Bodø).

Nederst: Hillsøy Sanitetsforening 1929. Utlånt av Borghild Paulsen, Hillesøy.



Neste fase: Landsdekkende organisasjoner

Sanitetsforeningene i Tromsø og Bodø ble som de første stiftet i 1896 på direkte henvendelse fra lederen av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS), Fredrikke Marie Qvam. De to ble så oppfordret til å stifte flere foreninger. På en vervetur til Narvik i 1902 møtte de en diakonisseforening med ca. 2000 kr i innsamlet kapital. Også i Harstad og Kvæfjord fantes «ældre foreninger». Alle disse gikk senere inn i NKS, men frem til 1910 hadde NKS kun åtte innmeldte foreninger fra Nord-Norge. Samme år ble også Nasjonalforeningen mot tuberkulosen (Nasjonalforeningen) stiftet. Den ønsket både enkeltpersoner, etablerte foreninger og offentlige myndigheter som medlemmer. I kommunene Nesseby og Sør-Varanger hadde tre av fire foreninger som meldte seg inn i Nasjonalforeningen, startet på egen hånd, og eksistert som uavhengig forening fra to til ti år. Alstahaug tuberkuloseforening ble stiftet i 1901 og meldte seg inn i Nasjonalforeningen først i 1921.

Eksemplene på lokale initiativ og uavhengige foreninger er mange. De finnes jo ikke i noe samlet register, men går tilbake til 1880-tallet. De var en viktig kilde til rekruttering da NKS og Nasjonalforeningen kom på banen. NKS hadde på den tiden skapt nye inntektskilder gjennom mulighetene til å selge maiblomster og lotterisedler, og skulle de beholde pengene selv, var vilkåret at foreningen måtte melde seg inn i hovedorganisasjonen. NKS hadde først enerett på salget, men delte senere rettighetene med Nasjonalforeningen i et felles forretningskontor. Økonomisk støtte til å bygge tuberkulosehjem var også avhengig av medlemsskap i en nasjonal organisasjon.

Kvinneforeningene meldte seg inn i de store organisasjonene – en eller flere – når og hvis de fant det hensiktsmessig, spesielt økonomisk, for de sakene de allerede arbeidet for. Mellom 1910 og 1940 vokste antallet foreninger og tilknytningen til de landsdekkende organisasjonene i et utrolig omfang, også sammenlignet med landet for øvrig:

En forutsetning for de foreningene som meldte seg inn var at de fikk styre seg selv og forvalte de pengene de samlet inn til lokale formål. Ledelsen i NKS ser ut til å ha oppmuntret den lokale initiativrikdommen, men ledelsen i Nasjonalforeningen, som bestod av medisinerere i sentrale offentlige stillinger, var opptatte av å ordne «de tusen foreninger» i landet under en samlet plan mot tuberkulosen. Disse planene er i ettertid blitt omtalt som «det store hygieneprosjektet», der de frivillige kvinnene skal ha vært fotsoldater i en kamp mot basillene, som legene ledet. Men kvinneforeningene fungerte ikke først og fremst som redskaper for medisinsk opplysning. De organiserte seg ut fra behov de så i lokalsamfunnet. Sykestell og tuberkulosearbeid var en viktig sak på linje med hedningemisjon, redningssak og veisaker. Mange av foreningene hadde allerede funnet sin arbeidsform, og de viktigste inntektskildene kom jo fra deres egen arbeidsinnsats.

		<i>Antall foreninger</i>	<i>Medlemstall</i>
Nord-Norge	Norske Kvinners Sanitetsforening	221	13604
	Nasjonalforeningen	195	17651
flstlandsomr	det Norske Kvinners Sanitetsforening	169	22139
	Nasjonalforeningen	96	22354

Antall registrerte foreninger og medlemmer i de tre nordnorske fylkene i 1935. Til sammenligning foreninger og medlemmer i sju fylker på Østlandsområdet, iberegnet Oslo og Akershus, med innpå fire ganger så stort folketall. Mange foreninger meldte seg inn i begge organisasjonene. Tallene overlapper hverandre derfor delvis.

Formål og arbeidsform

Kvinnene fra Skar og Tårstad kvinneforening viser frem sine håndarbeider bilde s. 27, noe som går igjen på flere bilder. Kvinner og håndarbeid – vi ser for oss syforeningene med kaffe og sang, ei lita utlodning og praten som går. I vår tid er de ofte framstilt ute av sin sammenheng som uformelle sammenkomster, som hygge, som fritid, som privat – i motsetning til parti- og kommunepolitikk, som jo er formell, samfunnsnyttig, og offentlig ansvar. Men det var håndarbeidene som ga penger til livsviktige formål, og kvinneforeningene var formelt ordnet etter vanlig organisasjonsskikk. Begreper som arbeid, sosialpolitikk, og samfunnsansvar kan være like betegnende for kvinneforeningene.

Foreningskvinnene tok av sin tid, de la ned et stort arbeid til mange og viktige formål og alt måtte de passe inn i sine øvrige arbeidsoppgaver. Alle på gården visste når det var foreningsdag, forteller Karli Lund om bestemora, Bergitte Pedersen fra Laukvik i Lofoten:

«Da såg de det på ho, da hadde ho det så travelt med fjøset og. Sprang i mella, da såg de at no var det foreningsdag – no skal ho Bergitte av gårde». Marie Nymo

Foreningskvinnene la ned et stort arbeid for å bedre folkehelsen. Når det var foreningsdag måtte de nødvendige huslige sysler unnagjøres i en fart.

i Skar og Tårstad kvinneforening forteller at det ble enda travlere når de skulle holde forening selv: «Ka du trur ka mat vi måtte stelle. Vi var jo over tyve medlemma og alle hadde jo fjøs og vi hadde jo onga». Hun og mannen fikk seg nybrott oppe i skogen, og arbeidet opp hele jorda. Både hun og ungene var med og plukket stein, og ellers hadde hun karding og mattevev og. Men forening måtte de ha. Det gikk ikke an å tenke tid: «vi måtte på møtan kver fjortende dag». På medlemsmøtene ble det sydd og heklet og strikket til basarer, og var det noe ekstra holdt de egne sy- eller arbeidsmøter.

Mønstre, oppskrifter og teknikker gikk på omgang, og slik var de med å utvikle tekstilarbeidet. Materialene var rimelige,

men det måtte være fint utført når noe skulle loddes ut på basarene. De fungerte jo også som utstillinger. «Foreningshåndarbeid» var et begrep for fint håndarbeid. Foreningene hadde også egne «kursus i lapning, stopping og spinning for unge piker», avsluttet med utstilling av eivarbeid.

En sykestue i Kiberg, Vardø, eller en reise fra Hammerfest til sanatorier sørpå representerte store utgifter i ei tid da folk flest hadde lite penger. «Å lodde ut og selge haandarbeid» var den viktigste inntektskilden og basaren var stedet. Gjennom basarer og fester skaffet de penger, skapte blest om saka og hygge og fest for befolkningen. Alt dette krevde kompetanse i organisering. En viktig kilde til fortjeneste var naturalia



som de produserte selv i form av kaker, lefser, brød, rømmegrøt, sviske- eller rabarbragrøt. Basarene måtte de planlegge lang tid i forveien, og i forhold til ei fremtid der utfallet aldri var helt gitt, selv ikke på kort sikt: «Blir det sild og bra med penger blir det basar. I tilfelle ingen fortjeneste blir det familiekveld som vanlig med smørbrød og kaffe og 0.50 i entre». Medlemmene kunne stå for underholdningen selv, ved å øve inn skuespill, skrive sanger, prologer eller de brukte de talentene stedet hadde og engasjerte det lokale kulturlivet. Kunsten var å holde utgiftene nede og interessen oppe, og det må de ha klart: «Alle hadde sin plikt og alle gjorde sin plikt.» Store pengesummer gikk gjennom foreningene.

Menighetspleien

Menighetspleie var en bevegelse i flere europeiske land, der menigheter og misjoner drev sykepleie i hjemmene hos fattige. I Nord-Norge var menighetspleien mest et foreningstiltak. Fattigpleie- diakonisse- og sykepleieforeninger ansatte menighetssøstre alt fra 1880-åra. Disse foreningene var ofte kirkelig orientert, og flere prester og leger var aktive i den tidlige fasen.

Foreningene ansatte søstre som skulle se til syke og pleie dem i heimene, og dele ut klær, mat og penger som var samlet inn til trengende. De eneste utdannede sykepleierne på den tida kom fra Diakonissehuset i Christiania, og de drev også kristelig sosialt arbeid, særlig

blant kvinner og jenter. De første startet opp i Tromsø, Bodø, Hadsel, Ibestad og Vågan. Sanitetsforeningene fikk utdannet sine søstre sørpå fra 1899, så før 1910 var det sanitetssøster blant annet i Kvæfjord, Kabelvåg og Bodø. Også indremisjonsorganisasjoner tok opp arbeidet, særlig blant samene. Finnemisjonssøstre drev omfattende menighetspleie i mange årtier, mest i Finnmark – den første kom til Tana i 1911.

Den frivillige sykepleien ble raskt en av de viktigste nyordningene foreningene innførte. Mange foreninger, som Brønnøy sanitetsforening, ble stiftet med det formålet «at skaffe en sykepleierske i bygden» ved hjelp av utlodning av ting som ble laget på symøter. Foreningene så muligheter i den nye kvinnelige yrkesgruppa, satset på dem og gjorde dem til sine. Flere pekte på at behovet for søster var særlig stort, fordi de ikke hadde lege i bygda. Sykepleien spredde seg altså ikke med legene, men med foreningene. Menighetssøstre ga heimene hjelp og avlastning i pleie og stell, ofte på ukesvis, uten at de syke måtte bort og familien brytes opp, og de var ikke redde for smitte. De kunne gi den kyndige, praktiske hjelpa der og da, som det offentlige ikke dekket. Som regel forsøkte foreningene å få utdannet ei jente fra bygda, men mange var også fra ei nabobygd eller et annet sted i landsdelen. Misjonssøstre og diakonissene var derimot ofte sørfra. Uansett kom de fleste fra gårdsbruk, og

**Fra Vardø Sykehus før 1. verdenskrig.
Utlånt av Anne Simonsen.**



mange hadde vært tjenestejenter. De tok da også over husstell og fjøsstell når mor i huset var syk.

Med sykepleierne fikk foreningskvinnene hjelpere som hadde stort sett samme kunnskap og kultur som de selv. I tillegg hadde de fagkunnskap i pleien og til å gjennomføre smittetiltak eller vurdere om den syke måtte til doktor. De ga medisiner, stelte sår og ytte førstehjelp. Saltdalen Sykepleieforening skrev i 1933:

Nu er folk blitt vant til at der er en søster som kan komme når noget alvorlig står på – enten det er sykdom eller barsel – og det er mange pleiedøgn de har hatt omkring i hjemmene disse 11 årene.

Det ble stor etterspørsel etter søstre, og sykehusene i landsdelen utdannet sykepleiere alt fra 1890-tallet, fortrinnsvis til arbeid i distrikt. Mange ble også utdannet i Kristiania eller i Trøndelag, men det var sykepleieelever ved i alle fall ti nordnorske sykehus i mellomkrigstida. Yrket var ikke lovregulert før etter 2.verdenskrig, og utdanningene varierte i lengde og innhold. Foreningene betalte kost, uniform og reiser for elevene, som i sin tur var med å drive sykehusene med sitt arbeid. Fra Sykepleierforbundet og ledelsen i Nasjonalforeningen ble utdanning ved mindre sykehus karakterisert som mindreverdige. Men for kvinneforeningene kunne utdanning på et

I 1903 åpnet Norsk Finnemisjon sitt pleie- og gamlehjem i Kistrand, Porsanger. Hjemmet var det første i sitt slag i Finnmark.

lokalsykehus være det rette. Sanitetsforeninga i Øksfjord skrev i 1925 om Petra Jessen, som kom dit året før: *Befolkningens interesse for sanitetsarbeidet er blitt større nu efterat vi har faat vor egen utdannede søster. Hun er utdannet paa Hammerfest sykehus, og passer saa godt her i Øksfjord, da hun kan tre forskjellige sprog, nemlig norsk, kvænsk og finsk. (Dvs. samisk.)*

Ut over 20-tallet begynte det å bli ledighet blant sykepleierne, og foreningene kunne avvertere etter søstre og trengte ikke lenger å utdanne dem selv. Men i vår del av landet hadde kvinneforeningene vært avgjørende for utviklinga av sykepleieryrket. De fremmet et behov for dem, ga dem utdanning og jobb, lokal tilhørighet, og ansvar for å utvikle et nytt arbeidsfelt.

Da menighetspleien var mest omfattende midt på 30-tallet, omfattet den 115 sykepleiere spredd i Nord-Norge, de fleste tilsatt av kvinneforeninger. På 1930-tallet ble det en periode ført store statlige midler inn i det frivillige tuberkuloseforebyggende arbeidet, og noe av dette gikk til bidrag til lønn for sykepleiere. Med pengene fulgte vilkår: Blant annet skulle søstrene underordnes distriktslegen og arbeide mest med helserådets saker, mindre med pleie. De skulle også kalles for «helsesøstre». Nå ble flere sykepleiere kommunalt ansatt. Men i praksis var deres viktigste ansvar fortsatt å pleie de syke rundt om i distriktet. Hovedtyngden av menighetspleien i Nord-Norge ble værende i hendene på kvinneforeningene, til i etterkrigstida, da yrket svant bort og ble glemt.



Hjem og sykestuer

Ut fra loven skulle tuberkuløse innlegges dersom det var smittefare, og bygging og drift av hjem og sykestuer kom til å bli kvinneforeningenes største løft. Medisinaldirektøren hadde riktignok allerede i 1900 oppfordret kommunene til å bygge små pleiehjem rundt om i distriktene, eventuelt med støtte fra amtene. Landets øverste medisinske ledelse så på oppgaven som altfor stor for «den private filantropi». Finnmark amt bygde det første tuberkulosehjemmet, Tanagård, i 1904, og pådro seg der en økonomisk byrde som satte stopp for videre offentlig utbygging i fylket. Ellers skjedde det lite før Nordland og Troms gjorde det mulig å søke støtte fra brennevinssamlagets overskudd. Noen av de første søknadene kom fra frivillige foreninger: «for kommunerne har endnu ikke foretaget sig noget».

Bodø sanitetsforening hadde for eksempel skaffet tomt alt i 1902, og anmodet «to av byens læger samt andre interesserede mænd og kvinder om at træde sammen» som planleggingskomite. De tok kontakt med en arkitekt og fikk tegninger i gave, og for å få litt personlig kjennskap til slike hjem, reiste formannen på studietur til «det trondhjemske» (i kombinasjon med egen ferietur for å spare foreninga for utlegg). Foreninga hadde også innhentet statistiske opplysninger om tæringsykdommen i Nordland før de sendte inn sin søknad. Saken var godt forberedt, men Troms og Nordland amt ville helst ikke bevilge til kvinneforeningene direkte, bare til det enkelte herred, eller de stilte krav om kommunal medvirkning for å sikre «en tilfredsstillende behandling». Bodø sanitetsforening kunne ikke godta kravene og bygde heller en feriekoloni. De offentlige prosjektene som kom i gang trakk

imidlertid ut i tid, det trengtes etterbevilgninger, og driften ble dyrere enn beregnet. Da dyrtid og rasjonering satte inn 1916–1917, tok bevilgningene fra amtet slutt, og flere kommuner «saa sig ikke raad» til å fullføre arbeidet. Til sammen ble det bygd 13 tuberkulosehjem i offentlig regi, og det var langt færre enn planlagt.

I mellomtiden hadde mange kvinneforeninger arbeidet i flere år med å skaffe penger til å bygge hjem til sitt distrikt. Flere steder kunne de derfor ta over både bygging og drift av hjem som kommunen ikke hadde klart å fullføre. Bodin tuberkulosehjem er et eksempel på det. Der fullførte Rønvik og Indstranden sanitetsforeninger byggingen i fellesskap og sto selv for eierskap og drift. Hjemmet i «fuld monteret stand og med 29 opredte senge og 12 liggestole» kostet kr 100 000.

Så store løft krevde naturligvis at foreningene kunne forholde seg til formaliteter, var i stand til å planlegge langsiktig, og at de forhandlet og samarbeidet med forskjellige fagfolk og offentlige myndigheter.

I 1908 begynte organisasjonen «Kvindelige Misjonsarbeidere» sitt arbeid i Tysfjord. I 1911 sto Fredly ferdig. Fredly var både misjonsstasjon, barne-, gamle- og tuberkulosehjem. Her har lederen søster Oliva Ugland fått besøk av en kvinneforening som støtter deres arbeid.



Foto: Tromsø Museum – Universitetsmuseet

I Nord-Norge ble det fram til 1940 opprettet 40 tuberkulosehjem og sykestuer i frivillig regi, medregnet Samemisjonens hjem. Etter 1920 var også Røde Kors for fullt med i dette arbeidet. Flere av de offentlige hjemmene hadde neppe blitt ferdigstilt og kommet i drift uten bidrag fra kvinneforeninger.

Sanitetsforeningene i Tromsøysund, Hillesøy, Lenvik, Sørreisa, Balsfjord, Malangen, Tranøy og Dyrøy stilte til sammen 125 000 kr til disposisjon for bygging av Midtfylket tuberkulosehjem på Gibostad. Det var etter at fylket hadde forandret planene om mange små hjem. I tillegg la foreningene ned et stort arbeid for å få hjemmet innredet. Det siste var helt vanlig. Tromsø sanitetsforening skrev i sin årsberetning i 1914: *Man har hatt 20 arbeidsmøter. Interesserte medlemmer har paa disse sydd hele Tromsø Tuberkulosehjems utstyr til 26 pasienter. Likeledes har hjemmet faat 5 liggestoler fra Tromsø sanitetsforening.*

Sanitetsforeninga hadde også samlet inn penger til dette hjemmet over flere år. I Narvik og Vardø fikk kommunene overdratt fullt ferdige tuberkulosehjem fra de lokale sanitetsforeningene. Alle disse hjemmene er registrert som kommunale hjem, og kvinneforeningene sin innsats har derfor lett for å bli oversett. Men mye tyder på at de hjemmene som klarte seg best økonomisk og driftsmessig, hadde lokal støtte og oppfølging. Ofte bygde kvinne-

Sykepleiere får undervisning.

foreningene hjem med rom for andre syke enn tuberkulose; eller de bygde sykestue med «avdeling» for tuberkulose. Skulle en først bygge en egen anstalt, var det en fordel at den dekket mest mulig av behovet for pleie og behandling i distriktet, ikke bare lovpålagt isolering av smitteførende tuberkulose.

Menighetspleie og bygging av hjem var de to største sakene i landsdelen før 1940, og krevde ofte samarbeid mellom flere kvinneforeninger. Ellers var virksomheten allsidig. Noen av de vanligste sakene var utdeling av tran og legeundersøkelse av skolebarn, innkjøp av kurv til syketransport eller særkalker til nattverd i kirka (for å hindre smitte). Virksomheten sprang ut av behov i bygda eller byen. Det var en lokaliseringssbevegelse: Fra lokalsamfunnet til lokalsamfunnet. Samtidig ble det også

gitt støtte til saker utenfor landsdelen: Ved bybranner eller rasulykker sørpå, til det nye Radiumhospitalet og Reumatismesykehuset, til underernærte tyske barn (1918), russiske flyktninger (1920), og fra 1939 var det Finlandsaken.

Armoden er ikke selvforskyldt

På et felt var de små foreningene like viktige som de store. Det gjaldt livsopphold for mange langvarig syke. I mange herreder hadde fattigutgiftene økt sterkt fra 1920-tallet, og i sin tur ble bidragene til syke sterkt begrenset. I den lange mellomkrigs-krisa var mange kommuner så forgjeldet at syke trengende ofte ikke fikk det de trengte til mat og klær, heller ikke om de hadde barn eller gamle hjemme. Det er mange



eksempler på at sykdom førte til nød. Hjelp fra slektninger måtte det også bli mindre av i denne tida.

Folk skrev søknader («andragender») til foreningene, om havregryn, klesplagg, penger, utbedring av hus, legehjelp eller medisin. Hjelp ble også formidlet gjennom menighetssøstre eller fra tuberkulosehjemmene. Ei lita forening som omfatta en skolekrets eller bare en gård kunne følge «sine» – en ungdom, eller en familie – gjennom år: Det var legehonorar, reise til røntgen, bidrag til melk, en vinterfrakk, reise til sanatoriet. Det ble sydd om og strikket klær, sydd sengetøy og kjøpt inn sykeutstyr til utlån. Dette var hjelp mellom naboer, som ofte også var slektninger.

Kvinneforeningene arbeidet tungt i den tida. Behovene var stadig økende, og inntektene fallende. Folk hadde lite penger til lodd, basar og foreningskontingent, men foreningene kunne ikke gi opp. Den store Vadsø og Nord-Varanger sanitetsforening, med 400 medlemmer og syv underforeninger, skrev i 1930:

Armoden lar seg ikke skjule, heldigvis er den ikke selvforskyldt. Styret har følt det som sin plikt å hjelpe, selv om det drev mot underskudd. Der fører for øvrig ingen vei utenom, så sant der findes noget i kassen. Når en rekke skolebarn møter opp med helseregler fra skolelegen, må iallfall de nødvendigste påbud etterkommes.

Foreningen hadde delt ut over 6000 liter nysilt melk, tran og jern, havresuppe. 70–80 barn hadde fått lysbad, som ble

brukt mot truende tuberkulose. Utgifter til klær og skotøy var stigende, pasienter hadde fått sanatorieophold, noen heimer direkte pengestøtte og en del helsesvake husmødre månedlige pengebidrag, og så videre. Foreningene hadde tatt på seg et samfunnsansvar som var for stort til at de kunne legge det ned.

«Interessen er utmerket, men tidene elendige», skrev ei forening. Festene måtte erstattes med kaffekvelder, og en gikk nye veier. Hemnesberget sanitetsforening tegnet for eksempel i 1931 mannfolka for faste bidrag, og arrangerte fotballkamp med noen av damene i foreninga. Den vakte begeistring, heter det, hornmusikken spilte gratis, det ble solgt lodd på ei bløtkake og resultatet ble kr 148 netto.

Fra ledelsen i Nasjonalforeningen ble det kritisert at foreningene dreiv med «fattigunderstøttelse» som var et kommunalt ansvar. De skulle pålegges å prioritere forebyggende arbeid. Men alt tyder på at hjelp til trengende, særlig trengende syke, ble stadig viktigere for alle foreningene ut over 20- og 30-tallet.

Garantier

Dersom den syke ikke stod i trygdekasse, eller hadde penger selv, måtte noen garantere for oppholdet på sykehus eller sanatorium. Steigen sanitetsforening hadde i 1914 en inntekt på 205,38 kr men som så mange andre foreninger var de i stand til å gi en tuberkuløs fra bygda tre måneders opphold på sanatoriet. Han kunne

sendes av gårde med «gangtøi, tøfler og varmt overtøy», og han var ikke den eneste som fikk hjelp.

Når noen ble innlagt på tuberkulosehjem på grunn av smittefare, var det offentlige lovpålagt å betale oppholdet. Ellers var det kommunen som måtte garantere for sykehusopphold, dersom vedkommende ikke stod i trygdekasse. Opp mot 30-tallet var det bygd hjem, sykestuer og sanatorier, nå var problemet å finansiere opphold for de syke. Flere kommuner garanterte uten tilstrekkelig dekning, og la opp stor gjeld til sykehus og hjem. Med en slik garanti kunne den syke i verste fall bli avvist. Institusjonene fikk inn for lite penger til driften, og kom selv i gjeld til leverandørene. Det ble ei hovedoppgave for store og små kvinneforeninger å garantere for opphold for syke fra kretsen eller grenda.

Dette arbeidet var nokså anonymt, men det hadde mye å si for den enkelte, og også for at offentlige og frivillige helse-tjenester klarte seg gjennom krisetida. Fylkeslegen for Finnmark skrev i 1930 at foreningene i stor grad hadde overtatt de garantiene for ubemidla tuberkuløse syke, som kommunene skulle betalt. Også reisepengene deres ble «lagt ut privat». Ser vi på Bø sanitetsforening, stifta i 1911, hadde den etter 40 år bevilget til 101 sanatorieopphold og seks kysthospitalsopphold, i alt 23.193 kr. Et vel så stort beløp var brukt til direkte støtte «til tuberkuløse, gamle, barn og andre sjuke», heter det i bygdeboka.

Sosialpolitikk

Fra starten sist på 1800-tallet fram til 1940 bygde kvinneforeningene opp et omfattende sosialpolitisk system, på siden av det offentlige. Det ble ikke kalt for politikk; den benevnelsen ble brukt om partipolitikk. Men kvinneforeningene utviklet sosiale ordninger som var nye for landsdelen, og som var allsidige og fleksible nok til å møte behovene i lokalsamfunnene. De drev politikk i den forstand at de tok et langsiktig ansvar for lokalsamfunnet gjennom praktiske tiltak, planlegging og fordeling. I mellomkrigstida utvidet kvinneforeningene i Nord-Norge sin virksomhet der offentlige myndigheter måtte trekke seg tilbake, eller ikke maktet sine oppgaver. Det stilte store krav til utholdenheten. Forutsetningen for at foreningene kunne bygge opp dette sosialpolitiske systemet, var at de hadde aktiv støtte i lokalsamfunnet, fra menn, kvinner og barn – de siste i barneforeninger, jenteforeninger og også noen gutteklubber.

Med krigen og gjenreisninga fikk kvinneforeningene nye, store oppgaver. 1

Litteratur:

Balsvik, Randi Rønning, 1989: Vardø – grensepost og fiskevær. *Vardø kommune*.

Balsvik, Randi R, og Drake, Michael, 1994: Menneskene i Nord-Norge: Drivenes, Hauan, Wold: Nordnorsk kulturhistorie. *Gyldendal*.

Bjarnar, Ove, 1996: Veiviser til velferdsstaten. *NKS Boksenteret*.

Blom, Ida, 1998: Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900–1960. *Fagbokforlaget*.

Karlsen, Jan og Skogheim, Dag, 1990: Tæring – historia om ein folkesjukdom. *Samlaget*.

Selle, Per, 1994: Marginalisering eller kvinnemakt? *Syn og Segn, nr. 3*.

Forfatterne:

Ingunn Elstad er fra Stokmarknes og er filosof, **Torunn Hamran** fra Tromsø og er sosiolog.

De holder på med et større arbeid om frivillig og offentlig helsearbeid i Nord-Norge før 1940. Arbeidssted for begge: Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø.

E-post: ingunne@fagmed.uit.no

E-post: torunnh@fagmed.uit.no

Adresse for begge: Avdeling for sykepleie- og helsefag, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.

Helse og levekår blant samer i fortid og nåtid

Siv Kvernmo

Utfordringene i dag ligger i å utforme en helsetjeneste som tar utgangspunkt i samenes behov, tenking og tradisjon. Dette vil bety at helsetjenesten for samiske brukere kan få en annen utforming enn majoritetssamfunnets.

Helse og levekår blant samene er ikke noe entydig fenomen, men viser variasjon fra land til land og fra sted til sted. Få steder har helsetjenestene vært tilpasset kulturelle og språklige særtrekk hos den samiske befolkning, men heller vært en del av den nasjonale standard. De siste tiåras økende etniske bevissthet og utdanningsnivå blant samer og da spesielt den sterke veksten av samiske helsearbeidere, har ført til en radikal endring av interessen for og fokuseringen på samiske pasienters språklige, kulturelle- og etniske situasjon.

Spesielt i Finnmark har det skjedd en rivende utvikling av samiske helsetjenester de siste 15–20 årene. Her har flere helseinstitusjoner fått et spesielt og nasjonalt ansvar for den samiske befolkning. En lignende utvikling finner man ikke andre steder verken i Norge eller i de andre nordiske land med samisk befolkning. Historien og erfaring-

ene fra Finnmark vil derfor være i fokus for denne artikkel.

Tidligere tiders levekår og helsestell blant samer

Helt frem til 1600-tallet var det ikke noe organisert helsestell i Norge. Behandlingen av syke ble ivaretatt av lokale eller omreisende helbredere eller såkalte

kvakksalvere. Behandlingen de benyttet kunne være både mangelfull og skadelig, men til tider også virkningsfull. Den bestod som oftest av tradisjonell folkemedisin, lesing eller svart magi. Samene hadde sine egne helbredere, på samisk kalt for «buorredeaddji» eller «guovllar». Disse var de lokale folkemedisinere som benyttet alt fra urter, organer fra reinen, lesing, håndspåleggelse til årelating. Velkjent er lesning for å stoppe blødninger, en metode som benyttes den dag i dag.

I 1775 fikk Finnmark amt som det første i landet, opprettet et

Bildet viser en sneppert som ble brukt til årelating. Dette var en medisinsk behandlingsmetode som gikk ut på å tappe blod fra en blodåre. For å stoppe blødningen ble det ofte foretatt lesning. I visse samiske miljøer har årelating vært nyttig fram mot våre dager.



distriktskirurgi, og samme år ble den første lege ansatt i embetet. Med et geografisk område like stort som hele Danmark og en svært spredd befolkning på knappe 5000–6000 mennesker, var tilgjengeligheten på helsetjeneste svært begrenset. Folk i Finnmark amt måtte som tidligere og som folk flest i andre deler av landet klare seg som best de kunne. Først i siste halvdel av 1800-tallet kom det flere leger til fylket og legenes oppgaver besto for en stor del av å bekjempe epidemier. De sykdommer som blant samer så vel som nordmenn førte til mange dødsfall på 1700- og 1800-tallet var tyfus, difteri og tuberkulose. Disse sykdommene syntes ikke mer utbredd blant samer enn andre, men var heller knyttet til levekår. I flere kilder beskrives samenes boforhold, hygiene og ernæringstilstand som dårligere enn nordmannens. I medisinalberetningene fra Finnmark fra 1869 og frem til 1926 er den samiske befolkningen og dens «sunnhetstilstand» og levekår beskrevet detaljert og folkloristisk, men ofte preget av legenes negative holdninger til samene. Flere av legene var henvist til å arbeide blant et folk som språklig og kulturelt avvok

Den rasebiologiske forskning kom også til å dominere norske legers syn på samer. I 1914 foretok Universitetet i Oslo fysiske oppmålinger av den samiske befolkningen i Grasmyrskogen på Senja. Hver person ble fotografert fra ulike vinkler og alle mål ført på et undersøkelsesblad. Her vises foto og undersøkelsesbladet til en 57 år gammel same fra Grasmyrskogen.



██████████, 1857, 57 år, gårdbruker og fisker, Langhamar, Grasmyrskogen, fars fedestemt svensk lappmark, mors fedestemt svensk lappmark, farfar svensk renlapp. Fra anatomisk institutt, Oslo.
De døde

Negarkiv: V341-V326 + 45/10/10

Foto: O. Solberg.

Medfødt sykdom:		Det anatomiske instituts antropologiske undersøkelsesblad							Fødselsrekke nr.:			
Navn for og etternavn:		Alder:	Ekte:	Ursprung:								
██████████		57		Svensk lappmark Svensk lappmark								
Fødsels dato og måned:		Fars fødselsdato:	Mors fødselsdato:	Fødselsrekke nr. far:		Fødselsrekke nr. mor:		Fødselsrekke nr. far/mor:				
1857		1857	1857	133		133		133				
1. Høyde:	2. Bredd:	3. Løstekt:	4. Øvre arm lengde:	5. Forarm lengde:	6. Underarm lengde:	7. Håndbredd:	8. Hånd lengde:	9. Hånd bredde:	10. Hånd tykkelse:	11. Hånd tyngde:	12. Hånd tyngde:	
170	130	150	40	30	20	10	10	10	10	10	10	
* 10.	* 11.	* 12.	* 13.	* 14.	* 15.	* 16.	* 17.	* 18.	* 19.	* 20.	* 21.	
Hånd tyngde:	Elstørrelse:	Første tå:	Første tå:	Andre tå:	Andre tå:	Andre tå:	Andre tå:	Andre tå:	Andre tå:	Andre tå:	Andre tå:	
100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g	

betydelig fra deres normer og verdier. I enkelte beretninger kan man likevel finne et mer nyansert og til og med et positivt syn på samene og deres livsstil, men disse var i mindretall.

På 1800-tallet utviklet den svenske anatomen Arne Retzius skallemålingene og den såkalte skalleindeks som ble brukt til å dele befolkningen inn i kort-

eller langskaller. Samene ble betraktet som kortskaller og betraktet som mindre «civilisert» enn langskaller. Retzius ble forløperen til den senere rasebiologiske forskning og rasisme i medisin og fysisk antropologi som også dominerte norske legers syn på samer. Lidelser som forekom relativt hyppig blant samer slik som hofteladdsdysplasi, ble av flere leger beskrevet som hyppigst fore-

Både leger og andre tjenestemenn beskrev ofte gammen som en uegnet mennskebolig. I virkeligheten var gammen på mange måter en velegnet bolig. Den var varm om vinteren og kjølig om sommeren. I lang tid hadde den vært en forutsetning for menneskelig tilværelse i de nordlige strøk. Bildet er fra Tysfjord i Nordland.



Foto: O. Solberg, Tromsø Museum – Universitetsmuseet

kommende blant sjøsamer og forklart med tilhørighet til en «degenerert» rase. Karakteristikkene «skittensomme og late» var karakteristikk som ofte ble benyttet på samer i disse områder. Ofte var disse karakteristikk nevnt i samme åndedrag som gammen. Nordmenn som ikke hadde kjennskap til denne form for bolig, var svært skeptiske til gammen og beskrev disse som en uegnet menneskebolig. På innlandet var boligstandarden flere steder omtalt som betydelig bedre enn hos stammefrendene ved kysten, men da spesielt for fastboende samer som bodde i «romslige» tømmerhus og drev jordbruk og fangst. Fjellsamene som delte «husværet» sitt mellom gammen og lavvuen, kunne også ha husvære i tømmer. I flere beretninger fikk fjellsamene (reindriftssamene) en positiv omtale som de rikeste og mest fremstående samer, men i enkelte beretninger også som de mest urenlige. Imidlertid hadde de stor omsorg for sine barn som de tok godt vare på i motsetning til for eksempel «kvenen».

Også i nyere tid har levekårene i samiske områder falt dårligere ut sammenlignet med områder med en hovedsakelig norsk befolkning. Det ble derfor satt i gang en boligaksjon i de samiske kommunene på 1960-tallet for å forbedre boligstandard. Nasjonale statistikker fra de siste årene viser fortsatt en sosialøkonomisk skjevhet mellom samiske og norske bosetningsområder, men også internt mellom de samiske områdene. Bruttoinntekten pr. innbygger og utdanningsnivået i samiske strøk lå på slutten av nittitallet 13 % under

gjennomsnittet i Nord-Norge og 21 % under det landsgjennomsnittet. Dårligst ut kom de samiske bosetningsområdene i Nordland og Troms. Bruken av uføretrygd og sosial stønad var høyest i de områder med lavest bruttoinntekt. Tallene viste også en kjønnsmessig forskjell hvor spesielt samiske menns utdanningsnivå var lavt, mens for eksempel samiske kvinner i alderen 25–40 år i samiske kjerneområder hadde en utdanningslengde blant de lengste i landet. Denne variasjonen innad i det samiske samfunnet viser faren ved å beskrive en gruppe utfra gjennomsnittstall. Tallene sier heller ingenting om hvordan ulike kulturelle normer om et godt liv og en god helse kan avspeiles i folks valg av leveste.

Sykdom og helse før og nå

Hva sykdom angår, var samene i stor grad rammet av de samme sykdommer som nordmenn flest i området. I medisinalberetninger fra slutten av 1840-tallet er det beskrevet at samene i motsetning til nordmenn og kvener ikke led av skjorbuk. Dette kunne forklares med at samenes kosthold var annerledes. De benyttet planter og vekster slik som syregress som ga et rikt tilskudd av C-vitamin i kostholdet. Samme funksjon hadde også reinmelk blandet med krøkebær som om høsten ble frosset ned i rensede mavesekker fra reinen. I løpet av vinteren skar man skiver av denne frosne melken med det C-vitaminrike krøkebærinnholdet, og tinte den før man

inntok den. Etter hvert endret samenes kosthold seg. Gamle skikker ble satt til side og glemt til fordel for et kosthold som ble tilgjengelig gjennom den økende kontakten med det norske samfunnet. Kaffe og sukker ble brukt i økende grad. Ammingen av småbarn varte ofte til toårs alderen, og morsmelk ble ofte erstattet med melk blandet med kaffe, en drikke som naturlig nok ikke var særlig egnet for barn i vekst.

Barnedødeligheten blant samene har i likhet med den øvrige befolkningen i Nord-Norge vært høy helt opp til de siste tiår. Barneflokkene var store, og det å miste et eller flere barn var en kalkulert risiko. Det var få utdannede jordmødre, og hver bygd hadde sine barselkvinner til å hjelpe seg. Hofteleddsluksasjon var hyppig forekommende og reiving av spedbarn i komsene fikk ofte skylden i tillegg til de påståtte rasemessige svakheter.

Systematiske undersøkelser av nyere dato på sykdomsbildet blant samene er det få av. Det finnes ingen holdepunkter for forekomst av sykdommer som er spesifikke for samer. I likhet med andre urfolk og minoriteter påvirkes samene både kulturelt, sosialt og livsstilsmessig av majoritetssamfunnet. En slik kulturell tilpasning har i mange urfolksgrupper ført til forekomst av sykdommer som tidligere ikke har eksistert eller vært sjeldne. Eksempler på dette er epidemier av infeksjonssykdommer blant indianere i tidligere tider og en betydelig økende forekomst av diabetes i moderne tid blant indianere og inuitter i USA og Canada. Forekomsten

av hjerte- og karsykdommer blant samer i Finnmark har hatt en lavere forekomst enn blant nordmenn og finskættede fra samme område. Imidlertid har nyere forskning vist en økning av hjerte- og karlidelser som skiller seg lite fra resten av befolkningen. Dette settes i forbindelse med det endrede kosthold og livsstil som samene har ervervet seg som følge av en økt kontakt med det norske samfunn.

Melkesukkerintoleranse (lactoseintoleranse) har vist seg å ha en høy forekomst hos samer. I følge den finske forskeren Timo Sahi har mer enn 30 % av den samiske befolkningen i Finland denne lidelsen til sammenligning med 6–8 % i den øvrige befolkningen. Også Bechterews sykdom som er en reumatisk sykdom, har vist en hyppigere forekomst blant samer sammenlignet med nordmenn og har vært knyttet til en spesiell vevstype. Bare i enkelte indianerstammer i Nord-

Amerika er det funnet en høyere hyppighet av denne sykdommen enn hos samene.

Når det gjelder psykiske lidelser, har vi svært få undersøkelser som gir oss noe klart bilde av etniske forskjeller. En nyere ungdomsundersøkelse i Nord-Norge fra 1990-tallet viste at samiske ungdom hadde like god psykisk helse, lavere rusbruk og like mye tobakkforbruk som norsk og kvensk ungdom. Imidlertid viste undersøkelsen at samisk unge menn som levde i typiske minoritetsposisjoner med liten støtte til sin samiske tilhørighet, rapporterte mest depresjon og angst.

Mens helsetilstanden hos andre urfolk som inuitter, indianere, maori eller aboriginere i nasjonale helsestatistikker, har skilt seg fra majoritetsbefolkningens med en høyere forekomst av alkoholmisbruk, selvmord, psykososiale problemer, sukkersyke og så videre, kan

vi utfra tilgjengelig kunnskap i dag ikke overføre denne situasjonen til samene. Imidlertid er det viktig å merke seg at det finnes variasjoner i helsesituasjonen mellom

Moderne medisinsk teknologi er også en del av et samisk spesialhelsetilbud. Indremedisiner Knut Johnsen er i ferd med å utføre en hjerteundersøkelse av en pasient.



ulike undergrupper innenfor et urfolk, noe som også gjelder samene. En fortsatt behov for helseundersøkelser og forskning som kan gi oss et mer representativt og utfyllende bilde av helse- og levekårsforhold blant samer i ulike bosettingsområder, er fortsatt til stede.

Samenes situasjon i et norsk helsevesen

Ved siden av det offisielle helsetilbudet har samene benyttet seg av sine egne helbredere helt frem til i dag. Disse har vært aksepterte av befolkningen og sett på som et relevant behandlingstilbud, og som et tillegg til den skolemedisinske ekspertise. Parallellene kan trekkes til den vestlige verdens nåværende søken etter alternative behandlingsformer som ett supplement til dagens legevitenenskap. Imidlertid stod de samiske helbrederne for en innsides kjennskap til samisk språk og kultur, noe som representerte trygghet og tillit for pasientene.

På tross av en omfattende utvikling av helsetjenestene i etterkrigstiden, har den helsemessige standard i Finnmark vært blant den laveste i Norge. Legemangelen gjorde at både forebyggende og behandlingsrettet arbeid ikke ble adekvat ivaretatt. Parallelt med denne utviklingen ble det fra statlig hold i Norge presset fram en assimileringpolitikk overfor den samiske minoriteten. Dette førte til at samene skulle bli som nordmenn flest. At samene skulle ha noen spesielle helsetilbud på sitt eget

morsmål eller tilpasset den samiske levemåte og kultur, var en fremmed tanke.

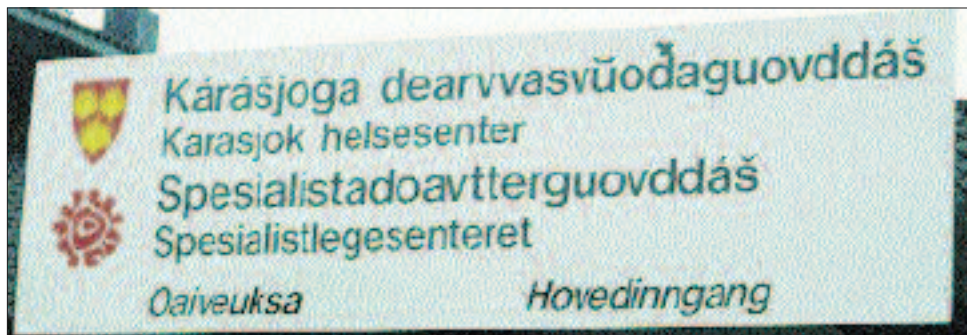
Per Fuggellis undersøkelse fra 1970-tallet av en befolkning i en liten samisk bygd i et fjordstrøk i Finnmark, var den første helseundersøkelsen som rettet seg spesielt mot den samiske befolkningen. Selv om undersøkelsen ikke kan regnes som representativ for hele den samiske befolkningen, ga den oss viktig informasjon. Undersøkelsen viste at samer søkte lege i langt mindre grad enn nordmenn. De hadde flere skjulte sykdommer enn den øvrige befolkningen (90 % mot 50 % i den øvrige delen av befolkningen). Noen forhold som hadde innvirkning på legesøkningen hos samer var opplevelsen av språkvansker og bruk av folkemedisin. Mens 65 % av den samiske befolkningen opplevde språk-vansker, var dette tilstede i kun 3 % hos den øvrige befolkningen. Bruken av folkemedisin hos 27 % av samene kunne også være en viktig faktor for en lavere legesøkning. En undersøkelse fra 1987 av samiske pasienter operert for blindtarmbe-

Øverst: Etableringen av spesiallegesentret i Karasjok satte samisk språk på dagsorden. Sentret har betydd mye for rekrutteringen av samisk helsepersonell til kommunehelsetjenesten i Karasjok.

Nederst: Spesialhelesetjenesten i Karasjok gir et allsidig tilbud til pasientene. Hjertespesialist Egil Utsi i ferd med å undersøke en pasient.

tennelse ved et sykehus i Finnmark, viste at samisktalende pasienter hadde nesten dobbel så langt sykehusopphold etter operasjonene som de norsktalende. Det ble tatt 25 % mer blodprøver av de samisktalende pasienter, de ble operert raskere enn norsktalende, hadde flere senkomplikasjoner og flere falske positive blindtarmbetennelser. Selv om

det var relativt få pasienter med i denne undersøkelsen, kan den gi oss et bilde av et norsk helsevesen som prøver å kompensere et språkproblem med økt antall undersøkelser og økt hospitaliseringstid uten at dette gir noe bedre resultat. Disse undersøkelsene burde være gode indikatorer på at det tross mange motargumenter faktisk eksisterer



et språkproblem ikke bare hos de samisktalende pasientene, men også hos de norsktalende behandlerne. Et språkproblem som faktisk kan føre til alvorlige konsekvenser mellom det norske helsevesenet og de samiske pasientene.

Hvorfor en spesiell samisk helsetjeneste?

Allerede på 1800-tallet klaget norske leger i samiske strøk over språkvansker i kontakten med den samiske pasient og hvilke følger dette kunne ha for behandlingen. Språkproblemet ble definert som samenes, og ikke de norske legenes. Til en viss grad har de samiske pasientene opp gjennom tidene hatt rett til tolktjeneste. Denne er nå som før ofte tilfeldig og mangelfull. Ofte har de samiske pasientene brakt med seg pårørende som egne tolker. De som ble benyttet som tolker i det offentlige helsevesen, kunne være lekfolk med få forutsetninger for å kunne tolke. Oppstod det for eksempel en situasjon ved et sykehus hvor man trengte en samisktalende tolk, hendte det ikke rent sjeldent at en medpasient ble brukt til tolk uten at taushetsplikten eller det faglige hensynet ble tilgodesett. Same-lovens språkkapittel (kap. 3) gir i dag samisktalende pasienter i de samiske forvaltningsområdene (kommunene Nesseby, Tana, Karasjok, Kautokeino, Porsanger i Finnmark og Kåfjord i Troms) rett til bruk av samisk språk i møtet med offentlige instanser. Dette

gjelder også i bruken av helsetjenester. Flere undersøkelser viser at samisktalende pasienter fortsatt opplever språkproblemer i kontakt med norsktalende leger. I en brukerundersøkelse av legetjenesten i den samiske kommunen Kautokeino, ble det påvist større informasjonssvikt fra legene i forhold til de samisktalende pasientene enn til de norsktalende. Ca. 60 % av de samisktalende pasientene hadde problemer med å forstå legen. En fjerdedel av disse ønsket tolk under konsultasjonen uten at de ble tilbudt dette.

Den samiske pasients språkkompetanse vil variere med geografisk område, utdanningsnivå og alder. I dag er det hos eldre og barn i de samiske kjerneområdene hvor språkproblemet er mest uttalt. I andre områder har det samiske språket blitt erstattet med norsk. En språklig revitalisering har de siste tiårene ført til flere samisktalende barn og unge. Selv om mange samer behersker norsk relativt godt, synes de likevel at kommunikasjonen med helsearbeideren går lettere på samisk. I dag er det hovedsaklig i de samiske kjerneområdene at samiske pasienter kan få benytte sitt eget språk. På sykehusene som betjener de samiske områdene, er det tilfeldig om dette skjer. Ved enkelte sykehus i Finnmark og ved Universitetssykehuset i Nord-Norge er det tilrettelagt tolktjeneste, men i begrenset omfang.

Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og sosialpersonell og samer handler om at behandlere ikke kjenner eller forstår samers bakgrunn, tenke- og væremåte, og i noen grad omvendt. Mange samer er flerkulturelle i sin kompetanse og opplever ikke slike problemer. For noen er bevisstheten om egen historie og eventuell bruk av samiske tradisjoner, klær med mere alt som skiller dem fra nordmenn flest. For andre dreier det seg om varierende grad av usikker identitet, tokulturell tilpasning eller et liv helt og holdent innenfor rammen av samisk kultur. På den andre siden er det i dag mange samer som ikke lenger har en samisk identitet. Disse vil i likhet med samer med en tokulturell identitet og kompetanse kunne nyttiggjøre seg det norske helsevesenet. Utfordringene er å gi den delen av den samiske befolkningen som er mest tradisjonell og forankret i samisk språk og kultur, et tilbud de kan kjenne seg komfortabel med.

Det har vært tatt for gitt at sykdomsforståelse og behandlingstradisjon hos samene er de samme som hos den øvrige befolkning. Det å sette symptomer og sykdom inn i en kulturell kontekst, har i stor grad vært fraværende. Et eksempel på dette er begrepet «smerte». Samisk som er et verbspråk, vil bruke verb i stedet for adjektiv til å beskrive smerte i motsetning til det norske språket som er et substantivspråk og hvor adjektivene har en sentral plass. I tillegg til den rent språklige uttrykk for smerte, kommer også den kroppslige måten smerte uttrykkes på og hva denne smerten representerer. I flere ulike kulturer har

følelser og psykiske vansker et kroppslig uttrykk og presenterer seg som kroppslige plager som for eksempel smertetilstander, ubehagsfølelse og så videre, noe som kan være kilden til feiltolkning av pasientens problem.

Utdanning og rekruttering av helsearbeidere

I 1959 reiste den statlig oppnevnte Samekomité spørsmålet om tiltak til bedring av samenes helsemessige og sosiale forhold med blant annet forslag om kvotering av samiske studenter til medisinerutdanningen, utdanning av flere samiske sykepleiere og helsesøstere og flere helsesøstere i samisktalende distrikt med spesielt henblikk på å drive helseopplysning.

I 1963 ble Samekomitéens forslag om kvotering av samisktalende medisinerstudenter igangsatt ved Universitetet i Bergen. For det samiske samfunnet har ordningen ved Det medisinske fakultet i Bergen og en senere lignende ordning ved Universitetet i Tromsø vært et sterkt bidrag til det relativt høye antall samiske leger. Også innenfor andre helseprofesjoner har man ved kvoteringer og honorering av samisk språkkompetanse økt tallet på samiske helsearbeidere. Mange av de samiske ungdommene som har tatt høyere utdanning har

vendt tilbake til hjemstedene sine og har bidratt til en stabil og god helsetjeneste. Sammenlignet med mange andre urfolk og minoriteter er det i dag et relativt høyt antall samiske og samisktalende helsepersonell, men fortsatt er det stor mangel på samisktalende sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, leger, tanneleger og så videre.



Utviklingen av samiske helsetilbud

På midten av åttitallet vokste de samiske profesjonsforeninger frem både for sosionomer, sykepleiere og leger. Dette resulterte i det første store samiske helse- og sosialpolitiske møtet i Karasjok i 1986. Møtet var en bred mønstring av samiske og norske helse- og sosialarbeidere, ulike helse-, utdannings- og forskningsinstitusjoner, og av kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter. Fokus ble særlig satt på samhandlingsproblemer i

samenes møte med det norske helse- og sosialvesenet, språklige og kulturelle barrierer og konsekvensene av dette. Dette møtet og det senere arbeidet i de samiske profesjonsforeningene har vært viktig for videreføringen av utviklingen av samiske helse- tjenester.

I 1987 kom Sameloven og dens språkregler med rett til behandling på samisk i helse- og sosialsektoren. De har medvirket til at blant annet Finnmark og Troms fylkeskommuner har satt slike spørsmål på dagsorden. Finnmark fylkeskommune har siden 1988 arbeidet med tiltak for den samiske befolkning i spesialisthelsetjenesten, særlig siden 1991

På spesialistlegesenteret i Karasjok har samisktalende pasienter mulighet til å benytte samisk i møte med legene.

gjennom utvikling av en egen fylkeskommunal samisk helse- og sosialplan. Sosial- og helsedepartementet har bidratt med tilskudd til etableringen og drift av et tilbud innen spesialisthelsetjenesten som skulle gi et særskilt tilbud til samiske pasienter innen indremedisin og barne- og ungdomspsykiatri. Den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken i Karasjok (BUP Karasjok) som ble opprettet i 1984 var det første spesialisthelsetilbudet som hadde et særskilt ansvar for den samiske befolkningen. I 1986 ble Spesialistlegesenteret i Karasjok etablert på privat basis. Ideen om å etablere helsetilbud på samisk i et samisk miljø langt fra sykehusene møtte mye skepsis i Finnmark. De medisinske miljøene i Karasjok har senere vist seg som bærekraftige fagmiljø både for samiske og norske fagfolk og pasienter i og utenfor området. BUP Karasjok har siden midten av 80-tallet utdannet flere samiske helsearbeidere innen psykisk helsevern og har sammen med forskere og fagfolk utenfor institusjonen bidratt til økt kompetanse i tverrkulturell psykiatri.

De samiske helse- og sosialprofesjonsforeningene arbeidet i flere år for å få utarbeidet en nasjonal samisk helse- og sosialplan. På begynnelsen av nittitallet ba Sametinget Sosial- og Helsedepartementet om å lage en landsomfattende plan. Høsten 1991 oppnevnte departementet et utvalg som framla sitt arbeid 16.2.1995 som NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning. Dette har vært et viktig dokument for gjennomføringen av tiltak

for å bedre helsetilbudet til samiske pasienter også utenfor Finnmark.

Som en videreutvikling av arbeidet med en samisk helsetjeneste, er det i Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997) «Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene» laget en opptrappingsplan for det psykiatriske behandlingstilbudet til den samiske befolkning for perioden 1999–2006. Tilbudet innen psykisk helsevern skal i særlig grad ivaretas ved en utbygging av BUP Karasjok og det distriktspsykiatriske senteret i Lakselv. Disse institusjoner vil fungere som nært samarbeidende nasjonale kompetansesentre for henholdsvis barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri i forhold til samiske brukere. I tillegg til disse institusjonene har kommunehelse-



tjenesten med samiske brukere og spesielt kommunene i det samiske forvaltningsområdet (Karasjok, Tana, Nesseby, Kautokeino, Porsanger og Kåfjord) et spesielt ansvar for tilretteleggingen av tilbud på samisk.

Samisk helseforskning

Krav om en større prioritering av samisk medisinsk forskning ved universitetene, har vært et gammelt krav fra de samiske helsearbeiderorganisasjonene. Også i Planen for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen NOU 1995:6 ble det konkludert med at det er nødvendig å igangsette forskning omkring levekår og helsetilstand i den samiske befolkningen. Etter påtrykk fra blant annet Samisk legeförening ga Sosial- og Helsedepartementet Universitetet i Tromsø ved Senter for samiske studier i 1999 i oppdrag å utrede en framtidig satsing på samisk etnisk medisin. I 2000 ble et Senter for samisk helseforskning etablert som en seksjon under Institutt for samfunnsmedisin ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø. Senteret finansieres av Sosial- og helsedepartementet og har som sin viktigste nåværende oppgave å gjennomføre en helseundersøkelse i

Sosial- og Helsedepartementet framla i 1995 en plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning. NOU 1995:6.

områder med samisk og norsk bosetning.

Utfordringer for fremtidens samiske helsetjeneste

Entusiastiske helsearbeidere i samiske strøk har vært den viktigste drivkraft bak en økt kvalitet i helsetilbudet til samiske brukere og en økt kulturforståelse innen helsetjenester og utdanningsinstitusjoner. I løpet av de siste 15–20 årene har en oppnådd forbedringer på en rekke områder innen helse spesielt i de sentrale samiske strøk. En av utfordringene for fremtiden er å rekruttere og stabilisere flere samisktalende helsearbeidere til disse strøk. Dette vil bety at de tilbud som i dag er skapt i Karasjok i Finnmark må bevares og gis muligheter for videre vekst. Sterke samiske fagmiljø kan fungere som inspirasjonskilde og støtte for institusjoner i andre områder som gir helsetjenester til samiske brukere. Utfordringene ligger også i å utforme en helsetjeneste som tar utgangspunktet i den samiske befolkningens behov, tenkning og tradisjon. Dette kan bety at helsetjenesten for samiske brukere må få en annen utforming enn majoritets-samfunnets. En slik kulturell og etnisk tilpasning kan komme til å bryte med det synet vi som profesjonelle har ervervet oss gjennom utdanning og i våre respektive profesjoner, samt de regler og normer som gjelder for helsetjenester i Norge i dag. Det trans-

kulturelle perspektivet må innveves ikke bare blant samiske fagfolk, men i like stor grad blant politikere, norske kollegaer og myndigheter. Målet må være at det samiske perspektivet skal være integrert i alle helsetilbud som gis til samiske brukere. Skal utviklingen av et etnisk og kulturelt tilpasset helse-tilbud lykkes, må samarbeidet med andre profesjoner som samfunnsvitere, antropologer, lingvister og sosiologer styrkes. Dette arbeidet er bare i sin spede begynnelse ennå. Også innen de samiske helsetjenester er kravet til kvalitet viktig. I dette perspektivet er forskning viktig. Vi trenger mer dokumentasjon som kan belyse ulike sider ved samenes helse, bruk av eksisterende helsetjenester og av forhold som påvirker helse og sykdom. 1

Litteratur:

Forsdahl, A., 1991: Utdrag av medisinalberetninger fra Finnmark 1863–1929. *Fylkeslegen i Finnmarks skriftserie*, 5, 216 s.

Fuggelli, P., 1986: Skjult helsebehov blant samer? *Sami Medica*, 3, 86, s. 43–53.

Jonassen, Ø., 1959: Sosiale og hygieniske forhold i flyttsamenes basisområde. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 3, 83–89.

Lundmark, L., 2002: «Lappen är ombytlig, ostadig och obekväma...». *Svenska statens samepolitik i rasismens tidevarv*. Norrlands universitetsförlag, Umeå, 187 s. *Befolkning i Norge 2002–2005*. Sosial- og helsedepartementet, 09/2001, 93 s.

Sten A., 1961: Samenes folkemedisin. Oslo & Bergen, *Universitetsforlaget*, 62 s.

Wessel, AB., 1918: «Laaghalte slekter i Finnmarken». *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 8, 337–368.

Forfatteren:

Siv Kvernmo er utdannet barne- og ungdomspsykiater og arbeider som post doc ved Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø. Hennes forskningsfelt er sammenhengen mellom helse og etniske/kulturelle forhold hos barn og unge.
E-post: sivk@fagmed.uit.no

Adresse: Det Medisinske Fakultet, Senter for samisk helsefag, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.

Distriktslege Andreas Bredal Wessel

– samfunnsmedisineren, historikeren og forskeren

Anders Forsdahl

Wessel var hele sitt yrkesaktive liv distriktslege i Sør-Varanger, og påviste som den første lege at hofteladdsdysplasi var arvelig. Han var meget aktiv i det forebyggende arbeid mot tuberkulose, og var politisk aktiv for å bedre arbeids- og leveforholdene for befolkningen. I tillegg ga han ut flere medisinskhistoriske skrifter og var en ivrig fugle- og insektsforsker.

Andreas Bredal Wessel ble født i Bergen 1858. Han var sønn av ingeniørmajor Peter M. Wessel og Mathilde Ross. Familien flyttet til Fredrikstad hvor Wessel vokste opp. Han tok medisinsk embetseksamen i Oslo 1885, og ble året etter utnevnt til distriktslege i Sør-Varanger. Samme år ble han gift med sin kusine Ellisif Müller (1866–1949), datter av distriktslege i Gausdal, W.J. Müller og Hansine Ross.

Låghalthet

I 1918 publiserte Wessel en artikkel i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening med overskriften «Laaghalte slekter i Finmarken». Wessel, som da hadde vært distriktslege i Sør-Varanger kommune i over 30 år, hadde funnet at blant den opp-

rinnelige befolkning i kommunen, ca 2000 individer, var det 2,4 % som var låghalte. Hyppigheten var størst i den samiske delen av befolkningen, 5 %, og særlig blant de samiske kvinner, hvor hyppigheten var 8,6 %.

Med utgangspunkt i pasientenes gangart, om de haltet eller ikke, undersøkte

Wessel klinisk de fleste av 45 individer som haltet. 2/3 av disse ble røntgenundersøkt på Kirkenes sykehus og funnene ble tydet av legene der. Det viste seg at de fleste tilfellene dreide seg om medfødt hofteladdsdysplasi. Med sitt gode kjennskap til de familiære og etniske forhold i kommunen, kunne Wessel sette opp fortegnelser over 54 søskenrekker med til sammen 278 individer hvor det forekom ett eller flere tilfeller av medfødt låghalthet. Blant disse 278 individene var det til sammen 69 (24 %) som haltet. De fleste hadde en ren eller blandet samisk bakgrunn. Det var også en betydelig overvekt kvinner som haltet.



Ekteparet Andreas og Ellisif Wessel i unge år.

Ved gjennomgang av aktuell litteratur, fant Wessel bare sparsomme og spredte opplysninger om låghalthet blant samer. En populær oppfatning som har holdt seg lenge, har vært at dette skyldtes komsen, «samenes vugge». Wessel avviste en slik etiologi av flere årsaker.

Han trakk den konklusjon at det dreiet seg om en recessiv arvelig disposisjon for hoftelddsluksasjon.

Wessel synes å være den første som har påvist en slik arvelighet. Arbeidet vekket verken nasjonal eller internasjonal oppmerksomhet eller anerkjennelse. Det er flere lett forståelige årsaker til dette. Arbeidet ble publisert i et lite tidsskrift på norsk. Tidspunktet for publiseringen var også meget uheldig. Det var like før den 1. verdenskrigs slutfase. Jeg har bare oppsporet en eneste referanse hvor Wessels arbeide har vært nærmere behandlet.

Øverst: Kirkenes juni 1899. Distriktslegeboligen i forgrunnen. I relasjon til landets sentrale strøk var Sør-Varanger den mest fjerntliggende kommune. Det var ingen regelmessig forbindelse med det øvrige Norge før hurtigruta begynte å trafikkere i 1907–1908.

Nederst: Dr. Wessel hadde allsidige interesser. Han forfattet en rekke småskrifter om landsdelens medisinalhistorie, kulturhistorie m.m.



Medisinal-beretningene

De offentlige leger ble allerede fra begynnelsen av 1800-tallet pålagt å gi en årlig innberetning til myndighetene om «Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene» i sine distrikter. Wessel

hørte med blant dem som tok denne oppgaven alvorlig, og allerede fra sine første år som distriktslege og helserådsordfører gir Wessel et levende bilde av befolkningens levkår. Det var gjennomgående en meget fattig befolkning med et usikkert eksistensgrunnlag på grensen av det mulige. Næringsgrunnlaget var før grubevirksomhetens begynnelse

i 1906 jordbruk og fiske. En kald og våt sommer eller et feilslått fiske kunne medføre sult og nødtilstander.

Doktorskyssen står klar ved distriktslegeboligen. Reinskyss var den vanligste transport om vinteren til langt inn i det 20. århundre. Ekteparet Wessel til venstre på fotoet.



Foto: Ellisin Wessel, Tromsø Museum – Universitetsmuseet

Tuberkulosen

Wessel så de fattigslige kår i relasjon til tuberkulosen som viste en raskt økende utbredelse i kommunen fra 1870-årene. Det var de aller fattigste som ble hardest rammet. Det ble på den tid diskutert om lungetuberkulosen kunne helbredes i Finnmark uten gjennomgåelse av en kur i sydlige egne. Blant annet på grunnlag

av egne undersøkelser hevdet Wessel at det var godt mulig, og at klimatiske forhold ikke behøvde legge større hindringer i veien for lungetuberkulosisens helbredelse i Finnmark enn i det øvrige land. «Det var befolkningens mangel på motstandsevne, begrunnet i dens fattigdom, slette boligforhold og som følge derav urenslighet og uvitenhet, i det hele ukultur, som både

gjorde jordbunnen lett mottagelig for smittestoffet og vanskeliggjorde dets bekjempelse». Ikke minst mente Wessel at de elendige boligforholdene var en alvorlig negativ faktor og mente at det

Dr. Wessel så klart sammenhengen mellom fattigdom, dårlige boliger og tuberkulosen som fra 1870-årene økte raskt i kommunen.



Foto: Asbjørn Nesheim, Norsk Folkemuseum



Sør-Varanger kommune har æret Andreas Wessel med et eget gatenavn i Kirkenes.

var en offentlig oppgave å hjelpe den fattige befolkning med lån og bidrag til bygningsmateriale som satte dem i stand til å bygge tilfredsstillende boliger.

Wessel pådrog seg selv en lungetuberkulose i 1890. Han ble etter egne opplysninger behandlet på Rikshospitalet med Koch's tuberkulin og ble ganske frisk etter fire års hvile.

Andreas B. Wessel

Distriktslege Wessel i Sør-Varanger publiserte i 1918 en artikkel hvor han på grunnlag av egne undersøkelser hadde funnet at medfødt hofteledds dysplasi var en recessiv arvelig lidelse. Den var mest utbredt i den samiske del av befolkningen, spesielt blant samiske kvinner. Wessel er den første som påviste arvelighet ved denne lidelsen.

Wessel så klart sammenhengen mellom fattigdom og tuberkulosen som fra 1870-

Samfunnsmedisineren

I medisinalberetninger og andre publikasjoner kan man følge Wessels samfunnsmedisinske utvikling og engasjement. Wessel var blant de leger som mente at medisinalberetningene og andre medisinske opplysninger burde offentliggjøres i lokalpressen. «Disse opplysningene hadde verdi for alle som måtte ønske å sette seg inn i hvorledes utviklingen har skjedd, ikke bare på det medisinske og hygieniske, men også på det kulturelle og sosiale området». Som mange andre i hans stilling ble han

årene økte raskt i kommunen. Ikke minst var de dårlige boliger med overbefolkning og dårlig hygiene en negativ faktor. Wessel gikk sterkt inn for at staten måtte bidra til å bedre boligforholdene og de hygieniske forholdene. Wessel engasjerte seg politisk for å bedre de fattiges kår.

Wessel var svært interessert i Finnmarks historie og i ornitologi og entomologi.

innvalgt i en rekke kommunale verv og var varaordfører for de borgelige 1892–1898. Han var dessuten varamann for de borgerlige på Stortinget i tiden 1892–1894. Etter nesten 20 år som distriktslege i det fattige og avsidesliggende distrikt synes hans samfunnsmedisinske engasjement og innsikt å føre han over på den politiske venstre-side.

I 1904 oppstod det uår og alminnelig nød i Sør-Varanger og Wessel skriver i sin medisinalberetning «Paa de blege magre Ansigter kunde man se, hvorledes hungeren pinte befolkningen. Enkelte Steder udrød Skjørbug, og mange Kreaturer døde af Sult. Det offentlige Fattigvæsenet stod magtesløs, Kommunekassen var tom og Kredit negtedes.» Det oppstod i kommunen sterk politisk uenighet om alvoret og årsaken til nøden. Wessel og hans hustru tok initiativet til et opprop om hjelp fra det øvrige land. I tid faller dette sammen med Wessels endrede politiske innstilling. Han var påvirket av revolusjonære strømninger i Russland.

Han ble valgt til varamann for sosialistene på Stortinget 1907–1909 og var en periode ordfører i Sør-Varanger, 1905–1910, valgt på en sosialistisk liste. Han brukte resultater fra sine medisinske og hygieniske undersøkelser i sin politiske kamp for å bedre fattigfolks kår. Bedriften A/S Sydvaranger ble ofte sterkt kritisert i medisinalberetningene og i lokalpressen for dårlig og farlig arbeidsmiljø og dårlige boliger for arbeiderne og deres familier.

Ellisif Wessel

Ellisif Wessel er godt kjent for sitt politiske samfunnsengasjement. Med sin borgerlige bakgrunn synes hun å ha fulgt den samme politiske utvikling som sin mann. Hun var i 1906 bl.a. medstifter og sekretær i arbeiderforeningen «Nordens Klippe» og var forfatter av mottoet på foreningens fane: «Ned med tronen, alteret, pengevældet». Ellisif Wessel var en meget dyktig fotograf. Hennes fotografier av mennesker og natur i Sør-Varanger og grensestrøkene er i dag en verdifull kulturell samling. Hun var også lyriker og utga flere små diktsamlinger. I 1912 startet hun et meget radikalt tidsskrift «Klasse mot klasse».

Historikeren

Wessels interesse for Finnmarks historie og medisinalhistorie har ført til at vi i dag har et rikt materiale på dette området. Hans vide interessefelt og forskning gikk også utenfor det medisinske fagområdet, blant annet innen ornitologi og entomologi. Dette kommer tydelig frem i den omfattende, om ikke helt fullstendige, oversikt over hans publikasjoner gitt i «Norges leger». Wessel ble 82 år gammel, han døde på Kirkenes i 1940. Hele hans arbeidsaktive liv, 43 år, var viet distriktslegetjenesten i Sør-Varanger. Fra 1918 til han gikk av for aldersgrensen i 1927 var han i tillegg fylkeslege i Finnmark.

Ved en testamentarisk gave fra fru Wessel i 1944, ble «Fylkeslege Wessel

og Frues Fond» opprettet. Fondskapitalen er nå (1999) på kr 110 000. Midler anvendes etter statuttene til vitenskapelig undersøkelser innen de fagområder som var fylkeslege Wessels hovedinteresser.

Et uttrykk for den pris befolkningen satte på Wessel, var at en av hovedgatene i Kirkenes er oppkalt etter ham og at den 17. mai la barnetoget marsjruten forbi hans hjem og hilste ham med hurrarop og flaggvinking. I 1930 ble han utnevnt til Ridder av 1. klasse av St. Olav Orden, «For lang, almennyttig virksomhet i Finnmark». 1

Litteratur:

Forsdahl A., 2000: Finnmarkslegen som påviste arvens betydning for hoftelddysplasi. *Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 22.*

Larsen Ø, red., 1996: Norges leger. Bind V. Oslo; *Den norske Lægeforening.*

Lunde Aa., 1979: Sør-Varangers historie. *Sør-Varanger kommune.*

Wessel AB., 1918: Laaghalte slekter i Finnmarken. *Tidsskrift Norsk Lægeforening.*

Forfatteren:

Anders Forsdahl, tidligere distriktslege i Tana og Sør-Varanger, senere professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø. Professor emeritus fra 2001.

E-post: anders.forsdahl@ism.uit.no

Adresse: Det Medisinske Fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.

APOTEK1 RENEN

Apotek 1 Renen

Telefon 77 60 68 40

Telefaks 77 60 68 48

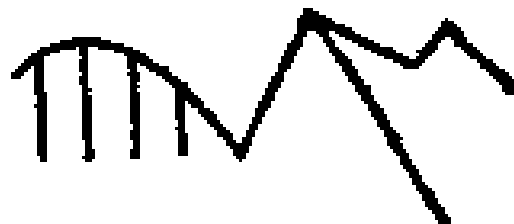
Storgata 76
9293 Tromsø

Åpningstider:

09.00 – 17.00 Hverdager

09.00 – 18.00 Torsdager

10.00 – 15.00 Lørdager



Tromsdalen Apotek

Telefon 77 63 69 00

Telefaks 77 63 69 01

Tromsdalen Apotek i
Amfiseret
Pyramiden

Åpningstider:

09.30 – 19.00 Hverdager

09.30 – 20.00 Torsdager

10.00 – 15.00 Lørdager

Fugler i Nord-Norge



En kjent barnesang lyder «Lerka jubler høyt i sky», men hvor mange kjenner lerkas sang? Fuglesang er vanskelig å gjengi skriftlig, og kan være vanskelig å lære seg. Lettere er det når en kan høre opptak av sangen. Tromsø Museum – Universitetsmuseet har laget CD som omfatter sang og lyder fra fugler som er vanlige i Nord-Norge, og som treffes i en stor del av vår landsdel. Hele 67 fugler er med på **CD-en: «Fuglesang i Nord-Norge»**. Dessverre er ikke alt skriftlig materiale om fugler (fuglebøker o.l.) korrekt for Nord-Norge; dette gjelder særlig for utbredelse. Vi presenterer derfor også utbredelseskart og noe informasjon for de artene som finnes på vår CD i et eget hefte: «**Fugler i Nord-Norge**».

Alle kan ha glede og nytte av CD og hefte. De vil også egne seg til skolebruk.



Vi bestiller herved:

..... eks. CD «Fuglesang i Nord-Norge» á kr. 150,-

..... eks. hefte «Fugler i Nord-Norge» á kr. 50,-

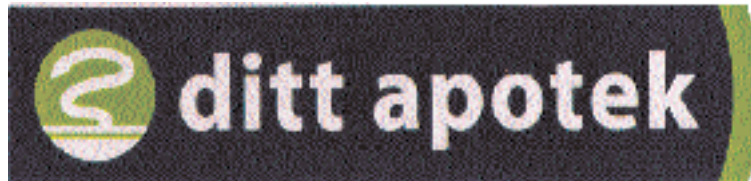
Navn:

Adresse:.....

Postnr.:.....

Poststed:.....

Tromsø Museum – Universitetsmuseet,
Formidlingsenheten, 9037 Tromsø Museum
tlf. 77 64 50 00
fax 77 64 55 20
E-post: shop@imv.uit.no
www.tmu.uit.no



Svaneapoteket i Tromsø

Tlf.: 776 014 80

E-post: Svaneapoteket.tromso@apotek.no

Apoteket med kompetanse og bredt vareutvalg innen:

- *eteriske oljer, droger og krydder*
 - *inkontinens, støttestrømper og kompresjon*
 - *diabetesutstyr og blodtrykksmålere*
- i tillegg til legemidler*

Samleperm for Ottar

Etter mange forespørsler og oppfordringer, kan vi endelig presentere en samleperm for Ottar. Permen er tilpasset det nåværende format, slik det ble seende ut fra og med nr. 1-1987.

Hver samleperm tar to årganger, hvilket betyr at man trenger sju permer for å få plass til årgangene til og med 2000. Hvert nr. festes med to klips, med andre ord, det lages ingen hull i bladet.



Da Ottar la om sitt format i 1987, tenkte man mest på at illustrasjonene skulle komme bedre til sin rett; man tenkte kanskje ikke så mye på at det nye formatet gav et Ottar som var vanskeligere å plassere i ei bokhylle. Men dette har vi altså nå tatt konsekvensen av, og vi regner med at vår samleperm blir et «must» for alle Ottareiere.

Prisen for vårt nye produkt er kr. 49,- pr. perm.
Bestill pr. E-post: shop@imv.uit.no
Fax: 776 45 520
Telefon : 776 45 000
eller benytt bestillingskupongen, adressen er
Ottar
Tromsø Museum
Lars Thøringsvei 10
9037 Tromsø

Jeg bestiller med dette.....stk. samleperm for Ottar á kr. 49,-

Navn.....

Adresse.....

Postnr.....

Poststed.....

Det offentlige helsevesen i nord

Farlige og smittsomme sykdommer som har herjet blant menneskene i mange hundre år er drevet tilbake. Ikke alt, men mye av dette kan tilskrives innsatsen til den offentlige helsetjeneste.

Den økte folkeopplysning og den gradvise bedring av de generelle levevilkår har vært viktige faktorer i sykdomsbekjempelsen. Det er utviklet effektive medisiner mot mange av de farligste sykdommene og kirurgien har gjort kjempeframskritt. Men velstandssykdommene i de vestlige land er blitt økende problem, og enda er det mye som mangler på at utviklingsland får ta del i

de helsegoder som det skulle være mulig å gi i dag.

