

Informasjon, isolasjon og desinfeksjon

Kan nedgangen i barnedødelighet i Kristiansand og Vennesla rundt år 1900 forklares med tiltak satt i verk av de lokale sunnhetskommisjonene?

Kjersti Frøysaa Myhre

Veileder

May-Brith Ohman Nielsen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for historie

Institutt for religion, filosofi og historie

Forord

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått hjelp, veiledning og støtte fra en rekke personer og institusjoner. Ingen av dem kan holdes ansvarlige for innholdet i oppgaven.

Først vil jeg rette en stor takk til veileder professor May-Brith Ohman Nielsen ved Universitetet i Agder for hjelp til alt fra å velge oppgave til å holde meg på riktig spor når jeg kom med funn som var kjempeinteressante, men totalt urelevante for oppgaven. Takk til medstudenter ved fakultet for historie. Det har vært flott å ha personer å diskutere oppgaven med på daglig basis, og som har kommet med oppmuntrende ord og som har latt meg få ut frustrasjon.

En takk rettes også til Universitetsbiblioteket i Agder for god hjelp til å finne litteratur, og til Statsarkivet i Kristiansand for god veiledning og hjelp med materialet, det samme gjelder Riksarkivet i Oslo.

Ellers må jeg takke min gode mann Erlend Myhre for at han har støttet meg og holdt ut med meg og oppgaven i nesten to år. Takk til familie og venner for at de har orket å høre om oppgaven, jeg har vel ikke snakket om noe annet de siste månedene. En spesiell takk rettes til Marianne Rike og pappa Øyvind Rasmussen for korrekturlesing. De har gjort en flott jobb, men kan på ingen måte holdes ansvarlig for eventuelle skrivefeil som fremdeles måtte finnes i oppgaven.

Figurliste og bildeliste

Figurene har fått navn etter kapitlet de står i, hvilket nummer de er i rekken, og hva de viser.

Kapittel 2.0 Kristiansand

Figur 2.1: Fødte og døde, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 31
Figur 2.2: Døde 0 – 1 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 32
Figur 2.3: Døde 1 – 5 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 33
Figur 2.4: Døde 5 – 10 år, Kristiansand 1855 – 1919	s. 34
Figur 2.5: Døde 10 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 35
Figur 2.6 Døde av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 36
Figur 2.7: Døde av sykdommer med vann- og matbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand 1855 – 1919	s. 38
Figur 2.7b: Døde av sykdommer med vann- og matbåren smitte, 0 – 1 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 39
Figur 2.8: Døde innen restkategori, 0 – 15 år, Kristiansand 1855 – 1919	s. 40
Figur 2.9: Døde av skarlagensfeber og difteri, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 53
Figur 2.10: Døde av kopper, 0 – 15 år, Kristiansand 1855 – 1919	s. 60
Figur 2.11: Døde av spanskesyke, lungebetennelse og influensa, 0 – 15 år, Kristiansand, 1915 – 1920	s. 64
Figur 2.12: Døde av bronkitt, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919	s. 66

Kapittel 3.0 Vennesla

Figur 3.1: Fødte og døde, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 72
Figur 3.2: Døde 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 73
Figur 3.3: Døde 0 – 1 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 74
Figur 3.4: Døde 1 – 5 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 75
Figur 3.5: Døde 5 – 10 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 76
Figur 3.6: Døde 10 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 76
Figur 3.7: Døde av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 77
Figur 3.8: Døde innen restkategori, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 78
Figur 3.9: Døde av difteri, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919	s. 91

Figur 3.10: Døde av tuberkulose og tæring, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919 s. 95

Kapittel 4.0

Figur 4.1: Døde innen restkategori, av sykdommer med vann- og matbåren smitte og av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919 s. 98

Figur 4.2: Døde innen restkategori, av sykdommer med vann- og matbåren smitte og av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919 s. 99

Figur 4.3: Døde av barnesykdommer, tuberkulose, bronkitt, lungebetennelse og andre sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919 s. 100

Figur 4.4: Døde av kikhoste, meslinger, skarlagensfeber og difteri, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919 s. 101

Bilde:

Bilde 2.1: Kart over Kristiansand fra 1903 s. 43

2.2.2 Hva diskuterte sunnhetskommisjonen i Kristiansand?	s. 49
2.2.3 Saker	s. 52
2.2.3.1 Skarlagensfeber og difteri	s. 52
2.2.3.2 Barnekopper	s. 60
2.2.3.3 Spanskesyken 1918 – 1919	s. 64
2.2.3.4 Bronkitt	s. 66
2.2.3.5 Tyfoidfieber	s. 67
2.2.4 Deloppsummering	s. 68

Kapittel 3: Vennesla **s. 72**

3.1 Hva døde barn i Vennesla av?	s. 72
3.1.1 Barn 0 – 1 år	s. 74
3.1.2 Barn 1 – 5 år	s. 75
3.1.3 Barn 5 – 10 år	s. 76
3.1.4 Barn 10 – 15 år	s. 76
3.1.5 Døde av sykdommer med luftbåren smitte	s. 77
3.1.6 Døde innen restkategori	s. 78
3.1.7 Deloppsummering	s. 79
3.2 Sunnhetskommisjonen i Vennesla	s. 79
3.2.1 Ei industribygd i vekst	s. 80
3.2.1.1 Vigeland Brug	s. 81
3.2.1.2 Hunsfos Fabrikker	s. 82
3.2.1.3 Kvinnene	s. 84
3.2.2 Sunnhetskommisjonens arbeid	s. 85
3.2.3 Saker	s. 87
3.2.3.1 Difteriepidemi i 1889 – 1890	s. 88
3.2.3.2 Tuberkulose	s. 92
3.2.4 Deloppsummering	s. 95

Kapittel 4: Hva kan forklare nedgangen i antall døde barn?	s. 98
4.1 Hva skjedde i Kristiansand på slutten av 1890-tallet?	s. 102
4.1.1 Bedre boliger	s. 102
4.1.2 Norske Kvinners Sanitetsforening	s. 103
Kapittel 5: Oppsummering og konklusjon	s. 106
Litteraturliste	s. 116
Kildeliste	s. 119
Nettressurser	s. 121
Oversikt vedlegg	s. 122

1.0 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Jeg skal i denne masteroppgaven undersøke om sunnhetskommisjoners tiltak rettet mot barn kan være en av årsakene til nedgangen i barnedødelighet i perioden 1860 – 1920. Jeg vil undersøke hvilke tiltak sunnhetskommisjonene satte i verk rettet mot sykdommer som rammet barn, og for å bedre barns helse også utenom utbrudd av epidemiske sykdommer. Det er fremdeles ikke gitt noe entydig svar på hva som var årsaken eller årsakene til at færre barn døde av sykdommer barn tidligere ikke hadde overlevd. Jeg tror ikke at jeg med å undersøke sunnhetskommisjonenes arbeid vil finne det endelige svaret på mortalitetsfallet blant barn, men jeg tror min undersøkelse vil bidra til en stadig mer nyansert forklaring på nedgangen i barnedødelighet.

Jeg har valgt å konsentrere undersøkelsen min til kommunene Kristiansand og Vennesla. Opprinnelig var planen å også undersøke sunnhetskommisjonen i Nes, men kildematerialet var så oppstykket og smått at det ikke har latt seg gjøre å få laget pålitelige statistikker fra kommunen. Jeg har lagt ved det materialet jeg har fra Nes som vedlegg, siden jeg tror materialet vil kunne brukes til å belyse funnene jeg har kommet frem til på en komparativ måte av de som har interesse for emnet, i alle fall når det kommer til antall døde barn.¹

I starten av perioden jeg skal undersøke, 1860-tallet, var Kristiansand først og fremst en militærby, og den var også en amtsby og Norges femte største by. Mange militære var stasjonert i byen, og det var et ønske å holde dem og deres familier friske. Legene i Kristiansand mente tidlig, før sunnhetsloven og leger andre steder, at sykdommer smittet. Mens andre leger i for eksempel Kristiania var opptatt av hvordan miasmer² påvirket helsetilstanden, var legene i Kristiansand og nærområdet sikre på at sykdommer smittet.

Vennesla var ei industribygd i vekst i perioden 1880 – 1920. På grunn av mangel på registrerte dødsårsaker før 1884, har jeg valgt å starte undersøkelsen i 1884. Dersom det skulle være saker som er av interesse fra sunnhetskommisjonen før dette tidspunktet, vil de bli tatt med. Vennesla hadde to store bedrifter: Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker, den første var et sagbruk som rundt år 1900 ble kjøpt opp av en engelskmann som bygde

¹ Vedlegg 1, s. 123

² ”Gammelt medisinsk begrep for sykdomssmitte som man mente ble overført gjennom luften” <http://www.snl.no/miasme> 15.05.11. Her også tenkt som vær fenomener, som storm, morgenrød, tåke og annet som kunne påvirke om mennesker ble syke

aluminiumsfabrikk på stedet, mens den andre produserte cellulose og papir basert på lokalt tømmer. Fabrikkarbeiderne bodde i nærheten av fabrikkene, mange i boliger bygget av fabrikkens. Dette, sammen med at det fantes egne bruksskoler, gjorde arbeiderne til et samfunn i samfunnet. Vennesla var blant landets første arbeiderstyrte kommuner, og jeg ønsker også å undersøke om dette kan ha hatt noen effekt på sunnhetskommisjonens beslutninger, da sunnhetskommisjonen i Vennesla og i andre landkommuner bestod av det valgte kommune- eller herredsstyret.

Perioden jeg skal undersøke strekker seg fra 1860 til 1920. 1860 er nærmest et gitt starttidspunkt i denne sammenhengen, da sunnhetsloven ble vedtatt 16. mai 1860 og med den kom også loven om sunnhetskommisjoner. For Kristiansand kan jeg starte undersøkelsen i 1860, mens jeg på grunn av begravelleslistene i kirkebøkene fra Vennesla, må starte undersøkelsen i 1884. Det var ikke påbudt å føre dødsårsaker i kirkebøker før i 1887³, og i Vennesla føres altså ikke alle dødsårsaker før i 1884. Derfor mener jeg at dette er riktig tidspunkt for å starte undersøkelsen av Vennesla.

Jeg har valgt å strekke undersøkelsen min frem til 1920. Da får jeg med meg overgangen til et mer moderne helsevesen, blant annet ved opprettelsen av et eget sosialdepartement som tok seg av sosial og helsesaker fra 1916.⁴ En annen faktor som preget perioden etter 1900, var en nedgang i antall fødte barn, også kalt natalitet. Ståle Dyrvik skriver at fødselsbegrensningen spredte seg fra de høyere klassene til arbeiderklassen, og fra by til bygd.⁵ Det nye ved denne fødselsreguleringen var at den ikke skjedde ved ekteskap, men i ekteskapet. Mortaliteten blant barn sank utover på 1900-tallet og det var ikke lenger et ”behov” for å sette like mange barn til verden for å ha en fortsatt befolkningsvekst.⁶

Barn i denne sammenhengen er mennesker under 15 år. Mange av tiltakene sunnhetskommisjonen satte i verk for å begrense sykdom gjaldt spesielt barn. En grunn til dette kan være at voksne hadde en forståelse for at de måtte holde seg borte fra syke mennesker, ikke hoste på andre og følge andre tiltak som ble brukt for å begrense sykdom. Men for barn ville det være lett å glemme hygieneregler de hadde lært hjemme og på skolen, og dermed var sjansen større for at de ble smittet.

Med dette som bakgrunn har jeg valgt meg følgende hovedproblemstilling:

³ Thorvaldsen 1996, s. 85

⁴ Schjøtz 2003, s. 177

⁵ Dyrvik 2004, s. 76 – 77

⁶ Dyrvik 2004, s. 79 – 82

Kan nedgangen i barnedødelighet i Kristiansand og Vennesla rundt år 1900 forklares med tiltak satt i verk av de lokale sunnhetskommisjonene? For å kunne svare på denne problemstillingen har jeg sett det som nødvendig å lage meg tre underproblemstillinger:

- 1) *Hva døde barn i Kristiansand og Vennesla av i perioden 1860 – 1920?*
- 2) *Hvilke grupper med sykdommer opplevde størst endring i antall døde?*
- 3) *Hva slags tiltak rettet sunnhetskommisjonene i Kristiansand og Vennesla mot barn, og kan tiltakene ha hatt en påvirkning på nedgangen i antall døde barn?*

Problemstillingene er avhengige av hverandre på den måten at jeg må svare på underproblemstilling 1 før jeg kan svare på 2, og jeg må ha svar på begge de to første underproblemstillingene før jeg kan svare på nummer 3. Tanken er å undersøke sunnhetskommisjonenes tiltak mot sykdommer i den gruppen av dødsårsaker som hadde størst fall i antall døde. Mer om hvordan jeg har del inn dødsårsaker kommer i innledningens metodedel.

1.2 Historisk bakgrunn

Jeg vil her gi en presentasjon av sunnhetsloven av 1860 som er bakgrunnen for sunnhetskommisjoner. Jeg vil også forklare forskjellen på sunnhetskommisjoner i byene og på landet, da dette blir aktuelt i min undersøkelse siden Kristiansand var en bykommune og Vennesla en landkommune.

1.2.1 Sunnhetsloven av 1860

Ambisjonene for sunnhetsloven som ble vedtatt 16. mai 1860 var at den skulle bringe den relativt nye nasjonen Norge opp blant Europas siviliserte stater. Den store bondestanden i Norge skulle opplyses og kultiveres.⁷ De store koleraepidemiene på 1840- og 1850-tallet hadde vist at det var mangel på et stabilt administrativt apparat til å ta seg av begrensning av sykdommer og de syke, med forankring i en lov.⁸ Det fantes før 1860 midlertidige kommisjoner som arbeidet under store utbrudd av sykdommer, blant annet da antall syke av lepra økte kraftig på Vestlandet, og disse hadde vist seg å være vellykkede.⁹

Anne Lise Seip skriver i *Sosialhjelpsstaten blir til* at sunnhetsloven av 1860 var et uttrykk for felles interesse blant leger og legfolk for å vinne kampen mot epidemiske

⁷ Schjøtz 2003, s. 41

⁸ Schjøtz 2003, s. 43 – 44

⁹ Schjøtz 2003, s. 44

sykdommer og for å bedre helsetilstanden allment.¹⁰ Legevitenskapens mål var å bekjempe sykdom gjennom forebygging og ved å bekjempe sykdomsårsakene, derfor var det viktig at legene kom inn i den offentlige planleggingen gjennom sunnhetskommisjonene.¹¹ I Kristiansand møttes legene til faste legemøter fra 1858. Der ble byens helsetilstand diskutert og informasjon og erfaringer ble utvekslet mellom legene. Alle seks legene i Kristiansand og distriktslege Dietrichson i Mandals legedistrikt, som bodde i Kristiansand, møtte.¹² Vennesla var en del av Mandals legedistrikt, senere Oddernes legedistrikt.

Legene i Kristiansand var tidlig klare over sykdommers smittsomhet. Gjennom sitt arbeid, og utvekslingen av informasjon og erfaringer på legemøtene, ble det stadig mer klart for dem hvordan sykdommer smittet. De forsøkte å overbevise den medisinske eliten i Kristiania, men nådde ikke igjennom med sine tanker før utpå 1860-tallet. Det vil si at sunnhetsloven var vedtatt i en tid da de ledende legene i Norge trodde at miasmer var årsaken til at sykdommer smittet.

Forarbeidet til en sunnhetslov i Norge startet i februar 1858, med blant andre Kristiansandslegen Ernst Ferdinand Lochmann som pådriver. Kommisjonen som ble nedsatt til arbeidet, jobbet i nesten to år før en innstilling ble avgitt i desember 1859.¹³ Men det var ikke uproblematisk å vedta en slik lov, uansett hvor gode intensjonene var. Loven truet individets frihet, en viktig faktor i en liberalistisk tidsalder. Ikke bare ville en lov som sunnhetsloven gi innskrenkning i eiendomsretten, men også i den personlige friheten. For å motvirke at dette skulle bli et problem, ble det bestemt at kommunestyret i landkommunene skulle være sunnhetskommisjonens medlemmer. På denne måten skulle folk være sikret medbestemmelsesrett, siden kommunestyret var folkevalgt. Schiøtz skriver at dette også var et lurt trekk for å overbevise allmuen om viktigheten av tiltak som ble satt i verk av kommisjonene, det var lettere å stole på sine egne enn på fremmede myndigheter.¹⁴

Anne Lise Seip skriver at legene i kommisjonene knyttet sitt arbeid til den europeiske helsebevegelse.¹⁵ Fra 1840-årene ble det arrangert hygienekongresser i Europa, og på en av dem i København i 1858 ble det påpekt at sunnhetsforeskrifter som sikret småfolk bedre boligforhold, var nødvendig ikke bare for sunnhetens skyld, men også for sikkerheten. Det ville forhindre flere revolusjoner.¹⁶ Historikere som Aina Schiøtz mener at den norske

¹⁰ Seip 1994, s. 227

¹¹ Seip 1994, s. 227

¹² Ohman Nielsen 2008, s. 219

¹³ Schiøtz 2003, s. 41

¹⁴ Schiøtz 2003, s. 45

¹⁵ Seip 1994, s. 227

¹⁶ Seip 1994, s. 227

sunnhetsloven ble laget etter engelsk modell, men i en masteroppgave ved Universitetet i Agder fra 2011 skriver Kristin Øvergård Næss at den er inspirert av flere europeiske land som Tyskland, Danmark, Frankrike og Storbritannia¹⁷

Hvor langt inn i folks privatliv skulle man gripe med en sunnhetslov? De voksne ville lettere for å forstå og ta hensyn til foranstaltninger, men hva med barna? Hvor langt skulle man gå i å begrense barns frihet og omgang med andre for å forhindre at de ble smittet av sykdommer? Kunne man holde dem tilbake fra skole og samvær med venner? I årene før 1860 ble det klart for legene i Kristiansand at de var nødt til å lage regler for disse spørsmålene. Grensene måtte trekkes.¹⁸

1.2.2 By og land

Primæroppgaven til sunnhetskommisjonene på landet var å drive opplysningsarbeid.¹⁹ Ohman Nielsen skriver at det hadde vært lite fokus på folkehelse, samfunnshygiene og sanitære tiltak i landkommunene. Det var få av lokalsamfunnene som hadde en lege boende i sin kommune. Distriktslegen i Mandal, Frederik Dietrichson, bodde i Kristiansand, og hadde ansvar for 13 kommuner. Legebesøk i kommunene skjedde da oftest ved tilsyn av syke, eller ved utbrudd av en epidemi. Lokale myndigheter hadde sjeldent eller aldri forholdt seg til medisinske autoriteter eller sett på helse som en sak for lokalpolitikken.²⁰

I byene var sunnhetskommisjonenes fremste oppgave å sanere risikofaktorer. Schiøtz skriver at her skulle man bekjempe sivilisasjonens verste utslag, og kommisjonens sammensetning måtte reflektere oppgavene den skulle løse. Det var derfor klart at byens ingeniør måtte være en del av sunnhetskommisjonen, sammen med en eller flere leger, magistraten og representanter for de folkevalgte.²¹ I veiledningen til sunnhetskommisjonene som kom i 1861, ble det gjort klart at sunnhetskommisjonene i byene skulle drive med næringsmiddelskontroll, de hadde det administrative ansvaret for sanitetsvesenet, renovasjon og vannforskrifter, byggeforskrifter, husdyrhold, luftforurensing spesielt i forbindelse med fabrikker, kirkegårders beliggenhet, sykehus og isolasjon av de syke, smittevernregler, sykdoms- og dødelighetsstatistikk og forhold i arbeiderboliger og arbeidsmiljø. For landdistriktet var ansvarsområdene mange av de samme, men ambisjonsnivået var ikke like høyt. På landet var sunnhetskommisjonens viktigste oppgave å motta og spre kunnskap om

¹⁷ Næss 2011 (leveres i mai 2011)

¹⁸ Ohman Nielsen 2008, s. 225

¹⁹ Schiøtz 2003, s. 45

²⁰ Ohman Nielsen 2008, s. 236

²¹ Schiøtz 2003, s. 45

den alminnelige sunnhetspleie. Det var ønskelig at sunnhetskommisjonene i landdistriktene også kunne være åpne for andre, ikke stemmeberettigede, medlemmer, som skolelæreren, og at forhandlingene skulle være åpne for alle. I motsetning til i byene, var det i veiledningen til sunnhetskommisjonene i landdistriktene detaljerte anvisninger for personlig hygiene.²²

I byene var kommunestyrene mer vant til å ha med leger å gjøre. I Kristiansand hadde legene Ernst Ferdinand Lochmann og Johannes Hansson vært valgte medlemmer av kommunestyret før 1860, og satt frem til 1866, da legen Stener Severin Heyerdahl ble valgt inn. Legene i Kristiansand representerte arbeiderne, og de var medlemmer i arbeiderforeninger. Gjennom å være representanter i kommunestyret hadde legene fått formidlet sine teorier og syn på byens sunnhetsutfordringer til resten av de folkevalgte.²³

1.3 Tidligere forskning på nedgangen i barnedødelighet

Nedgangen i barnedødelighet er en del av en større nedgang i dødelighet, et mortalitetsfall. Jeg mener derfor at jeg ikke kun kan se på forskning som er gjort på nedgang i barnedødelighet, jeg må undersøke bredere og ta med forskning på mortalitetsfallet for alle alderskategorier, men ha nedgangen i barnedødelighet liggende i bakhodet hele tiden. Mortalitetsfallet er igjen en del av den demografiske overgangen. Det som skjer under den demografiske overgangen er at man har en tilstand med høy mortalitet og høy natalitet (antall fødte). Dette gir en tilstand med liten befolkningsvekst. Så synker mortaliteten mens nataliteten fremdeles er høy, dette gir stor folkevekst. Som en siste del av den demografiske overgangen synker nataliteten og man får jevn lav mortalitet og natalitet og befolkningsveksten er igjen liten. Alle i-land har gjennomgått en demografisk overgang.²⁴

Mange har forsøkt å forklare dette fallet i mortaliteten og befolkningsveksten som fulgte. I Norge var den første som prøvde professor i medisin, Frederik Holt i 1827. Han hadde fått i oppdrag å kommentere folketellingen fra 1825. Han oppdaget at det hadde skjedd en stor folkeøkning siden folketellingen i 1815, og dette ønsket Holst og forklare. Han kom opp med to forklaringer; innføringen av poteten i det norske kostholdet og koppevaksinen.²⁵ Ironisk nok kom folkeøkningen Holst forsøkte å forklare på grunn av underregistrering i folketellingen fra 1815.²⁶ Men selv om dette ble oppdaget, var det ingen som tok tak i

²² Schiøtz 2003, s. 82 – 84

²³ Ohman Nielsen 2008, s. 235 – 236

²⁴ Dyrvik 2004, s. 15

²⁵ Dyrvik 2004, s. 35 – 36

²⁶ Dyrvik 2004, 36

forklaringene til Holst, både Anton Schweigaard og Eilert Sundt videreførte tankegangen om poteten og koppevaksinen som forklaring på nedgangen i mortalitet.

Poteten og koppevaksinen fikk stå som vitenskapelige sannheter og ble ikke motsagt før Michael Drake i 1969 gav ut boka *Population and Society in Norway 1735 – 1865*.²⁷ Drake undersøkte de etablerte sannhetene i lys av kronologi og geografi. Det er registrert dødstall i Norge fra 1700-tallet som er inndelt etter de fire bispedømmene, Akershus, Kristiansand, Bergen og Trondheim. Drake oppdaget at mortalitetsfallet ikke hadde kommet på samme tid i de fire bispedømmene, den brå endringen Holst mente å ha sett rundt 1815 fant til en viss grad sted i Akershus og Trondheim, men ikke i Bergen og Kristiansand. På Vest- og Sørlandet hadde mortalitetsfallet kommet mer gradvis, og på Vestlandet var det mulig å spore endringen tilbake til 1760-tallet, mens for Sørlandets del startet mortalitetsfallet på 1780-tallet.²⁷ Drakes forskning viste da at koppevaksinen ikke kunne være årsaken til mortalitetsfallet siden de første forsøkene med koppevaksine fant sted i 1801 i Norge, og først i 1810 ble det påbudt med vaksine for dem som ikke hadde hatt sykdommen. Det hadde også tatt en del år før størstedelen av befolkningen var immune mot kopper.²⁸

Drake undersøkte så om innføringen av poteten i det norske kostholdet kunne ha vært årsaken til mortalitetsfallet. Det hadde tatt lang tid å få poteten inn i kostholdet til alle nordmenn, prester stod på talerstolen og pratet for poteten, men likevel synes folk å ha vært skeptiske. De tidligste opplysningene om poteten i Norge stammer fra 1750-tallet, men først rundt 1800 var poteten i alminnelig bruk på Vest- og Sørlandet, og først på 1830-tallet var poteten i alminnelig bruk i hele landet. Det vil si at poteten var blitt introdusert i det norske kostholdet for sent til at den kunne ha hatt en effekt på mortalitetsfallet. Men, pionerområdet for potetdyrking var det samme området som mortalitetsfallet først startet. Dermed kunne ikke Michael Drake avskrive poteten som forklaring, selv om det var en forklaring han ikke var fornøyd med.²⁹

Den britiske medisineren Thomas McKeown forsøkte i 1975 å finne årsaken til folkeøkningen som hadde funnet sted i Storbritannia på slutten av 1700- og begynnelsen av 1800-tallet. Dette ville han finne ut av gjennom å undersøke årsakene til mortalitetsfallet. Målet var å finne én gylden grunn. McKeown fant raskt ut at den største endringen i dødelighet hadde skjedd innenfor kategorien smittsomme sykdommer, dermed er hans teori

²⁷ Dyrvik 2004, s. 36. Jeg har også benyttet meg av McKeowns verk *The modern rise of population*, men har valgt å bruke Dyrvik som referanse, da Dyrvik gir et godt sammendrag av hovedmomentene ved McKeowns forskning, og det er det jeg er på jakt etter her.

²⁸ Dyrvik 2004, s. 37

²⁹ Dyrvik 2004, s. 37

aktuell for min forskning. For å komme frem til en endelig og gylden årsak brukte McKeown en eliminasjonsmetode.³⁰

Den første forklaringen McKeown undersøkte, var om det kunne ha skjedd en endring i sykdommers dødelighet, i det epidemiske klimaet. Det var vanskelig å komme frem til et endelig svar på denne påstanden, da verken McKeown eller andre hadde tilgang til prøver tatt av syke på 1800-tallet. Han fant ut at skarlagensfeber hadde hatt en skiftende alvorlighetsgrad, men utenom dette, kunne ikke McKeown finne bevis for endringer i det epidemiske klimaet.³¹

Den neste forklaringen McKeown undersøkte var om det kunne være en økologisk årsak til mortalitetsfallet. Med en økologisk forklaring menes her folkeøkning, urbanisering og økt kommunikasjon. I utgangspunktet skulle disse tre faktorene ført til økt mortalitet, ikke lavere mortalitet. Dermed mente McKeown at også denne forklaringen kunne avvises.³²

Tredje forklaringen McKeown undersøkte var om legevitenenskapen og helsestellet kunne gis æren for mortalitetsfallet. Han mente at det først var på 1930- 1940-tallet at det ble mulig å kurere de fleste epidemiske sykdommer med for eksempel penicillin. Det var bare noen ytterst få sykdommer det fantes virksomme medikamenter mot tidligere. Dermed kunne ikke legevitenenskapen brukes som forklaring. Heller ikke helsestellet kunne forklare mortalitetsfallet. Det var først på 1880-tallet at forskere fant de sykdomsfremkallende mikrobenes, og vaksiner som BCG mot tuberkulose kom ikke før på 1920-tallet, og var ikke i alminnelig bruk før etter andre verdenskrig. Forebygging av sykdom på andre måter enn gjennom ren mat og rent vann, mente ikke McKeown at han kunne finne. Og rent vann og ren mat var tiltak rettet mot sykdommer som smittet gjennom nettopp vann og mat, og McKeown hadde vist at det var i sykdommer som følge av luftbåren smitte som hadde hatt den største endringen i dødelighet. Tiltakene som ble satt i verk var rettet mot "feil" gruppe sykdommer.³³

Til slutt mente McKeown at han hadde funnet den endelig og gyldne forklaringen på mortalitetsfallet. Bedre ernæring hadde endret styrkeforholdet mellom verten (mennesket) og parasitten (sykdomsorganismen) i favør av verten. Dette underbygget han med undersøkelser av materiale over kostholdet i Storbritannia fra 17- og 1800-tallet. McKeown fant at en stor omlegging av jordbruket, der færre mennesker klarte å produsere mer mat til en voksende

³⁰ Dyrvik 2004, s. 52

³¹ Dyrvik 2004, s. 53

³² Dyrvik 2004, s. 53

³³ Dyrvik 2004, s. 54

folkemengde, skjedde samtidig med mortalitetsfallet. Dermed konkluderte McKeown med at maten for folk flest hadde blitt billigere og bedre, og at det var rikelig med tilgang på mat.³⁴

I ettertid er McKeown kritisert fordi konklusjonen han kom frem til inneholder en økologisk feilslutning. Han konkluderte med at siden en bedre matproduksjon og starten på mortalitetsfallet sammenfalt kronologisk, måtte det være en sammenheng mellom de to. Men undersøkelsen til McKeown hadde vært for vid til å trekke en slik konklusjon mente andre forskere. McKeown hadde undersøkt England og Wales under ett, men skulle en undersøkelse med en slik konklusjon være gyldig måtte man undersøke hvordan bedret ernæring påvirket mindre grupper, aller helst helt ned på individnivå.³⁵

Allikevel bør ikke ernæring som forklaring på mortalitetsfallet forkastes helt. Humanbiologer og sosialantropologer har vist at mennesker i den vestlige verden de siste hundre årene har økt kroppslengden med gjennomsnittlig 10 – 15 cm. Også alderen for kjønnsmodning har sunket, for begge kjønn. Dette har blitt forklart med et bedre kosthold med flere næringsstoffer.³⁶

Gunnar Thorvaldsen viderefører McKeowns tankegang om at ernæring er en viktig årsak til mortalitetsfallet. I artikkelen *Rural Infant Mortality in Nineteenth Century Norway* skriver han at når det kommer til spedbarnsdødeligheten er ernæring en forklaring som helt klart har noe for seg. Det er bevist at det er store forskjeller på spedbarnsdødeligheten på steder der mødre ammet og steder der barn ikke ble ammet.³⁷ Men Thorvaldsen vil ikke at amming alene skal forklare mortalitetsfallet for spedbarn, også mødrenes stell av barna og etter 1900, det offentlige tiltak for å bedre helsetilstanden, må tas med i forklaringen.³⁸

Å ha ernæring som eneste forklaring er ikke riktig, det er bevist gjennom undersøkelser at mennesker som bodde langs kysten av Norge hadde bedre tilgang til mer variert kost enn mennesker som bodde inne i landet. Men dødeligheten var like stor langs kysten som den var inne i landet. Dette motsier argumentet om bedret ernæring, det samme gjør det faktum at barn av fattige hadde like stor sjanse for å dø som barn av rike foreldre. Disse to faktorene gjør det vanskelig å forklare mortalitetsfallet med bare bedret ernæring.³⁹

Som en del av det stellet mødre gav sine barn, er amming kanskje den viktigste. Dessverre finnes det ikke noe godt kildemateriale som kan vise effekten av amming i Norge.⁴⁰

³⁴ Dyrvik 2004, s. 55 - 56

³⁵ Dyrvik 2004, s. 55

³⁶ Dyrvik 2004, s. 56

³⁷ Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 44 – 45

³⁸ Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 45

³⁹ Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 61

⁴⁰ Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 65

I Danmark og i Sverige er det gjort studier som viser hvilken effekt amming hadde på mortaliteten blant spedbarn, blant annet gikk mortaliteten blant spedbarn ned fra en tredjedel til en femtedel i Nord-Sverige etter at jordmødre i området hadde satt i gang en kampanje for å få flere mødre til å amme.⁴¹

Gunnar Thorvaldsen mener det er vanskelig å slutte opp om en årsak som den endelige som kan forklare mortalitetsfallet. Men han skriver at dersom han måtte velge en årsak som var gyldig over tid og flere steder, er amming forklaringen han ender opp med.⁴²

Sølvi Sogner har forsket på mødrenes rolle i forbindelse med barnedødelighet i artikkelen *A Case Study of Women's Role and Infant Mortality*.⁴³ Også arbeidene til Margunn Skjei Knudsen og Eli Fure tar opp mødrenes rolle som en årsak til nedgang i barnedødelighet i henholdsvis *Vår Frue Sokn i Trondheim*⁴⁴ og i *Asker og Bærum*.⁴⁵

Historikeren Aina Schiøtz skriver kort om barnedødelighet i sitt bind av *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003*, bind 2 *Folkets helse – landets styrke*.⁴⁶ Hun kommer foretar en gjennomgang av de flere av artiklene som er nevnt her, og kommer frem til at årsaken til nedgangen i barnedødelighet er sammensatt. Schiøtz er skeptisk til å forklare nedgangen med amming, og mener en bør ta i betraktning ”hygiene (personlig og offentlig), ernæring, boforhold, klimatiske forhold og vann- og matforsyninger.”⁴⁷ Selv om Schiøtz ikke ser på amming som den endelig årsaken til nedgangen i barnedødelighet, er hun enig med den danske historikeren Anne Løkke som i sin studie *Døden i barndommen*.

Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprosesser i Danmark 1800 – 1920,⁴⁸ påviser at amming var den største positive enkeltfaktor. Også i Sverige er det forsket på barnedødelighet og amming, og den svenske historikeren Anders Brändström viser i sin undersøkelse *De kärlekslösa mödrarna: Spädbarnsdödeligheten i Sverige under 1800-talet med särskilt hänsyn til Nedertorneå* at barnedødeligheten var svært høy fordi mødrene sjeldent ammet. Brändström viser at barnedødeligheten sank da mødrene ammet mer på 1850-tallet.⁴⁹

I artikkelen *Death and Disease in Urban Norway: The Mortality Transition in Kristiania, Bergen and Trondheim in the Second Half of the Nineteenth Century* tar William Hubbard opp offentlig helsestell som en mulig forklaring på mortalitetsfallet. Hubbard

⁴¹ Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 62

⁴² Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 74 – 75

⁴³ Thorvaldsen i Hubbard et. al. 2002, s. 43

⁴⁴ Knudtsen 1997

⁴⁵ Fure 2004

⁴⁶ Schiøtz 2003

⁴⁷ Schiøtz 2003, s. 107

⁴⁸ Løkke 1998

⁴⁹ Brändström 1984

konsentrerer sin undersøkelse til de tre største byene i Norge: Kristiania, Bergen og Trondheim.⁵⁰ I Norge kom det et skifte i mortaliteten i byene i 1890-årene. Frem til dette var dødeligheten høyere i byene enn på landet, men dette endret seg, og i 1920 var situasjonen snudd, dødeligheten var lavere i byene enn på landet. Skiftet kom samtidig med en opptrapping i det offentlige helsevesenet i Norge.⁵¹ Men selv om disse to faktorene sammenfaller, er det ikke nok til å hoppe på en konklusjon om at det er en sammenheng mellom dem. Som et eksempel på dette trekker Hubbard frem spedbarnsdødeligheten.⁵² Mortaliteten for spedbarn falt brått rundt 1900, og Hubbard mener at det er klart at tiltakene det offentlige helsevesenet satte i verk har en del av æren for dette. Men, det er vanskelig å bevise at tiltakene hadde effekt. Det offentlige helsevesenet kontrollerte mat og vann. Renere mat og renere vann skulle hatt en effekt på dødeligheten av sykdommer som for eksempel kolerine, men dødsraten for kolerine fortsatte å svinge også etter at tiltak var satt i verk.⁵³

En siste forklaring som er forsøkt til å forklare mortalitetsfallet er klimatiske forhold. Den franske demografen Dupâquier undersøkte dødeligheten i Parisbassenget (området rundt Paris) på slutten av 1600-tallet og begynnelsen av 1700-tallet. Han fant at mortaliteten gikk i bølger, med toppår i 1693 og 1709. Dødstallene bygget seg opp mot toppårene og sank etterpå. Dette kunne vanskelig forklares med klima, mente Dupâquier. Han mente at den bølgeformede mortalitetsraten måtte komme av at folk som ble rammet av sykdommer i tiden rundt toppårene bygget opp immunitet. Den immune delen av befolkningen ble gradvis byttet ut, og immuniteten forsvant for enkelte sykdommer, dermed kunne nye bølger av sykdommer slå ut i befolkningen. Men, Dupâquier kunne ikke se helt bort i fra at i toppårene 1693 og 1709 hadde det vært uår i Frankrike.⁵⁴

Også William Hubbard tar opp klima som en forklaring på mortalitetsfallet i norske byer. Han skriver at det er en kjent sammenheng mellom varme, tørre sommere og økt antall tilfeller av syke og døde av kolerine. Sommerne rundt århundreskiftet i hovedstaden var kalde og våte, og dødeligheten av kolerine sank. Det er ikke umulig at dette var en del av den store nedgangen i spedbarnsdødeligheten som er observert rundt år 1900. Men da det kom varme og tørre sommere noen år senere, steg ikke dødstallene for kolerine tilbake til samme nivå som før 1900.⁵⁵

⁵⁰ Hubbard i Hubbard et. al. 2002. s. 23

⁵¹ Hubbard i Hubbard et. al. 2002, s. 36

⁵² Hubbard i Hubbard et. al. 2002, s. 39

⁵³ Hubbard i Hubbard et. al. 2002, s. 39

⁵⁴ Dyrvik 2004, s. 59 – 60

⁵⁵ Hubbard i Hubbard et. al. 2002, s. 41

Den tidligere forskningen har vist at det kan være mange grunner til mortalitetsfallet. Jeg har presentert de jeg mener er de mest sentrale og sett både innenlands og utenlands. Ingen ser ut til å ha kommet med en årsak som er gyldig flere steder og over lang tid. Ståle Dyrvik oppsummerer jakten på en årsak til mortalitetsfallet slik: "... antar vi såleis ei forskyvning i årsaksmønster, frå dei uklare og diffuse økonomiske og administrative over mot dei meir spesifikke og dei meir medisinske."⁵⁶

1.4 Tidligere forskning på sunnhetsloven og sunnhetskommisjoner

Det verket som er mest aktuelt for meg i denne oppgaven er *Mennesker, makt og mikrober* av May-Brith Ohman Nielsen. Verket er aktuelt fordi forfatteren har undersøkt og arbeidet med temaer som forebyggende helsearbeid, epidemihistorie og epidemibekjempelse på Agder. Perioden er en litt annen enn den jeg undersøker, 1830 – 1880, men jeg vil kunne ha nytte av den for å få et bilde av hvordan Sørlandet og det medisinske miljøet her var før den perioden jeg undersøker i denne oppgaven, 1860 – 1920, og i de 20 første årene av min undersøkelsesperiode. Ohman Nielsen viser i *Mennesker, makt og mikrober* hvordan de undersøkte sunnhetskommisjonene i landsdelen så på hver sykdom som en spesifikk, egen sykdom, ikke bare som en feber eller barnesykdommer generelt.⁵⁷

Aina Schiøtz' bind av *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003*, bind 2, *Folkets helse – landets styrke* vil i tillegg til å brukes når jeg undersøker barnedødelighet, være et aktuelt verk innenfor offentlig helsearbeid. Schiøtz diskuterer kort hvor (lite) godt likt distriktslegen var som leder av sunnhetskommisjonene på bygdene, og hvordan befolkningen mottok de påbud og forordninger som kom fra sunnhetskommisjonene.⁵⁸ Dette kan være en inngangsport til å forstå sunnhetskommisjoner på landet og forskjellen fra byene.

Fokuset i Anne Lise Seips *Sosialhjelpsstaten blir til* er på de fattige samfunnet. Seip har et annet perspektiv på sunnhetsloven enn hva for eksempel Schiøtz har. Seip ser loven fra de fattiges side og trekker frem at sunnhetsloven også var til for å sikre bedre boligforhold for de fattige, og at dette ville virke preventivt mot eventuelle opprør og revolusjoner.

1.5 Metode

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av metode som bygger på Thomas McKeown's metode fra 1976. Jeg har valgt å tilpasse den til mine funn og mine forhold.

⁵⁶Dyrvik 2004, s. 75

⁵⁷ Ohman Nielsen 2008

⁵⁸ Schiøtz 2003, s. 92

Den britiske medisineren Thomas McKeown gav i 1976 ut boka *The Modern Rise of Population*. I et forsøk på å forklare den store folkeøkningen i Storbritannia som skjedde fra midten av 1700-tallet i vesten. Tidlig slo McKeown fast at folkeøkningen i stor grad skyldtes et enestående fall i mortaliteten, og denne nedgangen ønsket han å forklare.⁵⁹

For å forklare mortalitetsfallet ville McKeown undersøke utviklingen av dødsårsaker. Han tok utgangspunkt i dødsårsaker fra 1848 til 1854 og dødsårsaker fra 1971 og ønsket å se hvordan dødsårsakene hadde endret seg over tid. Allerede her er det nødvendig å nevne noe av kritikken som kom mot McKeown. For at dødsårsakene som ble ført kan regnes som troverdige, måtte det være en lege som hadde undersøkt alle som døde og alle legene i Storbritannia måtte være enige om kriteriene for å stille en dødsårsak. Men McKeown valgte å undersøke dødsårsakene som de stod, uten å ta hensyn til dette.

McKeown delte dødsårsaker inn i flere kategorier, jeg har valgt å fokusere på fire av dem: luftbåren smitte, vann- og matbåren smitte, smitte mellom mennesker og dyr eller mellom mennesker og en restkategori. I kategorien med sykdom som følge av luftbåren smitte hører alle barnesykdommene til, skarlagensfeber, difteri, kikhoste, meslinger, i tillegg til sykdommer som kopper, influensa, tuberkulose, og bronkitt. Den neste kategorien består av sykdommer som dysenteri, tyfoidfieber, diaré, kolera og andre magesykdommer. Jeg har også plassert dødsårsakene ”mavesykdom” og ”mavekatarr” i denne kategorien. Den tredje kategorien jeg har med fra McKeown består av vektorbårne sykdommer, altså sykdommer som smitter mellom mennesker og dyr eller mellom mennesker. Til denne kategorien hører sykdommer som pest, tyfus, malaria og syfilis til. Den siste kategorien er en restkategori for alle de dødsfallene som skyldtes noe annet enn mikrober, som for eksempel hjertefeil, slag, kreft. Jeg har også plassert dødsårsakene krampe, svak og for tidlig født her. Også barn som ikke ble ført med dødsårsak i begravelleslistene har jeg valgt å plassere i denne kategorien.

Formålet til McKeown med denne inndelingen av dødsårsaker var å kunne se hvordan forskjellige sykdommer og sykdomsgrupper ble påvirket av ulike årsaker i tidsrommet der mortalitetsnedgangen hadde skjedd. Det første McKeown observerte var at den største delen av dødsfallene i 1848-54 skyldtes dødsfall av smittsomme sykdommer, og innenfor denne igjen var det de sykdommene som hadde en luftbåren smittevei som hadde hatt størst endring frem til 1971.⁶⁰

McKeown brukte deretter en eliminasjonsmetode for å komme frem til en endelig årsak til mortalitetsfallet. Jeg har valgt å bruke McKeowns metode til å dele inn dødsårsaker

⁵⁹ Dyrvik 2004, s. 52

⁶⁰ Dyrvik 2004, s. 53

og undersøke dem opp i mot en årsak. Årsaken jeg har valgt meg ut er sunnhetskommisjonene og deres tiltak. Jeg har også valgt et annet tidsspenn enn det McKeown brukte, jeg vil se på en kontinuerlig utvikling av dødsårsaker fra 1860 til 1920. Jeg tror at jeg ved dette bedre vil se de konkrete endringene som kan ha kommet som følge av sunnhetskommisjonens tiltak. I første omgang vil jeg se på utviklingen til grupper av dødsårsaker, men i del to av oppgaven vil jeg vise hvordan utviklingen har vært for enkelte sykdommer.

Jeg har valgt å gi en oversikt over hvor mange barn som ble født og hvor mange som døde hvert år de tre stedene jeg undersøker. For å finne frem til antall fødte har jeg benyttet meg av listen over døpte i kirkebøker. Jeg har da registrert hvilket år barnet er født i, ikke når det ble døpt. Enkelte ganger var det barn på et par år som ble døpt, og jeg mener jeg får et mer riktig bilde av fødte og døde, ved å plassere dem i det året de er født i, og ikke det de ble døpt i.

Jeg har valgt å konsentrere meg om barn under 15 år i denne undersøkelsen, det vil si at jeg i begravelleslistene har funnet frem til barn som ikke er fylt 15 år enda. Barna er delt inn i alderskategorier, spedbarn under 1 år, mellom 1 og 5 år, 5 til 10 år og 10 til 15 år. Med denne inndelingen mener jeg at jeg kan se endringer innen de forskjellige aldergruppene. Jeg forventer at utviklingen er forskjellig i kategoriene 0 – 1 år og 10 – 15 år. Barna som nærmet seg 15 år, var snart voksne, og jeg tror jeg i den kategorien vil finne en mer stabil mortalitetsrate enn det jeg vil for spedbarna.

1.6 Kildestatus

Jeg vil nå gå nærmere inn på hva slags kilder jeg har brukt til å svare på denne oppgaven, og hva jeg har kunnet få ut av dem.

For å kunne svare på del 1 av oppgaven som spør om hva barn på Agder dør av, har jeg brukt begravelleslister fra kirkebøker. Jeg har også brukt medisinalberetningene fra legene i Lister og Mandals Amt. I oppgavens andre del har jeg for det meste brukt forhandlingsprotokollene fra sunnhetskommisjonene/helserådene i Kristiansand, Vennesla og Flekkefjord.

1.6.1 Kirkebøker og dødsårsaker

Jeg har benyttet meg av både klokkerbøker og ministerialbøker. Kirkebøkene ble ført i to eksemplarer, og disse måtte ikke oppbevares i samme hus for å unngå at begge skulle gå tapt i en brann. Det kan være noe forskjell på dem, jeg har der det har vært mulig valgt den som har

flest dødsårsaker. Ofte er det slik at klokkerboken er mer nøyaktig enn hva ministerialboken er, men det er ikke en regel. Dette kan være fordi stedets innbyggere hadde bedre kontakt med klokkeren enn hva de hadde med presten som opplevdes som en myndighetsperson det var vanskelig å ha kontakt med. For perioder eller steder jeg har undersøkt har kun en av de to formene for kirkebøker vært tilgjengelige, og jeg har da måttet benytte meg av den. Kirkebøkene er for det meste digitalisert og finnes på www.digitalarkivet.no. Jeg har valgt å benytte meg av de digitaliserte utgavene i stedet for originalene som finnes ved statsarkivet i Kristiansand.

Ikke alle begravelseslistene er fullstendige når det kommer til dødsårsaker. Før 1877 var det kun påbudt å føre dødsårsak ved smittsom sykdom og ulykke. Fra 1877 ble det påbudt å føre alle dødsårsaker, men påbudet ble ikke satt i verk før i 1888. Jeg har da støtt på det problemet at ikke alle stedene jeg undersøker har kirkebøker der dødsårsaker er ført i begravelseslistene så langt tilbake som i 1860, som jo er starten av den perioden jeg skal undersøke. Jeg har da valgt å starte undersøkelsen av stedet det året det føres dødsårsaker for de aller fleste døde på et sted. I Vennesla i 1879, mens jeg i Kristiansand kan starte undersøkelsen i 1860. I Kristiansand ble det ført dødsårsaker også før 1860. For å få med meg hvordan situasjonen var i byen når det kom til hva barn døde av før 1860, har jeg for Kristiansand valgt å strekke undersøkelsen tilbake til 1855.

I begravelseslistene har jeg kommet over en del dødsårsaker jeg føler trenger en forklaring, og jeg mener det vil være riktig av meg å gi en forklaring på hvorfor jeg har valgt å plassere dem som jeg har gjort i Thomas McKeowns system. Den første av disse er ”hjernebetennelse,” også kalt encefalitt. Hjernebetennelse er en betennelse i selve hjernevevet, og det er en forskjell mellom hjernebetennelse og hjernehinnebetennelse. I Store Medisinske Leksikon (SML) står det at hjernebetennelse ofte kommer i forbindelse med eller etter en annen virusinfeksjon som for eksempel polio. Dersom kvinner får toksoplasmose under et svangerskap, kan barnet bli født med alvorlig hjernebetennelse.⁶¹ Dette kan være forklaringen på at en del av de minste barna i min undersøkelse døde av nettopp hjernebetennelse.

Symptomer på hjernebetennelse kan være tilleggsymptomer for andre infeksjonssykdommer som skarlagensfeber, kikhoste, vannkopper, mononukleose, røde hunder og meslinger.⁶² Når jeg finner mange tilfeller av hjernebetennelse i mine undersøkelser tror jeg at disse har sammenheng med utbrudd av de nevnte

⁶¹ Gjerstad, Leif: ”Hjernebetennelse” Store Medisinske Leksikon
http://www.snl.no/sml_artikkel/hjernebetennelse 12.04.11 kl. 17:00

⁶² Gjerstad, Leif: ”Hjernebetennelse” Store Medisinske Leksikon
http://www.snl.no/sml_artikkel/hjernebetennelse 12.04.11 kl 17:00

infeksjonssykdommene. Det er et påfallende trekk at hjernebetennelse opptrer i stort antall under epidemier av andre smittsomme sykdommer. Jeg har derfor valgt å plassere hjernebetennelse under sykdommer med luftbåren smitte, siden den ofte opptrådte i forbindelse med sykdommer som smittet via luften.

Vatersott har jeg valgt å plassere i en restkategori i McKeowns system. Vatersott er et gammelt navn på ødem, altså en sykkelig opphopning av vann i kroppen. Enda et navn på det samme som jeg også har funnet i begravelleslistene er hydrops. Vatersott sees ved sykdommer der det er en nedsatt proteinkonsentrasjon i blodet og ved hjertesvikt. Nedsatt proteinkonsentrasjon i blodet kan i mange tilfeller komme av underernæring. Det kan også forekomme ved nedsatt nyrefunksjon eller ved tarmproblemer.⁶³ Dermed blir det naturlig å plassere denne dødsårsaken i en restkategori med dødsårsaker som ikke ble fremkalt av en mikrobe.

Rakitt, eller engelsk syke, er også en dødsårsak jeg har funnet flere ganger i det eldste materialet jeg har undersøkt. Rakitt er en ernærings- og stoffskiftesykdom hos barn som skyldes mangel på vitamin D. Dette fører til mineralisering av benvevet, og sykdommen er karakterisert av vekstforstyrrelser i skjellettet.⁶⁴ På bakgrunn av dette har jeg valgt å plassere rakitt eller engelsk syke i en restkategori.

Dødsårsakene svak og krampe har jeg også valgt å plassere i restkategorien etter Thomas McKeowns metode. Dette er uspesifikke dødsårsaker. En krampe er i seg selv ingen sykdom, men det kan være et symptom på eller en komplikasjon ved en sykdom. I all hovedsak er det barn under to år som er ført med dødsårsaken krampe i begravelleslistene. Ved tilfeller av for eksempel hjernebetennelse er krampe et symptom.⁶⁵ Krampe er også et vanlig symptom ved epilepsi, mangel på salter i varmen og ved hodeskader.⁶⁶ Med andre ord er krampe et symptom på mange forskjellige tilstander, så hva barna som er ført med krampe som dødsårsak i begravelleslistene egentlig døde av, er vanskelig å si.

Svak⁶⁷ blir brukt som dødsårsak gjennom hele perioden jeg har undersøkt, 1860 – 1920. Jeg har ikke klart å finne ut hva som menes med svak som dødsårsak, men jeg tror dette er en betegnelse som ble brukt om barn som har hatt en lidelse legene ikke har kunnet

⁶³ Arnesen, Harald: "Ødem" Store Medisinske Leksikon http://www.sn1.no/sml_artikkel/%C3%B8dem 12.04.11 kl. 17:00

⁶⁴ Halse, Johan: "Rakitt" Store Medisinske Leksikon http://www.sn1.no/sml_artikkel/rakitt 12.04.11 kl 17:00

⁶⁵ Gjerstad, Leif: "Hjernebetennelse" Store Medisinske Leksikon http://www.sn1.no/sml_artikkel/hjernebetennelse 13.04.11 kl 14:00

⁶⁶ "Krampetilstand" Store Medisinske Leksikon http://www.sn1.no/sml_artikkel/krampetilstand 13.04.11 kl. 14:00

⁶⁷ Med svak mener jeg her dødsårsaker som "svak fra fødselen," "medfødt svakhet" og "alminnelig svakhet"

identifisere eller som hadde fått får lite næring under svangerskapet og var lite og svakt ved fødselen. Svak er ikke et annet navn på fortidlig fødte barn, de er ført i begravelseslistene med dødsårsaken ”for tidlig født.” I perioden 1870 til 1874 ble 50 av barna som døde i Kristiansand oppført med svak som dødsårsak. Det var ikke bare spedbarn som ble skrevet inn i begravelseslistene med dødsårsaken svak, selv om det i all hovedsak er dem det gjaldt, også barn oppe i fireårs alderen ble ført med ”svak fra fødselen” som dødsårsak. Jeg tror dette kan ha vært autister eller barn med en annen form for psykisk lidelse, eller som har vært ressurssvake, men det er vanskelig å bevise noe når det gjelder denne gruppen da det ikke er skrevet noe om dette.

Den siste dødsårsaken jeg ønsker å si noe om her er ”får tenner.”⁶⁸ Denne dødsårsaken opptrer for det meste før 1880. I perioden 1855 – 1859 er det ført 17 barn under 1 år med denne dødsårsaken i begravelseslistene fra Kristiansand. Å få tenner er i seg selv ikke dødelig, forklaringen på dødsårsaker som denne er nok at barna hadde en eller annen sykdom som for eksempel hadde kramper som komplikasjon (gjelder ”kramper får tenner”), og så fått tenner samtidig. Alle som er ført med å få tenner som dødsårsak var mellom 4 og 12 måneder, en alder der det er vanlig at barn får sine første tenner. Tannfrembrudd er også forbundet med lett feber⁶⁹, som muligens på grunn av uvitenhet, kan ha blitt forvekslet med andre sykdommer.

1.6.2 Sunnhetskommisjonenes forhandlingsprotokoller

Til denne masteroppgaven har jeg undersøkt forhandlingsprotokollene til sunnhetskommisjonene i Kristiansand og Vennesla. Disse finnes på Statsarkivet i Kristiansand. Jeg har valgt å begrense undersøkelsen min til forhandlingsprotokollene. På grunn av tids- og plassbegrensning har jeg måttet droppe og undersøke kopibøker og andre registre.

Forhandlingsprotokollene varierer veldig i hvor mye informasjon de inneholder og i møtetfrekvens. For Kristiansand føres det referat fra flere møter hvert år. Protokollen er uten hull og det skrives fylldige referater fra møtene. Dessverre er det slik at det i enkelte saker ikke følges opp med hva som skjedde etter at tiltak var satt i verk. Men gjennom forhandlingsprotokollene er det mulig å få vite noe om sunnhetstilstanden i byen og hvordan sunnhetskommisjonen vurderte den og trusler som måtte komme i form av epidemiske sykdommer. Å sammenholde forhandlingsprotokollene med begravelseslistene har gitt meg en god pekepinn på når det er store utbrudd av sykdommer og hva som ble gjort med dem.

⁶⁸ Med ”får tenner” mener jeg har også dødsårsaker som ”krampe får tenner” og ”slag for tenner”

⁶⁹ Helsedirektoratet: http://www.helsedirektoratet.no/tannhelse/forste_tenner/ 10.04.11 kl 18:00

For Vennesla mangler jeg informasjon fra 1870 til 1881 og fra 1882 til 1888. Det kan virke som om sunnhetskommisjonen ikke har avholdt møter i denne perioden, i alle fall rapporterte ikke distriktslegen å ha vært tilstede på noen møter i sunnhetskommisjonen i Vennesla i denne perioden, mens han hadde vært andre steder.⁷⁰ Dette har gjort at jeg har lite informasjon fra denne perioden i bygda. Heldigvis er det materiale fra en periode som i mine øyne er veldig interessant i bygdas historie, nemlig slutten av 1880-tallet og fremover med oppbygging av Hunsfos Fabrikker. Mer om dette i del 2.5 av oppgaven. Her har jeg også funnet nok stoff til at jeg vil si at jeg kan gi et godt bilde av hvordan sunnhetskommisjonen i Vennesla arbeidet under utbrudd av en epidemi og hvordan den håndterte saker som handlet om barns helse.

1.6.3 Medisinalberetninger

Medisinalberetningene for Lister og Mandals Amt finnes ved Riksarkivet i Oslo. Jeg har tatt for meg beretningene for perioden 1860 til 1920. Her har jeg fokusert på innberetningen fra stadsfysikus i Kristiansand og distriktslegen i Oddernes.

Jeg har brukt medisinalberetningene for å finne ut hvor mange barn som faktisk var syke under store epidemier, og hvordan legene så på disse utbruddene. Til slutt har jeg også brukt medisinalberetningene til å gi en miljøskildring der det har vært mulig å bruke dem til det.

Medisinalberetningene gir ikke nødvendigvis en utfyllende beskrivelse av det arbeidet som er gjort for å begrense sykdommer, men av og til forekommer det at legen har gitt en kommentar til hva sunnhetskommisjoner eller andre har gjort i forbindelse med utbrudd av sykdommer. Der det har vært relevant har jeg benyttet meg av disse kommentarene for å gi et mer nyansert bilde av hvordan situasjonen under en epidemi var, og hvordan andre enn sunnhetskommisjonen så på den.

Medisinalberetningene er skrevet etter en formel, og dette kan gjøre at informasjon jeg hadde syntes var viktig ikke er kommet med. Jeg skulle gjerne ønsket at medisinalberetningene kunne fortelle hvordan arbeidet til sunnhetskommisjonene fungerte osv, men det gjør de for det aller meste ikke. Som en del av formelen medisinalberetningene er skrevet på, er det også vedlagt en del skjemaer som viser blant annet månedsvise sykelister og årlige rapporter om alle som er behandlet av stedets leger. For Kristiansand er dette verdifullt materiale fordi det gir meg mulighet til å si hvor mange som ble syke under utbrudd

⁷⁰ RA: MLM 1872

av en epidemi, og jeg kan da vurdere om sunnhetskommisjonen gjorde de tiltakene som hadde vært nødvendige, eller om de overvurderte sykdommen. Dessverre er ikke disse skjemaene for Oddernes delt opp etter kommune, for det meste har distriktslegen i Oddernes rapportert inn alle pasienter i sitt legedistrikt han har behandlet. Dette gjør at jeg ikke kan finne ut konkret hvor mange som ble syke av en sykdom i Vennesla, med mindre distriktslegen det året så seg nødt til å presisere dette i teksten som fulgte med skjemaene.

1.7 Oppgavens oppbygging

Jeg har valgt å dele denne oppgaven i to hoveddeler, en om Kristiansand og Vennesla. Først vil jeg vise hvor mange barn som døde i Kristiansand, og hva de døde av ut fra Thomas McKeowns inndelinger av dødsårsaker. Videre vil jeg presentere Kristiansand for å sette sunnhetskommisjonens arbeid i en kontekst. Blant annet gjennomgår jeg byens befolkning og legenes syn på smitte. Så vil jeg vise hva sunnhetskommisjonen i Kristiansand drev på med i perioden 1860 til 1920. Jeg har valgt å vise en del saker som jeg mener er representative og vil gi et godt innblikk i hva sunnhetskommisjonen gjorde. Av saker som undersøkes spesielt har jeg valgt meg ut skarlagensfeber og difteri for hele perioden, barnekopper, spanskesyken, bronkitt og tyfoidfeber. Valgene er tatt på bakgrunn av funnene som er gjort i undersøkelsen av hvilken kategori av dødsårsaker som hadde størst endring i antall dødsfall.

Når det gjelder delen om Vennesla vil jeg gå frem på samme måte som for Kristiansand. Materialet er ikke like stort for Vennesla, derfor blir det en noe kortere del. Jeg vil fokusere på industrien i Vennesla, Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker. Veldig mange av barna som døde av epidemiske sykdommer, hadde tilknytning til disse stedene. Sakene jeg har valgt å undersøke nærmere for Vennesla er difteriepandemien i 1889 – 1890 og tuberkulose etter 1910. Dette er ikke saker som er representative for materialet, dette er de to sakene der det er ført størst mengde referater, men jeg mener de kan belyse sunnhetskommisjonens arbeid. Det viser også at den var aktiv ved utbrudd av smittsomme sykdommer som difteri og at den tok kampen mot tuberkulose alvorlig.

På bakgrunn av kunnskap jeg har opparbeidet meg i løpet av arbeidet med denne masteroppgaven, ser jeg det som nødvendig å ha med et kapittel som viser hvordan utviklingen for antall døde av sykdommer med luftbåren smitte utviklet seg i Kristiansand. På bakgrunn av resultatene i dette kapitlet, kapittel fire, har jeg kommet frem til to faktorer som jeg mener kan ha hatt en innvirkning på nedgangen i barnedødelighet, nemlig bedre boforhold og Norske Kvinners Sanitetsforenings aktivitet.

Til slutt vil jeg forsøke å trekke trådene sammen til en konklusjon som skal svare på problemstillingene.

Kapittel 2.0: Kristiansand

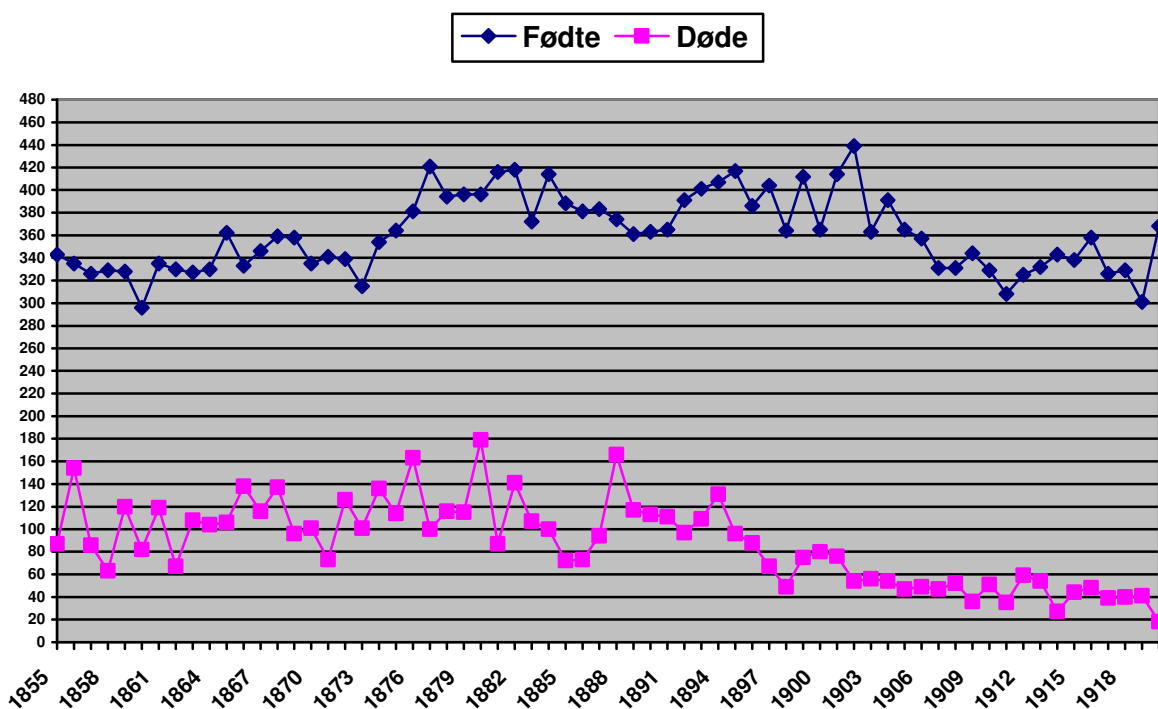
I dette kapitlet vil jeg vise hvor mange barn som ble født og som døde i Kristiansand, hvordan utviklingen i antall døde så ut i de forskjellige aldergruppene og innenfor kategorier av dødsårsaker. Deretter vil jeg gå videre til et delkapittel som heter ”Sunnhetskommisjonen i Kristiansand.” Først vil jeg gi en beskrivelse av Kristiansand i perioden jeg undersøker, hva som gjør byen spesiell, hva sunnhetskommisjonen gjorde, og så hva sunnhetskommisjonen gjorde ved utbrudd av smittsomme sykdommer. Jeg har valgt utbrudd av smittsomme sykdommer på bakgrunn av funn i første del av kapitlet.

2.1 Hva døde barn i Kristiansand av?

I dette delkapitlet vil jeg vise hvor mange barn under 15 år i Kristiansand som døde i perioden 1855 – 1920. Jeg har valgt å strekke perioden noe i forhold til oppgavens problemstilling, for å få med fem år før sunnhetskommisjonen startet sitt arbeid. Etter at jeg har gitt en oversikt over hvor mange barn som døde, delt dem inn etter alder, vil jeg gå videre til å dele antall døde inn etter Thomas McKeowns modell. Her har jeg valgt å ta med kategoriene luftbåren smitte, vann- og matbåren smitte og restkategori. Den tredje kategorien, smitte mellom mennesker og dyr og mellom mennesker er utelatt fordi det nesten ikke var dødsfall innen denne kategorien blant barn. Jeg vil dermed ikke ha noe godt materiale å presentere i den kategorien.

Jeg har valgt å presentere noe av materialet i femårsbolker for å vise tendenser. Dette gjelder for alderinndelingen og de forskjellige kategoriene med sykdommer. I oversikten over antall fødte og døde i Kristiansand, har jeg valgt å ha med tall fra hvert år. Dette gjør jeg fordi jeg mener det også er viktig å gi alle tallene for å vise de store utslagene utbrudd av sykdommer hadde på antall døde, det er et moment som ikke kommer med når tallene blir presentert i femårsbolker.

Figur 2.1 Fødte og døde i Kristiansand, 0 – 15 år, 1855 – 1919



Figur 2.1 viser antall fødte og døde i Kristiansand i perioden 1855 til 1920. Jeg har kommet frem til tallene for fødte ved å registrere døpte fra kirkebøkene fra Kristiansand.⁷¹ Listene over døpte forteller også hvilket år barnet var født i. Dermed har jeg kunne registrere fødte i de forskjellige årene, noe som gir en bedre oversikt over forholdet mellom fødte og døde hvert år. Enkelte ganger skjedde det at barn var et par år da de ble døpt, jeg har da valgt å plassere barnet det året det er født, for å få en mest riktig fremstilling. Derfor heter også figur 2.1 fødte og døde, ikke døpte og døde.

En del av veksten i antall fødte i perioden etter 1875 kan forklares med en stadig større innflytting til Kristiansand. Antallet innbyggere som var født i byen sank fra 70 prosent i 1865 til nesten 56 prosent i 1900.⁷² Det viser at det kom stadig flere folk til byen som bosatte seg og etablerte seg med egne familier, en naturlig del av den urbaniseringen Norge opplevde før 1900. Antall fødte barn faller noe mot slutten av perioden, men ser ut til å ta seg opp igjen i tida etter første verdenskrig. I befolkningsstatistikker er det vanlig å se et fall i antall fødte i forbindelse med kriger eller andre store hendelser. Dette kommer nok av at flere valgte å vente med å gifte seg, og dermed få barn, til forholdene var normale igjen.

⁷¹ Jeg har brukt klokkebøkene fra Kristiansand som er digitalisert og finnes på digitalarkivet.no http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?idx_fylke=10&idx_kommune=Kristiansand+prgj&idx_kilde=Alle&idx_periode=&idx_textsearch=&js=j 08.04.11 kl 13:00

⁷² Steen 1945, s. 394

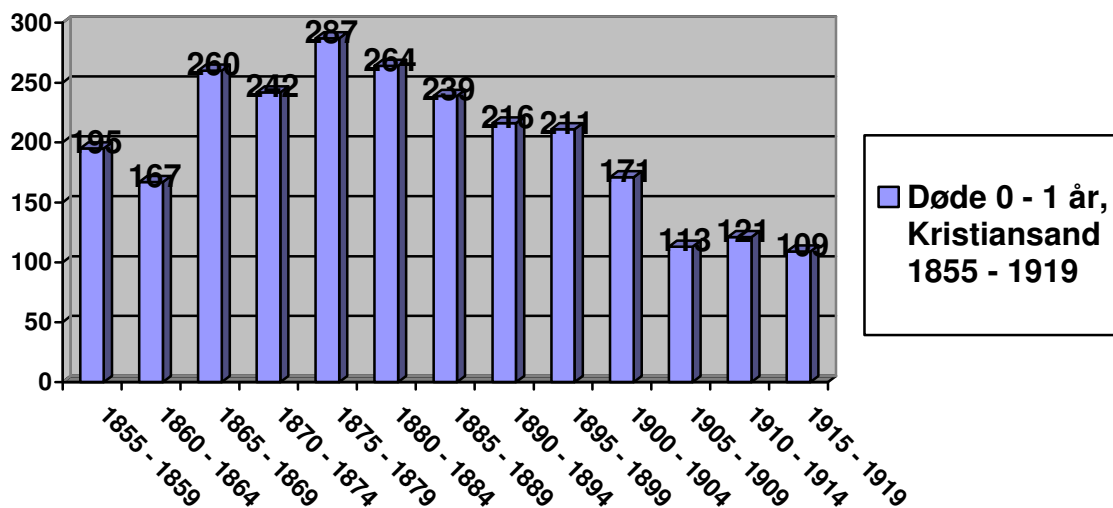
Jeg har ikke funnet en forklaring i mitt materiale for hvorfor det skjedde et fall i antall barnefødsler rundt år 1900, men jeg vil anta at det er en kombinasjon av ønsket om barnebegrensning og mindre tilflytning etter dårlige år rundt år 1900.

Antallet barn under 15 år som døde var ustabil og varierte mellom høye og lave tall fra år til år før 1900. Etter 1900 er det et skille og vi kan se jevnt over lavere antall døde barn enn tidligere, og variasjonene er mye mindre. Dette er en trend som også er oppdaget i andre norske byer, blant annet har William Hubbard, som har studert nedgangen i dødelighet i Kristiania, Bergen og Trondheim, funnet en tilsvarende nedgang i antall døde som den i Kristiansand etter 1900.⁷³

Toppene i antall døde før 1900 skyldtes i stor grad utbrudd av epidemier. I perioden 1867 til 1869 var mange smittet av meslinger og kikhoste, og det var flere tilfeller av diaré i Kristiansand.⁷⁴ En kombinasjon av mange sykdommer som rammet barna nesten samtidig, førte til at de kunne bli avkrefte av sykdommene og deretter dø av det som vanligvis var en mild sykdom. Mange av toppene i antall døde før 1900, skyldtes en slik kombinasjon av forskjellige sykdommer.

2.1.1 Barn 0 – 1 år

Figur 2.2: Døde 0 – 1 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Figur 2.2 viser antall døde spedbarn i Kristiansand mellom 1855 og 1920. Det høyeste antall døde barn under 1 år, finner vi i perioden 1875 – 1879 med 287 døde. Deretter faller tallene

⁷³ Hubbard i Hubbard et. al. 2002, s. 26

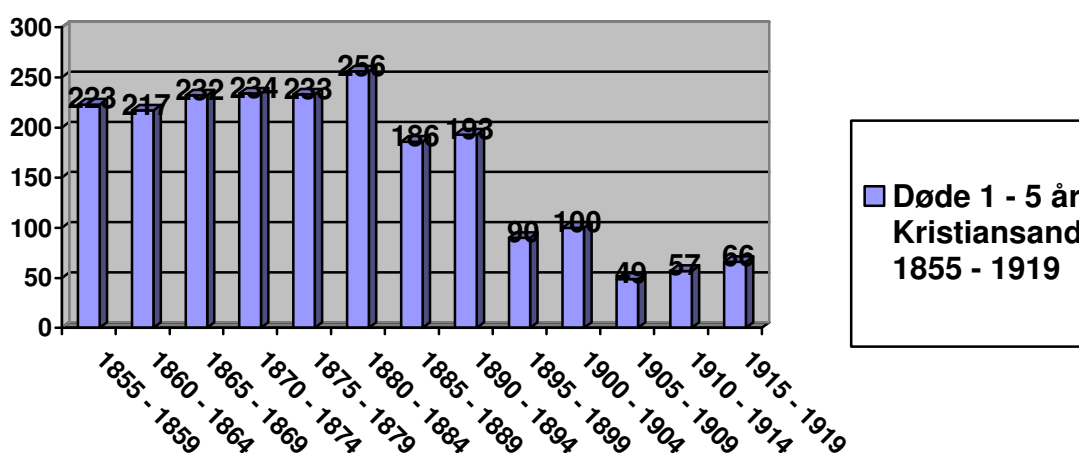
⁷⁴ RA: MLM 1867 – 1869

gradvis frem til år 1900, da det kommer et mer brått dropp. Etter 1900 stabiliserte antall døde seg til rundt 100 i hver femårsperiode.

Jeg tror epidemier hadde en mindre innvirkning på hvor mange av spedbarna som døde enn det de hadde på de eldre barna. Nedgangen her kan muligens forklares med at mødrenes stell av barna ble bedre, men jeg har ingen bevis i materialet jeg har undersøkt som kan bevise dette, derfor blir det bare en antakelse.

2.1.2 Barn 1 – 5 år

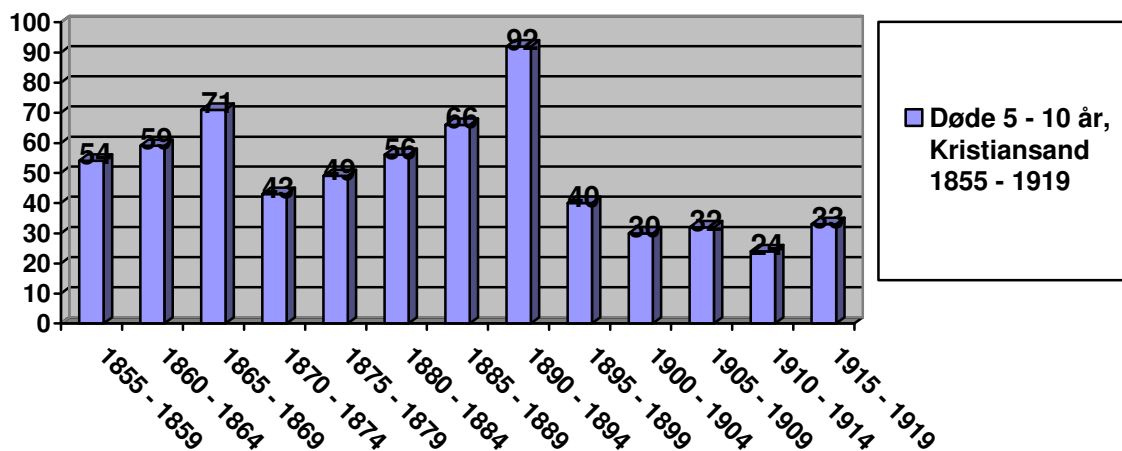
Figur 2.3: Døde 1 – 5 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Figur 2.3 viser antallet barn mellom 1 og 5 år som døde i perioden 1855 til 1920. Denne figuren har et mye klarere fall i antall døde enn det som figur 2.2 (døde under 1 år) viste. Der figur 2.2 hadde et noe stort fall i antall døde rundt år 1900, har denne aldergruppen et større fall i antall døde fra perioden 1890 – 1894 til perioden 1895 – 1899. Forskjellen på de to femårsperiodene er på 103 døde. Etter den voldsomme nedgangen stiger ikke antall døde i hver femårsperiode til over 100.

2.1.3 Barn 5 – 10 år

Figur 2.4: Døde 5 – 10 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Som i figur 2.3 faller også antall døde i denne aldergruppen stort fra 1890 – 1894 til 1895 – 1899. Tallene i figur 2.4 er ikke like høye som i figur 2.3, så et like stort fall i antall døde er det ikke, men prosentmessig er det stort. Figur 2.4 har en mer bølgeliknende form enn de to foregående figurene har hatt (figur 2.2 og figur 2.3). Det nås en topp i perioden 1865 – 1869, deretter dropper antall døde brått før det bygger seg opp til en ny topp i perioden 1890 – 1894. Bølgemønstre skyldes mange ganger at barna utviklet immunitet, men her er det snakk om lang tid mellom toppene, så det skyldes nok ikke immunitet. Det kan være at årsaken ligger i at det var flere sykdommer i omløp de årene mange døde⁷⁵. I perioden fra 1865 til 1869 var det mange sykdommer i omløp i Kristiansand, med mange syke. I medisinalberetningene står det for eksempel oppført rundt 500 tilfeller av meslinger i årene 1867, 1868 og 1869. Også sykdommer som kikhoste og diaré hadde stor utbredelse da.⁷⁶ I 1889 og 1890 var det mange som ble syke og døde av difteri, og det kan forklare toppen der.⁷⁷

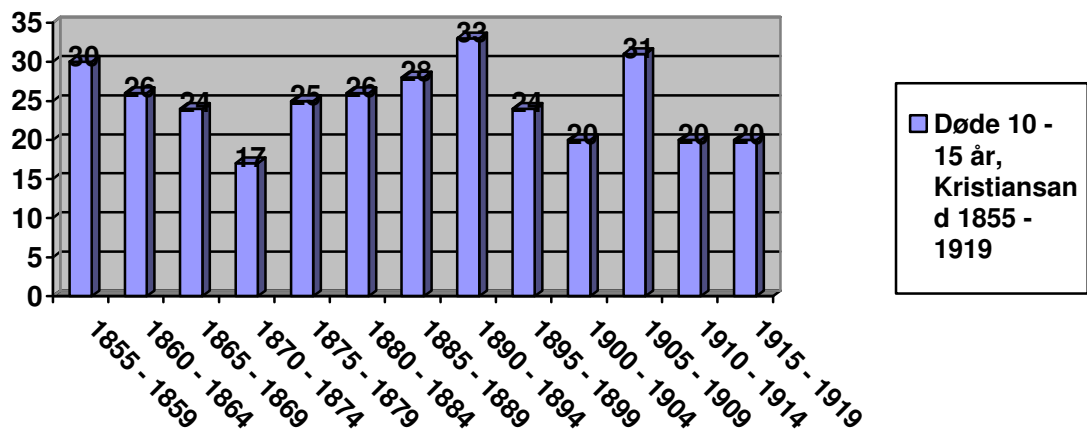
⁷⁵ Se figur 4.3 – den viser hvor mange som døde hvert år av sykdommer med luftbåren smitte i Kristiansand 1855 – 1919

⁷⁶ RA: MLM 1867, 1868, 1869

⁷⁷ RA: MLM 1889, 1890

2.1.4

Figur 2.5: Døde 10 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Tallene i figur 2.5 er noe annerledes enn hva tallene har vært i de foregående figurene som har vist antall døde barn mellom 0 og 10 år. Denne figuren som viser antall døde mellom 10 og 15 år har ikke det samme fallet i antall døde som de to foregående figurene hadde etter 1890 – 1894. Det er et fall også i denne aldergruppen, men ikke på langt nær så stort og tydelig som for barna mellom 1 og 10 år. Figur 2.5 har et fall i antall døde ved århundreskiftet, før antall døde igjen tok seg opp i perioden 1905 – 1909. Oversikten over dødsårsaker i begravelleslistene viser at det er en større andel i denne aldergruppen enn i de andre, som dør av tuberkulose i forskjellige former.⁷⁸ Dette kan være en grunn til et mindre dropp i antall døde enn i de andre aldersgruppene, tuberkulosen fortsatte sine herjinger også etter århundreskiftet og tuberkuloseloven fra 1900. Denne aldergruppen, 10 – 15 år, var på grensen til å bli voksne, og en del av dem var på vei inn i eller allerede i arbeidslivet, med alle de farer det førte med seg i form av ulykker og sykdommer. Barna i denne aldersgruppen vil gjennom jobb muligens bli utsatt for andre sykdommer enn de hadde blitt som barn på for eksempel skole.

Det er en mulighet at det har skjedd et fall i antall døde innenfor denne aldersgruppen tidligere enn det jeg har undersøkt. Andre steder i Norge⁷⁹ har det vært fall i antall døde voksne rundt 1850-tallet. Det er mulig dette også kan ha omfattet aldersgruppen 10 – 15 år, men at jeg ikke har fått det med meg i min undersøkelse.

⁷⁸ Dødsårsakene i begravelleslistene skiller mellom forskjellige former for tuberkulose som for eksempel brysttæring, lungetuberkulose, magetuberkulose og bare tuberkulose.

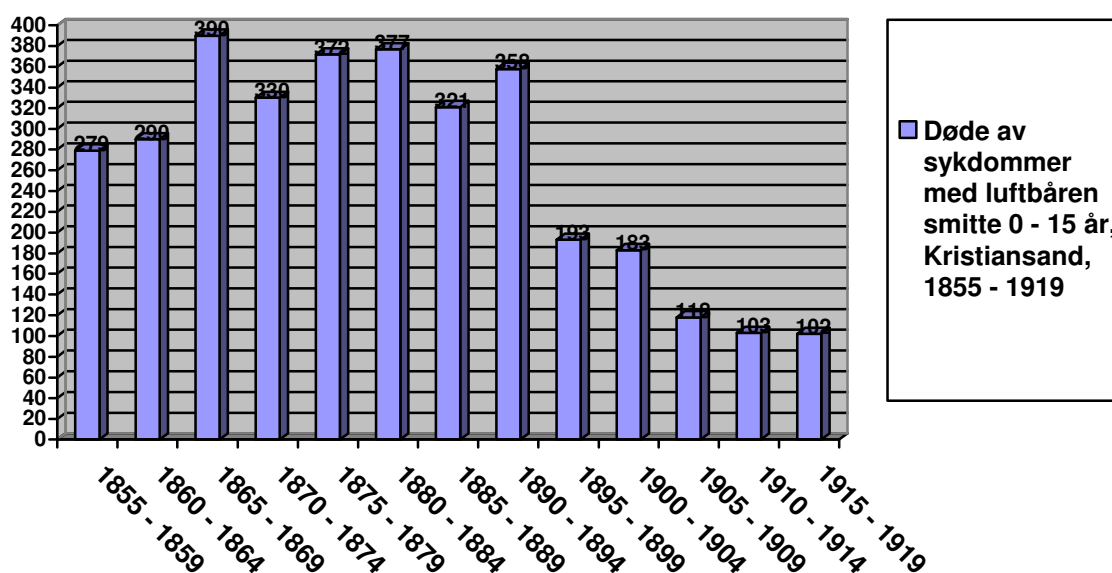
⁷⁹ Hubbard i Hubbard et. al. 2004, s. 23

2.1.5 Døde av sykdommer med luftbåren smitte

Jeg vil videre presentere figurer som viser utviklingen i antall døde innenfor de tre kategoriene med sykdommer som jeg har hentet fra Thomas McKeown, jeg har valgt å fokusere på to kategorier med smittsomme sykdommer og en restkategori. Kategorien med døde av sykdommer som smittet mellom mennesker og dyr og mellom mennesker er utelatt fordi det var så få barn som døde av denne typen sykdommer i Kristiansand. Det er kun snakk om ett til to dødsfall i hver periode, og tallene er for lave til å gi gode statistikker.

Først vil jeg vise hvor mange som døde av sykdommer med luftbåren smitte. Denne kategorien rommer alle barnesykdommene; kikhoste, meslinger, skarlagensfeber og difteri, og tuberkulose, influensa, lungebetennelse, bronkitt og liknende sykdommer.

Figur 2.6: Døde av sykdommer med luftbåren smitte 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Ser man figur 2.6 sammen med figur 2.1 som viste det totale antallet døde barn i Kristiansand, kan man se at nedgangen i antall døde av sykdommer med luftbåren smitte faller noe før den generelle dødeligheten blant barn i Kristiansand.

Variasjonen i antall døde i denne kategorien er stor før 1890 – 1894. Det høyeste antall døde i en femårsperiode i denne kategorien av sykdommer nås i 1865 – 1869, en periode som jeg tidligere har vist at var preget av sykdommer som meslinger, kikhoste og bronkitt.⁸⁰ 29 barn døde av bronkitt og 29 døde av lungebetennelse i denne perioden.⁸¹

⁸⁰ RA: MLM 1867, 1868, 1869

⁸¹ RA: MLM 1867, 1868, 1869

I den neste toppen i antall døde barn var det blant annet skarlagensfeberen som dominerte, i 1876 døde 40 barn av skarlagensfeber, 32 av de døde var under 5 år.⁸² I 1878 var sunnhetstilstanden i Kristiansand dårlig, hele 1/3 av byens befolkning hadde vært under legebehandling, og de fleste av disse hadde hatt en eller annen form for sykdom med luftbåren smitte.⁸³ I 1879 var det igjen mange tilfeller av skarlagensfeber.⁸⁴ Dette fortsatte, og i perioden 1880 – 1884 var det også mange dødsfall av sykdommen.⁸⁵

I 1886 skrev stadsfysikus i medisinalberetningen at luftveissykdommer hadde dominert i hele distriktet⁸⁶, dette kan man se i figur 2.6, men antall døde var ikke like høyt som det hadde vært tidligere. Det kan se ut som om Kristiansand var spart for de verste utbruddene av difteri i 1889, og at den ikke kom for fullt før i 1890 i byen. Resten av distriktet var hardt rammet av difterien allerede i 1889.⁸⁷

Perioden 1890 – 1894 var den siste perioden med antall døde over 200 barn under 15 år i Kristiansand i en femårsperiode i de årene jeg undersøker. I 1890 hadde difterien også spredt seg til Kristiansand, og det ble rapportert om 33 døde av sykdommen, de aller fleste i årets første måneder.⁸⁸ De neste årene fortsatte difterien å ta liv i Kristiansand, 21 personer døde i 1891⁸⁹, og 13 personer døde av difteri i første halvdel av 1892.⁹⁰ Samtidig var det også andre barnesykdommer i omløp i byen, blant annet ble det rapportert om flere tilfeller av skarlagensfeber og kikhoste samtidig som difterien herjet som verst. Dette kan ha ført til at barn som hadde hatt en eller flere av sykdommene ble så avkrefte at de døde av å få enda en sykdom. I 1894 skriver stadsfysikus i medisinalberetningen at sunnhetstilstanden i Kristiansand var mindre god på grunn av epidemier av blant annet difteri og meslinger.⁹¹

Det skjer en klar endring i antall døde fra perioden 1890 – 1894 til perioden 1895 – 1899. Fallet i antall døde er på hele 165 barn fra en femårsperiode til den neste. Det er klart at noe skjer med sunnhetstilstanden i byen. I medisinalberetningene rapporteres det om at sunnhetstilstanden er meget god og at det ikke er noen epidemier i omløp.⁹² Det står ingenting om hva som er årsaken til endringen, men det kan hende jeg vil finne svar på det når jeg undersøker sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoll. På begynnelsen av 1900-tallet

⁸² RA: MLM 1876

⁸³ RA: MLM 1878

⁸⁴ RA: MLM 1879

⁸⁵ RA: MLM 1880 – 1884

⁸⁶ RA: MLM 1886

⁸⁷ RA: MLM 1889

⁸⁸ RA: MLM 1890

⁸⁹ RA: MLM 1891

⁹⁰ RA: MLM 1892

⁹¹ RA: MLM 1894

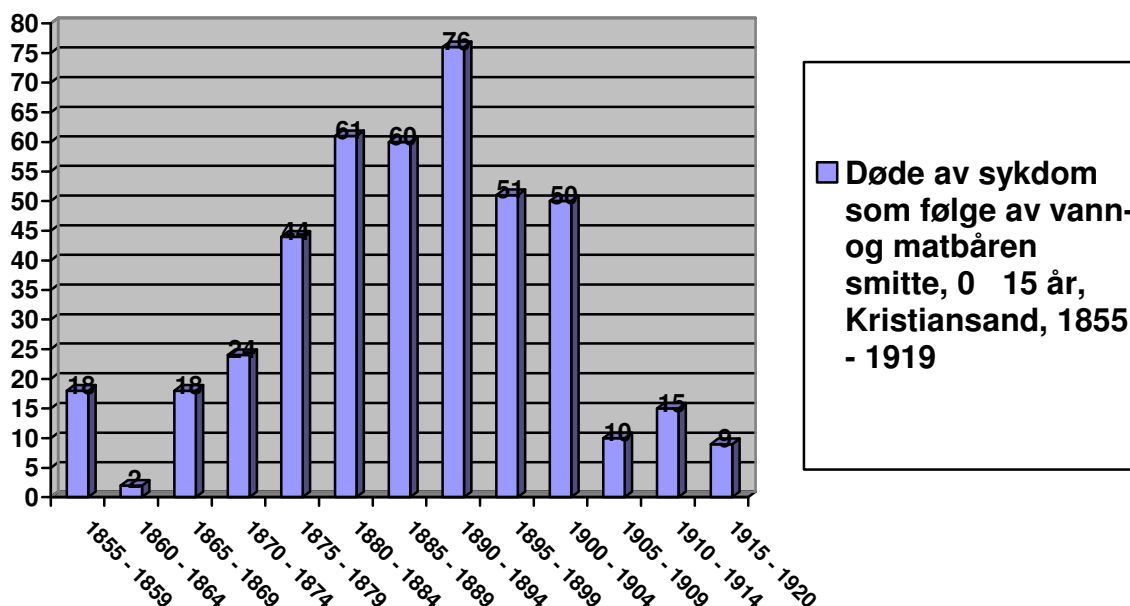
⁹² RA: MLM 1897

betegnes også sunnhetstilstanden som god, og det er få som blir rammet av de sykdommene som er i byen.⁹³

Antallet døde av sykdommer som smittet via luften fortsatte å synke, og på slutten av perioden jeg undersøker, i perioden 1910 – 1914 og 1915 – 1919, stabiliserte antall døde seg på rundt 100 i hver femårsperiode. Dette skjer selv om det fremdeles ble rapportert om tilfeller av difteri, skarlagensfeber og kikhoste. Det er klart at antallet som døde av de forskjellige sykdommene ikke var like høyt som tidligere, selv om antallet som ble smittet fremdeles var høyt, nesten like høyt som tidligere. Kan dette være et tegn på bedring i det epidemiske klimaet?⁹⁴

2.1.6 Døde av sykdommer med vann- og matbåren smitte

Figur 2.7: Døde av sykdommer med vann- og matbåren smitte 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Denne kategorien inneholder sykdommer som smitter gjennom vann og mat, som for eksempel diaré, kolerine, kolera og tyfoidfeber. Jeg har også valgt å legge til dødsårsakene mavetilfelle, mage- og tarmsykdommer og andre dødsårsaker som har med mage og fordøyelse å gjøre og som mest sannsynlig har en vann- eller matbåren smittevei.

Figur 2.7 har en noe annen oppbygging enn hva de foregående figurene som har vist det totale antall døde barn, og barna som døde av sykdommer med luftbåren smitte hadde. Det store fallet i antall døde innenfor kategorien av vann- og matbåren smitte kom noe senere enn

⁹³ RA: MLM 1902

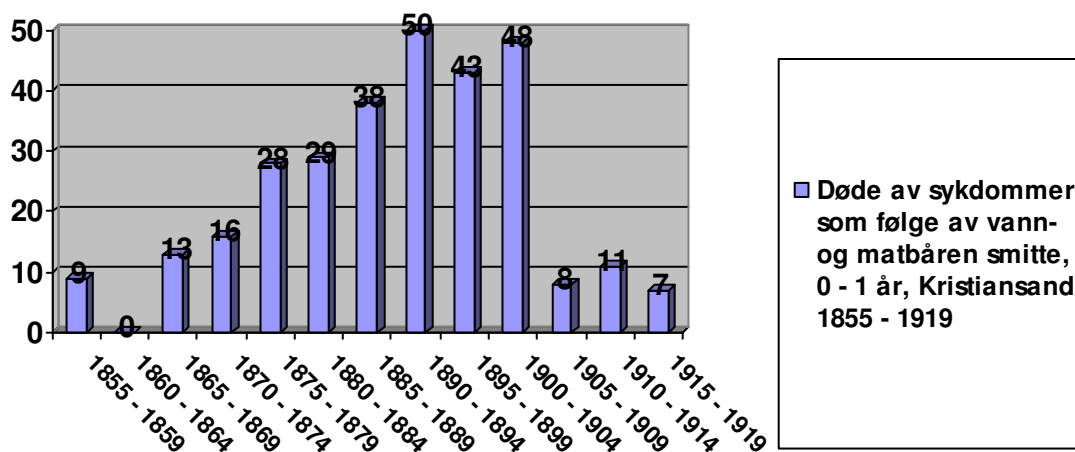
⁹⁴ Se diskusjonen om dette i innledningen, side 17ff

det generelle fallet i antall døde i Kristiansand, nedgangen skjedde fra perioden 1900 – 1904 og til 1905 – 1909, mens det for alle dødsfall i Kristiansand skjedde fem år tidligere, rundt år 1900.

Det høye antallet døde i perioden 1890 – 1894 kan skyldes bybrannen i 1892. Store deler av øst- og sørsiden av byen ble ødelagt, og mange mennesker måtte bo tett sammen. Sunnhetskommisjonen uttrykte da bekymring for de sanitære forholdene.⁹⁵

I kategorien med vann- og matbåren smitte var det flest spedbarn som døde, det er i den alderskategorien det største fallet i antall døde skjedde, som figur 2.7b viser.

Figur 2.7b: Døde av sykdommer med vann- og matbåren smitte 0 – 1 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Nedgangen fra 48 dødsfall i perioden 1890 – 1894 til bare 8 i femårsperioden etter, er markant. Antall rapporterte tilfeller av diaré blant barn i Kristiansand lå på rundt 230 i årene rett rundt århundreskiftet, men i 1902 ser det ut til å være starten på en nedgang i antall tilfeller vi kan se starten av.⁹⁶ Det er vanskelig å si noe om hva fallet i antall døde skyldes. Kildene melder om færre tilfeller, men det står ingenting om hvorfor det er slik. William Hubbard skriver at det i denne perioden ble satset mye på rent vann og ren mat i sunnhetskommisjonene i Kristiania, Bergen og Trondheim, det er ikke urimelig å tenke seg at det samme skjedde i Kristiansand. Blant annet skriver Hubbard at tiltakene rettet mot å sikre innbyggerne rent vann og ren mat, ville ha hatt effekt på kolerine.⁹⁷ I andre byer har det vært vanskelig å si med sikkerhet at tiltakene hadde effekt på dødeligheten av kolerine, så det er ikke en konklusjon jeg tør å hoppe på, men det kan være en mulig forklaring.⁹⁸ Hubbard

⁹⁵ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 112b, se mer om bybrannen i 1892 s. 44

⁹⁶ RA: MLM 1899, 1900, 1902

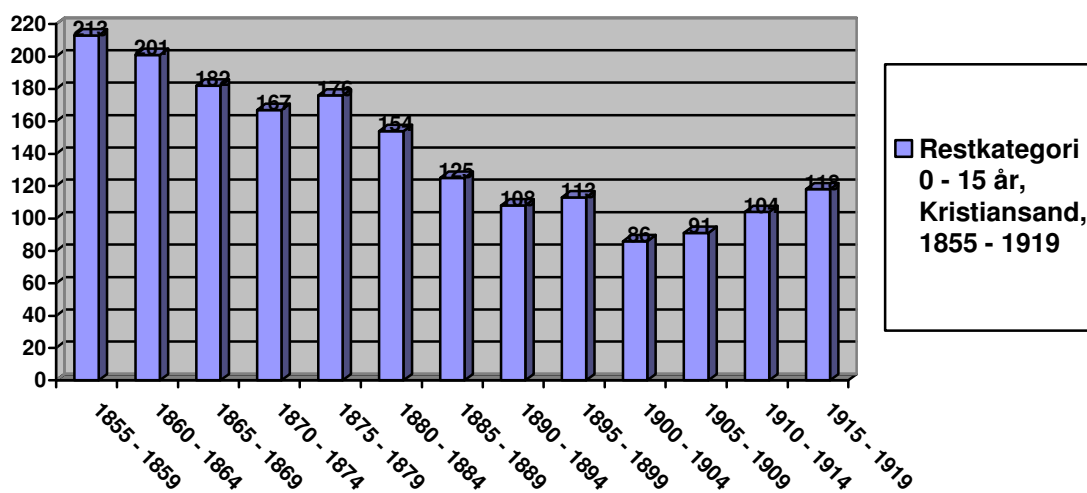
⁹⁷ Hubbard i Hubbard et. al. 2004, s. 39

⁹⁸ Hubbard i Hubbard et. al. 2004, s. 39

skriver også at klimaet kan ha påvirket forekomsten av kolerine, i Kristiania opplevde man at antallet døde av kolerine sank da århundret startet med kalde og våte sommere, og været kan da ha vært en årsak til nedgangen i antall dødsfall av kolerine. Men, skriver Hubbard, da somrene igjen ble varme og tørre, steg ikke antall syke eller døde av kolerine, og dermed er det vanskelig å bruke klimaet som forklaring.⁹⁹

2.1.7 Døde innen restkategori

Figur 2.8: Døde innen restkategori 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Figur 2.8 viser antall døde innenfor det McKeown kalte for en restkategori, en kategori av dødsårsaker som ikke var forårsaket av mikroorganismer. Jeg har i tillegg plassert dødsårsakene krampe, svak og ikke oppgitt eller ukjent i denne kategorien.¹⁰⁰ Antallet som er ført med ukjent dødsårsak, eller som ikke er ført med dødsårsak, sank kraftig i løpet av perioden. Jeg tror dette kan være fordi stadig flere ble sett til av lege før eller etter at de var døde.

Utviklingen i antall døde i denne kategorien går nærmest i en V-form, med en bunn i antall døde i perioden 1900 – 1904, det samme som vi har sett i de foregående figurene. Men denne figuren skiller seg fra resten, nedgangen til det laveste antall døde i 1900 – 1904 er gradvis, og ikke brå, og etter 1900 – 1904 stiger antall døde innenfor restkategorien igjen. Jeg tror dette skyldes legenes evner og muligheter til å stille mer spesifikke diagnoser.

⁹⁹ Hubbard i Hubbard et. al. 2004, s. 41, se også s. 17ff i innledningen

¹⁰⁰ Se også s. 23ff om de forskjellige dødsårsakene og årsakene til at de er plassert i denne kategorien

Frem til 1880-tallet dominerte dødsårsaker som svak og krampe denne kategorien. Ved det bakteriologiske gjennombruddet på 1880-tallet fikk legene bedre mulighet til å stille en mer presis og spesifikk dødsårsak, og dette kan være grunnen til nedgangen i antall døde innenfor restkategorien.

Oppgangen i antall døde etter 1900 tror jeg også skyldes at legene ble enda bedre til å stille mer differensierte dødsårsaker. I begravelseslistene etter 1910 kom jeg over dødsårsaker som "Apendicitis" – det vi i dag vil kalle blindtarmbetennelse. I perioden før 1900 har jeg ikke funnet dødsårsaker som det, mange av dem som kanskje hadde blindtarmbetennelse var blitt diagnostisert med for eksempel mavebetennelse tidligere.

2.1.8 Deloppsummering

I gjennomgangen av hvordan utviklingen av antall døde var innenfor de forskjellige aldergruppene i Kristiansand, kom det frem at det var aldergruppene 1 – 5 år og 5 – 10 år som hadde størst endring. Det store fallet i antall døde skjedde mellom 1890 – 1894 og 1895 – 1899. For spedbarna falt antall døde noe senere, og for den eldste gruppen av barn jeg undersøker, 10 – 15 år, var utviklingen noe annerledes. Der sank ikke antall døde like kraftig, det var mer stabilt høyt gjennom hele perioden.

Den største endringen i antall døde i Kristiansand kom innenfor kategorien sykdommer med luftbåren smitte. Men også i kategorien for sykdommer med vann- og matbåren smitte var det en stor endring i antall døde, figuren for denne typen dødsfall bygger seg opp fra noen få i hver femårs periode, til en god del i perioden 1890 – 1894, før antall døde igjen sank. I antall var det større endring innenfor kategorien med luftbåren smitte. Denne kategorien opplevde et svingende antall døde i hver femårsperiode, før en topp ble nådd i 1890 – 1894. Deretter sank antall døde innen denne kategorien. For restkategorien hadde figuren mer en form som en v, med et høyt antall døde i starten av perioden jeg undersøker, antall døde sank mot århundreskiftet, før det tok seg opp igjen mot slutten av min undersøkelsesperiode, 1860 – 1920. Dette tror jeg skyldes at legenes evne til å stille mer konkrete og differensierte dødsårsaker økte. Først gjorde dette at antall døde innen denne kategorien sank noe, dødsårsaker som krampe og får tenner forsvinner gradvis frem mot år 1900, og etter 1900, da antall døde steg igjen, finner jeg dødsårsaker som appendicitis – blindtarmbetennelse, i begravelseslistene, et tegn på at legene hadde enda bedre kunnskaper til å stille riktig dødsårsak.

2.2 Sunnhetskommisjonen i Kristiansand

I dette delkapitlet vil jeg vise hvordan sunnhetskommisjonen i Kristiansand arbeidet for å bedre vilkårene for befolkningens helse og da spesielt barns helse. Jeg vil først gi en beskrivelse av byen Kristiansand, dens befolkning og oppbygging, og av hvordan legene i Kristiansand så på smitte. Dette velger jeg å gjøre for å sette sunnhetskommisjonens arbeid i en kontekst. Hvem var menneskene sunnhetskommisjonens forholdt seg til, hvordan så stedet ut, er spørsmål jeg mener er viktig å ha avklart for å bedre kunne gi en riktig fremstilling av sunnhetskommisjonens arbeid.

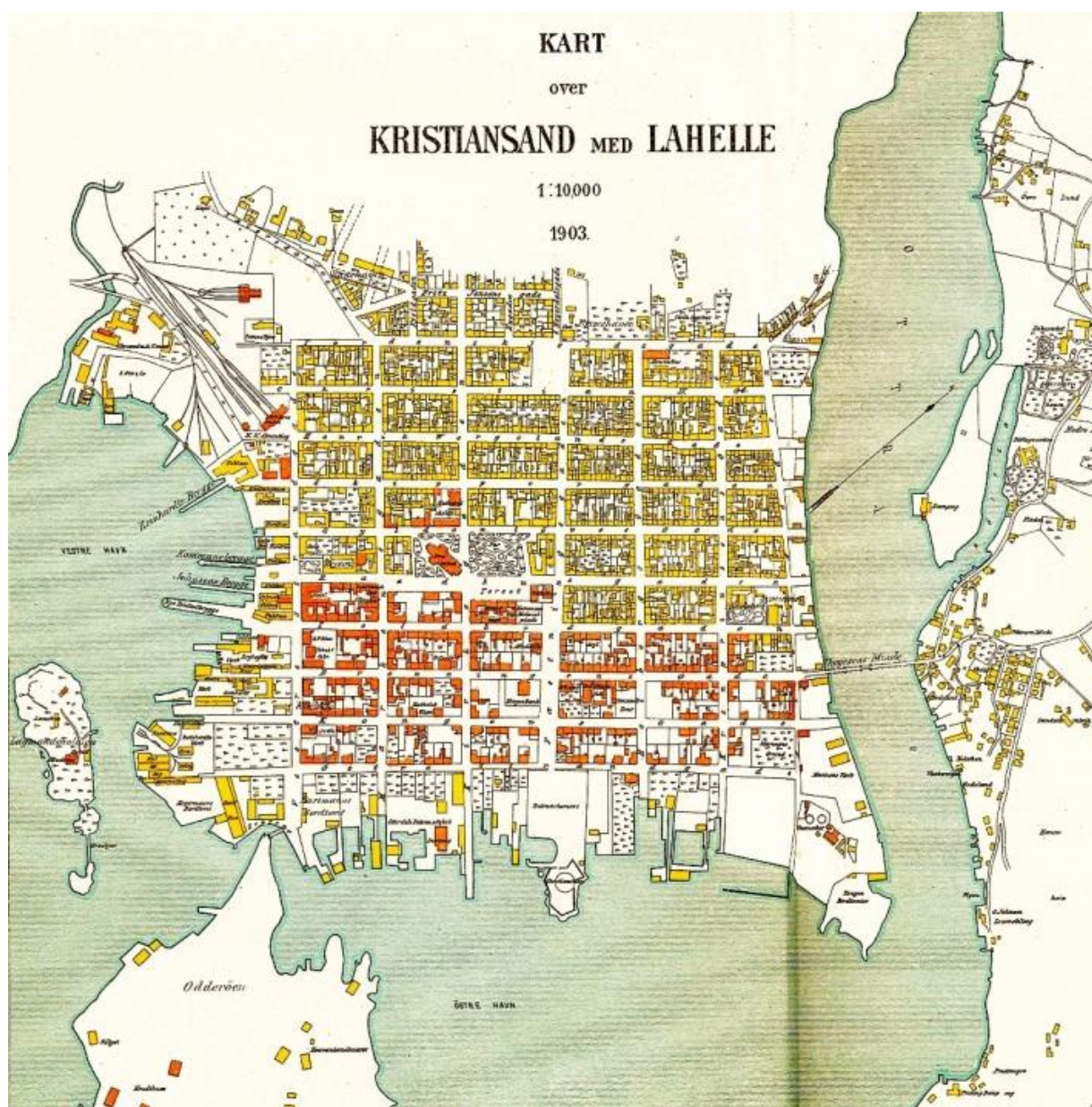
Jeg vil videre gi en oversikt over de viktigste sakene sunnhetskommisjonen i Kristiansand arbeidet med i perioden 1860 til 1920. Til slutt vil jeg undersøke saker som viser hvordan sunnhetskommisjonen i Kristiansand arbeidet ved utbrudd av sykdommer som i særlig grad rammet barn. For å komme frem til et representativt utvalg, har jeg i all hovedsak konsentrert meg om sykdommer med luftbåren smitte, siden det var denne kategorien som hadde størst endring i antall døde. Jeg har også valgt å fokusere mest på perioden rundt 1880 – 1890, da disse sykdommene tok flest liv, men også på hvordan sunnhetskommisjonen arbeidet etter århundreskiftet, ofte med de samme sykdommene. Sykdommene jeg har valgt er skarlagensfeber og difteri, barnekopper, spanskesyken, bronkitt og tyfoidfeber. Tyfoidfeber er med for å vise hvordan sunnhetskommisjonen arbeidet med sykdommer med vann- og matbåren smitte, siden det også i denne kategorien av sykdommer var en stor endring i antall døde.

2.2.1 Kristiansand by

Kristiansand ble grunnlagt i 1641 og var en viktig handelsby og en strategisk anlagt militærby. Byen hadde stående både sjømilitære og landmilitære styrker, og mange av de militære bodde i byen med sine familier.

Bildet på neste side viser kart over Kristiansand fra 1903. Kartet er tatt med for å illustrere informasjon jeg kommer med i de neste underkapitlene.

Bilde 2.1: Kart over Kristiansand fra 1903¹⁰¹



¹⁰¹ Bildet er hentet fra Wikimedia Commons:
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kristiansand_map_1903.jpg 02.05.11 kl. 11:00

2.2.1.1 Byens karakteristiske utseende

”Kristiansand er uden Tvil en av de regelmessigste Byer” skrev stadsfysikus Johannes Hansson i et skriv til departementet i 1858 der han skulle redegjøre for byens fysiske og helsemessige forhold.¹⁰² På 1800-tallet bestod Kristiansand av Kvadraturen samt deler av Grim og Eg. Byen bestod av parallelle rettvinklede gater i to retninger. Det var ni rader med kvartaler mellom Østerhavna og Baneheia, og seks rader med kvartaler mellom Vesterhavna og elva Otra, totalt 54 kvartaler. Kristiansand var en planlagt by, og inndelingen gjorde at det ikke fantes trange smug og bakgater der fattige og syke kunne gjemme seg bort, og sykdommer kunne ikke spre seg uten at leger eller andre myndigheter oppdaget det.

Gatene i byen var brede, mellom elleve og tretten meter. Dette, sammen med at husene i byen var lave, de fleste ikke mer enn halvannen etasje høye, gjorde at byen opplevdes som åpen. Langs Østre Strandgate, der de mer velstående familiene bodde, fantes det større og høyere hus enn i resten av byen, med to etasjer eller mer og husene var bygd i mur.¹⁰³

Folketettheten i Kristiansand var lavere enn i andre byer i Norge og Europa, dette skyldes i stor grad at byen var preget av brede gater og åpne rom inne i kvartalene, i motsetning til i andre byer i Europa som hadde smalere gater, høyere og tettere beliggende hus og små bakgater og smug.¹⁰⁴ Sverre Steen skriver at folketettheten i Kristiansand i 1875 ikke var spesielt stor, i gjennomsnitt bodde det 10 – 12 personer i hvert hus.¹⁰⁵ I 1891 bodde det 9,5 personer pr hus i Kristiansand, et lavt tall i forhold til andre byer på Kristiansands størrelse. I 1910 var befolkningstettheten oppe i 10,7 personer pr hus, fremdeles et lavt tall i forhold til andre byer.¹⁰⁶

Bebyggelsen i Kristiansand bestod for en stor del av trehus, dermed var det gode forhold for store branner. I 1859 rammet den såkalte Østerbrannen det meste av fem kvartaler mellom Christian IVs gate, Kronprinsensgate, Rådhusgata og Elvegaten.¹⁰⁷ I 1880 og 1892 ble byen også rammet av store branner. Under brannen i 1880 brant blant annet Domkirken, i tillegg ble 17 andre hus totalskadet.¹⁰⁸ Brannen i 1892 var voldsom og rammet store deler av byen, Sverre Steen skriver:

¹⁰² Ohman Nielsen 2008, s. 40

¹⁰³ Ohman Nielsen 2008, s. 40 – 41

¹⁰⁴ Ohman Nielsen 2008, s. 40 – 44

¹⁰⁵ Steen 1948, s. 224

¹⁰⁶ Steen 1948, s. 391

¹⁰⁷ Steen 1948, s. 204

¹⁰⁸ Steen 1948, s. 328

” (...) viste det sig at hele strøket mellem Vestre Strandgate, sydsiden av Rådhusgaten til Torget – Festningsgaten, sydsiden av Tollbodgaten nesten ut til hjørnet av Elvegaten og alt sønnenfor var lagt i aske. Alle trelastoplag, sager og andre anlegg langs Østre Havn strøk med, likeså Retranchementet, festningen, de militære magasiner og et skib under bygging på Tangen.”¹⁰⁹

Bare et lite hus og gassverket på Tangen ble reddet. Størstedelen av byens forretningsstrøk brant ned. Heldigvis startet brannen på dagtid, så ingen menneskeliv gikk tapt. Det hadde vært umulig å redde ut verdier av bygningene som brant. I alt 350 hovedbygninger brant ned, i tillegg til en mengde skur og uthus.¹¹⁰ Byen ble bygget opp igjen, og det ble pålagt å bygge i mur for å forhindre branner i fremtiden. Det ble ikke lagt reguleringer på høyden på hus, og mange ble bygd høyere enn de hadde vært tidligere, bare gatebredden var som før.¹¹¹ Sunnhetskommisjonen i Kristiansand kom også på banen etter brannen. Den krevde at de nedbrente tomtene skulle behandles med karbolløsning, og medlemmene var bekymret for de sanitære forholdene når så mange mennesker ble tvunget til å bo tett sammen etter bybrannen i påvente av oppbyggingen. Sunnhetskommisjonen påbød derfor hyppig desinfisering av binger og priveter.¹¹² I løpet av tre år etter brannene brukte Kristiansand kommune 900 000 kroner på gjenreisning av kommunale bygninger, gateregulering og nye gater i brannområdet, kloakk- og vannledninger og utbedring av brannvesenets utstyr.¹¹³

Moderniseringen av eksisterende bygg og nybygging fortsatte utover 1900-tallet, og i medisinalberetningen fra 1911 skrev stadsfysikus i Kristiansand om boligforholdene i byen. Han skrev at boligforholdene var gunstigere enn tidligere, de hygieniske forholdene var i stadig bedring, og gamle bygårder var blitt pusset opp eller ombygd.

”Ny-Bebyggelsen er ret livlig, især med mindre huse for 1 a 2 arbeiderfamilier (hvoraf en hel del for boligbanklaan), til dels ogsaa til haandværkere, fungtionærer og mindre handlende. Nye huse gaar op til et antal af 40 – 50 aarlig. Naar der, tiltrods for at der hvert aar opføres boliger for 3 – 400 personer, klages over vanskeligheder for passende husrum, og dette sammenholdes med den langsomme økningen af byens befolkning, kan dette finde sin forklaring i befolkningens krav til store bekvemmligheder og mere komfort, hvortil gunstigere

¹⁰⁹ Steen 1948, s. 331

¹¹⁰ Steen 1948, s. 331 – 332

¹¹¹ Steen 1948, s. 336

¹¹² SAK: FKS 1861 – 1896, s. 112b

¹¹³ Steen 1948, s. 340

livsbetingelser i form av stigning i gage og arbeidsfortjeneste synes at opfordre prisen paa livsformødenhedene er fremdeles stigende.”¹¹⁴

Sitatet vitner om en økning i levestandarden blant byens befolkning. Flere hadde råd til egen bolig, og boliger som allerede fantes i byen ble pusset opp for å bedre passe til tidens og menneskenes krav.

2.2.1.2 Byens befolkning

I 1855 bodde det 9 521 mennesker i Kristiansand, ti år senere var antallet økt til 10 876, og i 1875 bodde det 12 191 mennesker i Kristiansand.¹¹⁵ Mye av befolkningsøkningen skyldtes tilflytning fra områdene rundt byen.

Det er verdt å merke seg at i 1865 var aldersgruppen 0 – 15 år liten i Kristiansand i forhold til resten av landet, mens aldersgruppen 15 – 30 år var stor i forhold til resten av landet. Det bodde 1 345 menn per 10 000 innbyggere i Kristiansand mellom 15 og 30 år, mot 1 196 i resten av landet, og 1 402 kvinner mot gjennomsnittlig 1 257 i resten av landet. Kun en liten del av befolkningen var over 60 år.¹¹⁶ 85 prosent av byens innbyggere var født i Lister og Mandals Amt, og hele 70 prosent var født i byen. Bare 148 av Kristiansand innbyggere i 1865 var født i utlandet. Mange av innbyggerne hadde bodd lenge i byen, og alt dette gjorde at byens befolkning var homogen.¹¹⁷ I 1900 hadde andelen av innbyggere som var født i byen sunket til nesten 56 prosent. Mange fra byens omland hadde kommet flyttende til byen, men på grunn av dårlige tider valgte mange å reise videre til Amerika.

2.2.1.3 Helsestellet i byen

Legene i Kristiansand var blant de fremste forkjemperne for en ny, omfattende sunnhetslov som ikke bare skulle være gjeldende ved utbrudd av epidemiske sykdommer som for eksempel kolera.¹¹⁸ Fra 1858 holdt legene i Kristiansand faste månedlige møter der de møttes og diskuterte håndtering og forståelse av smittsom sykdom. Sent høsten 1858 ble det åpnet smittevernavdeling på det alminnelige sykehuset, og sammen med de faste legemøtene, gav dette en ny offensiv i arbeidet med hygiene, og legene fikk politiet til å se til at byens binger ble tømt og rensset skikkelig og ofte nok.¹¹⁹

¹¹⁴ RA: MLM 1911

¹¹⁵ Steen 1948, s. 224

¹¹⁶ Steen 1948, s. 224

¹¹⁷ Steen 1948, s. 225

¹¹⁸ Ohman Nielsen 2008, s. 212

¹¹⁹ Ohman Nielsen 2008, s. 215

Kommunestyret i Kristiansand hadde også før sunnhetsloven ble innført i 1860 vært samarbeidsvillige og støttet legenes initiativ og arbeid for å hindre utbredelsen av smittsom sykdom. Fra 1850 var legene Ernst Ferdinand Lochmann og Johannes Hansson faste representanter i bystyret. I 1866 trakk de seg ut av politikken, Lochmann var ansatt som professor i medisin ved Universitetet i Kristiania og Hansson gikk av med pensjon, men samtidig ble fattiglege Stener Severin Heyerdahl valgt inn i bystyret, så legene var fremdeles representert.¹²⁰

Innbyggerne i Kristiansand trakk tidlig på 1800-tallet et klart skille mellom de trengende og de fattige. Trengende var de som ved egen arbeidsinnsats eller midler ikke klarte seg. Fattige var de menneskene som falt utenfor samfunnet, var en byrde for andre og måtte søke hjelp på fattigkassen. Det var en ulykke å være trengende, mens folk så på det å være fattig som en skam. Innbyggerne i Kristiansand mente det også var en forskjell på selvforskyldt fattigdom og fattigdom av grunner utenfor ens egen kontroll, det kunne være sykdom eller alderdom, eller arbeidsfolk med mange barn som hadde mistet jobben for noen uker og ikke klarte å forsørge familien. Siden det å komme på fattigkassen var en stor skam, gjorde det offentlige og personen det gjaldt mye for å unngå å søke hjelp der. Det ble søkt om kreditt hos kjøpmenn og det fantes legater der fattige kunne søke om penger.¹²¹

Selv om byens folketall økte, økte ikke de samlede beløpene som ble utbetalt i fattigstøtte noe særlig. Dette mener Sverre Steen viser at Kristiansand ikke var en fattigby mot slutten av 1800-tallet slik som den hadde vært på 1820-tallet. Leveforholdene for de fattige var sakte, men sikkert blitt bedre.¹²²

I perioden rundt år 1900 ble det dannet flere private organisasjoner i Kristiansand som hadde som mål å hjelpe de fattige og de trengende. De tok seg ikke minst av de fattige barna, som tidligere ofte hadde blitt oversett, hovedfokuset fra myndighetene hadde vært på ”hovedpersonen” i familien, mor eller far. Barneasylet, hvor foreldreløse barn bodde, fikk bedre forhold i denne perioden, og det ble opprettet en barnekrybbe, et hjem for unge kvinner og et hjem for unge menn som ikke hadde andre steder å bo.¹²³

Frem mot århundreskiftet ble helseoppgaver i stadig større utstrekning forstått som det offentliges ansvar, men helsepolitikk ble også sett på som en del av folkehelsen, og dermed hadde det private en plass å fylle i samarbeid med det offentlige.¹²⁴

¹²⁰ Ohman Nielsen 2008, s. 235

¹²¹ Steen 1948, s. 495

¹²² Steen 1948, s. 497

¹²³ Steen 1948, s. 500 – 501

¹²⁴ Seip 1984, s. 218

Sykehuset i Kristiansand ble oppgradert til en mer moderne standard på 1870-tallet. Frem til 1900 ble det startet en badeavdeling og rundt år 1900 ble det etablert en egen røntgenavdeling og kjøpt inn røntgenmaskin. Dette hadde sammenheng med den økte innsatsen i kampen mot tuberkulosen. Det offentlige engasjerte seg også i helsearbeidet rundt århundreskiftet ved å henstille til statsmaktene om å opprette et tuberkulosesanatorium i 1899. I 1910 støttet kommunen Sanitetsforeningens tuberkulosehjem Solvang, med 10 000 kroner. Gjennom tuberkuloseloven måtte kommunen ta på seg utgiftene ved å ha pasienter innlagt på Solvang, og den tok også på seg utgiftene til pleie av tuberkulosepasienter på sykehus og til desinfisering av pasientens hjem uansett dennes betalingsevne.¹²⁵

Det offentlige var også opptatt av å begrense utbredelsen av smittsomme sykdommer gjennom blant annet opprettelsen av kjøttkontroll i 1892. Fra 1880 til 1913-14 økte kommunens utgifter til helsestell fra 23 000 kroner til 69 000.¹²⁶

2.2.1.4 Synet på sykdommers smittsomhet blant legene i Kristiansand

Rundt 1780 fikk Kristiansand en fast karantenestasjon på Odderøya.¹²⁷ Odderøya ligger rett utenfor Kvadraturen (se kart på side 43) og byens innbyggere kunne se karanteneflaggene bli heist på skipene som lå i karantene. Sjømenn døde av farlige sykdommer bare noen hundre meter fra hjemmene deres, men byens innbyggere fikk sjelden eller aldri disse farlige sykdommene med mindre de selv oppsøkte skip med syke om bord.¹²⁸ Store deler av den ikke-militære befolkningen i Kristiansand var sjømenn. De hadde erfaringer med sykdommer om bord på skip, og deres koner, mødre og døtre visste at de kunne bli smittet av en hjemkommen sjømann om det hadde vært sykdom på skipet han hadde seilt med.¹²⁹

Medisinerne i Kristiansand i tiårene rundt 1850 stod ikke i en enkelt medisinsk tradisjon, de hentet erfaringer fra sivilmedisin, militærmedisin og maritim medisin. Legene på Sørlandet var flinke til å benytte seg av ny informasjon og forskning fra utlandet. Etter at Norge fikk eget universitet fikk stadig flere leger i landet utdannelsen sin herfra, men for legene i Kristiansand var ikke den akademiske utdanningen alt, byen var militær og maritim og befolkningen og legene hentet erfaring også fra disse to tradisjonene.¹³⁰

De medisinske myndighetene i Norge inntok et standpunkt der de trodde at miasmer var årsak til utbrudd av det vi i dag vet var smittsom sykdommer. Alle leger i Norge ble pålagt

¹²⁵ Steen 1948, s. 503

¹²⁶ Steen 1948, s. 503

¹²⁷ Ohman Nielsen 2008, s. 21

¹²⁸ Ohman Nielsen 2008, s. 27

¹²⁹ Ohman Nielsen 2008, s. 34

¹³⁰ Ohman Nielsen 2008, s. 56

å registrere værforhold ved utbrudd av sykdom i de årlige medisinalberetningene. I Kristiansand og de fleste stedene langs sørlandskysten stilte legene seg negative til værregistreringen, og stadig rapporterte legene om utbrudd av sykdom uten at det hadde vært endring i vær eller i andre miasmatiske forhold. Legene på Sørlandet så hvordan sykdommer smittet, og medisinalberetningene deres viste eksempler på smitteveier.¹³¹

De mest sentrale legene på Sørlandet i tiårene rundt 1850 hadde levd det meste av sitt liv i nærheten av karantenestasjonen på Odderøya. Stadsfysikus og karantenelege Johannes Hansson (1796 – 1885) i Kristiansand, fattiglege, batterikirurg og senere brigadelege i Kristiansand Stener Severin Heyerdahl (1811 – 1883), korpselege i Kristiansand og senere professor i medisin ved Universitetet i Kristiania Ernst Ferdinand Lochmann (1820 – 1892) og distriktslege i Flekkefjord legedistrikt Johan Andreas Kraft (1808 – 1888) var blant dem som tilbrakte det meste av oppveksten i kvartalene som hadde fri utsikt til Odderøya.¹³²

I 1858 gav Rudolf Virchow ut *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*. Virchow viste at celler var den grunnleggende enheten i alt liv og at en celle alltid ble skapt av en annen celle. Han viste også at cellene var grunnleggende enhet i alle sykdommer, og det var cellene som ble syke når et menneske var sykt. Dette verket, sammen med Budds undersøkelse av tyfoidefeber og Snows undersøkelse av kolera i Storbritannia, styrket legene i Kristiansands syn på at epidemiske sykdommer var smittsomme.¹³³

2.2.2 Hva diskuterte sunnhetskommisjonen i Kristiansand?

Jeg vil nå presentere hva sunnhetskommisjonen i Kristiansand undersøkte. Målet har vært å gi et bilde av Kristiansand som by fra tiden før jeg begynner min undersøkelse og videre i undersøkelsesperioden.. Jeg har lest igjennom referatene i sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoller fra 1860 til 1920 for å kunne svare på denne delen av oppgaven. Etter gjennomgangen av referatene har jeg dannet meg et bilde av hva som var gruppene med saker som sunnhetskommisjonen tok opp til diskusjon. Målet blir nå å presentere saker som er representative for sunnhetskommisjonens arbeid over tid.

Sakene det er flest av i forhandlingsprotokollene til sunnhetskommisjonen i Kristiansand er bygningssaker. Dette er saker der privatpersoner eller foreninger i byen søkte om å få endre allerede eksisterende bygg ved påbygg eller ombygging eller om å få lov til å

¹³¹ Ohman Nielsen 2008, s. 114 – 115

¹³² Ohman Nielsen 2008, s. 115

¹³³ Ohman Nielsen 2008, s. 218

bygge nytt.¹³⁴ Sunnhetskommisjonen så til at tilstanden ved offentlige bygg var forsvarlig, blant annet hadde sunnhetskommisjonen i 1877 kontroll av skolene i byen. Klasserom ble målt og det ble blant annet påpekt fra sunnhetskommisjonens side hvor stor avstanden mellom pulter skulle være.¹³⁵ Også renslighet når det kom til bruk og tømning av binger¹³⁶ var saker som med jevne mellomrom var oppe til diskusjon i sunnhetskommisjonen. Da byen skulle bygges opp etter bybrannen i 1892 ble det laget detaljerte illustrasjoner som viste hvordan binger og toaletter skulle se ut.¹³⁷ Etter tuberkuloseloven i 1900 ble stadig færre bygningssaker diskutert i sunnhetskommisjonen, og saker om innleggelse av tuberkulosesyke på sanatorier eller tuberkulosehjem tok over som en gjenganger i referatene.¹³⁸

En annen viktig gruppe saker som var oppe til diskusjon i sunnhetskommisjonen jevnlig var kontroll av mat. Noen ganger kunne det komme meldinger til sunnhetskommisjonen om dårlige matvarer, som for eksempel i mars 1880 da kommisjonen mottok beskjed om at det ble solgt dårlig fisk. Sunnhetskommisjonen var da raskt på plass og besiktiget partiet med fisk, som sunnhetskommisjonen fant fordervet.¹³⁹ I samme periode var det stadig saker som handlet om et par slaktere i byen som solgte kjøtt sunnhetskommisjonen ikke fant tilfredsstillende.¹⁴⁰ Slakterne nektet å etterkomme sunnhetskommisjonens pålegg om å ikke selge kjøttet, og saken ble til slutt, etter flere runder i sunnhetskommisjonen, oversendt politiet.¹⁴¹ I 1890 ble sunnhetskommisjonen gjort oppmerksomme på innførsel av tuberkuløse kyr fra Danmark, denne saken ble overlatt til veterinæren etter at sunnhetskommisjonen hadde brukt to møter på å diskutere saken.¹⁴² I juni 1893 vedtok sunnhetskommisjonen at kjøtt som skulle bli solgt i Kristiansand måtte merkes med eget kjøttmerke. I forhandlingsprotokollen er det laget illustrasjoner av hvordan merkene skulle se ut.¹⁴³

Å isolere syke under utbrudd av epidemier var en viktig sak for sunnhetskommisjonen. Dette kommer jeg også inn på når jeg undersøker utbrudd av sykdommer for seg, mens dette er en mer generell fremstilling av hva som fantes av isoleringsmuligheter og hva som var praksis i byen. I 1876 vedtok sunnhetskommisjonen at det var den som bestemte hvilke sykdommer som skulle føre til isolering på byens isolasjonslokale på Bellevue like utenfor

¹³⁴ Eksempel: SAK: FKS 1861 – 1896, s. 43a

¹³⁵ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 45a

¹³⁶ Utedoer

¹³⁷ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 118a+b, 119a+b

¹³⁸ Eksempel: SAK: FKS 1861 – 1896, s. 114b, 115a

¹³⁹ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 58b

¹⁴⁰ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 64b

¹⁴¹ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 67b

¹⁴² SAK: FKS 1861 – 1896, s. 102b

¹⁴³ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 121a – 125b

byen. Dersom sykdommens natur tillot det, skulle det være mulig å isolere pasienter med forskjellige sykdommer samtidig.¹⁴⁴ På et møte i 1882 ble det diskutert hvilke sykdommer som skulle føre til innleggelse på isolasjonslokalet, og sunnhetskommisjonen besluttet at så lenge det var kopper i byen, var det kun koppesyke som kunne legges inn.¹⁴⁵ Vedtaket ble fattet i et år med en del kopper i byen, i følge medisinalberetningen var det 92 tilfeller og 1 dødsfall av kopper i Kristiansand i 1882.¹⁴⁶ I 1889 ble det vedtatt at dersom difterisyke kunne behandles hjemme, var det ønskelig.¹⁴⁷ Men dersom det var stor fare for smitte, hendte det at hele familier ble lagt inn på isolasjonslokalet selv om det bare var en person i husholdningen som var syk.¹⁴⁸ Sykdommene som i all hovedsak ble isolert på isolasjonslokalet var tyfus, skarlagensfeber, difteri, kopper og meslinger.

I 1916 ønsket sykehuskomiteen i Kristiansand å bygge et nytt epidemilasarett. Helserådet¹⁴⁹ kunne ikke fatte vedtak om dette, men uttrykte full sympati med sykehuskomiteen i dens ønsket om å ha best mulige forhold på epidemilasarettet.¹⁵⁰ I 1914 hadde byen hatt en epidemi av tyfoidefeber samtidig som det ble oppdaget tilfeller av kopper.¹⁵¹ Ønsket om et nytt og bedre isolasjonslokalet vil jeg tro kom på grunn av erfaringene som var gjort under epidemiene to år tidligere.¹⁵² I januar 1918 ble det fremmet ønske om flyttbare brakker som kunne brukes som epidemilasarett. Begrunnelsen for ønsket var fra Helserådets side at man med flyttbare brakker kunne flytte smittede bort fra tettbygde strøk og dermed redusere smittefaren noe. Dersom det var behov for mye legehjelp under en epidemi, kunne brakkene plasseres ved sykehuset. Til vanlig, utenom epidemier, var det meningen at brakkene skulle stå plassert i sykehusets hage. Isolasjonslokalet som fremdeles var i bruk på Klappane utenfor byen, måtte ikke stenge før et nytt lokale var på plass, selv om lokalet var gammelt og ikke var det beste til å isolere syke i.¹⁵³ Ut fra referatene i helserådets forhandlingsprotokoll ser det ut til at spanskesyken stoppet arbeidet med de flyttbare brakkene. Først 10. juli 1920 sendte helserådet en innstilling til magistraten og formannskapet om å få dekket beløpet som trengtes for å bygge brakkene. Forholdene på sykehuset ble beskrevet som elendige, spesielt når det kom til muligheten for isolering av syke som trengte

¹⁴⁴ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 41b, 42a

¹⁴⁵ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 71b

¹⁴⁶ RA: MLM 1882

¹⁴⁷ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 101a

¹⁴⁸ Eksempel: SAK: FKS 1861 – 1896, s. 109b

¹⁴⁹ Sunnhetskommisjonene byttet navn til Helseråd

¹⁵⁰ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 146b, 147a

¹⁵¹ RA: MLM 1914

¹⁵² For mer om koppepidemien, se s. 60ff

¹⁵³ SAK: FSK; 1896 - 1924, s. 162b, 163a

legehjelp. De nye brakkene skulle ha 20 sengeplasser og skulle bli bygget slik at det var mulig å huse isolerte av to forskjellige sykdommer. Til slutt i innstillingen skrev helserådet at siden brakkene skulle være flyttbare, ville det være mulig å benytte dem ved et nytt sykehus.¹⁵⁴

2.2.3 Saker

Sunnhetskommisjonen i Kristiansand behandlet selvfølgelig også saker der folk i Kristiansand var syke. Jeg vil videre presentere noen eksempler som viser hvordan sunnhetskommisjonen behandlet saker der epidemisk sykdom rammet barn i byen. Utvalget er gjort på bakgrunn av resultatene i del 2.1. Her fant jeg at den største endringen i antall døde fant sted i kategorien av sykdommer med luftbåren smitte. Derfor har jeg valgt saker med sykdommer som hadde luftbåren smitte. I tillegg har jeg med en liten sak fra kategorien med sykdommer med vann- og matbåren smitte, dette gjør jeg fordi det også i denne kategorien var stor endring i antall døde. Hovedfokus vil være på tidsperioden der fallet i antall døde kom, rundt 1895, men jeg vil også se på tidligere og senere utbrudd.

2.2.3.1 Skarlagensfeber og difteri

”Nogle Tilfælder af Skarlagensfeber har i den senere Tid vist sig i Byen.”¹⁵⁵ Slik starter sunnhetskommisjonenes advarsel til byens innbyggere publisert i byens avis i februar 1875. Videre opplyste sunnhetskommisjonen om at personer som var angrepet av skarlagensfeber måtte holdes isolert fra andre, og også friske personer fra samme husstand som syke ble bedt om å holde seg borte fra andre mennesker og store forsamlinger. Så lenge det var sykdom i en husstand måtte skolebarna i husstanden som var angrepet holdes borte fra skolen, og etter at sykdommen var erklært opphørt måtte barna være hjemme i to uker til. Sunnhetskommisjonen avsluttet advarselen med å fortelle at for å kunne forebygge sykdommen var det viktig at ethvert sykdomstilfelle med feber, utslett og vondt i halsen måtte meldes til kommisjonen så snart som mulig.¹⁵⁶

I medisinalberetningen fra 1875 skriver stadsfysikus Graarud at det hadde vært en epidemi av skarlagensfeber i byen i 1874, men den hadde ikke vært så kraftig at den var verdt å bry seg med etter hans mening. Sunnhetskommisjonen hadde allikevel valgt å publisere advarsler i stedets avis skriver han videre.¹⁵⁷

¹⁵⁴ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 186a+b, 187a

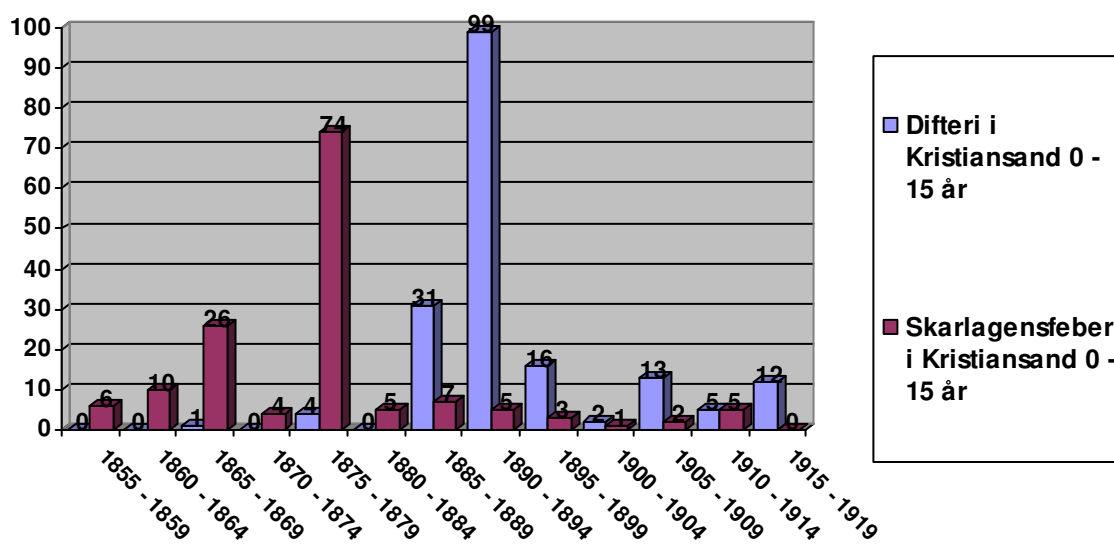
¹⁵⁵ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 37b, 38a

¹⁵⁶ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 37b, 38a

¹⁵⁷ RA: MLM 1875

Skarlagensfeberen tok seg opp utover i 1875, og i september besluttet sunnhetskommisjonen å trykke advarselen fra februar samme år, på nytt i stedets aviser.¹⁵⁸ I november gjennomgikk sunnhetskommisjonen sine tiltak mot skarlagensfeberen, altså påbudet om at syke og deres familier måtte holdes isolert og informasjonen i avisen, og var generelt sett fornøyde med hvordan de hadde virket. Sunnhetskommisjonens formann, Graarud, mente at det ikke var nok til å oppfordre til forsiktighet, han mente at alle som var angrepet av skarlagensfeber skulle være pliktige til å oppsøke lege. Som et kompromiss vedtok sunnhetskommisjonen at den i slutten av hver uke skulle motta en rapport fra byens leger om hvor mange som var smittet.¹⁵⁹ Det er mye mulig at denne praksisen stammet fra meslingeepidemien året før. Denne hadde vært stor og tatt mange liv.

Figur 2.9: Døde av skarlagensfeber og difteri, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Figur 2.9 viser antall barn under 15 år som døde av skarlagensfeber og difteri i Kristiansand i perioden 1855 – 1919. Som man kan se nådde skarlagensfeber toppen i antall døde i perioden 1875 – 1879, femten år før difteri nådde toppen. Med et stort antall døde som det figur 2.9 viser av skarlagensfeber i perioden 1875 – 1879, skulle man tro at sunnhetskommisjonen ville ha tatt opp skarlagensfeber i sine møter videre, men etter november 1875 skrev ikke sunnhetskommisjonen mer om skarlagensfeber i sine referater før i 1883. I medisinalberetningene derimot er skarlagensfeber et tilbakevendende tema. Stadsfysikus Graarud skrev i 1876 at en skarlagensfeberepidemi startet i oktober 1875 og tok seg opp

¹⁵⁸ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 40a+b

¹⁵⁹ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 40b

utover vinteren 1876 før den gav seg i juli samme år. I Kristiansand var det registrert 325 syke av skarlagensfeber i 1876, av disse var 324 barn, og 40 personer døde.¹⁶⁰ I 1879 var det igjen et stort utbrudd av skarlagensfeber med 320 tilfeller og 20 dødsfall i Kristiansand.¹⁶¹ Det eneste jeg kan finne i sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoll er formaninger fra sunnhetskommisjonen om å arbeide mot smittsomme sykdommer og at medlemmene av kommisjonen måtte fortsette å opplyse byens innbyggere om farene ved utbrudd av sykdommer.¹⁶²

Sunnhetskommisjonen i Kristiansand valgte en linje der de informerte byens innbyggere om faren ved epidemiske sykdommer, og der de oppfordret til isolering av syke. Men tiltakene kan ikke ha hatt ønsket effekt, da skarlagensfeber fortsatte å herje i byen i flere år etter at tiltakene ble satt i verk. Hvilke andre tiltak kunne sunnhetskommisjonen satt i verk? Det ser ikke ut til at det fantes andre reelle tiltak enn informasjon, isolasjon og etter en tid desinfeksjon av sykes boliger og eiendeler. Dette kan være en grunn til at sunnhetskommisjonen ikke tok opp skarlagensfeber i sine møter mellom 1875 og 1883, de hadde ikke mer å stille opp med, de hadde satt i verk sine tiltak.

I 1883 var som sagt skarlagensfeber igjen tema på et møte i sunnhetskommisjonen. Det ble meldt om et tilfelle der formannens regler var fulgt, pasienten var lagt inn på isolasjonslokalet og det var utført desinfeksjon av værelset og hjemmet til pasienten.¹⁶³ Det virker som om sunnhetskommisjonen var redde for at skarlagensfeberen skulle spre seg slik den hadde gjort i 1875. I 1884 ble det vedtatt regler som skulle gjelde ved utbrud av skarlagensfeber¹⁶⁴, en gjentakelse av skrivet som var blitt publisert i byens avis i 1875. I desember 1884 var kommisjonen samlet fordi en lege hadde hatt flere tilfeller av mikrober¹⁶⁵ i sitt ansvarsområde, men han hadde ikke gitt sunnhetskommisjonen rapport om dette. Det ble poengtert at det ikke var snakk om ubehandlede tilfeller av skarlagensfeber.¹⁶⁶ Figur 2.9 viser at antall døde av skarlagensfeber gikk kraftig ned i tiårsperioden 1880 – 1890, i forhold til femårsperioden før, men det fortsatte å være utbrudd av sykdommen, om enn ikke like mange eller dødelige som før i byen. Kan det være at sunnhetskommisjonen gjennom sine tiltak hadde klart å begrense sykdommen noe? I 1885 var det 25 tilfeller og 1 dødsfall av

¹⁶⁰ RA: MLM 1876

¹⁶¹ RA: MLM 1879

¹⁶² SAK: FSK 1861 – 1896, s. 47a

¹⁶³ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 77b

¹⁶⁴ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 83a+b

¹⁶⁵ Sunnhetskommisjonen skriver mikrober. Jeg antar at det er snakk om skarlagensfebermikrober siden skarlagensfeber er videre tema på møtet.

¹⁶⁶ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 84a

skarlagensfeber i Kristiansand, og stadsfysikus skrev i medisinalberetningen at han hadde tro på isolasjon og desinfeksjon som tiltak som kunne stoppe spredning av smitte.¹⁶⁷

I 1886 rapporterte legene i Kristiansand om nesten 2000 tilfeller av luftveissykdommer, både kroniske og akutte.¹⁶⁸ Dette var et høyt antall syke, og året etter vedtok sunnhetskommisjonen en tilføyning til sunnhetsforskriftene som gjaldt den hygieniske behandlingen av hjemmet under et sykdomsforløp med tyfoidfieber, skarlagensfeber eller difteri.¹⁶⁹ Dette viser at denne typen sykdommer var prioritert av sunnhetskommisjonen.

Skarlagensfeber og difteri var sykdommer som ikke sjeldent opptrådte samtidig i Kristiansand, ofte tok den ene flere liv enn hva den andre gjorde, men begge var likevel tilstede i sykdomsbildet i byen. Mange av vedtakene sunnhetskommisjonen fattet angående den ene av disse to sykdommene, ble gjort gjeldende for den andre. Tiltakene sunnhetskommisjonen satte i verk mot skarlagensfeber og difteri, var i en stor grad like. I juni 1887 ble det meldt om et tilfelle av difteri i byen, smitten hadde sannsynligvis kommet fra Hånes utenfor byen. Difterien spredte seg til flere i samme husstand som den første syke, og sunnhetskommisjonen besluttet å legge familien inn på isolasjonslokalet. En av de smittede døde, og sunnhetskommisjonen påla familien at begravelsen skulle foregå i stillhet av frykt for videre smitte i byen. Alle som hadde vært i kontakt med de syke og senere den døde, måtte desinfiseres. Det ble også vedtatt at dersom det i fremtiden ble oppdaget smittsom sykdom i nabolagene var det viktig at det ble slått opp plakater og gitt informasjon i aviser om sykdommen slik at byens innbyggere kunne ta sine forhåndsregler.¹⁷⁰

I november 1888 var det både difteri og skarlagensfeber i Kristiansand. Sunnhetskommisjonen vedtok i den forbindelse et nytt tillegg til forskriftene om smittsom sykdom, som skulle gjelde både skarlagensfeber og difteri. Tillegget var en presisering av tidligere forhold der det ble påbudt at syke og deres nærmeste familie måtte holdes isolert og at boligen deres skulle desinfiseres når en lege hadde erklært sykdommen opphevet.¹⁷¹

Epidemiene av skarlagensfeber og difteri fortsatte å herje hele distriktet i 1888 og utover i 1889.¹⁷² Som man kan se av figur 2.9 var tallene på døde av difteri større enn tallene på døde av skarlagensfeber i denne perioden. Sunnhetskommisjonen i Kristiansand så alvorlig

¹⁶⁷ RA: MLM 1885

¹⁶⁸ RA: MLM 1886

¹⁶⁹ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 88a

¹⁷⁰ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 88b

¹⁷¹ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 97a+b

¹⁷² RA: MLM 1888 og 1889

på situasjonen og 14. november 1888 vedtok den å stenge byens søndagsskoler¹⁷³ og 1. desember 1888 ble følgende vedtatt:

”Sundhedskommisjonen paabyder herved følgende:

1. I ethvert tilfælde hvor der forekommer udslæt eller ondt i halsen forbundet med almindeligt ildebefindende (feber) skal vedkommende foresatt snarest mulig lade den syge undersøge af læge.
2. Syge skulle saavidt muligt holdes strængt afsonderede. Friske som høre til deres nærmeste omgivelse skulle saavidt muligt undgaa samkvem med andre og holde sig borte fra større forsamlinger.
3. Skolegaaende fra smittet husstand eller i tilfælde smittet hus (efter kommisjonens nærmere bestemmelse (denne forandring: se tidligere paabud om formeldighet ved enstemmig udtalelse af byens læger)) tillades ikke adgang til skoler, asyler, befalskolen, søndagsskoler osv. indtil vedkommende læge har erklært sygdommen for hævet og desinfeksjon foretaget.

Undlatelse af at etterkomme disse påbud vil medføre ansvar efter loven.”¹⁷⁴

Sitatet viser hva slags muligheter sunnhetskommisjonen hadde til å begrense smittsomme sykdommer. Isolasjon og desinfeksjon var de viktigste. Ved å isolere syke håpet sunnhetskommisjonen å begrense spredningen, og desinfeksjon ble foretatt for å forhindre at noen dro med seg sykdomsmikroben fra et hus hvor det hadde vært smittede.

Difteri smitter ikke bare ved dråpesmitte, sykdommen kan også smitte gjennom drikke, som for eksempel vann og melk. I januar 1889 meldte sunnhetskommisjonen at det var oppdaget mer difteri i byen og at smitekilden var melk. Det ble vedtatt å gi beskjed til distriktslegen i Oddernes om dette.¹⁷⁵ Dette er et eksempel på hvordan legene i området delte informasjon med hverandre i håp om å kunne begrense spredningen av en sykdom som difteri.

I april 1889 diskuterte sunnhetskommisjonen om difterisyke skulle legges inn på byens isolasjonslokale. Først ble det besluttet at leger skulle kunne legge syke inn på isolasjonslokalet, men en uke senere ble det vedtatt at man ved fremtidige epidemier av difteri ikke skulle legge syke inn på isolasjonslokalet med mindre forholdene i hjemmet ikke var forsvarlige nok til at pasienten kunne pleies der. Vedtaket ble fattet med tre mot to stemmer.¹⁷⁶ Materialet mitt gir ikke svar på hvem de to som stemte i mot var. Var det legene

¹⁷³ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 97b, 98a

¹⁷⁴ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 98a+b

¹⁷⁵ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 100a

¹⁷⁶ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 100b, 101a

som mente at det var lettere å begrense sykdom når man hadde pasientene samlet på et sted, isolert fra friske?

Medisinalberetningene viser at det i 1889 og 1890 var mange som ble syke av skarlagensfeber og difteri. I 1890 var tallet på syke av skarlagensfeber lavere enn året før, med 40 syke og 1 død, mens for difteri var tallene høyere i 1890 enn i 1889. 139 personer var blitt syke av difteri og 33 døde, de aller fleste i de første månedene av 1890, som en del av en stor difteriepideemi over hele Lister og Mandals Amt.¹⁷⁷ I 1891 var det også mange tilfeller og dødsfall av både skarlagensfeber og difteri. Stadsfysikus i Kristiansand rapporterte om 85 tilfeller av difteri, 72 av disse var barn, og 21 døde. Tallene for skarlagensfeber var 14 smittede, alle barn, og 2 døde.¹⁷⁸ Det er klart at sunnhetskommisjonen ikke klarte å minske epidemiene ved å la særlig difterismittede behandles i hjemmet i stedet for på isolasjonslokalet.

Selv om det i medisinalberetningene rapporteres om difteri hvert år, tok ikke sunnhetskommisjonen alltid dette opp. I 1892 kom stadsfysikus med en anmeldelse etter at en pasient var lagt inn til observasjon på isolasjonslokalet med halsbetennelse med belegg. Dagen etter var pasienten utskrevet av sykehuslegen. Sunnhetskommisjonen vedtok at den ikke ville gjøre noe mer med dette, selv om kommisjonens to leger var uenige i avgjørelsen og mente at sykehuslegen hadde opptrådt klanderverdig og uforsvarlig.¹⁷⁹

Rent statistisk var det skolebarna som i størst grad døde av difteri, og det var tiltak rettet mot dem sunnhetskommisjonen satte inn da difteri på nytt rammet byen hardt i 1894. Difteri hadde ikke vært fraværende i 1893, men det hadde ikke vært like mange tilfeller som det skulle komme til å bli i 1894.¹⁸⁰ Stadsfysikus karakteriserte helsetilstanden i Kristiansand som lite god i 1894 på grunn av en meslingeepideemi, og ikke minst på grunn av en difteriepideemi.¹⁸¹ Hele 110 barn ble smittet av difteri i en epideemi som herjet i andre halvdel av 1894. Det ble også rapportert om tilfeller av skarlagensfeber i samme periode, medisinalberetningene viser at 28 ble syke av skarlagensfeber i 1894.¹⁸² Den 6. desember 1894 bestemte sunnhetskommisjonens seg for å stenge alle skolene i byen.¹⁸³ Dagen etter var kommisjonen igjen samlet, og den hadde da mottatt rapporter fra rektorer på byens skoler, og

¹⁷⁷ RA: MLM 1889 og 1890

¹⁷⁸ RA: MLM 1891

¹⁷⁹ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 111a

¹⁸⁰ 1893: 57 barn smittet, 21 personer (voksne og barn) døde – RA: MLM 1893

¹⁸¹ RA: MLM 1894

¹⁸² RA: MLM 1894

¹⁸³ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 136a

ved en av dem ble det meldt om 16 smittede barn.¹⁸⁴ Stengingen av skoler må ses på som en del av isoleringen av syke sunnhetskommisjonen gjorde. Jeg mener ikke at det er et eget, nytt tiltak som sunnhetskommisjonen kom med. Å stenge skolen ville si at de syke ble holdt hjemme og ikke kunne smitte de friske. Som en del av difteriepidemien i 1894 – 95 vedtok sunnhetskommisjonen nye desinfeksjonsregler, som var enda mer nøye i sine instruksjoner enn hva tidligere regler hadde vært.¹⁸⁵

Jeg gjør nå et hopp videre til 1912. Som vist tidligere hadde det vært noe uenighet innad i sunnhetskommisjonen, legene hadde i noen tilfeller stemt mot resten av kommisjonen i spørsmål om isolasjon av syke. I november 1912 gjenga sunnhetskommisjonen et brev den hadde mottatt. Dessverre står det ikke oppført hvem som er avsender. Brevskriveren stiller seg kritisk til metodene, spesielt isolasjon, som sunnhetskommisjonen har brukt for å begrense spredning av smitte av skarlagensfeber og difteri. Innholdet i brevet gjør at det kan tyde på at det er en person med noe medisinsk bakgrunn som har skrevet det. Brevskriveren påpeker at epidemien av skarlagensfeber og difteri som rammet byen i 1912 hadde krevd færre liv enn tidligere epidemier i Kristiansand.¹⁸⁶ I begravelseslistene er det rapportert om tre dødsfall av difteri i 1908, ingen i 1909 og 1910 og to i 1911. For skarlagensfeber er tallene ingen dødsfall i 1908, et i 1909, ingen i 1910 og ett dødsfall i 1911.¹⁸⁷ Brevskriveren skriver at i løpet av de siste ti årene hadde dødeligheten av difteri sunket fra 25 prosent til 1 prosent i 1911. Det er viktig å huske på at det kan være anti-serumet mot difteri som har hatt en innvirkning på nedgangen i antall døde av difteri, selv om det ser ut som om brevskriveren ikke er klar over dette.

Brevskriveren var skeptisk til hvordan sunnhetskommisjonen hadde behandlet epidemier av skarlagensfeber og difteri. Sunnhetskommisjonen hadde rett til å legge pasienter på isolat eller på sykehuset dersom sykdommen de hadde ble oppfattet som farlig epidemisk. Deretter var det påbudt å desinfisere både pasient og dens husvære. Denne måten å behandle sykdommer mente brevskriveren ikke hadde hatt noen effekt på smittebegrensning fordi friske mennesker også kunne være bærere av mikroben. En epidemi med styrke som den Kristiansand opplevde i 1911, kvalifiserte ikke til å være en farlig epidemi i følge brevskriveren. 128 barn var blitt smittet av difteri i 1911, mens 47 barn hadde vært syke av

¹⁸⁴ SAK: FSK 1861 – 1896, s.136b, 137a

¹⁸⁵ SAK: FSK 1861 – 1896, s. 137b, 138a+b, 139a

¹⁸⁶ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 100b, 101a+b

¹⁸⁷ http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?idx_fylke=10&idx_kommune=Kristiansand+prgj&idx_kilde=Alle&idx_periode=&idx_textsearch=&js=j 04.04.11. kl 15:00

skarlagensfeber.¹⁸⁸ I følge personen som hadde skrevet til sunnhetskommisjonen hadde komplikasjonene vært færre og mindre alvorlig enn tidligere. Dermed var tiltakene sunnhetskommisjonen krevde at folk fulgte, bare mer arbeid for dem og tiltakene kostet staten dyrt. Brevskriveren ønsket at skarlagensfeber og difteri måtte fjernes fra listen over farlige epidemiske sykdommer, og at sunnhetskommisjonen lot innbyggerne behandle barna sine hjemme. Folk i byen opplevde i 1912 navnene skarlagensfeber og difteri som skrekkinngytende nok, om en ikke skulle tvangsisolere dem også, mente brevskriveren.¹⁸⁹

Dette er første gang sunnhetskommisjonen i Kristiansand har gjengitt en så åpenbar kritikk av sin egen virksomhet. Tidligere er det nevnt i referatene når medlemmer har vært uenige i vedtak og stemt mot, men brevet er en kritikk rettet mot sunnhetskommisjonens praksis. For meg ser det ut som om sunnhetskommisjonen helt siden oppstarten i 1860 brukte de samme tiltakene for å begrense smitte i Kristiansand; informere innbyggerne, isolere syke og desinfisere den sykes værelse og bopel. Brevet i 1912, godt inn i det som mange har kalt en ny tidsalder i medisinen, etter det bakteriologiske gjennombruddet på 1880-tallet, gir ingen forslag til alternative måter å begrense spredning av smitte og behandle syke på, det ser ut som om hensikten med det er å få sunnhetskommisjonen til å slutte med sine tiltak. Mulig har brevskriveren rett, at sykdommene var blitt mildere med årene. I medisinalberetningen fra 1911 står det at 47 barn var blitt syke og 1 var død av skarlagensfeber, mens det hadde vært 128 syke og 2 døde av difteri.¹⁹⁰ Sammenliknet med tall fra tidligere utbrudd av sykdommen er dette lave tall, også folketallet var økt, men når det gjelder difterien kan det som sagt være anti-serumet som har vært årsaken.

Er det da mulig at nedgangen i antall døde av skarlagensfeber kan skyldes en bedring i det epidemiske klimaet og ikke sunnhetskommisjonens tiltak? William Hubbard som har undersøkt dødeligheten i blant annet Kristiania, fant ut at skarlagensfeber opptrådte i en mildere form, med like mange syke men færre døde etter 1900. Behandlingsmetodene mot skarlagensfeber var de samme som de hadde vært siden opprettelsen av sunnhetskommisjoner.¹⁹¹ Den samme nedgangen i antall døde av skarlagensfeber og difteri som jeg har funnet i Kristiansand, finner man også i Trondheim, Bergen.¹⁹²

¹⁸⁸ RA: MLM 1911

¹⁸⁹ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 100b, 101a+b

¹⁹⁰ RA: MLM 1911

¹⁹¹ Hubbard i Hubbard et. al. 2004, s. 36

¹⁹² Hubbard i Hubbard et. al. 2004, s. 35

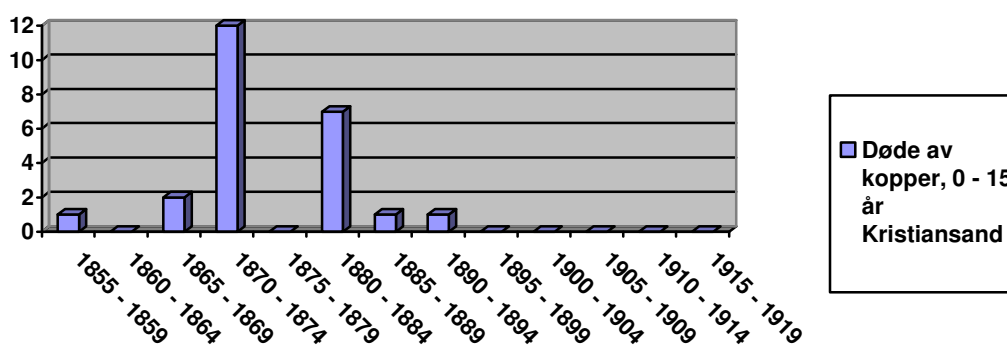
2.2.3.2 Barnekopper

I perioden 1860 til 1873 var det mye kopper i omløp på Sørlandet, byene og tettstedene langs sørlandskysten opplevde jevnlig små eller større epidemier.¹⁹³ I medisinalberetningen fra Kristiansand er det i 1869 lagt med en oversikt som viser antall syke og døde av forskjellige sykdommer i årene 1867, 1868 og 1869. Der kan man lese at det i Kristiansand i de tre årene hadde vært 96 tilfeller av barnekopper, av disse var 41 barn rammet og av dem døde fire.¹⁹⁴

Selv om Kristiansand hadde en stor andel vaksinerte og revaksinerte for kopper, gjorde byens geografiske plassering at koppesmitten lett kom til byen.¹⁹⁵ Kristiansand var stiftshovedstad og mange kom fra områdene rundt til byen i forbindelse med offisielle ærend eller for å handle. Byen var også en mellomstasjon for mange som skulle reiste til Amerika, og den sentrale beliggenheten ved kysten og en stor havn, var det mange skip som la til kai i Kristiansand. Med en så gunstig plassering kom det stadig nye folk til, og med dem stadig nye mikrober. Koppene kunne ofte spre seg en tid før byens leger oppdaget det, fordi en del som var vaksinerte fikk sykdommen i lettere varianter som ikke lett ble oppdaget. Koppeviruset kunne også leve en tid i for eksempel sengeklær.¹⁹⁶

Ved utbruddet av en koppepidemi i 1867 ansatte sunnhetskommisjonen en sunnhetsbetjent som skulle se etter smitte blant folk, og det ble satt i gang storstilt vaksinering og revaksinering. Ohman Nielsen skriver at selv om epidemien blusset opp igjen etter vaksineringen, hadde isolasjonstiltakene sunnhetskommisjonen satte i verk, bidratt til å begrense sykdommen.¹⁹⁷ Byen ble rammet av flere omganger med kopper senere, men ingen av dem hadde et høyt antall døde.

Figur 2.10: Døde av kopper, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



¹⁹³ Ohman Nielsen 2008, s. 315

¹⁹⁴ RA: MLM 1869

¹⁹⁵ Ohman Nielsen 2008, s. 316

¹⁹⁶ Ohman Nielsen 2008, s. 317

¹⁹⁷ Ohman Nielsen 2008, s. 318

Figur 2.10 viser hvor mange som døde av kopper i Kristiansand i perioden 1855 – 1919. Som man kan se var ikke dødstallene i epidemien i 1867 store. I 1872 ble byen igjen rammet av kopper, som man kan se av figur 2.10 var dette midt i den perioden da koppene tok flest liv i Kristiansand. Koppene kom i flere omganger og de kom samtidig med andre sykdommer som meslinger. Kapasiteten ved sykehusene var sprengt.¹⁹⁸ I medisinalberetningene står det derimot ikke mye om kopper, der er det andre sykdommer som kikhoste og meslinger som vies stor oppmerksomhet.¹⁹⁹

Sunnhetskommisjonen i Kristiansand valgte å isolere koppesyke på isolasjonslokalet eller på sykehuset. I 1875 ble en hel familie lagt inn på isolasjonslokalet på grunn av kopper, og på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad ble det vurdert å flytte dem til sykehuset der de kunne få et værelse for seg selv.²⁰⁰ Dette viser at sunnhetskommisjonen var bekymret for hvordan denne sykdommen ville spre seg. I forbindelse med koppene hadde sunnhetskommisjonen enda et tiltak den kunne sette i verk for å begrense smitte, nemlig vaksinerings. Koppevaksinen kom så tidlig som i 1810 og det regnes dermed at den kom for tidlig til for å kunne forklare nedgangen i barnedødelighet.²⁰¹

I 1882 inntraff det som ble den siste store, dødelige, koppeepidemien i Kristiansand. 28. mars skrev sunnhetskommisjonen i sin forhandlingsprotokoll at byen var hardt angrepet av kopper. Kommisjonen ba derfor om å få legge koppepasienter inn på sykehuset.²⁰² Ohman Nielsen skriver at sykehuset ble tatt i bruk²⁰³, men i sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoll ser det ut til at sunnhetskommisjonen først ikke fikk det antall plasser den ønsket på ved sykehuset.²⁰⁴ Først i oktober 1882 da epidemien var i sterk tilbakegang, var sykehuset villig til å gi fra seg flere senger. Da var det i følge sunnhetskommisjonen ikke lenger bruk for dem.²⁰⁵ I medisinalberetningen er det for Kristiansands del meldt om 92 tilfeller av barnekopper og elleve dødsfall av sykdommen i 1882.²⁰⁶

Erfaringene fra tidligere utbrudd av kopper, og andre smittsomme sykdommer, må ha vært en sterkt medvirkende årsak til at sunnhetskommisjonen reagerte så kraftig og raskt som

¹⁹⁸ Ohman Nielsen 2008, s. 323

¹⁹⁹ RA: MLM 1874

²⁰⁰ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 38b

²⁰¹ Se diskusjon om dette i den tidligere forskningen i innledningen s. 15ff

²⁰² SAK: FKS 1861 – 1896, s. 72a+b

²⁰³ Ohman Nielsen 2008, s. 336

²⁰⁴ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 74b, 75a

²⁰⁵ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 76b

²⁰⁶ RA: MLM 1882

den gjorde da det ble oppdaget kopper i Kristiansand i november 1914.²⁰⁷ Koppene var blitt brakt til byen av en sjømann som kom fra Russland 31. oktober 1914. Først hadde legen som undersøkte ham trodd at han var smittet av meslinger, men 8. november ble han diagnostisert med kopper.²⁰⁸ Pasienten bodde i Holbergsgate 22, et to etasjers murhus hvor det bodde fem familier. Huset hadde tre utganger som sunnhetskommisjonen straks stengte av, og det ble organisert vakthold slik at ingen uten spesiell tillatelse kunne forlate eller komme inn i huset. Sunnhetsbetjenten ble pålagt å finne ut av hvem som hadde vært innom huset de siste dagene før koppene var påvist.²⁰⁹ Deretter var det opp til sunnhetskommisjonen å finne et egnet lokale som kunne brukes til å isolere koppesyke. Valget falt på et fraflyttet hus, og det ble hentet senger og utstyr fra det militære lasarettet i Vestre Strandgate og en det ble besluttet å ansette en sykepleierske så snart som mulig.²¹⁰ Dagen etter, 9. november, var det meldt om i alle fall ett nytt tilfelle av kopper. Sunnhetskommisjonens formann kunne informere resten av medlemmene om at han hadde vaksinert og revaksinert alle beboerne i Holbergsgate 22. Sunnhetskommisjonen var redde for hvordan denne epidemien ville spre seg, og i forhandlingsprotokollen står dette:

”Under Møtet gjorde Stadsfysikus opmerksom paa at han antog den anledning Sygdommen allerede har havt tilsprædelse til forskjellige Kanter i Byen let kunde anta Dimensioner, der krævede flere Kræfter end de han havde til Raadighed. (...)”²¹¹

På grunn av arbeidsmengden som så ut til å komme med en koppeepidemi, ønsket statsfysikus å ansette en vikar som kunne hjelpe til med vaksinering og andre plikter. Siden byen ikke hadde en egen koppelege og fordi det ville ta lang tid å ansette en ny, tok statsfysikus på seg også denne oppgaven inntil videre.²¹²

I medisinalberetningen står det at utsikten til å få begrenset koppeepidemien var lite lys siden byen allerede var angrepet av en stor tyfusepidemi.²¹³ På grunn av at to epidemier herjet samtidig så helsemyndighetene seg nødt til å sette i gang strengere tiltak enn tidligere for å begrense epidemien.²¹⁴ Sunnhetskommisjonen besluttet å ta kontakt med

²⁰⁷ SAK: FSK 1896 -1924, s. 120a+b

²⁰⁸ RA: MLM 1914

²⁰⁹ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 120a+b

²¹⁰ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 120a+b

²¹¹ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 120b, 121a

²¹² SAK: FSK 1896 – 1924, s. 120b, 121a

²¹³ RA: MLM 1914

²¹⁴ RA: MLM 1914

Medisinalsjefen for å søke råd.²¹⁵ Å søke hjelp av nasjonale helsemyndigheter var ikke noe sunnhetskommisjonen hadde benyttet seg av i stor grad før. Det ser ut til at sunnhetskommisjonen før dette forsøkte å stoppe epidemier selv, og ikke hadde tatt inn andre parter.

Det var ikke bare på grunn av utbrudd av to epidemier sunnhetskommisjonen i Kristiansand henvendte seg til Medisinalsjefen. Det var oppstått konflikt mellom sunnhetskommisjonen og de militære. Sunnhetskommisjonen ønsket å bruke Karantenasaretten på Odderøya som isolasjonslokale, men på grunn av mobilisering til første verdenskrig, nektet de militære autoriteter å gi fra seg stedet.²¹⁶ Som et kompromiss ble felleslokalet Karl Johans Minne valgt som isolasjonslokale. Samtidig forbød sunnhetskommisjonen salg av rå fløte og krem og upasteurisert melk. Også fisk fra steder som ikke var sikre ble forbudt solgt.²¹⁷ Slik forsøkte sunnhetskommisjonen å hindre at smitten spredte seg.

Som ved tidligere utbrudd av smittsomme sykdommer vurderte sunnhetskommisjonen å stenge av lokaler der mange folk møttes jevnlig. I slutten av november 1914 diskuterte sunnhetskommisjonen om skolene skulle stenges, men det ble besluttet at de fortsatt skulle holdes åpne. Men dersom barn ble syke med symptomer som liknet kopper, skulle de straks sendes til den nyansatte epidemilegen som staten hadde betalt for og ikke møte på skolen.²¹⁸ Alle søndagsskoler ble stengt etter legenes råd, og alle offentlige forestillinger, sammenkomster og basarer ble innstilt.²¹⁹ Også kirkene ble besluttet stengt etter at enda et tilfelle av kopper ble oppdaget 28. november 1914.²²⁰

Heldigvis ble det ikke noen stor koppepidemi i 1914.²²¹ I midten av desember besluttet sunnhetskommisjonen å åpne kirkene igjen, og i februar 1915 var det kun en pasient med kopper igjen i Kristiansand.²²²

Sunnhetskommisjonens tiltak var ikke mye endret i årene etter århundreskiftet i forhold til hva de hadde vært tidligere. Fremdeles var isolasjon det viktigste våpenet i kampen mot smittsomme sykdommer. Men det sunnhetskommisjonen hadde mulighet til å gjøre ved koppepidemier, som den ikke hadde mulighet til å gjøre ved utbrudd av for eksempel skarlagensfeber, var å vaksinere og revaksinere personer. Det fantes en koppevaksine som var

²¹⁵ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 120b, 121a

²¹⁶ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 121b, 122a

²¹⁷ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 122b, 123a

²¹⁸ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 123b, 124a

²¹⁹ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 123b, 124a

²²⁰ RA: MLM 1914

²²¹ RA: MLM 1914

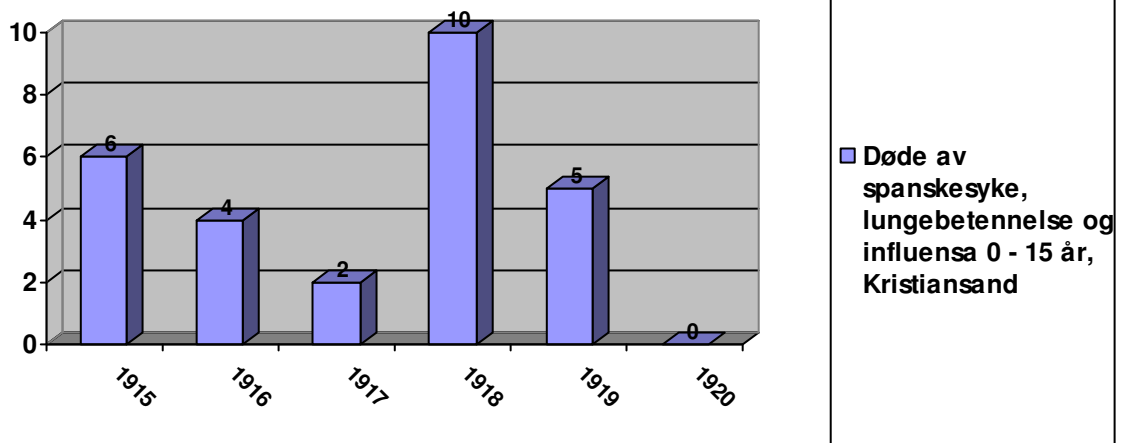
²²² SAK: FSK 1896 – 1924, s. 126+b, 127a+b, 128a+b

virksom, i motsetning til for andre sykdommer. For difteri fikk legene etter hvert tilgang på anti-serum, men det er usikkert i hvor stor grad dette hadde innvirkning på sykdommen. Det kan se ut som om tiltakene ved å vaksinere og revaksinere og isolere hadde en effekt ved utbruddet av kopper i 1914. Koppene ble ikke spredt mye, og ser man på figur 2.10 var det ingen barn som omkom av kopper i denne epidemien. Det er ingen tvil om at sunnhetskommisjonen tok situasjonen på alvor da det ble oppdaget kopper. Kommisjonen tok også kontakt med nasjonale helsemyndigheter, det hadde den ikke i stor grad gjort før. Dette viser at sunnhetskommisjonen var bekymret for et utbrudd av kopper i Kristiansand. Og man må huske på at dette var en periode der det ble mobilisert militære i forbindelse med første verdenskrig. En koppepidemi blant dem ville vært svært ubeleilig.

2.2.3.3 Spanskesyken 1918 – 1919

Jeg velger å ha med en del om spanskesyken i gjennomgangen av hvordan sunnhetskommisjonen i Kristiansand arbeidet. Dette gjør jeg ikke fordi spanskesyken rammet og tok liv av mange barn, men fordi spanskesyken viste at sunnhetskommisjonen i Kristiansand var opptatt av å beskytte barna. I Kristiansand, som i resten av landet, var det flest unge voksne som døde av spanskesyken.²²³

Figur 2.11: Døde av spanskesyke, lungebetennelse og influensa, 0 – 15 år, Kristiansand, 1915 – 1920



Figur 2.11 viser hvor mange barn under 15 år som døde av spanskesyke, lungebetennelse og influensa i perioden 1915 til 1920. Influensa og lungebetennelse er tatt med i tellingen fordi mange som hadde spanskesyke er ført med influensa og lungebetennelse som dødsårsak i begravelseslistene i kirkebøkene. Det vil ikke si at alle tilfeller av influensa og

²²³ Tønnesen 1974, s. 98

lungebetennelse i 1918 skyldtes spanskesyken, men noen av dem kan ha gjort det. Jeg har valgt å ha med et par år før og etter spanskesyken for å vise utviklingen. Av figur 2.11 kan man se at det ikke var mange barn under 15 år i Kristiansand som døde av spanskesyke, lungebetennelse eller influensa i 1918 og 1919 da spanskesyken herjet. Kun to av de døde barna ble ført i begravelleslisten med ”spansk syke” som dødsårsak, mens det var en del dødsfall av influensa i slutten av 1918 og i begynnelsen av 1919 da spanskesyken herjet som verst.²²⁴ Av barna som døde av influensa, lungebetennelse og spanskesyke, var størsteparten av dem som døde etter juni 1918 barn over fem år.²²⁵

Sunnhetskommisjonen i Kristiansand besluttet i oktober 1918 å stenge kinoen for barn under fem år og søndagsskolene ble stengt.²²⁶ Dette ble i all hovedsak gjort fordi byen også var plaget av en difteriepidemi samtidig som spanskesyken herjet. En uke etter at kinoen ble stengt for barn, ble den helt stengt på grunn av spanskesyken.²²⁷

Den 1. november ble alle byens skoler stengt fordi det var funnet tilfeller av spanskesyke blant skolebarn. Det kommunale sykehuset var da fullt og det ble fra sunnhetskommisjonens side bedt om mer penger slik at det ville være mulig å gjenåpne lasarettet på Klappane og penger til å leie lokaler som også kunne brukes som isolasjonslokaler.²²⁸

Den 18. november var spanskesyken på retur, og sunnhetskommisjonen besluttet at 3. og 4. middelskoleklasser, gymnasklassene og alle folkeskolens klasser fra og med 5. klasse kunne gjenoppta undervisningen. De minste barna ble fremdeles holdt hjemme. Sunnhetskommisjonen presiserte at syke barn ikke måtte gå på skolen, og dersom det i en klasse var mer enn en syk elev, måtte resten av elevene i klassen holdes borte fra skolen tre dager.²²⁹

Midt i desember 1918 var spanskesyken fremdeles på retur og alle skolene ble åpnet igjen, det kunne avholdes gudstjenester og kinoen åpnet, men det måtte ikke avholdes basarer eller søndagsskole i byen.²³⁰ Hvorfor ble søndagsskolene holdt stengt mens skolene åpnet? Jeg tror dette kommer av at man på skolen hadde mer kontroll over barna, de hadde hver sin pult og lokalene var lysere og mer luftige enn hva tilfellet var for mange av søndagsskolene. På søndagsskolene gikk også barn som ikke gikk på skolen, små barn som kunne være enda

²²⁴ http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?id=5129 05.04.11 kl 12:30

²²⁵ http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?id=5129 05.04.11 kl 12:30

²²⁶ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 163b, 164a

²²⁷ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 164b

²²⁸ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 165a+b

²²⁹ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 165b, 166a

²³⁰ SAK: FSK 1896 – 1924, s. 167a+b, 168a

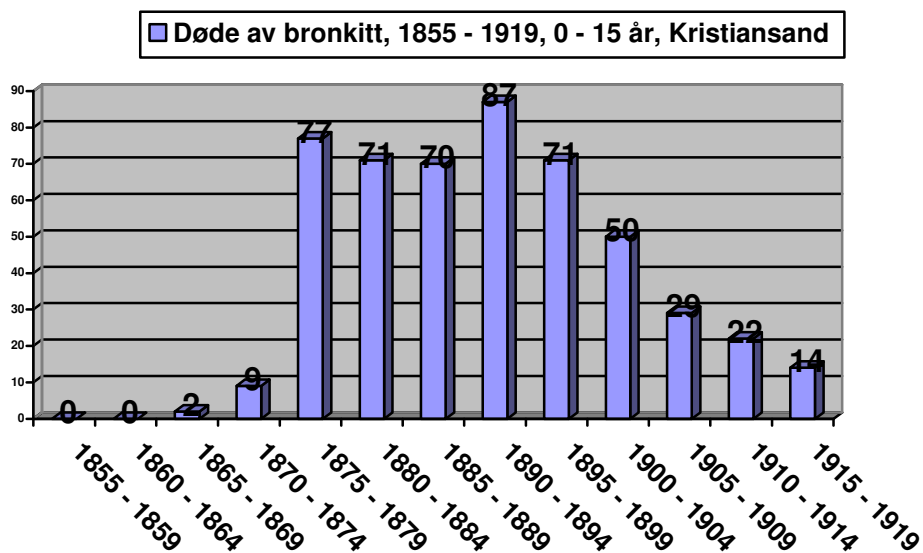
verre å ”holde kontroll på.” Foreldrene arbeidet ikke på søndager og kunne da se etter barna sine når søndagsskolen var stengt. I medisinalberetningen står det at skolene var blitt stengt på grunn av difteriepidemien som herjet i byen samtidig med spanskesyken, ikke på grunn av spanskesyken.²³¹

Sunnhetskommisjonen valgte også ved spanskesyken å isolere syke, så mange ble lagt inn på sykehuset at det ble fullt og det var behov for flere plasser. Tiltakene kommisjonen rett mot barn var å stenge steder der barn var samlet, men dette ble også gjort for å begrense difterien som herjet. Sunnhetskommisjonen hadde erfaring fra tidligere epidemier av forskjellige barnesykdommer som hadde rammet barn hardt, og kanskje derfor var den ekstra oppmerksom på hvordan denne epidemien rammet barn.

2.2.3.4 Bronkitt

I min undersøkelse av dødsårsaker som barna i Kristiansand ble ført med i kirkebøkene, dukker bronkitt ofte opp. Men bronkitt er ikke nevnt i sunnhetskommisjonens referater. Figur 2.12 viser at bronkitt ofte ble oppgitt som dødsårsak.

Figur 2.12: Døde av bronkitt, 0 – 15 år, Kristiansand 1855 – 1919



Bronkitt er en infeksjon i de nedre luftveiene og karakteriseres av hoste, både tørr og slimete.²³² I perioden jeg undersøker, 1860 til 1920, var nok bronkitt et symptom på eller en komplikasjon ved en annen luftveissykdom. Bronkitt kan utvikle seg til en lungebetennelse,

²³¹ RA: MLM 1918

²³² <http://nhi.no/lunger/infeksjoner/bronkitt-akutt-2133.html> 06.04.11 kl 12:00

og det kan også være en infeksjon som kom etter for eksempel influensa.²³³ Det er godt mulig at dette er grunnen til at sunnhetskommisjonen ikke spesifikt tok opp bronkitt på sine møter.

I medisinalberetningene derimot, er bronkitt nevnt ofte. Spesielt i perioden fra 1875 til 1900 var det mange barn som ble ført med bronkitt som dødsårsak. I 1878 hadde hele 450 mennesker bronkitt i Kristiansand i følge medisinalberetningen, og 17 døde av det.²³⁴ I 1886 ble nesten 2000 personer i Kristiansand behandlet for akutte eller kroniske luftveissykdommer, blant dem ble bronkitt regnet i medisinalberetningene.²³⁵ I de neste årene rapporteres det om nesten 1000 tilfeller årlig.

Som med mange av de andre sykdommene med luftbåren smitte, når bronkitt toppen i antall døde i perioden 1890 – 1894. Bronkitt kan da ha vært et symptom på en ettersykdom barnet fikk etter å ha vært igjennom flere runder med for eksempel difteri og skarlagensfeber. Jeg har valgt å vise utviklingen av bronkitt i denne delen av oppgaven, for å vise at det var dødsårsaker, som krevde mange liv, som sunnhetskommisjonens ikke tok tak i.

2.2.3.5 Tyfoidfieber

Til nå har jeg gjennomgått saker der sunnhetskommisjonen reagerte ved utbrudd av sykdommer med luftbåren smittevei. Dette har jeg gjort siden det var i den kategorien med dødsfall jeg fant den største endringen i antall døde. Men også i kategorien døde av sykdommer med vann- og matbåren smitte var det en endring i antall dødsfall.²³⁶ Jeg vil nå vise hvordan sunnhetskommisjonen reagerte ved det som viste seg å være et tyfoidfieberutbrudd i 1885. Tyfoidfieber var en av to sykdommer som ble kalt for nervefeber, den andre var tyfus, frem til det var mulig å skille dem med prøvetakning. Tyfoidfieber spres ved at man kommer i kontakt med den sykes urin eller avføring eller gjennom matvarer som inneholder denne bakterien. Symptomene på tyfoidfieber er feber, allmenn sykdomsfølelse, kvalme og hodepine. En del pasienter ble også uklare, det vil si at de for eksempel fikk hallusinasjoner.²³⁷

I desember 1885 fikk sunnhetskommisjonen beskjed om at det i et hus i Tollbodgaten 34 hadde opptrådt ondartet sykdom, og fire personer var døde. Disse var tollbetjentens kone og tre sønner. Kona døde først, i begynnelsen av oktober 1885, i begravelleslisten er hun

²³³ <http://nhi.no/lunger/infeksjoner/bronkitt-akutt-2133.html> 06.04.11 kl 12:00

²³⁴ RA: MLM 1878

²³⁵ RA: MLM 1886

²³⁶ Se figur 2.7, s. 38

²³⁷ Myrvang, Bjørn: Store medisinske leksikon – tyfoidfieber. http://www.snl.no/sml_artikkel/tyfoidfieber

oppført med mavebetennelse som dødsårsak.²³⁸ I begynnelsen av november døde deres 4 år gamle sønn Fritz av nervefeber²³⁹, broren Alf på 8 år døde et par dager senere, også han av nervefeber, og i begynnelsen av desember døde broren Josva på 12 år av nervefeber.²⁴⁰

Da sunnhetskommisjonen var samlet, diskuterte den hvorvidt det fortsatt skulle være tillatt å bo i huset.²⁴¹ Som tiltak mot dette utbruddet, som sunnhetskommisjonen ikke visste var et utbrudd av tyfoidfieber før i januar 1886 da den fikk svar på prøver som var tatt²⁴², valgte sunnhetskommisjonen desinfeksjon. 8. desember 1885 ble det besluttet at alle gjenstander i husets underste etasje måtte desinfiseres før de kunne flyttes bort.²⁴³ Sunnhetskommisjonen la ned forbud mot å bo i huset før kjellerens vegger og tak var overkrittet. Tapetene i de aktuelle værelsene, kjelleren og pikeværelset på loftet, måtte rives av, og før det kunne males igjen måtte gulv og vegger vaskes med grønnsåpe. Etter at alt dette var gjort måtte leiligheten stå tom i fire uker for å lufte ut.²⁴⁴

Som sagt var det først i januar at sunnhetskommisjonen fikk beskjed om at det mest sannsynlig var tyfoidfieber som var årsaken til dødsfallene. Da lå det fremdeles pasienter på sykehus, og sykehuslegen fikk beskjed av sunnhetskommisjonen om å sjekke opp i deres tilstand. Det ble også anbefalt å foreta obduksjon av de som var døde av tyfoidfieberen for å slå fast en sikker dødsårsak.²⁴⁵

Under utbruddet av denne sykdommen ble det klart at desinfeksjon var det beste midlet for sunnhetskommisjonen til å hindre spredning. Her var det ikke hovedfokus på isolering av syke eller informasjon til byens innbyggere, men å få desinfisert hus og værelser skikkelig. Noen pasienter ble lagt inn på sykehus, men utover det nevner ikke sunnhetskommisjonen bruk av isolasjon ytterligere.

2.2.4 Deloppsummering

Hva slags tiltak kunne sunnhetskommisjoner sette i verk for å bremse spredningen av smittsom sykdom? Min undersøkelse av sunnhetskommisjonen i Kristiansand har vist at de tre mest brukte tiltakene var informasjon, isolasjon og desinfeksjon. Informasjonen ble gitt

²³⁸ http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?show=70&uid=195447&urnread_imagesize=gigant&hode=nei&ls=1 03.05.11 kl. 14:30

²³⁹ http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?uid=195447&urnread_imagesize=gigant&show=71#toppen 03.05.11 kl 14:30

²⁴⁰ http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?uid=195447&urnread_imagesize=gigant&show=72#toppen 03.05.11 kl 14:30

²⁴¹ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 85b

²⁴² SAK: FKS 1861 – 1896, s. 86a+b

²⁴³ Det presiseres at man måtte være spesielt forsiktig med pianofortet under desinfeksjonen

²⁴⁴ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 85b

²⁴⁵ SAK: FKS 1861 – 1896, s. 86a+b

ved at sunnhetskommisjonen publiserte et skrift i byens avis der det ble opplyst hva slags sykdom som nå hadde rammet, hvordan den smittet og hvilke forhåndsregler folk burde ta. Når personer var smittet av en epidemisk sykdom, ble personen lagt inn på isolasjonslokalet eller sykehuset, eller isolert i hjemmet. Det hendte også at hele familier ble flyttet til isolasjonslokalet for å hindre spredningen av sykdommen. Etter at en syk var blitt frisk eller døde, ble den syke, den sykes eiendeler og husvære desinfisert. Det ble foretatt desinfeksjon av gulv, vegger og tak, tapeter ble vasket, planter luftet og det meste vasket i grønnsåpe. Både isolasjon og desinfeksjon ser ut til å være virkemidler brukt i hele perioden jeg har undersøkt, 1860 – 1920, men informasjon i byens aviser ser ut til å gradvis forsvinne ut etter 1900. Sunnhetskommisjonen var på 1860- og 1870-tallet veldig opptatt av hva som skulle publiseres av advarsler til byens innbyggere i stedets aviser. Dette er imidlertid ikke en sak utover på 1900-tallet, men jeg tror ikke informasjonen til byens innbyggere forsvant, men anser det som mer sannsynlig at sunnhetskommisjonen ikke skrev i sine referater at den gav ut informasjon.

I 1912 ble praksisen med isolering av syke barn av difteri og skarlagensfeber utfordret, men som jeg kan se av referatene i forhandlingsprotokollen ble ikke praksis endret. Isolasjon av syke var i hele perioden jeg har undersøkt det mest brukte tiltaket for å forhindre spredning av smitte.

Som en del av isolering regner jeg stenging av skoler og andre offentlige bygg. Dette fordi stengingen gjorde at syke ikke kunne møte friske i det offentlige, og det var jo det som var hensikten med isolering. Sunnhetskommisjonen var ofte tidlig ute med å stenge skoler og søndagsskoler. Deretter ble det ikke lov med gudstjenester, basarer eller andre offentlige sammenkomster. Søndagsskolene ble holdt stengt lengre enn både skoler og kirker. Dette tror jeg kommer av at forholdene på søndagsskolene ikke var like ordnede som på skoler, og på søndager var det mulig for foreldre å ta seg av sine barn hjemme, det var det ikke i ukene.

Det er vanskelig å gi noe endelig svar på å om tiltakene som sunnhetskommisjonen i Kristiansand satte i verk mot spredning av smittsom sykdom hadde noen merkbar effekt. Nedgangen i dødelighet av de forskjellige sykdommene som jeg har presentert i denne delen av oppgaven, ser ikke ut til å ha hatt noen sammenheng med når sunnhetskommisjonen satte i verk tiltak for å begrense sykdommene. Et eksempel på dette er fra difteri- og skarlagensfeber epidemien som rammet Kristiansand i 1888. Sunnhetskommisjonen forsøkte å begrense smitten ved å stenge skoler og søndagsskoler, og ved å vedta nye regler som skulle gjelde ved utbrudd av disse sykdommene. Men som man kan se av figur 2.9 nådde difteri toppen av antall døde i perioden 1890 – 1894, altså etter tiltakene i 1888. Tiltakene for å

begrense difteri var de samme som i 1888 i perioden da så mange døde i 1890 – 1894. Senere kom anti-serumet mot difteri til og kan ha hjulpet noe på nedgangen i antall døde.

Hva mer kunne sunnhetskommisjonen ha gjort? Tiltakene den satte i verk var de tiltakene som var tilgjengelige. Undersøkelsesperioden min strekker seg over 60 år, og gjennom to medisinske regimer (før og etter det bakteriologiske gjennombrudd), men det virker ikke som om sunnhetskommisjonen i Kristiansand endret praksis. Dette kommer nok av at Kristiansand tidlig brukte moderne metoder for å begrense smitte. Legene trodde på sykdommers smittsomhet før sunnhetsloven ble vedtatt i 1860, og kunne dermed sette i verk tiltak som skulle stoppe spredning av smitte. Vaksinerer og revaksinerer mot kopper var også et tiltak sunnhetskommisjonen hadde tilgjengelig, men dette var noe man hadde drevet med siden 1810, så jeg vil ikke si at det var et tiltak som kom med sunnhetskommisjonene.

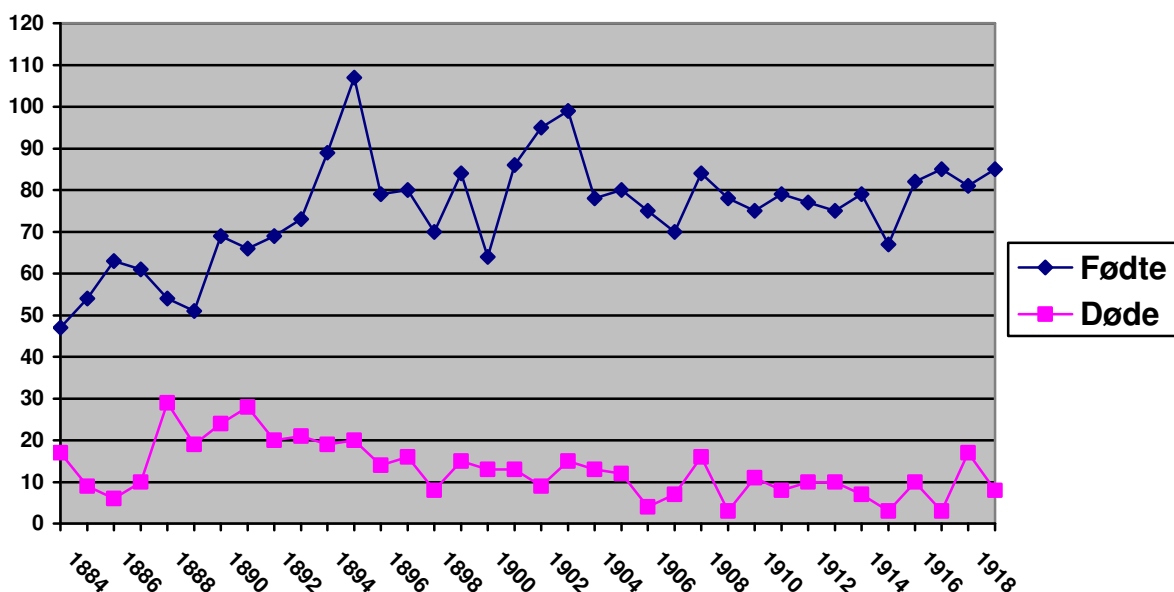
Kapittel 3.0: Vennesla

Jeg vil i dette kapitlet undersøke hva barn i Vennesla døde av i perioden 1884 til 1920. Først vil jeg vise hvor mange som døde og hvor mange som ble født hvert år, deretter vil jeg dele dødsfallene inn etter aldersgrupper og kategoriene sykdommer med luftbåren smitte og restkategori. I delkapittel 3.2 vil jeg gjennomgå hva slags sted Vennesla var i perioden jeg undersøker, med hovedfokus på arbeidermiljøene ved Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker. Dette gjør jeg for å danne et bilde av hvilke forhold sunnhetskommisjonen arbeidet i. Deretter vil jeg undersøke hvordan sunnhetskommisjonene arbeidet generelt, og se på to saker der sunnhetskommisjonen rettet sine tiltak mot smittsomme sykdommer for å beskytte barn.

3.1 Hva døde barn i Vennesla av?

Jeg vil i dette delkapitlet vise hvor mange barn som døde i Vennesla i perioden 1884 til 1920. Jeg har måttet begrense perioden en del i forhold til den jeg arbeidet med i Kristiansand, fordi kildematerialet ikke var egnet til min bruk før i 1884. Først i 1884 føres de aller fleste dødsårsaker i begravelseslistene i kirkebøkene fra Vennesla. I undersøkelsen av Vennesla har jeg valgt å ikke ha med kategorien av sykdommer med vann- og matbåren smitte, fordi det var så få tall i denne kategorien at det tallene ikke ville kunne si mye om sunnhetsstilstand eller dødelighet av sykdommer i denne kategorien i Vennesla.

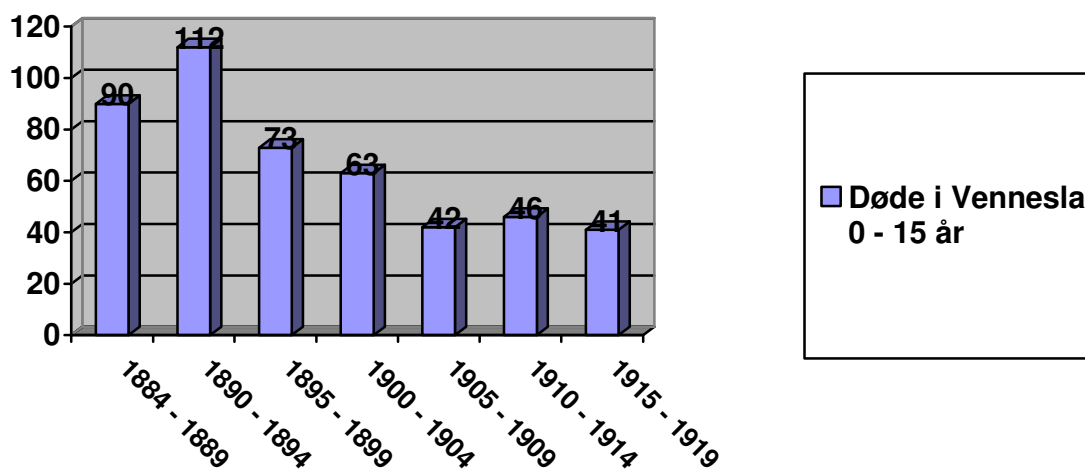
Figur 3.1: Fødte og døde, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919



Figur 3.1 viser hvor mange barn som ble født og hvor mange barn under 15 år som døde i perioden 1884 – 1919. Fødselstallene steg hele perioden, det kan komme av en stor innflytting til fabrikkene, spesielt i forbindelse med utbyggingen av Hunsfos Fabrikker på 1880- og 1890- tallet.²⁴⁶ Vennesla var i vekst mot slutten av århundret, og det ble bygd mange nye boliger, også billige arbeiderboliger som gjorde at flere hadde råd til å etablere seg. Som i Kristiansand sank dødstallene i Vennesla i årene før 1900, men nedgangen er ikke like tydelig som den var i Kristiansand. Nedgangen i Vennesla er mer jevn. Toppene i antall dødsfall blant barn under 15 år ble nådd i 1888, med 29 dødsfall. Antall døde holdt seg høyt en periode etter dette, og sank så gradvis frem mot århundredskiftet. Blant de sykdommene som tok mange liv i perioden med høyest antall døde i Vennesla, var difteri i 1889, 1890 og 1891²⁴⁷, kikhoste og meslinger i 1888²⁴⁸ og skarlagensfeber i 1890 og i 1892.²⁴⁹ Fra 1894 sank antall døde barn, og distriktslegen i Oddernes skrev i sin medisinalberetning at sunnhetstilstanden var god siden ingen epidemier herjet distriktet.²⁵⁰

Toppene i antall døde i figur 3.1 skyldtes for det meste epidemier. Også spanskesyken i 1918 gav en liten topp i antall døde, men alt i alt var antallet døde lavt i den perioden. Figur 3.2 viser antall døde i femårsbolker. Dette gjør jeg for å vise tendensen i antall døde under 15 år i Vennesla.

Figur 3.2: Døde 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919



²⁴⁶ Se s. 82 om Hunsfos Fabrikker

²⁴⁷ Epidemien i 1889 og 1890 vil bli behandlet som en av sunnhetskommissjonen i Venneslas saker, se s. 88

²⁴⁸ RA: MLM 1888

²⁴⁹ RA: MLM 1890 og 1892

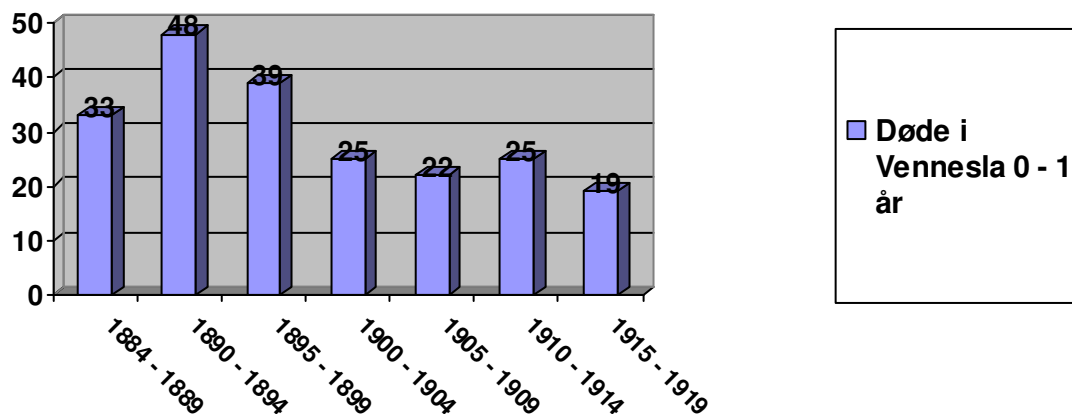
²⁵⁰ RA: MLM 1894

Figur 3.2 gir et bilde av den generelle utviklingen i antall døde, i forhold til hva figur 3.1 gjorde. I figur 3.1 var det en liten topp i antall døde i perioden rundt 1890, men det var vanskelig å se hvor høy denne var i forhold til resten av perioden siden dødstillene hadde steget jevnt og var høye en periode før de gradvis sank igjen. Toppen i antall døde kom i perioden 1890 – 1894, med 112 dødsfall fordelt på fem år. Dødstillene sank videre fra århundreskiftet og stabiliserte seg på rundt 45 i hver femårsperiode.

3.1.1 Barn 0 – 1 år

Jeg vil videre vise hvordan antall døde barn utviklet seg i de forskjellige alderskategorien. Først de aller minste, barna under 1 år.

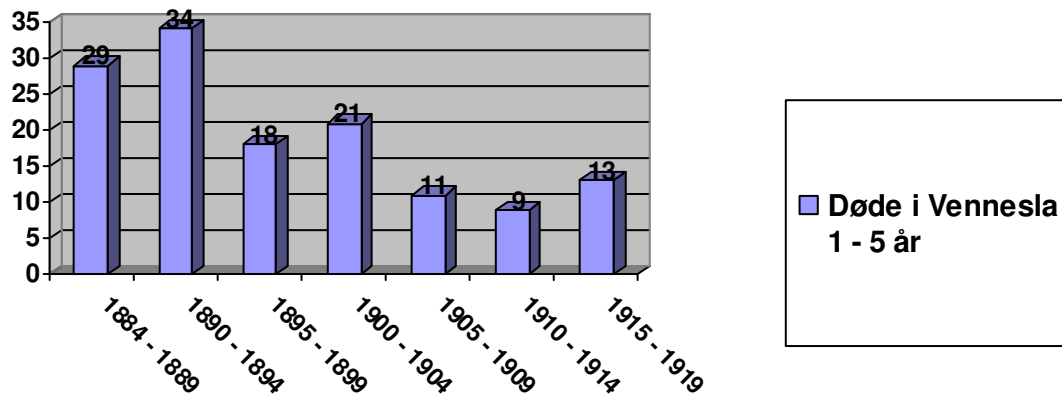
Figur 3.3: Døde 0 – 1 år, Vennesla, 1884 – 1919



Figur 3.3 viser antall barn under 1 år som døde i Vennesla i perioden 1884 – 1919. Figuren har bortimot samme kurve som figur 3.2 som viste døde fra 0 til 15 år i samme perioden. Toppen i antall døde ble nådd i 1890 – 1894, med 48 dødsfall. Deretter faller den noe i neste periode, mens etter århundreskiftet stabiliserer antall døde under 1 år seg på 20 – 25 dødsfall i hver femårsperiode. Grunnen til økningen i antall dødsfall fra 1884 – 1889 til 1890 – 1894 kan skyldes etableringen av Hunsfos Fabrikker og med den nye arbeidere som slo seg ned og stiftet familie, slik at antallet som ble født også var høyere. Arbeiderne bodde ikke i boliger med god standard, lyse og luftige rom, og kanskje det kan forklare det høye antallet.

3.1.2 Barn 1 – 5 år

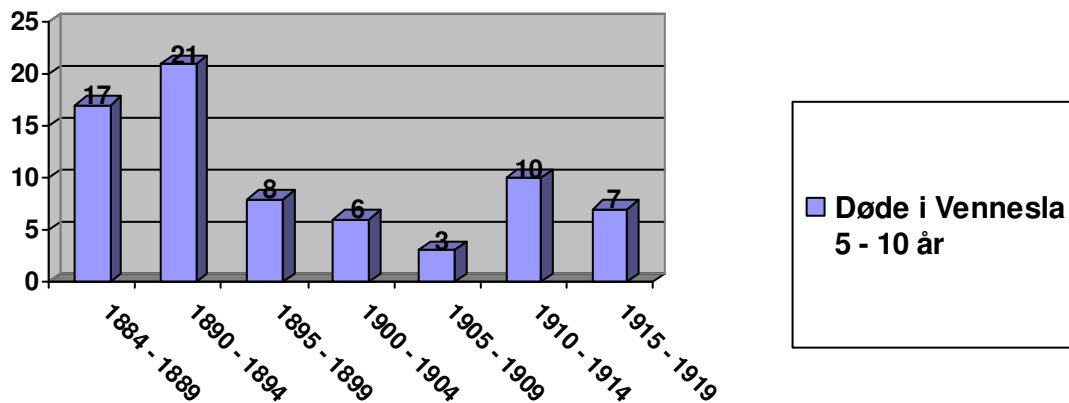
Figur 3.4: Døde 1- 5 år, Vennesla, 1884 – 1919



Også i aldergruppen 1 – 5 år nås toppen i antall døde i perioden 1890 – 1894. Tallene i denne figuren skiller seg noe fra tallene i figur 3.3, spesielt er nedgangen i perioden 1910 – 1914 verdt å merke seg. Dette er en motsatt utvikling enn det man ser i figur 3.2 og 3.3, der det i denne perioden er en økning i antall dødsfall. Nå er ikke tallene her store, så det kan bare være tilfeldigheter at det synker for barna mellom 1 og 5 år. Fallet i antall døde fra 1890 – 1894 til 1895 – 1899 er i for denne aldersgruppen prosentmessig høyere enn hva det var for barna i aldersgruppen 0 – 1 år. Dette kan ha noe å gjøre med spedbarna i mindre grad ble rammet av for eksempel barnesykdommer, det var andre sykdommer som diaré som tok liv blant dem. En større andel av de minste barna, i forhold til barna mellom 1 og 5 år ble ført med svak som dødsårsak i begravelleslistene. Det kan dermed være at barna mellom 1 og 5 år i større grad døde av smittsomme sykdommer, og at det er epidemiene som rammet rundt 1890 som er årsaken til det høye antall døde, og ”mangel” på epidemier som gjør at antall døde synker bråere enn hva det gjorde blant de minste barna.

3.1.3 Barn 5 – 10 år

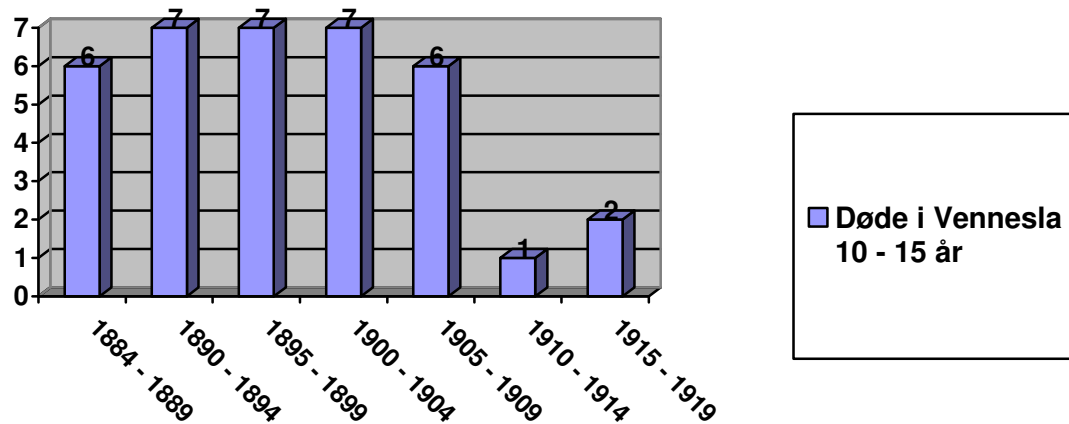
Figur 3.5: Døde 5 – 10 år, Vennesla, 1884 – 1919



I aldergruppen 5 – 10 år slår døde av epidemier ut på oversikten over antall døde. Figur 3.5 følger mønsteret fra figur 3.2 med en topp i antall døde i perioden 1890 – 1894, en periode som var preget av utbrudd av flere smittsomme sykdommer, blant annet difteri og skarlagensfeber. I 1912 rammet en difteriepidemi Vennesla, og en del barn i denne aldersgruppen døde av sykdommen da, noe som også gir utslag på figur 3.5 Ved utbrudd av epidemier, var det også en del dødsfall av ettersykdommer, barna var blitt svekket av

3.1.4 Barn 10 – 15 år

Figur 3.6: Døde 10 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919



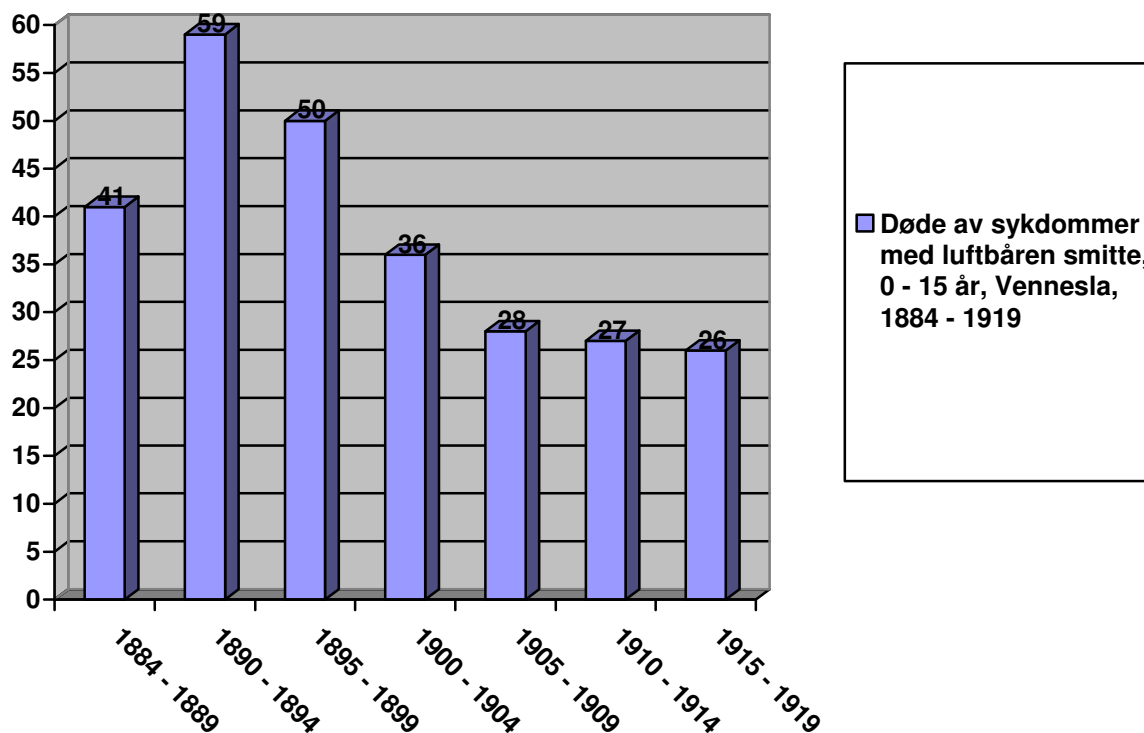
Figur 3.6 viser et annet mønster enn de foregående figurene har vist. For det første er antall døde lavt i denne kategorien, med 6 – 7 døde i hver femårsperiode frem til 1905 – 1909, deretter sank antall døde til 1 i perioden 1910 – 1914 og 2 i perioden 1915 – 1919. Jeg tror tuberkulosen kan ha vært en medvirkende årsak til at antall døde i denne aldersgruppen holdt seg stabilt høyt. Flere av barna er ført med lungetæring som dødsårsak i begravelseslistene.

Aldergruppen 10 – 15 år er barn som nærmer seg det som blir kategorisert som voksne i denne sammenhengen. Flere av dem arbeidet ved fabrikkene i bygda, gutter ved Vigeland Brug, jenter på Høie fabrikker på grensen til Kristiansand, og en del av begge kjønn arbeidet ved Hunsfos Fabrikker. På Vigeland Brug var mange rammet av "Vigelands-astmaen" og dette kan ha svekket immunforsvaret og gjort dem mer mottakelige for andre sykdommer.

Etter denne gjennomgangen av antall døde barn i Vennessla delt i aldersgrupper, er det klart at nedgangen i antall døde var størst for gruppen under 10 år, og nedgangen skjedde etter perioden 1890 – 1894, i noe forskjellig tempo for de forskjellige aldersgruppene.

3.1.5 Døde av sykdommer med luftbåren smitte

Figur 3.7: Døde av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Vennessla, 1884 – 1919



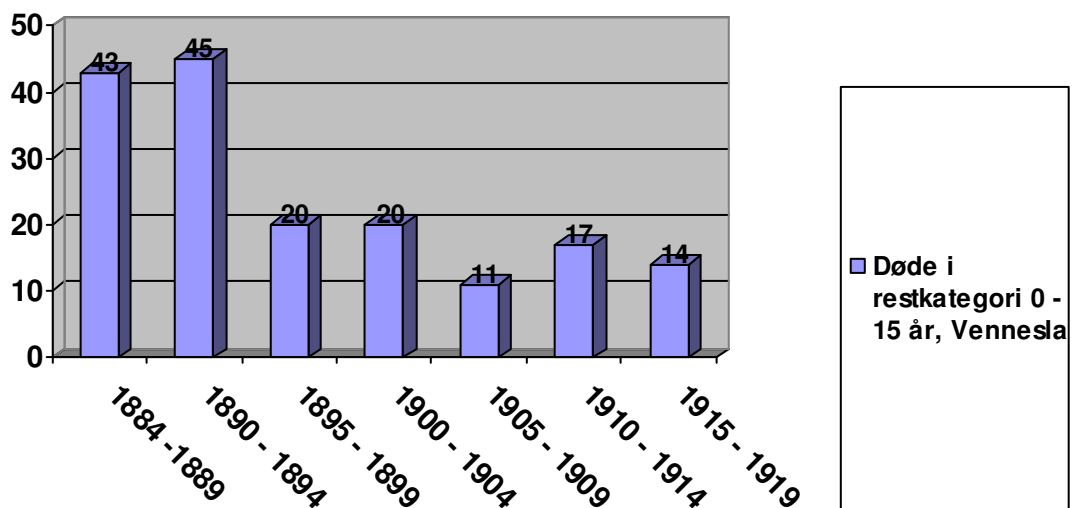
Figur 3.7 viser antall barn under 15 år som døde av sykdommer med luftbåren smitte. Figuren har samme kurve som de fleste foregående figurene i dette kapitlet (ikke figur 3.6), med en topp i perioden 1890 – 1894. For en stor del skyldes toppen i antall døde en difterieepidemi i 1890 – 91, og påfølgende ettersykdommer som skarlagensfeber. Nedgangen i antall døde etter 1890 – 1894 er ikke like brå som den vi så i Kristiansand (figur 2.6 – døde av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 - 1919), for Vennessla er den mer jevn, og antall døde er de siste femten årene i perioden jeg har undersøkt er på 26 – 28 i hver

femårsperiode. Difteriepidemien som rammet bygda i 1889 – 1890 var så stor at jeg ønsker å undersøke den nærmere i delkapittel 3.2.3.1, der vil jeg undersøke hva sunnhetskommisjonen i Vennesla gjorde for å begrense den.

I antall var det flest som døde i kategorien sykdommer med luftbåren smitte. Nedgangen i antall døde rundt århundreskiftet kan ha hatt sammenheng med utbedringer på fabrikkene og ved skoler, steder der barn møttes og som var en smittearena der barn ble eksponert for smitte. Jeg håper oppgavens del 3.2 som skal undersøke sunnhetskommisjonen i Vennesla kan gi bedre svar på dette.

3.1.6 Døde innen restkategori

Figur 3.8: Døde innen restkategori 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919



Også i figur 3.8 er det perioden 1890 – 1894 som har det høyeste antallet døde under 15 år. Etter denne perioden sank antall døde fra 45 til 20 barn. Dette skyldes for en stor del at det ikke ble ført jevnlig dødsårsaker i begravelleslistene i kirkebøkene på 1890-tallet. Jeg har valgt å plassere alle som ble ført i begravelleslistene uten dødsårsak i restkategorien. Dette gjør at det bildet jeg her gir med oversikt over dødsårsaker ikke er helt korrekt, men det har vært vanskelig å finne ut hva barna døde av. Dette gjelder ikke under difteriepidemien i 1889 – 1890, men for årene etter. I medisinalberetningene er det for det meste oppgitt dødstall for forskjellige sykdommer for hele distriktet, og ikke konkret for Vennesla, derfor har jeg ikke funnet ut hva barna egentlig døde av.

I Vennesla, som i Kristiansand, tror jeg legenes evne til å stille mer differensierte diagnoser og dødsårsaker gjorde at antallet døde innenfor denne kategorien ikke sank mer enn den gjorde. Utover på 1890-tallet forsvant dødsårsaker som ”får tenner” fra begravelseslistene, og dette mener jeg er et bevis på bedre og mer korrekte dødsårsaker.

3.1.7 Deloppsummering

I Vennesla var det i de to kategoriene av dødsårsaker sykdommer med luftbåren smitte og restkategori det var flest dødsfall blant barna under 15 år. Begge hadde en topp i 1890 – 1894 og etter det sank antall døde. Men det høye antallet dødsfall innenfor restkategorien skulle nok vært lavere, siden det var en del barn som ikke ble ført med dødsårsaker i perioden 1890 - 1894, og som jeg da har valgt å plassere i restkategorien. I figur 3.7 som viser døde av sykdommer med luftbåren smitte, tror jeg antall døde i perioden 1890 – 1894 skulle vært noe større, og da ville også fallet i antall døde ha vært større, men det er vanskelig å si med sikkerhet.

Aldersfordeling følger normen fra figur 3.2, unntaket er aldersgruppen 10 – 15 år, som har et jevnt antall døde frem til 1910. Dette kan skyldes at barna i denne aldergruppen var i jobb på en av fabrikkene i bygda og dermed hadde en annen smittearena enn barn som gikk på skole. Sjansen for ulykker var også større ved arbeid i fabrikker.

Vennesla med industristedene Vigeland Brug og Hunsfos fabrikker var plaget med flere epidemier med barnesykdommer og senere med en del tuberkulose. I begravelseslistene i kirkebøkene kan man se at størsteparten av barna som døde av epidemiske sykdommer hadde tilknytning til de to fabrikkene. Dette gjør at jeg i neste del av oppgaven, som undersøker hva sunnhetskommisjonen i Vennesla gjorde, vil ha fokus på fabrikkene og miljøet der.

3.2 Sunnhetskommisjonen i Vennesla

I dette delkapitlet skal jeg gå nærmere inn på hva sunnhetskommisjonen i Vennesla arbeidet med og foretok seg i forbindelse med utbrudd av smittsomme sykdommer. Hovedfokuset mitt vil ligge på bygdas to store bedrifter, Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker. Perioden jeg undersøker, 1860 – 1920, er preget av at velferdssamfunnet og industrisamfunnet utformes parallelt.²⁵¹ Det skjedde en politisk mobilisering av arbeiderne, som var den fattigste delen av befolkning, og i Vennesla fikk arbeiderne makt, ikke minst politisk makt i kommunen og

²⁵¹ Sørensen 1982, s. 47

dermed i sunnhetskommisjonen.²⁵² Jeg vil først vise et bilde av Vennesla i perioden 1860 – 1920, med spesiell vekt på industrien og arbeiderne. På grunn av kildematerialet jeg har brukt til denne delen av oppgaven, vil jeg for det meste fokusere på perioden etter 1880. I kirkebøkene ble det ikke registrert alle dødsårsaker i begravelleslistene før 1884, og sunnhetskommisjonen har et hull i sitt materiale fra 1870 til 1880 og fra 1882 til 1888. Sunnhetskommisjonen behandlet ikke store saker før 1870, men jeg vil nevne hva som ble gjort, og deretter fokusere på perioden etter 1888.

3.2.1 Ei industribygd i vekst

Frem til 1800-tallet var Vennesla ei lita jord- og skogbruks bygd med rundt 500 innbyggere. Befolkningen økte til 1100 i 1865.²⁵³ Størstedelen av befolkningsøkningen skyldtes bruksdeling i jordbruksområdene og arbeid og håndverk i forbindelse med elven Otra og på Vigeland Brug.

Elva Otra renner gjennom Vennesla sentrum, og spilte en stor rolle for Vennesla som industribygd. Rundt fossefallene ble det bygget opp industri. Vigeland Brug utnyttet fossekraften fra Vigelandsfossen først til sagbruk, og senere til produksjon av aluminium.²⁵⁴ Hunsfos Fabrikker ble etablert noe lenger opp langs elva, i bunnen av Venneslafjorden, rett ved Helvedesfossen.

Før 1870 var svært få venndøler sysselsatt i jordbruket alene, selv om bygda av mange ble regnet som en ”bondebygd” frem til opprettelsen av Otterelvens Papirfabrikk, forløperen til Hunsfos Fabrikker. De aller fleste innbyggerne i Vennesla måtte spe på inntekten fra jordbruket ved å ta arbeid enten på Vigeland Brug, drive med skogbruk eller fløting av tømmer.²⁵⁵

I 1890 var over halvparten av alle venndøler ansatt i industrien²⁵⁶, en stor endring på 20 år. Arbeiderbevegelsens makt i bygda økte, og i 1911 vant Arbeiderpartiet valget i kommunen, og Vennesla ble blant landets aller første arbeiderstyrte kommuner.²⁵⁷ Dette gjør Vennesla til et spesielt sted å undersøke, blant annet i min masteroppgave. Hadde overgangen til et arbeiderstyre noe å si for utviklingen av helsevesenet og sunnhetskommisjonen? På

²⁵² Sørensen 1982, s. 41

²⁵³ Tveite 1986, s. 175

²⁵⁴ Krogstad 1999, s. 56

²⁵⁵ Tveite 1986, s. 210

²⁵⁶ Sørensen 1982, s. 35

²⁵⁷ Sørensen 1982, s. 235

landsbasis var det flere kommuner som var arbeiderstyrte på 1910-tallet, men i Lister og Mandals Amt var det unikt.

Noe av det første arbeiderstyret i Vennesla gjorde etter at det fikk makten i kommunen i 1911, var å ta opp et stort lån for å dekke mange smålån, og dermed få orden i kommunens finanser.²⁵⁸ I 1915 gikk kommunen til innkjøp av en mengde tomter på Moseidmoen, tomtene ble videresolgt til i hovedsak arbeidere for 7-800 kroner pr mål. Prisen for å kjøpe tomt privat var 1500 – 2000 kroner pr mål. I tillegg stilte kommunen som lånegarantister, noe som sikret at folk kunne ha råd til å bygge seg hus.²⁵⁹

De som ikke arbeidet ved fabrikkene i bygda var bønder, skogsarbeidere, borgere og handelsfolk.

3.2.1.1 Vigeland Brug

I hele perioden jeg undersøker hadde Vigeland Brug utenlandske eiere. Den sveitsiske familien Wild eide bruket fra 1820-tallet og frem til slutten av 1890-tallet, da det ble solgt til engelskmannen J.C. Hawkshaw.²⁶⁰ Bjørg Aase Sørensen skriver at det at Vigeland Brug hadde utenlandske eiere førte til mindre åpenhet omkring brukets disposisjoner.²⁶¹ Stein Tveite omtaler økonomistyringen ved bruket om ”lite aggressiv kapitalisme,” og sogene som var i bruk ble omtalt som gamle på 1870-tallet.²⁶²

Siste del av 1800-tallet var hoveddelen av arbeidsstokken ved Vigeland Brug småkårsfolk.²⁶³ Mange hadde små jordlapper ved husmannsplasser som var knyttet til bruket. Det var en jevnhet i arbeidsstokken, de levde under samme forhold og jevnheten holdt seg gjennom industrialiseringen. Familiene tilknyttet Vigeland Brug gikk fra å være jevnt over fattige til å leve i jevnt over moderat velstand.²⁶⁴ Det vil si at det ikke var store forskjeller mellom arbeiderne, noe var det selvfølgelig i forhold til stillinger med mer prestisje, men alt i alt en ganske jevn tilværelse. Det var familier som var knyttet til bruket, og dette ble holdt i hevd ved giftemål mellom familiene, eller ved at arbeidere som kom østfra giftet seg med lokale jenter og ble en del av en av familiene som var tilknyttet bruket. Døtrene ble ofte hjulpet av familien til å bygge et lite hus på familiens tomt.²⁶⁵ I tillegg til småbrukene der

²⁵⁸ Sørensen 1982, s. 328

²⁵⁹ Sørensen 1982, s. 328

²⁶⁰ Krogstad 1999, s. 39

²⁶¹ Sørensen 1982, s. 473

²⁶² Tveite 1986, s. 232 – 234

²⁶³ Sørensen 1982, s. 304

²⁶⁴ Sørensen 1982, s. 293 – 294

²⁶⁵ Sørensen 1982, s. 295 – 296

familier bodde og hadde litt jord, ble det bygget arbeiderboliger på Vigeland som ble kalt ”Rødbyen” siden husene der var røde.

I 1878 ble det startet egen bruksskole ved Vigeland Brug. Tidligere hadde arbeiderbarna gått på skole på Kvarstein litt lenger sørover, mot at brukseieren betalte en avgift til kommunens skolekasse. I 1878 oppstod det en uenighet mellom brukseier Wild og kommunen, og Wild ble tvunget til å opprette egen bruksskole siden han ikke lenger ville betale skoleskatten. Bruksskolen førte til at samfunnet ved bruket ble enda mer innadvendt.

Da engelskmannen J.C. Hawkshaw overtok driften av bruket rundt århundreskiftet, ble det satt i gang en moderniseringsprosess. I 1906 ble det bestemt at den elektriske kraften fra Vigelandsfossen skulle benyttes til produksjon av aluminium.²⁶⁶ Aluminiumsverket var en røykfylt og støvete arbeidsplass, og svært mange arbeidere led av ”Vigelands-astmaen,” en kraftig hoste med astmatiske anfall. I 1936 så en ung lege, A. W. Frostad, en sammenheng mellom alle tilfellene av astma som han behandlet og arbeidsmiljøforholdene ved fabrikken.²⁶⁷ Dette var noe arbeiderne hadde slitt med i mange år. Arbeidstilsynet ble koblet inn, og Karl Evang ble satt til å undersøke ”Vigelands-astmaen.” Han kom frem til at den skyldtes det faktum at fabrikken var gammel. Vigeland Brug ble påbudt å ta forhåndsregler som kunne fjerne de skadelige virkningene av forholdene inne på fabrikken.²⁶⁸ Allerede i 1915 var det blitt sendt inn klage til sunnhetskommisjonen om dårlige forhold, men dessverre står det ikke i forhandlingsprotokollen til sunnhetskommisjonen hva som ble gjort med saken.²⁶⁹

3.2.1.2 Hunsfos Fabrikker

Våren 1873 ble det lagt planer om å bygge en papirfabrikk i forbindelse med et tresliperi på Hunsøya i Venneslafjorden. Fabrikkens navn var Otterelvans papirfabrikk. Kapitalen kom fra rike byfolk i Kristiansand og Kristiania. Høsten 1875 ble tresliperiet tatt i bruk, og våren etter stod papirfabrikken klar. I 1876 var det 130 ansatte ved fabrikken, mens det fem år tidligere ikke hadde vært mer enn 200 ansatte i hele den norske fiberindustrien.²⁷⁰ I nasjonal målestokk var Otterelvans papirfabrikk stor.

Otterelvans papirfabrikk overlevde ikke lenge. I 1881 ble det vedtatt å legge ned bedriften, og det ble arrangert tvangsauksjon i 1883 der nye eiere kom til. Disse gjorde det

²⁶⁶ Krogstad 1999, s. 56

²⁶⁷ Sørensen 1982, s. 473

²⁶⁸ Sørensen 1982, s. 473

²⁶⁹ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 12. november 1915

²⁷⁰ Tveite 1986, s. 220

heller ikke bra, og i 1885 ble det arrangert frivillig auksjon fra eiernes side og en av kreditorene overtok. I mars 1885 ble det dannet et nytt selskap – Hunsfos Fabrikker. Det hadde vært drift ved fabrikk mesteparten av tiden, selv med alle eierskiftene og truslene om konkurs.²⁷¹

Kreditoren som kjøpte fabrikk i 1885 fikk arbeiderboliger for 16 familier med på kjøpet. Boligene var små og trange med 1 – 2 værelser for en familie. Det ble raskt skaffet seks nye leiligheter for arbeidere, og i 1889 ble det oppført enda en arbeiderbolig med leiligheter ved fabrikk. Samtidig begynte Hunsfos Fabrikker å gi lån til arbeidere som ønsket å bygge boliger selv.²⁷² Mange av arbeiderne ved Hunsfos kom utenfra, fra Østlandet, Sverige og Danmark. Navn i fabrikkens nærområde bærer preg av utenlandsk arbeidskraft, blant annet ligger ”Danskehaugen” rett over elva for fabrikk, ved Helvedesfossen. Her bodde en stor del av den danske arbeidsstokken. Det var arbeiderne som kom utenfra som flyttet inn i de nybygde arbeiderboligene, og de utenlandske arbeiderne hadde en spesiell tilknytning til fabrikkledelsen fordi de var kommet til bygda ofte sammen med bedriftsbestyreren.²⁷³ I begynnelsen av Hunsfos Fabrikkers levetid var lønnsforskjellene store mellom dem som kom utenbygds fra og de som var fra bygda. Dette var blant annet fordi mange av dem som kom utenifra var hentet til fabrikk på grunn av sin kompetanse som sikret dem en stilling som var bedre enn arbeiderne fra bygda, som for en stor del gjorde grovarbeidet.²⁷⁴

Som ved Vigeland Brug ble det bygget bruksskole i tilknytning til Hunsfos Fabrikker i 1889. Fabrikkbestyreren var en forkjemper av en bruksskole, da dette ville føre til at arbeiderne fikk en større følelse av tilhørighet til fabrikk. Skolen, som ble holdt i en av arbeiderboligene på Hunsøya, førte også til at arbeiderfamiliene ble mer avsondert fra resten av Venneslas befolkning. Det var ikke butikk på Hunsøya eller i direkte tilknytning til fabrikk, så noe kontakt med resten av venndølene ble det. I 1893 ble det bygget eget skolehus for arbeiderbarna, og skolehuset ble utvidet igjen i 1899 og 1902.²⁷⁵

I november 1886 ble det ansatt egen fabrikklege, dr. Johan Thorvald Kraft, sønn av distriktslege Johan Andreas Kraft i Flekkefjord. Johan Thorvald Kraft var født i Flekkefjord i 1842 og døde i Kristiansand i 1907. Han startet sin medisinske karriere på Sørlandet som fattiglege i Flekkefjord, og fra 1879 til sin død i 1907 var han militærlege i Kristiansand. I

²⁷¹ Seland 1961, s. 40

²⁷² Seland 1961, s. 40 – 41

²⁷³ Sørensen 1982, s. 310

²⁷⁴ Sørensen 1982, s. 310

²⁷⁵ Seland 1961, s. 40

tillegg til å være militærlege var han amtslege fra 1892 til 1907. Ved Hunsfos Fabrikker arbeidet han i ti år, frem til 1896.²⁷⁶ Det er rimelig å anta at Kraft var inspirert av sin fars tankegang om isolasjon, spesielt siden de arbeidet sammen i Flekkefjord i en del år.

Distriktslegen i Flekkefjord var aldri i tvil om at epidemiske sykdommer smittet mellom mennesker, både direkte og indirekte, og at den beste måten å bekjempe dem på var med isolasjon. Medisinalberetningene hans var fulle av bevis for virkningen av isolasjon av syke.²⁷⁷

Som fabrikklege var Kraft pliktig til å se til samtlige arbeidere og funksjonærer med familier, og minst en gang i måneden måtte han besøke fabrikken. I oktober 1887 ble lovene for "Sygekassen for Hunsfos Fabrikkers Arbeidere" godkjent av ledelsen ved fabrikken og av arbeiderne. Kontingenten til sykekassen ble trukket av arbeidernes lønn.²⁷⁸

Først etter år 1900 ble det startet arbeiderforening ved Hunsfos Fabrikker, frem mot 1906 vokste medlemstallet raskt, og en av de avgjørende faktorene for dette var at fabrikkledelsen ikke hadde vært villige til å gi en lønnsøkning arbeiderne ønsket. Fra arbeiderforeningen ble det sagt at arbeiderne bare ved egen hjelp, og ved å holde sammen, og i solidaritet oppnå levelige vilkår.²⁷⁹ Arbeiderforeningene på Hunsfos Fabrikker og ved Vigeland Brug prøvde å få i gang en lokal helsekasse som skulle sørge for støtte til de som trengte det, kveldsskole, bygging av Folkets Hus og hadde politiske markeringer. I 1909 tok de to arbeiderforeningene initiativ til en sosialdemokratisk forening.²⁸⁰

3.2.1.3 Kvinnene

Hva med kvinnene i bygda som var dominert av industrien? Det arbeidet ingen kvinner ved Vigeland Brug, noen arbeidet ved Hunsfos. Kvinnene som ble født rundt 1850 tok som regel arbeid som innerster og gårdsjenter og senere arbeidet de på eget småbruk.²⁸¹ Den neste generasjonen jenter, født på 1870- og 1880-tallet fulgte som regel i forrige generasjons fotspor. Noen ganske få arbeidet ved Hunsfos eller på Høie fabrikker før de giftet seg, og noen måtte ta seg arbeid i industrien etter at de var blitt enker og ikke hadde andre muligheter til andre inntekter. Jentegenerasjonen som var født fra slutten av 1890-tallet og fremover mot

²⁷⁶ Larsen og den norske legeförening 1996, s. 414

²⁷⁷ Ohman Nielsen 2008, s. 362

²⁷⁸ Seland 1961, s. 41

²⁷⁹ Sørensen 1982, s. 310

²⁸⁰ Sørensen 1982, s. 310

²⁸¹ Sørensen 1982, s. 384

første verdenskrig, ble en generasjon av fabrikkarbeidende jenter og kvinner, på Hunsfos og en del på Høie Fabrikker.²⁸²

Generasjonen av kvinner og jenter som arbeidet ved fabrikkene var den som for alvor trådte inn i fagforeningslivet og kvinneforeningsaktivitet.²⁸³ For disse kvinnene handlet sosialismen om å skape en bedre fremtid for sine barn. Gjennom fagforeningen fikk kvinnene en ny alliert i kampen mot for eksempel alkoholen.²⁸⁴ Inntoget av kvinner i arbeiderbevegelsen gjorde at denne endret fokus mot mer familiære saker. Kanskje kan dette ha hatt en virkning på hvordan kommunen ble styrt da arbeiderne kom til makten i 1911, og kan dette spores hos sunnhetskommisjonen?

3.2.2 Sunnhetskommisjonens arbeid

Bjørn Aase Sørensen skriver at i hennes undersøkelse av arbeidermiljøet, kom det frem at arbeiderne vendte seg innover mot sine egne, ikke utover mot resten av bygda. Når det da var slik at de store epidemiene som rammet Vennesla, rammet arbeiderbefolkningen hardest, er det interessant at kontakten utover ikke var så stor. Som jeg skal vise var sunnhetskommisjonen veldig opptatt av og ikke spre smitte videre fra Hunsøya da difterien herjet der i 1889 og 1890. Det kan virke som om sunnhetskommisjonen ofte hadde et fokus på å holde smitten blant arbeiderne og ikke la den spre seg til resten av kommunens innbyggere.

Fra 1861 til 1870 holdt sunnhetskommisjonen i Vennesla møter en til to ganger i året. På sunnhetskommisjonens første møte i 1861 holdt sunnhetskommisjonens formann, distriktslege Frederik Dietrichson som bodde i Kristiansand, et foredrag om meningen med sunnhetskommisjoner og sunnhetsloven av 1860. I tillegg holdt han et foredrag om misbruk av kaffe og tobakk.²⁸⁵ Foredragene til Dietrichson hadde som oftest et aktuelt tema, for eksempel handlet foredraget han holdt på møtet i 1865 om brystbetennelse og ormesykdom.²⁸⁶ Dette var et ekstra møte Dietrichson holdt etter oppfordring fra kvinnene i bygda. De ønsket at han skulle holde foredrag om barnepleie og barnesykdommer, og brystbetennelse og ormesykdom, sykdommer som også rammet barna.²⁸⁷ Siden sunnhetskommisjonen hadde så lav møtrefrekvens på bygdene, var hovedoppgaven til formannen slik Dietrichson så det, å

²⁸² Sørensen 1982, s. 384 – 385

²⁸³ Sørensen 1982, s. 386

²⁸⁴ Sørensen 1982, s. 382

²⁸⁵ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 1861

²⁸⁶ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 1865

²⁸⁷ RA: MLM 1865

utdanne sunnhetskommisjonen i enkelte deler av anatomen og fysiologien slik at medlemmene kunne forstå hva hensikten med kommunale sunnhetsregler var.²⁸⁸

Dessverre er det et hull i materialet i forhandlingsprotokollen fra sunnhetskommisjonen i Vennesla mellom 1870 og 1880, og mellom 1882 og 1888. Så vidt jeg kan se har ikke distriktslegen deltatt på møter i sunnhetskommisjonen i Vennesla i denne perioden.²⁸⁹ Frem til 1870 handlet møtene i sunnhetskommisjonen i Vennesla om informasjon fra distriktslegen til sunnhetskommisjonens medlemmer om aktuelle temaer og sykdommer. For eksempel ble det i 1868 holdt møte etter ordre fra distriktslegen som sunnhetskommisjonens ordfører på grunn av mye meslinger i bygda. I referatet i forhandlingsprotokollen står det at sunnhetskommisjonens ordfører holdt foredrag om meslinger. I tillegg ble det tatt opp at det hadde vært mye lungebetennelse om vinteren og at kjertelsyken²⁹⁰ så ut til å holde seg i visse familier.²⁹¹ Det ser ikke ut til at sunnhetskommisjonen gjorde stort annet enn å motta informasjon om sykdommer og deres natur. Det står ingenting i referatene fra sunnhetskommisjonen om hva de gjorde med saker som kom der det ble rapportert om tilfeller av smittsom sykdom.

Resten av min undersøkelse av sunnhetskommisjonen i Vennesla kommer til å fokusere på perioden etter 1888. Dette gjør jeg fordi sunnhetskommisjonen opptrer mye mer aktivt etter 1888. Det kan nesten virke som om den startet opp igjen på ny, det var stortingsvalg i 1888 og dette kan ha vært en årsak til at det igjen ble tatt tak i sunnhetskommisjonen i Vennesla. På møtet 10. mai 1888 ble sunnhetsloven av 1860 lest opp og bygda ble delt inn i roder. Det ble også vedtatt ”påbud til forhindring af smitsomme sygdommes udbredelse.”²⁹² I påbudene ble det lagt vekt på isolasjon av syke personer og mennesker som hørte til den sykes omgangskrets. Sunnhetskommisjonen vedtok at påbudene kunne settes i kraft av sunnhetskommisjonens ordfører, distriktslegen, ved utbrudd av difteri, skarlagensfeber, nervefeber, barnekopper, blodgang og barselfeber.²⁹³

Den første saken som opptok sunnhetskommisjonen i Vennesla var utbrudd av en stor difteriepidemi i 1889. Denne vil jeg komme tilbake til i neste underkapittel.

Fra 1890 til 1893 mangler det igjen referater i forhandlingsprotokollen. Etter 1893 og frem til århundreskiftet handlet mange av sakene som sunnhetskommisjonen hadde oppe på

²⁸⁸ Ohman Nielsen 2008, s. 242

²⁸⁹ Eks: RA: MLM 1872. Her har distriktslege Dietrichson ført opp oversikt over hvilke kommuner han har hatt møter med sunnhetskommisjonene, Vennesla er ikke en av dem.

²⁹⁰ Et annet navn på tuberkulose i lymfekjertlene. <http://www.sn.l.no/kjertelsyke> 05.05.11 kl 15:00

²⁹¹ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 1868

²⁹² SAK: FSV 1861 – 1952, møte 10. mai 1888

²⁹³ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 10. mai 1888

møtene sine om valg av tilsynsmenn og inndeling og revisjon av inndelinger av roder som tilsynsmennene hadde ansvar for.²⁹⁴

I juni 1902 vedtok sunnhetskommisjonen nye ”Almindelige forskrifter angaaende Sundhedsvæsenet i Vennesland Herred.”²⁹⁵ De nye forskriftene fokuserte mer på hvordan boliger skulle se ut og bli bygd enn hva tidligere vedtekter hadde gjort. Blant annet beskrev paragraf tre i de nye påbudene hva man måtte være oppmerksom på når man skulle sette opp et våningshus; ”Grundmuren skal være mindst 30 cm høi og forsvarlig tættet ved Radning med Salt eller et annet hensigtmessigt Materiale.”²⁹⁶ Smitteforståelsen blant sunnhetskommisjonens medlemmer kom tydelig frem ved at det ble påpekt at klær eller sengeklær som hadde tilhørt en syk eller død av smittsom sykdom, ikke måtte gis videre før de var ordentlig rensset.²⁹⁷

Etter 1900 brukte sunnhetskommisjonen mye av sin tid på tuberkulosen. Med tuberkuloseloven i 1900 var det mulig for sunnhetskommisjonen å tvangsinnlegge personer dersom smittefaren var ansett som stor, og forholdene i hjemmet ikke var gode nok. Mer om tuberkulosen i underkapittel 3.2.3.2.

Sunnhetskommisjonens møtefrekvens økte etter århundreskiftet. Før 1900 var det som oftest 1 til 2 møter i året, noen ganger flere ved utbrudd av epidemier av smittsomme sykdommer, mens det etter 1900 var mer vanlig med tre eller fire møter i året.²⁹⁸ Under spanskesykeepidemien i 1918-19 ble det holdt flere møter der sunnhetskommisjonen tok opp situasjonen i kommunen. Det ble å opprette et midlertidig sykehus, og alle gudstjenester ble innstilt.²⁹⁹

3.2.3 Saker

Jeg vil nå presentere to saker der jeg mener sunnhetskommisjonens arbeid for barn kommer frem. Dette er de to sakene fra sunnhetskommisjonen der fokuset på barn er fremhevet. De kan dermed ikke sies å være representative, men de viser hva sunnhetskommisjonen gjorde for å begrense sykdommer i to tilfeller. Materialet fra sunnhetskommisjonen i Vennesla er ikke så godt eller stort at jeg har kunnet velge og vrake i saker der sunnhetskommisjonen viser interesse for barn under utbrudd av sykdommer, det er disse sakene som er de beste.

²⁹⁴ Eksempel: SAK: FSV 1861 – 1952, møte 24. september 1897

²⁹⁵ Vedlegg i SAK: FSV 1861 – 1952

²⁹⁶ Vedlegg i SAK: FSV 1861 – 1952, paragraf 3b

²⁹⁷ Vedlegg i SAK: FSV 1861 – 1952, paragraf 12

²⁹⁸ Det ble holdt tre møter i 1905 og 1906, og fire i 1910

²⁹⁹ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 6. november 1918

Difteriepidemien i 1889 – 1890 var stor, og ser ut til å ha vært den sykdommen som tok flest liv i Vennesla blant barn under 15 år over en relativt kort periode på halvannet år. Jeg har valgt å ta med sunnhetskommisjonens behandling av tuberkulosesyke fordi sunnhetskommisjonens fokus var i større grad enn i for eksempel Kristiansand, på hvordan barna kunne beskyttes mot sykdommen.

3.2.3.1 Diffteriepidemi i 1889 – 1890

Den 25. november 1889 var sunnhetskommisjonen i Vennesla samlet og første sak på dagsordenen var at difteri herjet i bygda, og spesielt ved Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker.³⁰⁰ Sykdommen hadde opptrådt i Oddernes legedistrikt også i 1888, men det var først i 1889 den blusset opp og ble en stor epidemi.³⁰¹ Diffterien viste seg først i Vennesla på Vigeland Brug hos lærer Horrisland i juni 1889 og spredte seg videre rundt blant barna på bruket. I oktober var diffterien kommet til Hunsøya.³⁰² Etter at distriktslegen hadde informert sunnhetskommisjonens medlemmer om hvordan sykdommen hadde spredt seg, ble det vedtatt at amtet skulle ta ansvar for omkostningene ved desinfeksjon etter epidemiske sykdommer, og da spesielt etter difteri, og desinfeksjonen skulle utføres av fagfolk fra byen (Kristiansand). Tilsynsmennene til sunnhetskommisjonen ble pålagt å være ekstra nøye med å følge reglene mot spredning av smittsom sykdom, og da spesielt paragraf 3:

”Opsættelige forsamlinger af menneske, så som religiøse samlinger, skoler, auktioner og lignende, må ikke holdes på de gårde hvor sygdommen hersker. Fra de smittede huse må heller ikke beboere infinde sig til slike samlinger, eller gå rundt i fremmede huse.”
(Kriminallovens 13. kap § 14)³⁰³

Skolen på Hunsøya ble besluttet stengt og undervisningen kunne ikke tas opp igjen før lokalet var røket og rengjort åtte dager etter at siste tilfelle av difteri på øya var oppdaget.³⁰⁴

Sunnhetskommisjonen økte møtefrekvensen under difteriepidemien, og 18. desember holdt den igjen møte. Smittefaren ved å gi husly til omstreifere var blant sakene som ble tatt opp. Av referatet i forhandlingsprotokollen kommer det frem at en av tilsynsmennene ikke hadde gjort jobben han var satt til grundig nok. Distriktslegen så det som nødvendig at tilsynsmennene var tilstede på møtet i sunnhetskommisjonen, og hensikten med

³⁰⁰ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 25. november 1889

³⁰¹ RA: MLM 1888 og 1889

³⁰² SAK: FSV 1861 – 1952, møte 25. november 1889

³⁰³ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 10. mai 1888

³⁰⁴ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 25. november 1889

sunnhetsloven og tilsynsmenn ble påpekt overfor dem. Distriktslegen informerte om at det var viktig at tilsynsmennene gav rask skriftelige beskjed ved utbrudd av smittsom sykdom, enten husfaderen ville det eller ikke.³⁰⁵ I medisinalberetningen fra Lister og Mandals Amt i 1889 skrev distriktslegen i Oddernes, som var formann i sunnhetskommissjonen i Vennesla, at halvparten av barn som var blitt alvorlig syke eller hadde omkommet av difteri, kunne skyldes på sine foreldre som ikke hadde vært strenge nok med å få barna til ta medisin mot sykdommen.³⁰⁶

Det at det ble presisert at sykdommen skulle innrapporteres uansett om det var imot husfaderns vilje, og det distriktslegen skriver i sin medisinalberetning, kan tyde på at noen foreldre ikke tok sykdommer som rammet alvorlig nok.

Den 8. februar 1890 holdt sunnhetskommissjonen igjen møte i forbindelse med difteriepidemien. Temaet for møte var en tilsynsmann på Hunsøya som ikke hadde gjort den jobben han var satt til å gjøre. Referatet i forhandlingsprotokollen starter med at distriktslegen beklaget at det ved Hunsfos Fabrikker var vist mindre nøyaktighet når det kom til å forhindre spredning av smittsomme sykdommer. Sunnhetskommissjonens tilsynsmann på Hunsøya ble pålagt av distriktslegen å følge reglene som var satt, slik at difterien ikke skulle spre seg videre i bygda. Sykdommen hadde da allerede spredt seg fra Hunsøya til gården Neset og gården Vennesla³⁰⁷, og distriktslegen og sunnhetskommissjonen var redd for at flere skulle bli syke. For å være sikre på at reglene ved Hunsøya ble fulgt, vedtok sunnhetskommissjonen følgende påbud som tilsynsmannen på Hunsøya måtte følge:

- ”1) At ethvert Tilfelde af Difterit eller annen smitsom Sygdom af Tilsyndsmannen eller vedkommende Læge under 24 timer skriftelig anmeldes for Sundhedskommissjonens Ordfører.
- 2) At den syge isoleres eller afspærres saavidt muligt saalænge Sygdommen varer
- 3) At alle som opholde sig i samme Bolig som den syge maa afholde sig fra Sammenkomst med friske Menneske og ikke gaa paa Arbeide paa Fabrikken (Reglens § 3)
- 4) Distriktslægen bestemmer naar Sygdommen kan ansees ophørt og anordner desinfeksjon af Personer og Beboelsesrum.
- 5) Saasart nogen smitsom Sygdom indtræffer på Hunsøen, maa Skolen (Reglene § 3) stanses straks og ikke begynde før om 14 dage efter foretagen desinfeksjon naar Sygdommen er ophørt (Reglene § 16)³⁰⁸

³⁰⁵ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 18. desember 1889

³⁰⁶ RA: MLM 1889

³⁰⁷ RA: MLM 1890

³⁰⁸ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 8. februar 1890

I medisinalberetningen klager distriktslegen over at muligheten til å isolere er dårlige i hans distrikt, de dårligste i landet. Også mangelen på sykepleiere til å ta seg av de syke bekymrer distriktslegen.³⁰⁹ Det kan være derfor han er så klar på at reglene for å begrense spredning av smittsom sykdom må overholdes. I presiseringen til tilsynsmannen på Hunsøya, er det også klart at distriktslegen fremhever sin myndighet på området, det er han som bestemmer når sykdommen er opphørt.

Hvorfor ble reglene brutt på Hunsøya og ikke ved Vigeland Brug som også var et industristed? Jeg antar at en forklaring er at det ikke arbeidet barn ved Vigeland Brug. På Hunsfos var barna en del av arbeidsstokken, og når de ikke var i arbeid, tjente de ikke sårt tiltrengte penger til familien. Ledelsen på fabrikken ville mest sannsynlig ha valgt motsatt retning enn hva foreldre og familie gjorde i denne sammenheng, for ledelsen ville det ha vært viktig med en frisk arbeidsstokk.

Ser man på påbud nummer tre, kan det virke som om folk ikke holdt seg hjemme dersom det var smittsom sykdom i familien. Dette kan være med å underbygge min tanke om at arbeiderne gikk på jobb uansett sykdom i familien, fordi inntekten var nødvendig. Skolen på Hunsøya lå som sagt tidligere i ett av bolighusene, og ved å stenge den var det mulig å håpe at sunnhetskommisjonen kunne få begrenset smitten noe.

Sunnhetskommisjonen bestod av kommunestyret i Vennesla. I 1889 – 1890 hadde enda ikke arbeiderne fått politisk gjennomslag i bygda. Sunnhetskommisjonen satt ikke i verk harde tiltak før smitten hadde spredt seg fra Hunsøya og ut i resten av bygda. Kan det være at vi ser ei bondebygd som forsøker å beskytte seg mot industrisamfunnet og alle farene der, med smitte av sykdommer som den fremste? Kontakten mellom bygda og industristedene var ikke spesielt stor, behovet for kontakt med bygda utenfor var ikke stor for arbeiderne. De møttes i kirken for dem som gikk der, og på butikken siden det ikke var butikk i tilknytning til fabrikken.

Det har vært vanskelig å få en oversikt over hvor mange som faktisk var syke av difteri i 1889 og 1890 i Vennesla. Dette fordi medisinalberetningen fra distriktslegen i Oddernes kun inneholder en oversikt over alle som var blitt syke av difteri i hans distrikt, ikke egne lister for Vennesla. Og tallene i medisinalberetningen skiller ikke mellom barn og voksne.³¹⁰ I 1889 og 1890 var det 17 dødsfall av difteri i Vennesla blant barn under 15 år, 4 dødsfall i 1889 og 13 i 1890.³¹¹ I perioden 1890 – 1894 døde 95 barn i Vennesla, 13 dødsfall

³⁰⁹ RA: MLM 1890

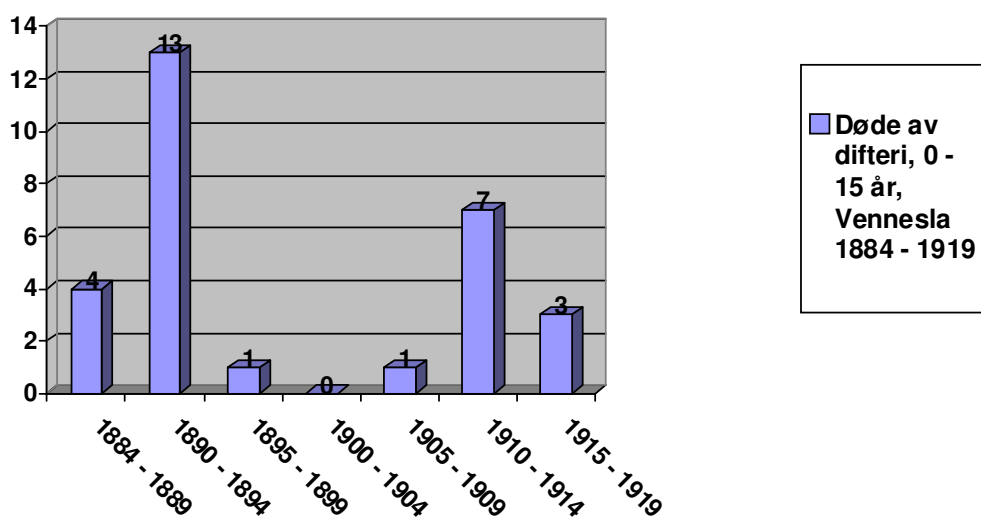
³¹⁰ RA: MLM 1889 og 1890

³¹¹ Tall hentet fra Digitalarkivet.no, Klokkerbok Vennesla 1879 – 1893, www.arkivverket.no 01.02.11

av 95 er kanskje ikke et stort tall, men av de 95 dødsfallene skyldtes 19 det jeg har kalt sykdommer med luftbåren smitte, som difteri jo er en del av. 13 dødsfall av difteri av 19 dødsfall totalt i perioden 1890 – 1894 av sykdommer med luftbåren smitte, er en større andel, og viser at epidemien tok mange liv.

Figur 3.9 viser hvor mange barn under 15 år i Vennesla som døde av difteri i perioden 1884 – 1919

Figur 3.9: Døde av difteri, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919



Toppen av antall dødsfall av difteri nås i 1890 – 1894, og synker til ett dødsfall femårsperioden etter. Difterien tok flest liv blant barna mellom 1 og 10 år, og blant disse igjen var dødeligheten størst for barn mellom 4 og 9 år, altså barn som var i tett kontakt med andre barn gjennom skole og omgang med venner. Det var ikke de minste barna som arbeidet ved Hunsfos Fabrikker, så difterien rammet nok barna som ikke arbeidet hardere enn barna som arbeidet på fabrikken. Figur 3.9 viser også en liten oppgang i døde av difteri i 1910 – 1914, da en difteriepidemi igjen rammet.

Det er vanskelig å vite om nedgangen i antall døde av difteri i Vennesla skyldes sunnhetskommisjonens tiltak. Det er klart at sykdommen fikk herje lenge både ved Vigeland Brug (fra juni 1889) og på Hunsfos Fabrikker (oktober 1889) før sunnhetskommisjonen tok tak i epidemien i slutten av november 1889. Var det fordi de ikke ønsket å blande seg inn i industrisamfunnets egne, indre anliggende, og at de først tok tak i epidemien da den spredte seg fra industrisamfunnene til resten av bygda? Eller var det manglende innrapportering av sykdomstilfeller fra arbeidere? Det ble jo presisert da distriktslegen refset tilsynsmannen på

Hunsøya at alle tilfeller av smittsom sykdom måtte meldes selv om husfaderen ville det eller ikke. Denne forklaringen er lite sannsynlig, da sunnhetskommisjonen på sitt møte 25. november 1889 listet opp hvem som var blitt syke av difterien. Den har klart spredt seg blant arbeidere på de to industristedene.³¹² Dette betyr at de var sett til av lege. Jeg kan ikke bevise at det var for å beskytte samfunnet utenfor industrien sunnhetskommisjonen satte i verk tiltak først i november, men det kan være en forklaring.

Som i Kristiansand var sunnhetskommisjonen i Vennesla opptatt av å isolere syke og desinfisere den sykes eiendeler og værelse etter endt sykdom. Sunnhetskommisjonen skriver ikke noe om medisin mot difteri i referatene i forhandlingsprotokollen, men i medisinalberetningen har distriktslegen skrevet at flere av dødsfallene skjer fordi foreldrene er for dårlige til å tvinge i barna medisin, og i 1890 skrev distriktslegen i Oddernes i medisinalberetningen at det hadde vært en suksess å bruke en form for medisin, mest sannsynlig antiserum mot difteri. Medisinen hadde ikke virket spesielt bra på de verste tilfellene, men på mildere tilfeller hadde den hatt god effekt.³¹³

Siden difteriepidemien fortsatte utover i 1890, tviler jeg på at sunnhetskommisjonens tiltak faktisk fungerte. Tiltakene ble satt i verk i februar 1890, men dødsfallene av difteri fortsatte utover sommeren. Var det kommisjonens forsøk på å isolere syke og desinfisere deres eiendeler etter sykdommen var opphørt som feilet? Eller var det slik at menneskene på industristedene som ikke fulgte de påbud som skulle begrense utbredelsen av smittsom sykdom? Dessverre finnes det ikke referater fra sunnhetskommisjonen i Vennesla i perioden sommeren 1890 til 1893 i forhandlingsprotokollen fra sunnhetskommisjonen som kunne gitt svar på dette.

3.2.3.2 Tuberkulose

Mot slutten av 1900-tallet stod tuberkulose for 1/5 del av alle dødsfall i Norge.³¹⁴ I år 1900 ble tuberkuloseloven vedtatt, etter press fra blant annet leger, og fra arbeidere som var de som var hardest rammet av tuberkulosen.³¹⁵ Loven påla alle leger å rapportere tuberkulosesyke til sunnhetskommisjonene, og de skulle gi informasjon om hvordan man kunne hindre smitte. I følge tuberkuloselovens § 6 kunne sunnhetskommisjonen bestemme om en person skulle legges inn på sykehus eller sanatorier for å redusere smittefaren.³¹⁶ Tuberkuloseloven hadde

³¹² SAK: FSV 1861 – 1952, møte 25. november 1889

³¹³ RA: MLM 1890

³¹⁴ Seip 1984, s. 237

³¹⁵ Seip 1984, s. 237

³¹⁶ Blom 1998, s. 14

to formål: å beskytte de friske mot de syke, og å gjøre de syke friske. Det første formålet gjorde det nødvendig med paragraf 6 i tuberkuloseloven gjennom meldeplikt, tilsyn, tvangsinnleggelse og tvungne hygieniske tiltak. Det andre formålet gjorde at det måtte finnes et tilbud til pasientene, og dermed ble det bygget sanatorier. Før loven ble vedtatt ble det ført en debatt som spesielt gikk på meldeplikten for leger og sunnhetskommisjoner og om tvungen innleggelse av tuberkulosesyke.³¹⁷ Motstanderne av loven var redde for at sunnhetskommisjonene kom til å oppføre seg lite pent mot pasienter, særlig de fattige, dersom det ble innført meldeplikt. Og faren for tvangsinnleggelse ville skremme folk fra å oppsøke lege, mente motstanderne av loven. Tilslutt stemte Stortinget for loven, av hensyn til samfunnet og den oppvoksende slekt. Det fantes også mer medisinsk forskning omkring smitten av tuberkulose enn hva det hadde fantes om spedalskhet før loven om spedalskhet ble vedtatt. Denne hadde utløst mange av de samme diskusjonene. Dokumentasjonen på tuberkulosens smitteveier og andre sider ved sykdommen gjorde at stadig flere av myndighetene som skulle avgjøre om man trengte en tuberkuloselov eller ikke, så nødvendigheten av loven.³¹⁸ Ida Blom skriver at tuberkuloseloven var banebrytende ved å åpne for alvorlige inngrep i den enkeltes frihet. Loven signaliserte at sykdom ikke lenger var en privatsak, men det angikk hele samfunnet. Ingen institusjoner eller familier eller enkeltpersoner kunne klare sykdommen alene, alle gode krefter måtte samarbeide om målet som var å få kontroll over, og helst fjerne, "den hvite pesten" som tuberkulosen ble kalt.³¹⁹

Etter at tuberkuloseloven ble innført i 1900 handlet mange av møtene i sunnhetskommisjonen i Vennesla om nettopp innleggelse av tuberkulosesyke på sanatorier og tuberkulosehjem. Loven ble presentert for kommisjonen 7. august 1901.³²⁰ I forhandlingsprotokollen skrev sunnhetskommisjon ned hvem som ble lagt inn etter tuberkuloselovens paragraf 6, personens boligforhold og hva slags form for tuberkulose det var snakk om. Referatene fra forhandlingsprotokollen til sunnhetskommisjonen i Vennesla skiller seg fra referatene fra sunnhetskommisjonen i Kristiansand som handler om samme tema, i det at det i Vennesla legges vekt på barns helse når en person ble innlagt av sunnhetskommisjonen. I Vennesla ble smittefaren fra voksne til barn påpekt. Dette kan så klart være en måte å forsvare tvangsinngrepet som ble foretatt, men det kan også være at sunnhetskommisjonen var redde for smitte til barn. De aller fleste av referatene som omhandler innleggelse av tuberkulose kommer etter at arbeiderne fikk den politiske makten i

³¹⁷ Blom 1998, s. 14

³¹⁸ Seip 1984, s. 237 – 238

³¹⁹ Blom 1998, s. 15

³²⁰ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 7. august 1901

kommunen i 1911. Kan det være et annet syn på den syke og dens familie vi ser her, gjennom en sunnhetskommisjon bestående av andre grupper mennesker enn hva den gjorde under difteriepidemien i 1889 – 1890? Mange av dem som fikk tuberkulose og måtte legges inn, var arbeidere med dårlig råd og som levde under dårlige forhold.

Den 22. august 1914 ble en kvinne fra Kvarstein, hvor mange arbeidere bodde, besluttet lagt inn på Solvang tuberkulosehjem. De hygieniske forholdene i hjemmet var så dårlige at faren for at hennes små barn skulle bli smittet var stor.³²¹ Mange av sakene til sunnhetskommisjonen er som denne, en arbeiderkvinne eller mann ble lagt inn på Solvang, Solhøgda eller Landeskogen for behandling av tuberkulose og grunnen var forholdene i hjemmet.³²²

I 1919 mottok sunnhetskommisjonen et brev fra en lege på Solvang angående en arbeiderdatter som var lagt inn der. Hun hadde hatt tuberkuløs mavebetennelse og hadde også fått smittsom lungebetennelse. Forholdene i hjemmet hennes var dårlige og trange, foreldrene hadde flere ukonfirmerte barn, og den syke hadde måttet dele seng med dem. Sunnhetskommisjonen besluttet at arbeiderdatteren skulle bli værende på Solvang, og at amtet skulle betale.³²³ Ved tilfeller av tuberkulose der pasienten ble lagt inn til behandling, var det kommunene eller amtet som skulle betale, etter tuberkuloselovens paragraf 13.³²⁴

Den 11. februar 1921 ble en tæringssyk arbeider lagt inn på tuberkulosehjemmet på Solhøgda. Dette er etter min undersøkelsesperiode, men jeg mener sitatet viser godt hva jeg har forsøkt å vise, hva som var årsaken til innleggelsen:

”Hans sykdom er paa langt fremskredet stadium, forbundet med opspyt. Han har hustru og 3 smaa børn. Han bor med sin familie i en tæt beboet arbeiderbrakke i en ganske liten leilighet. Han har fattigunderstøttelse. Det er fare for smitteudbredelse under disse forhold.”³²⁵

Dette er tre eksempler på hvordan sunnhetskommisjonen i Vennesla vektla hensynet til små barn når personer skulle legges inn på tuberkulosehjem eller sanatorier. Eksemplene forteller også at det var de som hadde minst som ble smittet, ofte arbeidere. Som nevnt tidligere var aluminiumsfabrikken på Vigeland både støvete og røykfylt, og mange som arbeidet der hadde ”Vigelands-astmaen.” Sørensen skriver at ”alle” kjente til de bleke og krokryggede jentene

³²¹ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 22. august 1914

³²² For eksempel SAK: FSV 1861 – 1952, møte 20. oktober 1914, SAK: FSV 1861 – 1952, møte 12. november 1915

³²³ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 29. august 1919

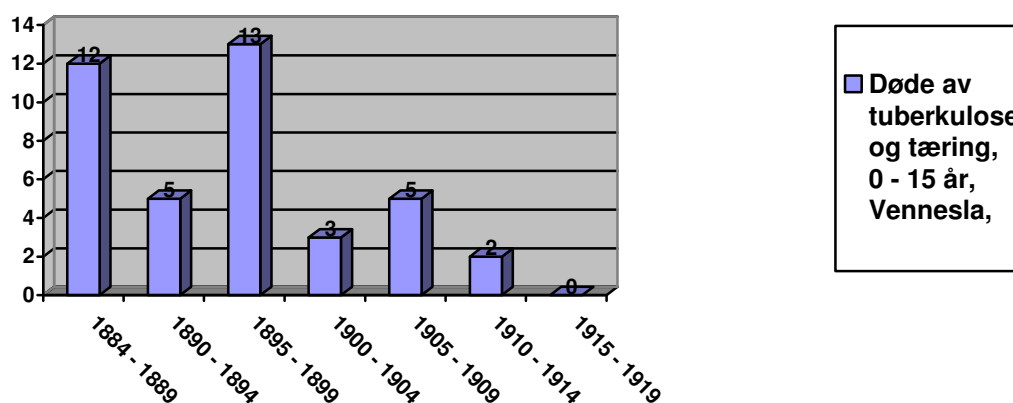
³²⁴ Blom 1998, s. 14

³²⁵ SAK: FSV 1861 – 1952, møte 11. februar 1921

som arbeidet ved Hunsfos.³²⁶ Forholdene for arbeiderne var i utgangspunktet ikke gode, og disse var mer utsatt for å få sykdommer som tuberkulose. Arbeiderne bodde trangt og tett og sunnhetskommisjonen vektlegger de hygieniske forholdene i hjemmet ved innleggelse.

Hadde sunnhetskommisjonens tiltak i forbindelse med tuberkulosen noe å si for barnas helse? Figur 3.10 viser hvor mange barn under 15 år i Vennesla som døde av tuberkulose i årene 1884 til 1919

Figur 3.10: Døde av tuberkulose og tæring, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919



Antall døde under 15 år av tuberkulose synker ved innføringen av tuberkuloseloven i 1900. Om det er et resultat av sunnhetskommisjonens inngripen og innleggelse av tuberkulosepsyke er vanskelig å bevise. Det var først utover på 1910-tallet, og etter at bygda ble arbeiderstyrt, sunnhetskommisjonen begynte å begrunne innleggelsene med hensynet til barna. Nedgangen kan være et resultat av andre tiltak. Vennesla sanitetsforening startet opp i 1905, og kan være en av forklaringene på nedgang i antall døde.³²⁷ Det ble også bygget mange nye boliger i Vennesla rundt århundreskiftet, de fleste til arbeidere, og mange arbeiderkvinner engasjerte seg mer aktivt i arbeiderforeninger og kvinneforeninger der fokuset var på en bedre hverdag for deres barn og familier.

3.2.4 Deloppsummering

I perioden 1860 til 1920 var Vennesla ei industribygd i vekst, og rundt de to store arbeidsplassene, Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker, bodde arbeiderne tett. Det ser ut som om det var blant arbeiderne sykdommer rammet hardest og flest. Vennesla var en av landets første arbeiderstyrte kommuner, og med arbeiderdominert kommunestyre, ble det også

³²⁶ Sørensen 1982, s. 374

³²⁷ Se kapittel 4

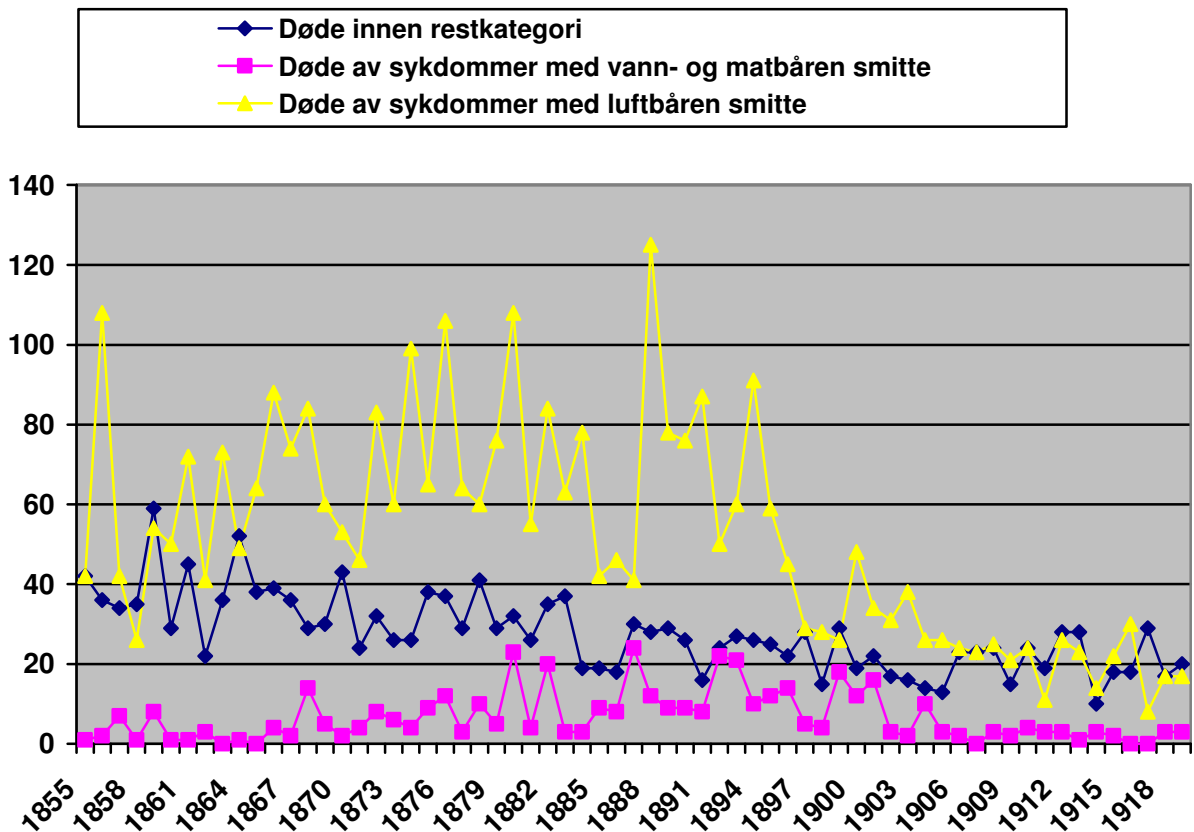
arbeiderdominert sunnhetskommisjon etter 1911. Hadde det noe å si for sunnhetskommisjonens arbeid? Det kan se slik ut. Under difterieepidemien i 1889 – 1890 kom sunnhetskommisjonen først på banen etter at sykdommen hadde herjet i flere måneder. I november 1889 hadde difterien spredt seg til resten av bygda, og da grep sunnhetskommisjonen inn. I tiden etter 1911 blir barns helse og faren for å smitte barn vektlagt ved innleggelse av arbeidere som var tuberkulosesyke. Dette viser et annet fokus på arbeidere, og på å skjerme barna deres mot sykdommer. Men det kan også være tiden som endret seg, det er 20 år mellom mine eksempler og mye kan ha skjedd med hele synet på helse og barns vel i den perioden.

Materialet fra sunnhetskommisjonen i Vennesla har vært spinkelt. De to sakene jeg har presentert, har vært de som det har stått mest om i sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoll. De kan dermed ikke regnes som representative, men jeg mener de kan brukes for å se hvordan sunnhetskommisjonen arbeidet i to tilfeller i ei bygd som ble dominert av arbeidere.

Kapittel 4.0: Hva kan forklare nedgangen i antall døde barn?

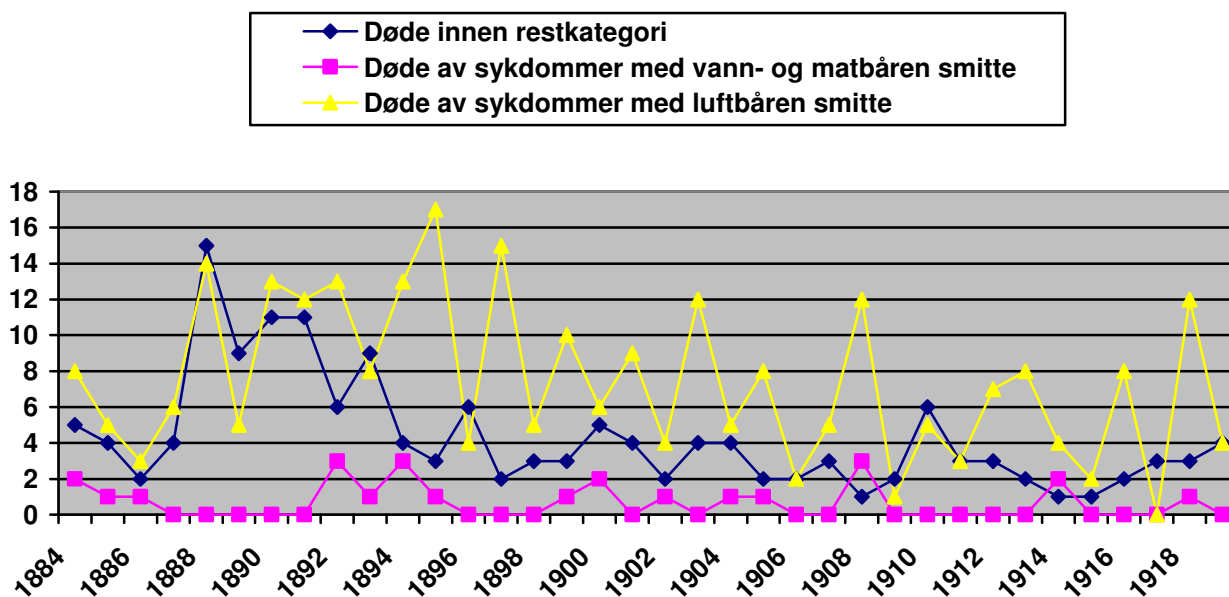
Masteroppgaven har så langt vist at den største endringen i antall døde kom blant sykdommer med luftbåren smitte. Figur 4.1 viser tydelig at den største endringen av dødsårsaker i Kristiansand skjedde innenfor denne kategorien.

Figur 4.1: Døde innen restkategori, av sykdommer med vann- og matbåren smitte og av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Figur 4.1 viser at antall døde innen tre av kategoriene jeg undersøkte, hvert år i perioden 1855 til 1919 i Kristiansand. Her ser en den store nedgangen i antall døde innen kategorien av sykdommer med luftbåren smitte. Dette har også materialet mitt så langt vist. For Vennesla er ikke tallene like klare. Dette kan delvis forklares med at tallene ikke er like store som for Kristiansand, og at det dermed blir verre å se endringen like godt. Jeg velger å vise figuren her, slik at det er mulig å se hva jeg mener.

Figur 4.2: Døde innen restkategori, av sykdommer med vann- og matbåren smitte og av sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Vennesla, 1884 – 1919

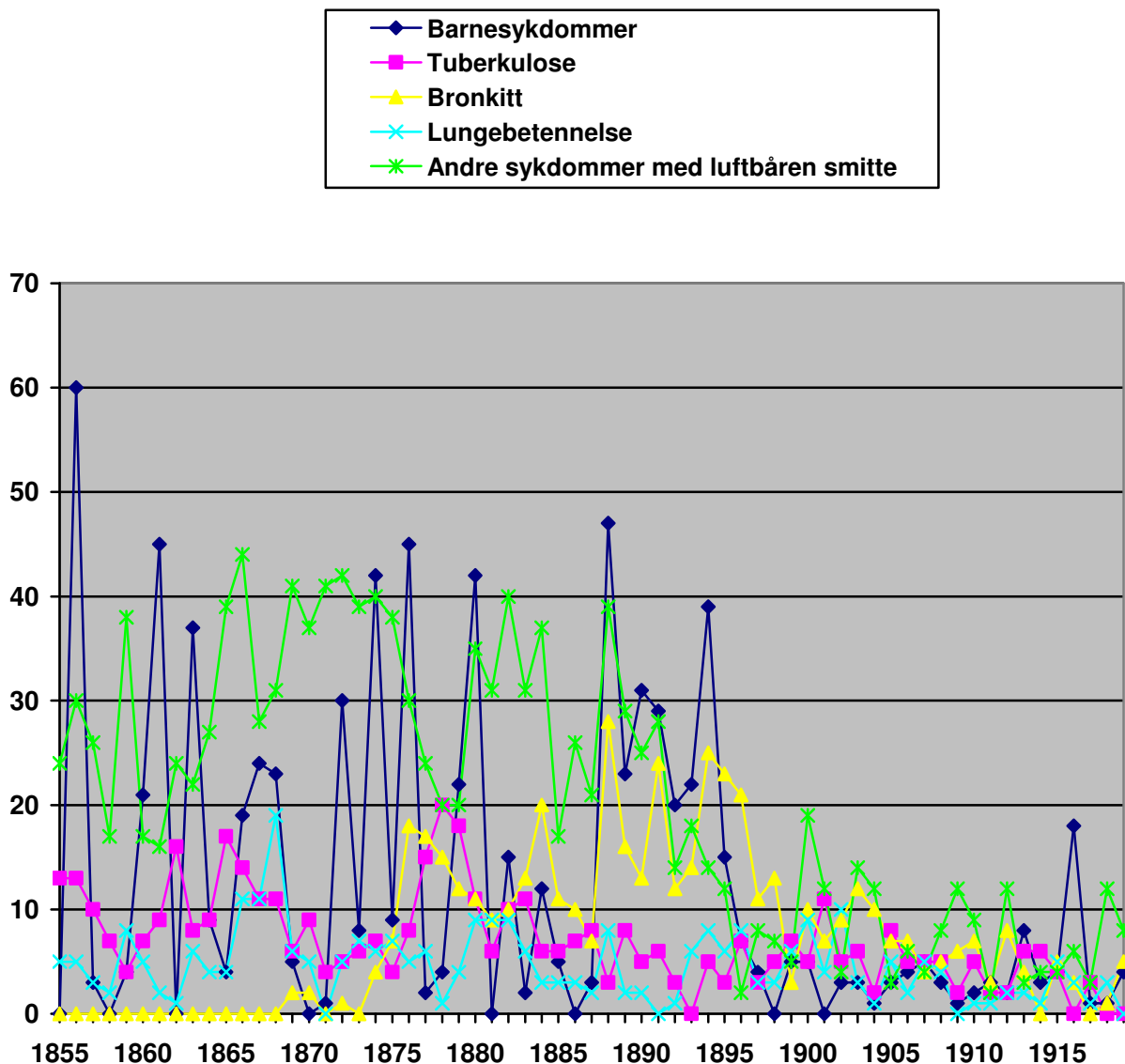


Figur 4.2 er ikke like klar som det figur 4.1 er. Tallene i figur 4.2 er mye mindre enn hva de var for Kristiansand, og er dermed mer følsomme for døde under epidemier, som mange av toppene her skyldes. Det store tallet døde innen restkategorien i begynnelsen av perioden som blir undersøkt, skyldes en kirkebok der dødsårsaker i et par år nesten ikke ble oppgitt.

Tallene i figur 4.1 viser at det kom et stort fall i antall døde av sykdommer med luftbåren smitte i 1896 – 1897. Deretter steg antall døde noe, men det kom aldri tilbake på det høye antallet det hadde vært før dette. Kan noen av teoriene som ble diskutert innledningen forklare den brå nedgangen i antall døde i kategorien sykdommer med luftbåren smitte i Kristiansand? Jeg tviler på at amming og ernæring kan gi slike brå endringer, det står heller ikke i noen av mine kilder at det antall mødre som ammet økte, eller at det skjedde store endringer i folks kosthold. En så brå endring virker lite mulig med disse teoriene, det er mer sannsynlig at endring ville skjedd over mer tid.

Kan det være at det epidemiske klimaet endret seg i Kristiansand rett før århundreskiftet? For å finne svar på dette har jeg laget en figur som viser hvor mange som døde av sykdommer med luftbåren smitte, delt opp i underkategorier: barnesykdommer, tuberkulose, bronkitt, lungebetennelse og andre sykdommer med luftbåren smitte.

Figur 4.3: Døde av barnesykdommer, tuberkulose, bronkitt, lungebetennelse og andre sykdommer med luftbåren smitte, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Med andre sykdommer med luftbåren smitte menes sykdommer som hjernebetennelse, influensa, feber og forskjellige brystsykdommer. Barnesykdommene er kikhoste, meslinger, skarlagensfeber og difteri.

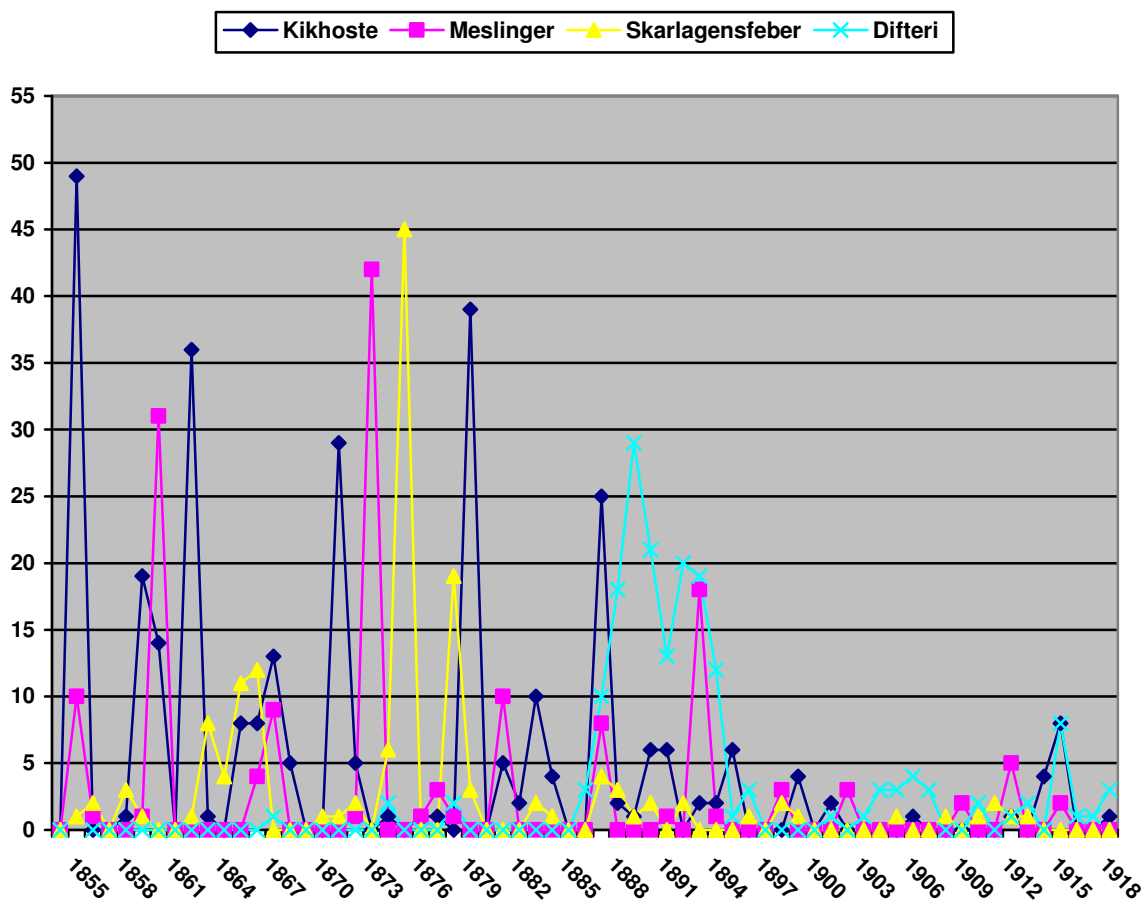
Figur 4.3 viser utviklingen for alle dødsfall av sykdommer med luftbåren smitte. Det er klart at antallet faller rundt år 1900, og det kanskje største fallet står barnesykdommene for. Tuberkulosen synker noe, men holder seg ganske stabil i antall døde gjennom hele perioden, det samme gjelder for antall døde av lungebetennelse. Dødsårsaken bronkitt følger mye av den samme utviklingen som barnesykdommene, dette kan skyldes at bronkitt ikke er en sykdom, men en komplikasjon eller et symptom på en annen sykdom, også barnesykdommer. Det er mulig at denne figuren kan støtte opp om en teori om at et mildere epidemisk klima er

årsaken til nedgangen i antall døde barn. Figuren viser at antall døde innenfor de forskjellige kategoriene av sykdommer med luftbåren smitte, sank på noenlunde samme tid. Dette kan forklares med at når en sykdom ble svekket, ble også andre svekket, barn ble ikke rammet av mange sykdommer etter hverandre som kunne svekke immunforsvaret deres slik at de døde av en ellers mild infeksjon.

Figur 4.3 viser at den bråeste nedgangen i antall døde finnes blant barnesykdommene. Var det slik at en av dem brått ble svekket, for eksempel difterien på grunn av antiserumet i behandling av den, og kan dette eventuelt forklare den øvrige nedgangen?

Figur 4.4 viser hvordan utviklingen var for døde av barnesykdommer i Kristiansand i perioden 1855 – 1919

Figur 4.4: Døde av kikhoste, meslinger, skarlagensfeber og difteri, 0 – 15 år, Kristiansand, 1855 – 1919



Figur 4.4 viser at ingen av barnesykdommene hadde et fall som kan forklare at de andre også ble svekket. Det som er spesielt er at dødeligheten synker også for de sykdommene som det ikke fantes nye behandlingsmetoder for, ikke bare difteri. Dette er et så brått fall at jeg tror tidligere teorier vil ha vanskelig for å forklare det, heller ikke et endret epidemisk klima. Da tror jeg at man ville fått en mer gradvis nedgang for flere av sykdommene, her er fallet brått,

og det som er mest spesielt er at antall døde ikke kommer opp på nivået før 1897 igjen. Jeg tror det må tenkes annerledes når det gjelder fallet i antall døde av barnesykdommer, og ønsker videre å vise to faktorer jeg mener kan ha hatt påvirkning. Jeg har ikke hatt mulighet til å forske nøye på dette, derfor blir behandlingen av de to teoriene ganske overfladisk. Håpet mitt er at andre, eller jeg, får mulighet til å undersøke dette nærmere senere.

4.1 Hva skjedde i Kristiansand på slutten av 1890-tallet?

4.1.1 Bedre boliger

I tiden rundt fallet i antall døde innenfor kategorien sykdommer med luftbåren smitte, var sunnhetskommisjonen i Kristiansand på mange inspeksjoner i boliger rundt om i byen.³²⁸ I 1890-årene ble Nybyen nord i byen ved Baneheia bygd ut med små trehus på en etasje.³²⁹ Dette gjorde at stadig flere fikk nytt hus, og kanskje også bedre plass. Etter bybrannen i 1892 kom det nye og strengere byggeforskrifter, og Sverre Steen skriver at dette førte til at en del mennesker flyttet ut av bykjernen og over Otra til Lahelle på Lundsiden, og nord til Grim, fordi de ikke hadde råd til å bygge nytt etter forskriftene.³³⁰ I løpet av 1890-tallet var bykjernen så godt som ferdig utbygd, og en noen eiendomsforhold gjorde det vanskelig å erstatte eksisterende bebyggelse av småhus med større bygninger. Dette var også en av grunnene til at folk flyttet ut av bykjernen. Enda en grunn til forflytningen beskriver Sverre Steen som ”en nyvakt trang hos byens innbyggere til å bo i friere landlige omgivelser, et slags romantisk svermeri.”³³¹

Nybyggene både i selve byen, Nybyen, og på Grim og Lahelle, hadde en høyere standard og var lysere og mer luftige. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at færre barn ble syke av smittsomme sykdommer med luftbåren smitte. Men utbyggingen av boliger kan ikke alene forklare den brå nedgangen i døde av barnesykdommer. Til det skjedde boligbyggingen over for mange år. Men kanskje den er en del av grunnlaget, og at noe annet var ”dråpen som fikk begeret til å renne over”?

³²⁸ Eks. SAK: FSK 1896 – 1924, s. 3a

³²⁹ Steen 1948, s. 487

³³⁰ Steen 1948, s. 488

³³¹ Steen 1948, s. 488

4.1.2 Norske Kvinners Sanitetsforening

Norske Kvinners Sanitetsforening, NKS, ble stiftet i 1896 etter initiativ fra Fredrikke Marie Qvam, Randi Blehr, Cecilie Thoresen Krog, Margrete Villum og Pylle Horst. Målet var å skaffe sanitetsmateriell til bruk ved krig og ulykker. NKS ble startet under unionsstriden med Sverige, men da det ikke ble noen krig mellom Norge og Sverige, gikk NKS over til å bli en forening som skulle utdanne sykepleiere og utbre kunnskap om og bekjempe tuberkulose, revmatisme og andre folkesykdommer.³³² En egen avdeling av NKS ble startet i Kristiansand i november 1897 under ledelse av ”fru doktorinde Kraft.”³³³ Mest sannsynlig er dette kona til Johan Thorvald Kraft som hadde vært lege ved Hunsfos Fabrikker frem til 1896. Johan Thorvald Krafts far hadde vært distriktslege i det flekkefjordske legedistrikt store deler av 1800-tallet, og han hadde vært en stor forkjemper av å isolere syke for å begrense sykdommers spredning.

Fallet i antall døde av barnesykdommer skjedde fra 1896 til 1897, og dermed kan det virke som om sanitetsforeningen kom for sent i gang i Kristiansand til å kunne forklare nedgangen, men figur 4.4 viser at det var år der sykdommene nesten ikke var tilstede, og det er mulig at det er det som skjedde i 1897, sunnhetstilstanden blir beskrevet som god i Kristiansand.³³⁴ Neste år, 1898, ble 57 barn smittet av meslinger, men ingen døde.³³⁵ Og i 1899 var 196 barn smittet av meslinger, bare 3 døde.³³⁶ Altså kan en muligens forklare det brå fallet med NKS aktivitet. I 1897 – 1898 ser ut til å ha vært år med få sykdomstilfeller, antall syke tok seg opp igjen i 1899, og her kommer sanitetskvinnenes innsats inn.

Norske Kvinners Sanitetsforening ønsket å opplyse om og vise hvordan god, praktisk hygiene skulle utføres. Blant annet var håndvasken viktig, målet var å ”vaske bort” tuberkulosen. Det er mulig at sanitetskvinnene i samme slengen vasket bort andre bakterier, som for eksempel barnesykdommene. Så vidt jeg kan se er det ikke gjort større forskning på sanitetsforeningen i Kristiansand, men i Bergen har Ida Blom undersøkt blant annet sanitetsforeningen som et ledd i kampen mot tuberkulosen. Hun skriver at Bergens sanitetsforening, som ikke ble medlem av NKS før etter århundreskiftet, men som hadde mange av de samme ideene og oppgavene som NKS før de ble medlemmer, ønsket å styrke og assistere det uformelle omsorgssystemet i hjemmene. Dette ble gjort ved utdeling av

³³² http://www.sn1.Norske_Kvinner_Sanitetsforening 03.05.11 kl. 17:30

³³³ Schram: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010062906018 07.05.11 kl 13:00

³³⁴ RA: MLM 1897

³³⁵ RA: MLM 1898

³³⁶ RA: MLM 1899

spytteflasker og spyttekrus, lommetørklær og ulltepper.³³⁷ Dette var tiltak som også hindret spredning av smittestoffer.

Jeg skal ikke gå videre inn i NKS sin virksomhet i denne oppgaven, da det dessverre ikke er et spørsmål som passer denne oppgavens problemstilling. Men det er helt klart et tema som bør tas opp når man skal undersøke nedgangen i barnedødelighet i byer. I Vennesla startet NKS opp i 1905, men jeg har ikke klart å spore en like klar nedgang i antall døde av en gruppe sykdommer der, som det som var tilfellet for Kristiansand. Jeg tror ikke det er tilfeldig at nedgangen i døde av sykdommer med luftbåren smitte, og spesielt barnesykdommene, kom samtidig med at sanitetsforeningen startet opp. Og kanskje er det her nøkkelen til å forstå nedgangen i barnedødelighet i byer ligger. Dette gjelder ikke bare barnesykdommene, det gjelder også for de andre sykdommene med luftbåren smitte, men fallet i antall døde var størst av barnesykdommene, derfor er de tatt med som en egen del her.

³³⁷ Blom 1998, s. 72

Kapittel 5.0: Oppsummering og konklusjon

Jeg vil i konklusjonen gi en oppsummering av oppgaven og svare på problemstillingene som ble stilt i innledningen. Jeg vil videre diskutere oppgavens styrker og svakheter og gi en noen eksempler på hva jeg mener det bør bli forsket mer på innen dette feltet.

Opgavens overordnede problemstilling har vært: *Kan nedgangen i barnedødelighet i Kristiansand og Vennesla rundt år 1900 forklares med tiltak satt i verk av de lokale sunnhetskommisjonene?* For å kunne svare på denne problemstillingen har jeg arbeidet ut ifra tre underproblemstillinger:

- 1) *Hva døde barn i Kristiansand og Vennesla av i perioden 1860 – 1920?*
- 2) *Hvilke grupper med sykdommer opplevde størst endring i antall døde?*
- 3) *Hva slags tiltak rettet sunnhetskommisjonene i Kristiansand og Vennesla mot barn, og kan tiltakene ha hatt en påvirkning på nedgangen i antall døde barn?*

Problemstillingene har bygd på hverandre, slik at når jeg har svart på en, har jeg kunnet jobbe meg frem til et svar på den neste, spesielt gjelder dette underproblemstilling 1 og 2. Her var jeg nødt til å ha en oversikt over utviklingen i antall døde innenfor kategorier av dødsårsaker som jeg har hentet fra den britiske medisineren Thomas McKeown, før jeg kunne svare på hvilke grupper av sykdommer som opplevde størst endring i antall døde.

Kildematerialet fra Vennesla gjorde at jeg ikke kunne starte undersøkelsen min der før i 1884. Det manglet dødsårsaker i kirkebøkene, som var undersøkelsesobjektet i de to første underproblemstillingene. For Kristiansands del har jeg valgt å starte undersøkelsen tilbake i 1855. Dette har jeg gjort for å vise hvordan utviklingen innenfor de forskjellige kategoriene av dødsårsaker var i byen før sunnhetsloven ble vedtatt i 1860. I Kristiansand ble det ført dødsårsaker ved alle dødsfall fra 1840-tallet, og dermed har det vært greit å starte i 1855 med min undersøkelse.

Jeg har valgt å dele oppgaven i to hoveddeler, en for Kristiansand og en for Vennesla. Jeg kommer i denne oppsummeringen til å vise hva jeg har gjort i de to kapitlene parallelt, altså sammenlikne utviklingen av døde barn i Kristiansand og Vennesla, og hvordan de to sunnhetskommisjonene arbeidet. Først viste jeg hvordan antall døde og fødte endret seg i løpet av perioden. Tallene fra begge kommunene viser en nedgang i antall døde rundt år 1900, men tallene fra Vennesla viser ikke en like klar nedgang som det tallene fra Kristiansand gjør. I Vennesla steg både antall døde og antall fødte rundt 1890. Jeg tror dette kan skyldes en økt

tilflytning til bygda i forbindelse med utbygging av bygdas to store fabrikker, Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker.

Etter å ha vist hvor mange som ble født og døde de to stedene, gikk jeg videre til å vise hvordan dette utviklet seg for de forskjellige aldersgruppene. Det jeg fant var at aldersgruppene 1 – 5 år og 5 – 10 år hadde nedgang i antall døde nesten samtidig både i Kristiansand og i Vennessla. Nedgangen for disse aldersgruppene kom rundt år 1900. For spedbarna, 0 – 1 år, kom nedgangen i antall døde noe senere, rundt 1905. Aldersgruppen 10 – 15 år hadde en noe annen utvikling. Den hadde et jevnt antall døde, som sank noe rundt 1910, og som så steg igjen. Tallene er ikke særlig høye i denne aldersgruppen. Jeg tror tuberkulosen kan være en årsak til at antall døde i den eldste gruppen med barn var høyere og jevnere enn for de andre aldersgruppene. Mortalitetet generelt startet tidligere, endringen kan spores tilbake til 1815³³⁸, og det kan hende at denne gruppen hadde et større fall i antall døde tidligere, før perioden jeg har undersøkt, samtidig med andre aldersgrupper av voksne.

Videre delte jeg inn dødsårsakene etter inndeling fra den britiske medisineren Thomas McKeown. Jeg valgte å dele dødsårsakene inn i sykdommer med luftbåren smitte, sykdommer med vann- og matbåren smitte, sykdommer som var vektorbårne, altså smittet mellom mennesker og dyr eller mellom mennesker og en restkategori for alle dødsårsakene som ikke skyldtes sykdomsfremkallende mikroorganismer. Noe av det første jeg oppdaget, var at det var veldig få dødsfall i den tredje kategorien, smitte mellom mennesker og dyr eller mellom mennesker, blant barn, det var kun snakk om et par dødsfall i hver femårsperiode, og jeg valgte derfor å droppe fremvisning av resultater i den kategorien. Når det gjelder Vennessla, droppet jeg også å vise kategori to av dødsårsakene, sykdommer med vann- og matbåren smitte på grunn av lavt antall døde.

Min undersøkelse viser at den største nedgangen i antall døde, både i Kristiansand og i Vennessla, kom i kategorien sykdommer med luftbåren smitte. Og nedgangen kom midt på 1890-tallet. Toppen rett før den store nedgangen, slutten av 1880- og begynnelsen av 1890-tallet, skyldtes store utbrudd av barnesykdommer. Barnesykdommene kom ofte sammen, og barna fikk den ene sykdommen etter den andre, til immunforsvaret var så svekket at de døde av en sykdom som ellers ville blitt sett på som en mild sykdom. I kapittel fire har jeg undersøkt nærmere hvilke av sykdommene med luftbåren smitte som hadde størst fall i antall døde, og det var barnesykdommene. Her oppdaget jeg at antall døde av barnesykdommene kikhoste, meslinger, skarlagensfeber og difteri, falt brått fra 1896 til 1897, for deretter å ikke

³³⁸ Dyrvik 2004, s. 33 – 34

stige til samme høye antall døde som denne kategorien før hadde hatt. Dette er et så markert fall at det vanskelig lar seg forklare med noen av de andre teoriene som er brukt til å forklare nedgangen i barnedødelighet, også teorien om sunnhetskommisjoners tiltak som jeg har forsøkt å teste ut i denne oppgaven. En så brå endring kan ikke forklares med at mødre plutselig begynte å amme, eller at man over natten fikk bedre og mer næringsrik mat. Det epidemiske klimaet er heller ikke en ideell forklaring på nedgangen. Det kan godt være at dette er en bedring av det epidemiske klimaet, og det kan ha hatt en påvirkning på resten av de luftbårne sykdommene, men noe må ha vært årsaken til det brå fallet i antall døde av barnesykdommer. Jeg har i kapittel fire forsøkt å skissere en mulig forklaring. For det første ble det bygget mange nye boliger i Kristiansand på 1890-tallet, disse var større og mer luftige enn hva som hadde vært tilfelle tidligere. I forbindelse med den store utbyggingen av bykjernen, valgte en del å flytte ut, noen til Grim og andre over elven til Lahelle. En bedring av innbyggernes boforhold kan alene ikke forklare den brå nedgangen, men jeg tror mye av grunnlaget til at fallet kom ligger i dette. Dråpen som fikk begeret til å renne over tror jeg kan være oppstarten av Norske Sanitetskvinner i Kristiansand i november 1897. Deres kamp mot blant annet tuberkulosen førte til et økt fokus på personlig, praktisk hygiene som håndvask. I tillegg ble det delt ut spyttbarker og lommestørker. Dette kan være tiltak som stoppet spredning av sykdomsbakterier. Denne utviklingen gjelder i hovedsak i Kristiansand. I Vennesla startet NKS opp i 1905, men det er ikke mulig å se en like tydelig nedgang der.

Restkategorien i Kristiansand utviklet seg annerledes enn kategorien med sykdommer med luftbåren smitte. Restkategorien har en topp i antall døde i begynnelsen av perioden jeg har undersøkt, før den synker ganske jevnt mot år 1900, og så tar antall døde seg opp igjen. Jeg tror både nedgangen i antall døde og oppgangen skyldes legenes evne til å stille mer differensierte og konkrete dødsårsaker. Frem mot 1900 gikk legene stadig mer bort fra dødsårsaker som krampe og får tenner, og det er mulig å spore en økning i de andre kategoriene av dødsårsaker. Etter 1900 steg antall døde innen restkategorien igjen fordi legene da var blitt enda bedre til å stille mer differensierte og konkrete dødsårsaker, og i begravelseslistene i kirkebøkene dukker dødsårsaker som "Apendicitis" – blindtarmbetennelse, og sukkersyke opp. For Vennesla er ikke dette like tydelig, det kan skyldes at legetilgangen ikke var like god i Vennesla som den var i Kristiansand.

For sykdommene med vann- og matbåren smitte i Kristiansand var det en topp i antall døde rundt 1890. Dødstallene i denne kategorien bygde seg veldig opp mot perioden rundt 1890, og sank deretter kraftig. Figuren jeg lagde på bakgrunn av registreringene av dødsårsaker fikk nærmest form som en pyramide.

På bakgrunn av disse funnene valgte jeg meg ut saker fra sunnhetskommisjonenes forhandlingsprotokoller. Fra Kristiansand valgte jeg saker der sykdommer med luftbåren smitte var i fokus, skarlagensfeber og difteri, barnekopper, spanskesyken og bronkitt. Jeg har også tatt med en liten sak om tyfoidfieber som er en dødsårsak fra kategorien sykdommer med vann- og matbåren smitte. Kildematerialet fra Vennesla var ikke veldig godt, og jeg har dermed måttet begrense meg til to saker fra sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoll. Dermed er ikke sakene representative for sunnhetskommisjonens arbeid, men de viser hvordan sunnhetskommisjonen arbeidet ved utbrudd av en smittsom sykdom, difteri, og hvordan den begrunnet innleggelsen av tuberkulosepasienter med hensynet til barn.

I hovedsak ser det ut til at sunnhetskommisjonene hadde tre tiltak å sette i verk mot smittsom sykdom, nemlig informasjon, isolasjon og desinfeksjon. I tillegg ble det brukt vaksiner og revaksiner i kampen mot kopper. Å informere var det første sunnhetskommisjonen i Kristiansand gjorde, og det ble sett på som viktig å informere byens innbyggere om hva slags sykdom som var i omløp, hvordan folk skulle forholde seg til sykdommen, og hvilke forhåndsregler de måtte ta. Bruken av informasjon som et ledd i kampen mot sykdom ser ut til å ha avtatt noe mot 1900, men det kan også skyldes at sunnhetskommisjonen ikke skrev ned i sine referater hver gang de trykket informasjon om sykdommer i byens avis.

Når barn ble syke hadde sunnhetskommisjonene gjennom sunnhetsloven av 1860, mulighet til å isolere syke for å hindre videre spredning av smitte. Dette var et tiltak sunnhetskommisjonene brukte ofte. Dette skyldes blant annet at en stor del av legene som arbeidet i Kristiansand var oppvokst med utsikt til karantenestasjonen på Odderøya. Der hadde de sett og erfart hvordan sykdommer smittet mellom mennesker på Odderøya, men ikke til dem som ikke var i kontakt med de syke. Legene stod i en militær og maritim tradisjon, og de fleste hadde lest verkene til Virchow, Budd og Snow, og med dette som bakgrunn var isolering av syke det legene så på som den beste måten å begrense spredning av smitte. Distriktslege i Mandal legedistrikt, som inkluderte Vennesla, Frederik Dietrichson bodde også i Kristiansand og hadde jevnlig kontakt med legene der. Også etter at generasjonen av leger fra 1860-tallet var enten gått av eller døde utover på 1880-tallet, fortsatte datidens leger å videreføre tankegangen om isolasjon som viktigste virkemiddel i kampen mot spredning av smittsom sykdom, dette fortsatte også utover på 1900-tallet.

Jeg undersøkte hvordan sunnhetskommisjonen i Kristiansand behandlet utbrudd av skarlagensfeber og difteri gjennom hele perioden, 1860 til 1920. I den første delen av den undersøkte perioden var informasjon av befolkningen viktig, og dette ble gjort gjennom

innrykk i byens aviser. Det viktigste tiltaket mot disse to sykdommene var isolering av syke. Mange barn, med familier, som var syke av skarlagensfeber eller difteri ble lagt inn på byens isolasjonslokale, eller på sykehuset. I 1912 ble sunnhetskommisjonens praksis om å isolere syke av skarlagensfeber og difteri utfordret gjennom et brev til sunnhetskommisjonen, fra en brevskriver det dessverre ikke har vært mulig å identifisere. Brevskriveren mente sunnhetskommisjonens tiltak, isolering av syke, ikke lenger hadde noen effekt i kampen mot sykdommene. Dette ble begrunnet med at antall døde av sykdommene hadde gått kraftig ned de siste ti årene. For difteriens del kan nedgangen veldig godt skyldes bruken av antiserum mot sykdommen, men for skarlagensfeber er det vanskelig å si konkret hva årsaken kan være. Det er klart at antallet som var syke av skarlagensfeber fremdeles i 1912 var på høyde med tidligere år, men antall som døde av sykdommen sank.

Ved utbrudd av barnekopper hadde sunnhetskommisjonen nok et tiltak den kunne benytte seg av, nemlig vaksiner og revaksiner av syke. Koppene rammet hardest på 1860- og 1870-tallet, men fremdeles i 1914 var sunnhetskommisjonen veldig bekymret for hva som kunne skje ved et stort utbrudd. Da det ble oppdaget kopper hos en hjemvendt sjømann, satte sunnhetskommisjonen i gang med å vaksinere og revaksiner alle som hadde vært i nærheten av den syke eller i den sykes omgangskrets, og det ble etablert et eget koppelasarett. Jeg regner ikke vaksiner og revaksiner som tiltak sunnhetskommisjonen selv kom med, da disse hadde vært i bruk siden koppevaksinen ble innført i 1810. Forskning har vist at koppevaksinen ikke var grunnen til nedgangen i barnedødelighet.³³⁹

Under spanskesyken i 1918-1919 var sunnhetskommisjonen i Kristiansand spesielt opptatt av å isolere barn, selv om spanskesyken i stor grad rammet unge voksne. Dette kan være fordi sunnhetskommisjonen så at barn ikke var like flinke som voksne til å skille mellom hvem som var syke og som de måtte holde av stand fra, og barn var heller ikke like flinke til å beskytte andre fra egen smitte.

Jeg har valgt å ha med et avsnitt om dødsårsaken bronkitt i delen av oppgaven som undersøker sunnhetskommisjonen i Kristiansand. Dette har jeg gjort fordi bronkitt var en av de mest brukte dødsårsakene i begravelleslistene i kirkebøkene, men den ble ikke nevnt i sunnhetskommisjonens forhandlingsprotokoller. Dette kan skyldes at bronkitt ikke er en sykdom, men et symptom på en sykdom eller en komplikasjon ved en sykdom. Dødsfallene som er ført med bronkitt som dødsårsak kom ofte i perioder med mye annen sykdom, og det er mulig bronkitt var et symptom på en ettersykdom av epidemiske sykdommer.

³³⁹ Dyrvik 2004, s. 37

Til slutt i undersøkelsen av sunnhetskommisjonen i Kristiansand har jeg med et lite avsnitt om tyfoidfieber. Dette har jeg gjort fordi tyfoidfieber er en av sykdommene med vann- og matbåren smitte, og denne kategorien av dødsårsaker hadde også en kraftig nedgang i antall døde. Jeg ønsket da å undersøke en sak der sunnhetskommisjonen satte i verk tiltak ved en av sykdommene i den kategorien. Dessverre var det ikke mange gode eksempler i materialet jeg har arbeidet med, så valget falt på en tyfoidfiebepidemi fra 1885, der en mor og hennes tre sønner døde. Sunnhetskommisjonen ble først koblet inn i saken etter dødsfallene, og dens tiltak var da å pålegge grundig desinfisering av huset før det kunne bebos igjen.

I Vennesla var hovedoppgaven til sunnhetskommisjonen i første omgang å opplyse og utdanne allmuen i normal hygiene. På møtene som ble holdt de første årene holdt distriktslegen foredrag om forskjellige sykdommer og andre trusler mot god helse, som kaffe og tobakk. Fra 1870 til 1882 er det ikke ført referater fra sunnhetskommisjonen i Vennesla, og deretter er det hopp frem til 1888. I 1888 virker det som om sunnhetskommisjonen starter sin virksomhet på nytt igjen. Det hadde vært valg, noe som kan være forklaringen på dette. På det første møtet i 1888 ble formålet med sunnhetskommisjoner tatt opp og diskutert, og det ble vedtatt påbud ved utbrudd av smittsomme sykdommer. Sunnhetskommisjonen i Vennesla var klare på at isolasjon av syke og desinfeksjon av den sykes eiendeler og den syke selv, var de beste virkemidlene for å begrense smitte. Blant påbudene fra 1888 var det gitt detaljerte beskrivelser av hvordan desinfeksjonen skulle foregå. Under utbruddet av difteri i 1889 var ikke sunnhetskommisjonen raskt på plass, sykdommen fikk herje i flere måneder før sunnhetskommisjonen holdt et møte som handlet om difterien i november 1889. Difteriepidemien hadde da holdt seg innenfor industrisamfunnene ved Vigeland Brug og Hunsfos Fabrikker, men i november 1889 var sunnhetskommisjonen redde for spredning av smitten til resten av bygda og besluttet å nærmest stenge av Hunsøya der mange av arbeiderne ved Hunsfos Fabrikker bodde.

I Vennesla fikk arbeiderbevegelsen den politiske makten i 1911, og før dette kan det lille materialet jeg har fra sunnhetskommisjonen i Vennesla tyde på at sunnhetskommisjonen ikke brydde seg videre om utbrudd av smittsomme sykdommer så lenge de holdt seg blant arbeiderne, men når det var fare for at smitten kunne spre seg til bygda utenfor industrisamfunnene, ble kommisjonen mer opptatt av å isolere syke, også ved fabrikkene, og å stenge skolen på Hunsøya. Den andre saken jeg undersøkte fra sunnhetskommisjonen i Vennesla var fra tida etter 1911, nemlig innleggelse av tuberkulosesyke. Det kan se ut til at sunnhetskommisjonen var vennligere stilt overfor arbeiderne som ble lagt inn på sanatorier

eller tuberkulosehjem, enn hva den hadde vært i sin omtale av arbeidere tidligere. Da tuberkuloseloven ble vedtatt i 1900, var en del av motstanderne av loven redde for at sunnhetskommisjonene kom til å virke dømmende overfor dem som ble besluttet lagt inn, men dette kommer ikke frem i referatene fra sunnhetskommisjonen i Vennesla. Motsetningen mellom måten sunnhetskommisjonen behandlet arbeiderne når det gjaldt difteriepidemien i 1889 – 1890 og ved innleggelse av tuberkulosepasienter på 1910-tallet, var stor. Dette kan skyldes en endring av hvem som styrte bygda politisk. Men det kan også bare skyldes at tiden og praksis hadde endret seg.

Hadde sunnhetskommisjonens tiltak noen effekt på nedgangen i barnedødelighet i Kristiansand og Vennesla? Når sunnhetskommisjonene grep inn ved utbrudd av epidemier, ser det ikke ut til at tiltakene den satte i verk hadde noen effekt på spredning av smitte eller antall døde. Ofte kom sunnhetskommisjonens tiltak sent i gang, sykdommen hadde hatt tid til å spre seg en tid. Dermed blir det vanskelig å bevise noen effekt av tiltakene. Unntaket blir ved utbruddet av kopper i Kristiansand i 1914, der det ser ut til at sunnhetskommisjonens vaksinerings og revaksinerings av alle som hadde vært i kontakt med den hjemvendte syke sjømannen, ser ut til å ha hindret sykdommen i å spre seg. Ved koppepidemien kom sunnhetskommisjonen raskt i gang med tiltakene sine, og dette kan være grunnen til at tiltakene her fungerte. Ellers tror jeg det er mer riktig å si at sunnhetskommisjonens tiltak virket over tid. I landkommuner var hovedoppgaven til sunnhetskommisjonen å kultivere allmuen, og jeg tror at over tid lærte innbyggerne seg bedre personlig hygiene, og at dette sammen med lysere og mer luftige boliger, ofte godkjent av sunnhetskommisjonen, kan ha hatt en større effekt på nedgangen i barnedødelighet enn hva de konkrete tiltakene rettet mot sykdommer hadde. Min forskning på sunnhetskommisjonene i Kristiansand og Vennesla har vist at de brydde seg om barn, men tiltakene ble nok dessverre satt for sent i gang.

Tidligere forskning på nedgangen i barnedødelighet har etter min mening ofte vært for rettet inn mot å finne én årsak. Jeg tror man må lete og forske bredere for å finne årsakene til nedgangen i barnedødelighet. Mange faktorer bør regnes med, amming, bedre boforhold og bedre ernæring, og kanskje også epidemisk klima. Jeg tror ikke det vil finnes én faktor som forklarer alt, jeg tror det er en sammenheng mellom flere av dødsårsakene og nedgangen i barnedødelighet, dette forsøkte jeg også å vise i kapittel fire.

Denne oppgavens styrke er at den utforsker et felt som ikke er mye forsket på. Jeg har ikke funnet arbeider fra andre steder som på samme måte har laget en oversikt over hva barn i et område og en tidsperiode døde av, og hvordan dødsårsakene endret seg over tid, for deretter å

forsøke å forklare dette med sunnhetskommisjoners tiltak. Det er en masteroppgave fra Universitetet i Agder, av Kristin Øvergård Næss, som er en undersøkelse av sunnhetskommisjonens arbeid i Kristiania fra 1860 – 1880. Denne viser hvordan en sunnhetskommisjon arbeidet, men har ikke på samme måte som jeg har gjort i denne oppgaven, undersøkt spesifikt hvordan sunnhetskommisjoner arbeidet ved utbrudd av smittsomme sykdommer som rammet barn. Min oppgave er bare et spadestik som viser hvordan sunnhetskommisjonen i en bykommune og i en landkommune arbeidet. Det finnes mange, mange flere kommuner og sunnhetskommisjoner i Norge som kan ha arbeidet på en lik måte, eller de kan ha hatt helt andre praksiser ved utbrudd av smittsom sykdom som rammet barn. Jeg håper det vil bli foretatt undersøkelser av flere steder for å se hvordan sunnhetskommisjonene der arbeidet ved utbrudd av smittsom sykdom, og jeg håper at min oppgave og metode kan være et eksempel. Ved å få flere undersøkelser om dette emnet vil det være mulig å danne seg et bilde av sunnhetskommisjoners arbeid for å stoppe eller begrense spredning av smitte. Jeg tror det er en styrke at oppgaven er konsentrert om to steder, det har latt meg kunne gå dypere inn i materialet fra disse to stedene, og jeg har hatt mulighet til å ha med en ramme for hva slags forhold sunnhetskommisjonene arbeidet under. For Venneslas del resulterte det i at jeg kunne undersøke hvordan arbeiderbevegelsens politiske maktovertakelse fra bøndene i 1911 endre sunnhetskommisjonen. Når det gjelder Kristiansand hadde jeg tilgang til mye materiale, og med fokus på kun to steder, har jeg kunnet gi et bredere bilde av hva sunnhetskommisjonen arbeidet med, også over tid.

En av oppgavens svakheter mener jeg er at kildematerialet som sunnhetskommisjonen i Vennesla etterlot seg ikke har vært det aller beste. I forhandlingsprotokollen fra Vennesla er det hull i materialet på over 15 år, og dette har gjort at grunnlaget til å velge ut interessante saker fra, har vært tynt. Jeg har måttet velge å undersøke hvordan sunnhetskommisjonen arbeidet med de to sakene der dekningen i materialet var best, og det er ikke ideelt. Dette gjør at mitt bilde av sunnhetskommisjonen i Vennesla fort blir preget av to saker som skal representere kommisjonens arbeid over 40 år. Jeg har prøvd å gjøre det beste med det materialet jeg har hatt tilgjengelig. Ideelt sett skulle jeg gjerne hatt med sunnhetskommisjoner fra andre steder på Agder også, dette ville gjort at jeg kunne ha sett flere måter å håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer, og et større sammenlikningsgrunnlag. Dessverre var kildematerialet for en del andre steder på Agder for tynt til at jeg kunne lage en god fremstilling av sunnhetskommisjonens arbeid. Når kildesituasjonen var slik, mener jeg at jeg har gjort det riktige ved å gå dypere inn i materialet fra Kristiansand og Vennesla.

Jeg mener det bør gjøres flere lokalstudier der man undersøker de forskjellige teoriene på nedgangen i barnedødelighet på et lokalt materiale, både tallmateriale og materiale fra sunnhetskommisjoner. Denne oppgaven kan godt brukes som et eksempel på hvordan arbeidet kan gjøres, men den kan ikke fungere som en mal, da Kristiansand i denne sammenhengen er ganske spesiell, med veldig god dekning i sunnhetskommisjonens protokoller, god legedekning og tidlig føring av alle dødsårsaker.

For å finne ut hva som var årsaken til at barn sluttet å dø av sykdommer som tidligere tok liv, tror jeg det trengs mange lokalstudier av mange forskjellige typer steder. På bakgrunn av slike studier vil det være lettere å trekke konklusjoner om nedgangen i barnedødelighet.

Litteraturliste

Arnesen, H. 2006 – 2007. *Ødem (SML-artikkel)* [online]. Store Norske Leksikon, tilgjengelig fra http://www.snl.no/sml_artikkel/%C3%B8dem [Hentet 12. april 2011]

Blom, I., 1998. *Feberens ville rose: tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900 – 1960*, Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget

Brändström, A., 1984. ”De kärlekslösa mödrarna”: *spädbarnsdödeligheten i Sverige under 1800-talet med särskilt hänsyn til Nedertorneå*, Umeå: Almqvist & Wiksell International

Dyrvik, S., 2004. *Den demografiske overgangen*, Oslo: Samlaget

Fure, E., 2004. – *en besynderlig Regelmæssighed: dødeligheten i Asker og Bærum på 1800-tallet med særlig vekt på spedbarnsdødeligheten*, Oslo: Det historisk-filosofiske fakultet, Universitetet i Oslo Unipub

Halse, J. 2006 – 2007. *Rakitt (SML-artikkel)* [online]. Store Norske Leksikon, tilgjengelig fra http://www.snl.no/sml_artikkel/rakitt [Hentet 12. april 2011]

Helsedirektoratet. 2011. *De første tennene* [online]. Tilgjengelig fra http://www.helsedirektoratet.no/tannhelse/forste_tenner [Hentet 10. april 2011]

Hubbard, W. H., 2002. Death and Disease in Urban Norway: The Mortality Transition in Kristiania, Bergen and Trondheim in the Second Half of the Nineteenth Century, i Hubbard, W. H, red. *Historical Studies in Mortality Decline*, Oslo: Det Norske Videnskaps- Akademi (DNVA), s. 23 – 42

Gjerstad, L., 2006 – 2007. *Hjernebetennelse (SML-artikkel)* [online]. Store Norske Leksikon, tilgjengelig fra http://www.snl.no/sml_artikkel/hjernebetennelse [Hentet 12. april 2011]

Knudsen, M. S., 1997. *Fra frelse til helse: spedbarnsdødelighet og omsorgssyn i Norge ca 1700 – 1830 med særlig vekt på forholdene i Vår Frue sokn, Trondheim*, Trondheim: Norsk teknisk-naturvitenskaplige universitet

Krogstad, A., 1999. *Vigeland i Vennesla: bruket – bedriften – gården*, Vennesla: Vigeland brug Vigeland Metal Refinery

Larsen, Ø. (red), Larsen, A. S. F. og Olsen, B. O. (ass. red.), 1996. *Hole, B. – Madshus, R. Bind 3 i Norges leger: 1996*, Oslo: Den norske lægeforening

Løkke, A., 1998. *Døden i barndommen: spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920*, København: Gyldendal

McKeown, T., 1976. *The modern rise of population*, London: Edward Arnold

Myrvang, B., 2006 – 2007. *Tyfoidfieber (SML artikkel)* [online]. Store Norske Leksikon, tilgjengelig fra http://www.sn.no/sml_artikkel/tyfoidfieber [Hentet 3. mai 2011]

Næss, K. Ø. 2011. *Det beste for folkets helbred: en undersøkelse av sunnhetskommisjoners arbeid og deres møte med allmuen i Kristiania i perioden 1860 – 1880*, masteroppgave, Universitetet i Agder

Ohman Nielsen, M-B., 2008. *Mennesker, makt og mikrober: epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830 – 1880*. Bergen: Fagbokforlaget

Schiøtz, A., 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*, som bind 2 av *Det offentlige helsevesen i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget

Schram, C., 1946. *Norske kvinners sanitetsforening: tiden og menneskene som skapte den: vekst og virke i femti år: 1896 – 1946* [online], fotografisk kopi fra 1996. Otta: Engers Boktrykkeri A/S. Tilgjengelig fra http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010062906018#&struct=DIV4 [Hentet 7. mai 2011]

- Seip, A-L., 1994. *Sosialhjelpsstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740 – 1920*, Oslo: Gyldendal
- Seland, J. og Helland-Hansen, K., 1961. *Hunsfos Fabrikker gjennom 75 år: 1886 – 7. mars – 1961*. Kristiansand: [s.n.]
- Steen, S. 1948. *Kristiansands historie bind 2: I fredens århundre 1814 – 1914*. Oslo: Grøndahl
- Store Norske Leksikon 2006 – 2007. *Krampetilstand (SML-artikkel)* [online]. Tilgjengelig fra http://www.snl.no/sml_artikkel/krampetilstand [Hentet 12. april 2011]
- Sørensen, B. A., 1982. *Arbeiderbevegelsen og industribygda: industrien som levevei, lokal arbeiderbevegelse som samfunnsformer*, Oslo [forfatteren] Doktoravhandling ved Universitetet i Bergen
- Thorvaldsen, G., 1996. *Håndbok i registrering og bruk av historiske persondata*, Oslo: Tano Aschehoug
- Thorvaldsen, G., 2002. Rural Infant Mortality in Nineteenth Century Norway, i Hubbard, W. H, red. *Historical Studies in Mortality Decline*, Oslo: Det Norske Videnskaps-Akademi (DNVA), s. 43 – 77
- Tveite, S., 1986. *Bygda og folket*. Bind 2 i *Vennesla*, Vennesla: Vennesla kommune
- Tønnesen, J., 1974. *Kristiansands historie: 1914 – 1945: i krigens århundre*, Kristiansand, Christianssands sparebank

Kildeliste

Forkortelser:

RA: Riksarkivet

SAK: Statsarkivet i Kristiansand

MLM: Medisinalberetninger Lister og Mandals Amt

FKS: Forhandlingsprotokoll Kristiansand Sunnhetskommisjon

FSK: Forhandlingsprotokoll Sunnhetskommisjonen Kristiansand

FSV: Forhandlingsprotokoll Sunnhetskommisjonen Vennesal

I arbeidet med denne oppgaven har jeg brukt følgende kilder:

Riksarkivet: Justisdepartementet, Medisinalkontoret M, Medisinalberetninger for Lister og Mandals Amt, 1860 – 1920

Statsarkivet i Kristiansand: Kristiansand stadslege / helseråd, Møtebøker, referatprotokoller, forhandlingsprotokoller o.l., Møtebøker helserådet, Forhandlingsprotokoll Kristiansand nr 28, 1861 – 1896

Statsarkivet i Kristiansand: Kristiansand stadslege / helseråd, Møtebøker, referatprotokoller, forhandlingsprotokoller o.l., Møtebøker helserådet, Forhandlingsprotokoll Kristiansand nr 29, 1896 – 1924

Statsarkivet i Kristiansand: Vennesla distriktslege / helseråd, Forhandlingsprotokoller og møtebøker, Forhandlingsprotokoller, Forhandlingsprotokoll sunnhetskommisjonen, 1861 – 1952

Jeg har benyttet meg av kirkebøker, ministerialbøker og klokkerbøker fra Kristiansand for

årene fra 1855 til 1920. Disse finnes digitalisert på www.digitalarkivet.no

(http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?idx_fylke=10&idx_kommune=Kristiansand+prgj&idx_kilde=Alle&idx_periode=&idx_textsearch=&js=j)

Jeg har også benyttet meg av kirkebøker, ministerialbøker og klokkerbøker fra Vennesla for årene 1884 – 1920. Disse finnes digitalisert på www.digitalarkviet.no
(http://www.arkivverket.no/URN:kb_read?idx_fylke=10&idx_kommune=Vennesla&idx_kilde=Alle&idx_periode=&idx_textsearch=&js=j)

Internettressurser

Jeg har benyttet meg av artikler og materiale fra følgende internettsider:

Digitalarkivet for kirkebokmateriale: www.digitalarkivet.no

Store Norske leksikon og store medisinske leksikon for artikler om miasmer og forskjellige dødsårsaker: www.snl.no, www.sml.no

Folkehelseinstituttets nettside for artikler om forskjellige sykdommer: www.fhi.no

Vedlegg

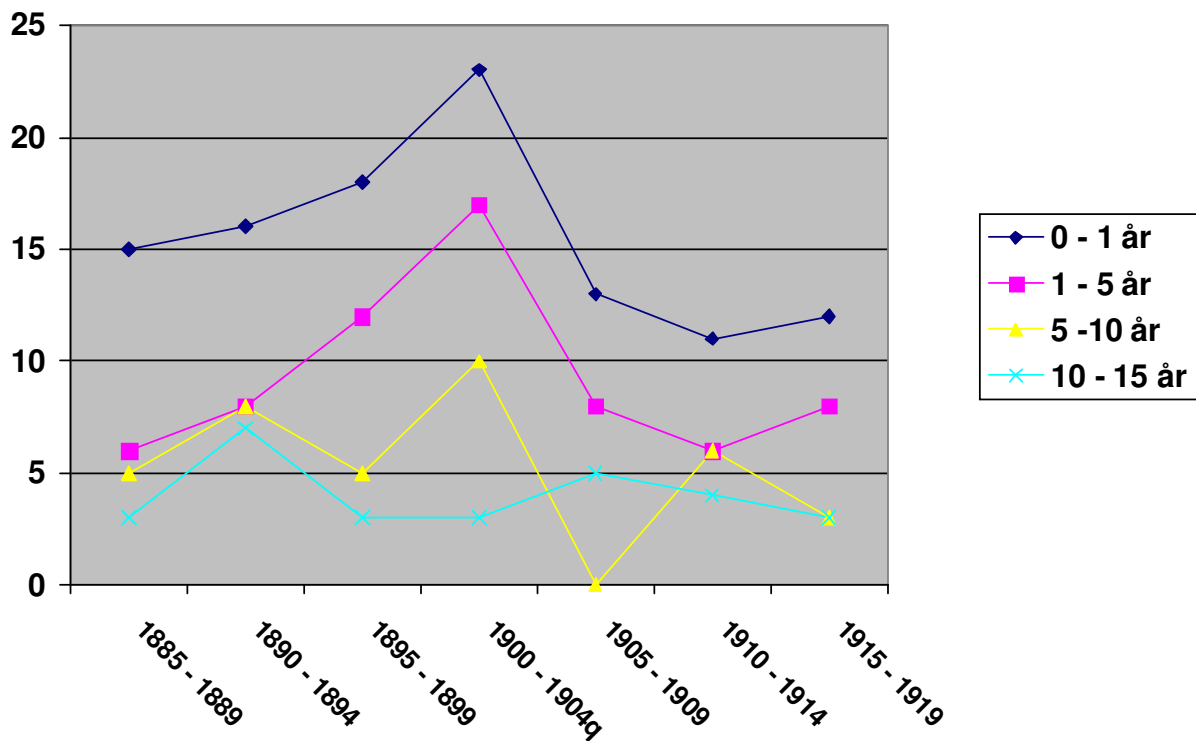
Vedlegg 1: Figurer fra Nes i det flekkefjordske legedistrikt

s. 123

Vedlegg 1: Figurer fra Nes i det flekkefjordske legedistrikt

Dette vedlegget er tatt med for å vise hvordan utviklingen i dødsfall var i Nes kommune, rett ved Flekkefjord. Dessverre var materialet for Nes så lite informativt at jeg ikke har kunnet bruke det til mye mer enn dette. Jeg har allikevel lagt det med som vedlegg dersom noen ønsker å se nærmere på tallene. De viser døde innenfor de fire aldersgruppene, og av sykdommer med luftbåren smitte og innen restkategori.

Figur 1: Døde 0 – 15 år, Nes, 1885 – 1919



Figur 2: Døde av sykdommer med luftbåren smitte og døde innen restkategori, 0 – 15 år, Nes, 1885 – 1919

