



UNIVERSITETET I AGDER

# Norsk karantene- og smittevernpolitikk 1805 - 1910

**Birgitte Bjørkås Straume**

**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

Jeg vil først og fremst takke min veileder May-Brith Ohman Nielsen for god veiledning, interessante og ikke minst lærerike samtaler, inspirasjon og hjelp når jeg har stått fast.

Deretter vil jeg takke Universitetsbiblioteket på Universitetet i Agder, og spesielt bibliotekar Hilde Daland for masse god hjelp, raske svar og en ellers kjempepositiv imøtekommenhet til spørsmål fra en til tider svært så frustrert masterstudent. Hjertens takk!

Tilslutt, ord blir fattige når jeg skal prøve å uttrykke takknemlighet til alle i familien som har støttet, stått på, heiet og tilrettelagt for meg så jeg kunne fullføre arbeidet med denne oppgaven. Takk til mamma og pappa som har hatt stor omsorg for Julie Marie og utrettelig stått på dag ut og dag inn!! Takk til Liv Jorunn og Per Øyvind for at dere så i nåde til "kandidaten", inviterte meg inn i husvarmen, la til rette for arbeidsrom, gav meg mat og ettersom tidene skiftet oppmuntret eller drev sjelesorg. Takk til mannen min Dag Ola for støtte og oppmuntring gjennom hele perioden, og for at du har "løpt" sammen med meg i innspurten, lest korrektur, våket og drevet sjelesorg. Sammen er vi sterke! En stor klem og takk til den største kilde til inspirasjon og solskinn; lille Julie Marie. Aller sist må jeg også takke Margit og Ingeborg for tålmodighet, støtte og et godt samhold.

Birgitte Bjørkås Straume

Vennesla 2011

## Innhold

Forord .....	2
Kapittel 1: Innledning .....	6
Innledning.....	6
Teori og tidligere forskning.....	6
Problemstilling og avgrensning .....	8
Kilder.....	10
DEL 1 .....	11
Kapittel 2: 1805-1830 Den klassiske karantenen .....	11
Innledning.....	11
“Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge”, 1805.....	11
Sykdomstenkning i ulike medisinske tradisjoner i perioden 1805-1830.....	17
Oppsummering.....	19
Kapittel 3: 1830-1834 Erfaring og endring .....	20
Innledning.....	20
Kolera til Europa i 1831 .....	20
Kolera til Norge tross myndighetenes tiltak.....	23
Økonomiske argumenter vinner terreng i diskusjon om koleraens mottiltak i Europa og Norge .....	24
Vendepunkt .....	28
Oppsummering.....	30
DEL 2 .....	31
Kapittel 4: 1835-47 Den antikarantenistiske vending fra 1835.....	31
Innledning.....	31
Antikontagionismen overtar og karantene bygges ned internasjonalt og i Norge .....	31
Oppsummering.....	34
Kapittel 5: 1848-1855 Liberalismens glanstid.....	36
Innledning.....	36
Diskusjon om ytterligere reduksjon av foranstaltningene mot kolera.....	36
Karantneloven av 1848.....	38
1848-loven: Innhold .....	39
1848-loven i praksis.....	41
1848-loven i europeisk perspektiv .....	42
Engelsk innflytelse .....	44

Diskusjon i det medisinske selskapet .....	46
1. internasjonale sanitærkonferanse i Paris, 1851 .....	47
Norsk karantene mot kolera reduseres ytterligere .....	48
Oppsummering .....	51
DEL 3 .....	52
Kapittel 6: 1856-1872 Enkeltmennesker til kamp for ny sykdomsoppfatning .....	52
Innledning .....	52
Enkeltmennesker til kamp for ny sykdomsoppfatning .....	52
2. internasjonale sanitærkonferanse i Paris, 1859 .....	55
1860 sunnhetslov .....	55
<i>Lovens første del: Om sunnhetskommisjoner</i> .....	56
Lovens andre del: Angaaende særegne foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme sykdomme .....	57
Alminnelige bestemmelser .....	58
Den norske sunnhetsloven i europeisk perspektiv .....	58
Sanitarismens enevelde tar slutt – ny anerkjennelse av smitte og endring mot nykaranteisme .....	58
3. internasjonale sanitærkonferanse i Constantinopel i 1866 .....	59
Nykaranteistisk skole .....	62
Norske publikasjoner i ny vitenskapelig form .....	63
“Er våre karantenebestemmelser tilstrekkelige?” .....	63
Oppsummering .....	66
Kapittel 7: 1873-1880 Norske lovforslag og forsøk på internasjonal enighet .....	67
Innledning .....	67
Distriktslege Homann og lovutkast til en ny norsk smittevernlov .....	67
Forslag til Lov og Foranstaltninger for at hindre søværts Indbringelse af smitsomme Sykdomme .....	68
4. internasjonale sanitærkonferanse i Wien, 1874 .....	71
Fem medisineres kamp for ny smittevernlov .....	72
Forslag til “Lov om Foranstaltninger for at hindre søværts Indbringelse af smitsomme Sygdomme” ... ..	73
Pest igjen en trussel mot Europa .....	76
Hastelov mot pest 1879: Udkast til Lov om foranstaltninger til at hindre Indførelse af Pest m. B : om loven. ....	76
Tilleggslov; “Lov om Foranstaltninger mod Pest”- 1880: om loven .....	78
Oppsummering .....	81
Kapittel 8: 1881-1891 Smittevern og det imperialistiske kappløpet .....	82
Innledning .....	82
5. internasjonale sanitærkonferanse i Washington, 1881 .....	82

Kolerabasillen oppdages.....	84
6. internasjonale sanitærkonferanse i Roma, 1885 .....	86
Tilleggslov om kolera til karanteneoven fra 1848. ....	87
Oppsummering.....	89
Kapittel 9: 1891-1900 Innstramming, misnøye og utvikling av internasjonalt smittevern .....	90
Innledning.....	90
7. internasjonale sanitær konferanse i Venezia, 1892 .....	90
Norsk smittevern for kolera under og etter koleraepidemien i 1892-93.....	92
Kritikk av kolerakarantenen og medisinalvesenet .....	93
Medisinaldirektøren tar initiativ.....	94
Arbeid for skandinaviske fellesbestemmelser for kolera .....	95
Forhandlinger og reaksjoner frem mot en ny norsk koleralov i 1893.....	96
Kritikk mot utkast til Lov angaaende foranstaltninger mot innførelse av asiatisk kolera .....	98
Behandling av Utkast til Lov angaaende foranstaltninger mot innførelse av asiatisk kolera.....	99
8.internasjonale sanitærkonferanse i Dresden, 1893 .....	99
Karanteneplakat mot kolera 1893.....	100
9. internasjonale sanitærkonferansen i Paris, 1894.....	101
10. sanitærkonferansen Venezia, 1897 .....	102
Norge og Paris-konvensjonen.....	103
Norge og Venezia-konvensjonen.....	103
Norske foranstaltninger mot pest .....	105
Oppsummering.....	107
Kapittel 10: 1901-1910 Veien mot en norsk smittevernlov .....	108
Innledning.....	108
Komite for utvikling av forslag til ny smittevernlov .....	108
11. sanitærkonferansen i Paris, 1903 .....	109
“Udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel av smitsomme sykdomme”, 1904 .....	111
“Lov om foranstaltninger mot indførsel av smitsomme sykdomme” .....	114
Lov om foranstaltninger mot indførsel av smitsomme sykdomme: Lovens innhold .....	116
Oppsummering.....	119
Kapittel 11: Konklusjon.....	120
Kildemateriale og litteratur .....	123

## Kapittel 1: Innledning

### Innledning

I denne oppgaven vil jeg undersøke norsk karantene- og smittevernpolitikk mot internasjonale epidemier i tidsrommet 1805-1910. Hovedproblemstillingen for oppgaven er:

*Bilde mellom vitenskap og politikk i norsk lovgivning omkring import av epidemisk sykdom, i internasjonalt perspektiv 1805-1910.*

Under koleraepidemiens herjinger på 1800- tallet ser vi at statene i Europa reagerte svært forskjellig på et problem de alle hadde felles; koleraen. Forskere har diskutert sammenhenger mellom makt, ideologi og kontrollmetoder i utviklingen av landenes smittevernpolitikk og særlig med vekt på pest, kolera, kopper og gulfeber. Norge har imidlertid ikke blitt systematisk studert i denne sammenhengen. Hvilke oppfatninger og hensyn har ligget bak oppbygningen av norsk karantene- og smittevernpolitikk og hva er det som har drevet eller hindret utviklingen av denne?

Hvordan en stat tilnærmet seg smittevernet var avhengig av ideologiske og politiske tradisjoner i de ulike landene, har flere medisinhistorikere hevdet. Innen norsk forskning har blant annet Ole G. Moseng og Aina Schiøtz benyttet seg av denne teorien i sine bøker om det norske offentlige helsevesenets historie. Andre har hevdet at smittevernpolitikken har en mer kompleks forklaring og jeg har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i Peter Baldwins teori når jeg har undersøkt utviklingen av norsk karantene- og smittevernpolitikk. Oppgaven vil se på de viktigste karantenesykdommene men særlig aktuelt i debattene var pest og kolera.

### Teori og tidligere forskning

Historiker og medisiner Erwin Ackerknecht hevdet i 1948 at sanitærkorridorer, karantener og andre tiltak som vanligvis ble brukt mot smittsomme sykdommer, grep inn i den personlige frihet, og prioriterte fremfor alt et sterkt fellesskap og statens beste. Han mente dette var tiltak som oftest ble brukt av autoritære, eneveldige eller merkantilistiske regimer. I motsetning til liberale stater som han derimot mente var tilbakeholdne med å gripe inn i den personlige friheten. Dette ble først påtenkte av Siegrist, og siden utformet av Edwin Ackerknecht i 1848.<sup>1</sup>

Andre historikere slik som den amerikanske historikeren Peter Baldwin har derimot hevdet at denne teorien verken er presis nok eller er omfattende nok, og at mange flere faktorer spilte inn på statenes valg av hygiene- og smittebekjempelsesstrategi Baldwin hevdet derimot i sin undersøkelse *Contagion and the State in Europe 1830-1930*, fra 1999 at europeiske stater ikke bare valgte medisinsk teori ut fra deres ideologi, men at disse valgene var langt mer sammensatte både

<sup>1</sup> Ackerknecht, Erwin, Anticontagionism between 1821 and 1867 (1948) Bulletin of the History of Medicine

internt i landene og innenfor deler av karantenepolitikken. Baldwin mener det ikke var britisk liberalisme eller tysk intervensjonisme som i seg selv bestemte deres forebyggingsstrategi. Han mente det heller var geo-epidemiologi og faktorer i forbindelse med dette, som ikke bare avgjorde og formet de forholdsreglene de ulike nasjonene valgte, men også hele deres medisin-politiske tradisjon. Årsaken var ikke at de liberale landene det manglet forebyggende tiltak. Heller ikke var tiltakene som ble satt i verk i disse landene lettvinne eller tuftet på en særlig følelse for personlig frihet. Sanitære reformer, inspeksjon og kontroll var med andre ord like omfattende og intervenserende som, noen former for karantene. Forskjellen lå i at de var bygd på andre former for forståelse av hvordan koleraepidemien oppstod og hvordan den spredte seg.<sup>2</sup>

Aina Schiøtz har fulgt Ackerknechts teori og lagt vekt på at det var sammenheng mellom politisk styresett og Norges foranstaltninger mot kolera på 1800-tallet. Hun mener den liberale tidsånd virket inn på Norges foranstaltninger mot kolera og at dette er årsaken til at karantenebestemmelsene ble bygget ned. På 1850-tallet mener hun gjennombruddsfasen for liberalisme i Norge hadde funnet sted og viser til liberalismens politiske program med frihet som nøkkelord. Dette sier Schiøtz var “Frihet fra statlig inngrep, frihet for individet – frihet til å lykkes og frihet til å mislykkes. Alle stengte dører skulle åpnes, “bevegelighet”, muligheter for utveksling og utjevning skulle skapes.”<sup>3</sup> Hun mener at i forhold til andre europeiske land fikk ikke liberalismen full gjennomslag i Norge i saker som angikk helse, og mener at liberalisme på det ytterste i Norge innebar at en inngripen fra samfunnets side ble ansett som et inngripen i en lovbunden naturprosess og i individenes personlige frihet. Det var med tanke på både den samfunnsmessiges side og den individuelle siden liberalismens motiver for ikke å involvere seg var rotfestet.<sup>4</sup>

I følge historiker Ole Georg Mosengs verk *Det offentlige helsevesen i Norge 1603- 2003: Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850* (2003) var utforming av helsetiltak, og utviklingen av norsk karantenepolitikk i en viss grad var preget av liberale strømninger. Han mener at liberalismen generelt representerte en betydelig politisk kraft rundt 1850. Han mener at økonomiske perspektiver stod sentralt i utviklingen, og at medisinske perspektiver som sykdomsforståelsen hadde en avgjørende rolle.<sup>5</sup>

I norsk forskning står May Brith Ohman Nielsens forskningsresultater i *Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880* fra 2008 nærmest Peter Baldwins teori. Dette er en regional undersøkelse i nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Hun mener det ikke er riktig å definere utviklingen av karantene og smittevernpolitikken ensidig som en

<sup>2</sup> Baldwin 1999: 527-536; 563

<sup>3</sup> Schiøtz 2003: s 28

<sup>4</sup> Schiøtz 2003: s 28-29

<sup>5</sup> Moseng, Ole Georg, *Det offentlige helsevesen i Norge 1603- 2003: Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850* (2003) s. 305;312-313

del av en liberalistisk trend. Studien bekrefter Baldwins teori om at det var i landsbygdsamfunnene teorien om smitte stod sterkest, og at antikontagionistiske teorier var sterke i store byer. Hun viser at de norske karantene- og smittevernspolitikken fra rundt 1856 av var drevet frem av enkeltindivider med bakgrunn i små transparente samfunn som Kristiansand og omegn. Spesielt påvirket miljøet rundt karantenestasjonen i Kristiansand, og den militær og maritim medisintradisjon der sykdomstanken til medisinerne i sør.<sup>6</sup>

### **Oversiktsarbeider**

Norman Howard Jones, en historiker i verdenshelseorganisasjon (WHO). Han forfattet i 1975 *The scientific background of the international Sanitary Conferences 1851-1938*. Dokumentet er en gjennomgang av 14 internasjonale sanitærkonferanser fra 1851-1938 og studiet er gjort hovedsakelig på bakgrunn av referatene fra konferansene og han har spesielt fremhevet diskusjonene mellom de forskjellige landenes delegater. De internasjonale sanitærkonferansene var forløperen til det internasjonale helsesamarbeidet som startet med opprettelsen av WHO i 1948. WHO fikk en internasjonal funksjon med organisering og koordinering av helseaktiviteter.<sup>7</sup> Dette arbeidet er en viktig ramme for meg å vurdere norsk lovgivning og politikk opp i mot.

Oleg Shepin og Waldemar Yermakov, har i sin bok fra 1999 "International quarantines" gitt en oversikt over smittevernets oppkomst, historie og det internasjonale samarbeidet (WHO) gjør med dette dag. Dette er en oversikt som gir et overblikk over karantenens historie. De beskriver hvordan Frankrike, Østerrike, Tyskland, England, Amerika og Russland praktiserte et omfattende nasjonalt smittevern gjennom karantener før det avtalebaserte samarbeid landene i mellom tok til.<sup>8</sup>

### **Case-studie**

Richard J. Evans er professor i moderne historie på universitetet i Cambridge. "Death in Hamburg" ble første gang gitt ut i 1987. Denne boka er et case-studie av Hamburg under de 16 koleraepidemiene som herjet i byen i årene 1831-1892. Republikken Hamburg var ulik resten av det Prøyssiske dominerte tyske imperiet og var med sin selvbestemmelsesrett, kultur og økonomi regnet for å være den mest engelske byen på kontinentet. Evans tegner et internasjonalt bilde av helsepolitikk og sykdomsforståelse i Europa i kolera-årene og med dette som bakgrunn går han inn på Hamburg som case-studie.<sup>9</sup> Hans case-studie gir viktige perspektiver i denne oppgaven.

## **Problemstilling og avgrensning**

Min hovedproblemstilling er:

---

<sup>6</sup> Ohman Nielsen 2008, s 351-363

<sup>7</sup> Howard-Jones 1975, 7- 9

<sup>8</sup> Schepin og Yermakov 1991: 13-22

<sup>9</sup> Evans 1987: 211-213



*Forholdet mellom vitenskap, erfaring og politikk i norsk karantene- og smittevernpolitikk i internasjonalt perspektiv 1805 - 1910.*

Målet for oppgaven er å gi en samlet studie om hva som ble gjort for å hindre innførelsen av epidemiske smittsomme sykdommer i Norge i denne perioden. Dette fordi det mangler en samlet oversikt over norsk lovgivning inn mot import av epidemisk sykdom i Norge. Denne oppgaven vil være et forsøk på å bidra til ny kunnskap om disse sidene ved norsk historie. Siden det er gjort så lite på dette feltet, må en slik oppgave først og fremst kartlegge hvordan ting har vært. Hovedmålet blir derfor å finne ut hvilke tiltak som har blitt benyttet for å hindre import og spredning av epidemisk smittsomme sykdommer i Norge og hvilke prinsipper sykdomsbekjempelsen har bygget på. Hvilke lover og regler har eksistert på dette område? Hvordan foregikk utviklingen? Hvilke motiver drev frem eller hindret forandring? Hvem var sentrale i utviklingen av norsk karantene- og smittevern?

Oppgaven tar for seg perioden 1805 til 1910, og har et spesielt forus på lovgivningen for å hindre import av smittsomme sykdommer. Dette sier oss noe om hvordan myndighetene har tenkt og hva de mente var viktig. Denne oppgaven vil ikke handle om hvordan tiltakene har blitt iverksatt i praksis, men utviklingen av den norske lovgivningen gjennom debatt mellom myndighetene og medisinerne. Undersøkelsen vil også vise at det foregikk en egen faglig debatt om dette mellom medisinerne. Dette vil jeg se ved å studere gjennom artikler fra Norsk Magazin for lægevidenskab, Medisinsk Revue og forhandlingene fra Det medisinske selskap.

Med begrepet “vitenskap” mener jeg medisinvitenskapen, og i dette tilfelle medisinvitenskapens utvikling omkring forståelsen av epidemiske sykdommers oppkomst og spredning. Medisinvitenskapen er på dette området i utvikling gjennom hele perioden og den gjennomgår en revolusjon ved bakteriologiens gjennombrudd. Jeg har fulgt utviklingen ved å se hvordan denne influerte på norsk karantene- og smittevernpolitikk. Politikk blir av store norske leksikon definert som: “samspillet mellom staten og det øvrige samfunn, eventuelt også samspillet mellom ulike stater (internasjonal politikk)”, der karantene- og smittevernpolitikk kan forstås som statens forsøk på å påvirke samfunnet.<sup>10</sup> Medisinvitenskapen og politikken hadde to sentrale roller og virket sterkt inn på utviklingen av norske karantene- og smittevernpolitikk. Oftest var de motstridende interesser, og jeg skal vise hvordan norsk karantene- og smittevernpolitikk ble dannet under en stadig kamp mellom medisinvitenskap og økonomi.

Jeg har valgt å undersøke *Norge i internasjonalt perspektiv*. Forskningsmessig så er der gjort flere caser på land/byer (Evans i Hamburg, Ohman Nielsen i Agderfylkene og Telemark og kystene) og oversiktsstudier internasjonalt (Schepin og Yermakov, Baldwin). Å undersøke den norske

<sup>10</sup> politikk. (2011-11-23) | Store norske leksikon. Hentet fra <http://snl.no/politikk>

utviklingen av karantene- og smittevernpolitikk i internasjonalt perspektiv er viktig fordi utviklingen var en del av større sammenhenger med tanke på medisinvitenskapens utvikling, næringsliv og skipsfart og internasjonalt samarbeid for felles regler mot import av epidemiske smittsomme sykdommer.

Oppgaven er delt inn i tre deler som representerer tre perioder innenfor utformingen av norsk karantene- og smittevernpolitikk: Del 1 1805-1830, Del 2 1831-1865, Del 3 1866-1910

## Kilder

For å kartlegge lovgivningsprosessen har min hovedkilde vært *Stortingsforhandlingene*.

Dokumenter tilknyttet lovenes behandling har avdekket prinsippene bak lovgivningen og den tenkningen som lovene var bygget på.

For å finne ut hvordan legene så på epidemiske sykdommer i perioden har jeg studert tidsskriftet *Norsk Magazin for Lægevidenskab*. Spesielt har kolera og tiltak til forebygging av denne blitt hyppig diskutert her. Dette gir et bilde av hvilke problemstillinger legene var opptatt av og uenige om. Dette tidsskriftet har også med forhandlingene i Det medisinske selskap. Disse har også vært en viktig kilde for meg, og her har det spesielt kommet til syne hvordan det var en pågikk store diskusjoner medisinere imellom. Jeg hatt også hatt nytte av tidsskriftet *Medisinsk Revue*. Dette er et bergensk tidsskrift og står i bergenslegenes tradisjon og sykdomstenkning. Generelt spilte medisinere og deres synspunkter spilte en viktig rolle i utviklingen, og politikere brukte blant annet Det medisinske selskapet som rådgivere i utformingen av smittevernlovene. Medisinere hadde også sentrale stillinger hos helsemyndighetene og satt også i lovkomiteer som arbeidet med utarbeidelse av karantene- og smittevernlover.

Jeg har også brukt arkivmaterialet fra Riksarkivet som belyser Norges forhold til de internasjonale sanitærkonferansene. Det har også gitt eksempler på og belyst det utenrikspolitiske forholdet mellom Norge og Sverige i forhold til de internasjonale sanitærkonferansene. Dette er de tre hovedkildene jeg har brukt for å vise politiske og medisinske diskusjoner ved utformingen av norske karantene- og smittevernlover.

## DEL 1

### Kapittel 2: 1805-1830 Den klassiske karantenen

#### Innledning

Dette kapitlet behandler det dansk-norske karantenesystemet fra 1805. Dette karantenesystemet og den tenkningen det bygget på, som var resultatet av den etablerte karantenepraksisen, og den nesten 80årige erfaringen med denne. Denne erfaringen spilte en stor rolle i kampen som utspant seg blant medisinerne og myndigheter om sykdomstekning. Kampen resulterte i den klassiske karantenes fall, og fortsatte i årene etter.

Temaet har vært behandlet i “Mennesker, makt og mikrober” 2008 av May-Brith Ohman Nielsen. Hun har studert temaet innenfor en regional studie om epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet, satt i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Hun har vist hvordan den klassiske karantenen var knyttet opp til den erfaringsbaserte medisinske kunnskapen fra maritim og militær medisin, og forskjellen mellom tenkningen til medisinerne som stod i denne medisinske tradisjonen og den tenkningen som fra 1820-årene etter hvert preget det nyopprettede norske universitetets medisnutdanning. Hun viser også hvordan karanteneforordningen av 1805<sup>11</sup> formet praksiser ved Danmark-Norge og Slesvig-Holsteins største permanente karantenestasjon, - Odderøya i Kristiansand. Mitt ekstrapidrag til dette temaet er å undersøke selve karanteneforordningen fra 1805 og dens konkrete innhold, samt å vise denne lovens sykdomstekning. Jeg vil også vise hvordan det dansk-norske karantenesystemets plasserte seg innenfor et veletablert internasjonalt karantenesystem. Dette er viktig for å få klarlagt og forstå hvorfor det senere vokste frem geografiske baserte meningsforskjeller blant medisinerne om sykdomstekning. Jeg vil også vise hvordan og hvorfor tvil om sykdoms smitteegenskaper først ble reist.

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Ohman Nielsen 2008, Shepin og Yermakov 1991, Baldwin 1999 og Moseng 2003, - og på egne primærkildestudier av karanteneforordningen av 1805 og direktiv til sunnhetkommisjonene.<sup>12</sup>

#### “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge”, 1805

“Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 1805 var resultatet av en revisjon av karantenebestemmelsene som tidligere var gjeldende for Danmark-Norge.<sup>13</sup> § 1 bruker uttrykket

<sup>11</sup> Definisjon forordning: under foreningen med Danmark fellesnavnet på alminnelig lovbud, rettet til samtlige undersåtter. forordning. (2011-11-18) I Store norske leksikon. Hentet fra <http://snl.no/forordning>

<sup>12</sup>Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008); Schepin/Yermakov, Oleg P. Yermakov, Waldemar V. International Quarantine (1991); Baldwin, Peter. Contagion and the State in Europe, 1830-1930. (1999) ; Moseng “Ansvaret for undersåttens helse 1603-1850 “ 2003.

<sup>13</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, Chronologisk Register over de Kongelige Forordninger og aabne Breve, som fra Aar 1670 ere udkomne, tilligemed et nøiagtigt Udtog af de endnu

“søsteder”. Det hadde vært sunnhets- og karantenekommisjoner i de viktigste søsteder fra 1737<sup>14</sup>. I følge forordningen skulle slike kommisjoner nå også opprettes på ethvert søsted som det ankom fremmede skip til. Kommisjonene hadde til oppgave å foreslå og “dra omsorg” for de nødvendige foranstaltningene for å avverge sykdommen når smittsomme sykdommer hersket utenfor landet. Alle tilfeller av karantenepliktige sykdommer i distriktet skulle anmeldes, og det skulle innrapporteres hva som var gjort til karantene-direksjonen i København.<sup>15</sup> En øvrighetsperson hadde en sunnhetskommisjons ansvar i sjødistriktene, og denne personen skulle samarbeide med sunnhetskommisjonene og øvrige øvrighetspersoner mot et felles mål. Allmuen var pliktet til å ta i mot de oppgaver og utføre det som ble lagt på dem når det gjaldt vakthold etc. Ved nødtilfeller kunne den nærmeste garnisonen kalles ut for å skjerpe oppsynet.<sup>16</sup>

Med en gang det var kjent at det var utbrutt “pestartet sykdom” i europeiske land som, via handel og skipsfart, kunne føres til Danmark-Norge, skulle dette gjøres kjent av København karantene-direksjon via skriv til sunnhetskommisjonene og øvrighetspersonene. “Pestartet sykdom” var en samlebetegnelse med pestsykdommer og egentlig innvendig sykdom av noe slag. Denne informasjonen om “pestartet sykdom” skulle også bringes ut via tidende og blader. På samme måte skulle det gis beskjed når sykdom var opphørt, og land igjen var fri for sykdom. Ved informasjon om sykdomsutbrudd på steder som enda ikke var bekjentgjort av karantene-direksjonen, skulle de lokale kommisjonene legge vedkommende skip i karantene, sende informasjon til karantene-direksjonen og bekjentgjøre det i den offentlige tidende.<sup>17</sup> Utenom ved nødtilfelle skulle hverken folk eller gods settes i land, ved kyst eller uthavn, uansett om det var et fremmed eller innenlandsk skip eller om det kom fra en fremmed eller innenriks plass. Dette var gjeldende inntil karantene-direksjonen hadde bekjentgjort at den “pestartede sykdommen” var opphørt, og det ikke lenger var fryktet at varene var smittet. Skip som hadde sunnhetsattest fra et innenriks søsted var unntatt dette. Hvert skip som ankom skulle underlegge seg sunnhetskommisjonene sin myndighet, la seg undersøke, gi informasjon om hvor skipet kom fra, om noen omstendigheter kunne gjøre skipet “mistenkt” eller ikke, og motta de foranstaltninger som ble iverksatt både for skip, mannskap, passasjerer og ladning. Hvilke foranstaltninger som ble iverksatt var avhengig av skipperens opplysninger. Skipperen hadde til oppgave å underrette alle om denne forordningen og dens foranstaltninger.<sup>18</sup>

---

gjeldende, for saavidt samme i Almindelighed angaae Undersaatterne i Danmark og Norge : forsynet med et alphabetisk Register. Del XIV, Som indeholder K. Christian VII Frr. Fra 1804 til 1808. Jacob Henric Schou, s 242

<sup>14</sup> Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008) s 19

<sup>15</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 243, § 1

<sup>16</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s243, § 2-3

<sup>17</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 244-245, §4

<sup>18</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 245, § 5-6

Forordningen skilte mellom to stater: “*Mistenkt*” og ”*mistenkelig*”. Skip som var “mistenkt” var skip som kom fra et innenlandsk eller fremmed sted som det ikke hadde blitt bekjentgjort at hadde noen utbrudd av smittsomme sykdommer, men skipet hadde på reisen hatt samkvem med et smittet eller mistenkt skip, eller skipet hadde smittsom sykdom om bord på reisen. Samkvem med skip betød her at noe gods eller folk var kommet over fra det smittede eller mistenkte skipet, til det andre. For skip som kom under kategorien “mistenkt” skulle øvrighetsperson utspørre skipperen ved ankomst om: A) Hvor han kom fra, B) Om skipet på reisen hadde hatt, eller ved ankomsten hadde, syk eller død om bord og C) Om skipet hadde hatt samkvem med noe annet skip. Når det ikke var noen årsak til å mistenke hverken skip, mannskap eller last, fikk skipperen en attest fra sunnhetskommisjonene om at skipet ble tillat fritt samkvem med kyster og steder i de kongelige rikene og land. Svarte skipper derimot bekreftende på spørsmålene, fikk hverken folk eller gods lov til å tas i land, før sunnhetskommisjonene hadde undersøkt skipet og gitt sin tillatelse.

Kategori “mistenkelig” skip var skip som kom fra land eller sted hvor det var pestartet sykdom, som hadde varer/emballasje om bord som var fra disse landene eller stedene og som hadde hatt samkvem med skip fra smittet eller mistenkt sted i sjø eller på land. Det var spesielt disse skipene som sunnhetskommisjonene skulle være obs på. Disse skipene skulle tilkjenne sin status ved å heise et grønt flagg i storriggen. Dette flagget, sammen med en spesiell blikk-kasse, var alle skip som var kongelige undersätter påbudt å ha om bord. Fremmede skip kunne ikke ventes å etterkomme dette kravet om å ha grønt flagg om bord, så losene skulle ha grønne flagg for salg for slike skip, eller skipet skulle heise sin nasjons flagg på samme sted.<sup>19</sup> Når et skip hadde tilkjenne seg ved å heise grønt flagg skulle alle mann på dekk og skipperen avhøres av sunnhetskommisjonen eller øvrighetsperson. Hva var hans og skipet navn? Hvor kom han fra? Hvilke steder hadde han anløpt? Hvilket/hvilke steder hadde han tatt inn last, og hvilken last? Hadde han sunnhetsattest? Hadde skipet vært underlagt karantenen noe sted, og i så fall hvor og hvor lenge? Hadde han på reisen, eller nå, noen syk eller død av sykdom? Og ut ifra hva han visste; hvilken sykdom? Hadde han på reisen fått folk, gods, brev eller pakker om bord fra et annet skip, og da fra hvilket, hvor og når? Skipperen skulle svare sannferdig og hvis nødvendig; under ed. Ut ifra skipperens svar ble det bestemt et tidspunkt der han skulle legge frem skipspapirene og om nødvendig forklare seg nærmere. Gav skipperen falsk forklaring, eller vegret seg for å gi forklaring, forble skipet isolert og skipperen straffet.<sup>20</sup>

Etter hva skipperen forklarte og de dokumentene som ble lagt frem, ble skipet vurdert av sunnhetskommisjonene om det skulle forbli i *observasjonskarantene* uten lossing, om det kunne

<sup>19</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 246-248 § 7-9

<sup>20</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 248-249, § 10

sendes til Odderøya i Kristiansand for å ligge i *lossingskarantene*, eller om det kunne fritas for begge deler. Lossingskarantene kunne i Norge kun holdes i Kristiansand og innebar en avsondret karantene-innrettet vare-lossing og ilandbringelse av syke.<sup>21</sup>

Skip ble ilagt lossingskarantene i Kristiansand på tre grunnlag;

1. Skip som ble ansett som særskilt smittsomt, ble ilagt lossingskarantene i Kristiansand på grunnlag av at skipet kom fra et av karantene-direksjonens bekreftede *smittet* sted, og hadde ladning som var “giftfængende”, eller giftfrie varer i “giftfængende” emballasje. Dette gjaldt også om skipet hadde med sunnhetspass som var datert før sykdommens utbrudd eller etter at den var opphørt, fordi det ikke var før karantene-direksjonen hadde bekjentgjort opphørelsen av et steds status som smittet, at skip fra et slikt sted ikke lenger skulle underlegges karantene.
2. Skipet kom fra *mistenkt* sted (et sted ble ansett som mistenkt når det var nærliggende ”pestartede” smittede steder), hadde ladning som var “giftfængende”, eller giftfrie varer i “giftfængende” emballasje, og ikke hadde med seg attest på at stedet og den omliggende egn var smittefritt ved avseilingen, eller at varer var inntatt på smittefrie steder.
3. Skipet på reisen, eller ved ankomsten har med syke av “pestaktig” smittende sykdom.
4. Skipet hadde hatt, ved sjø eller land, samkvem med smittet skip eller skip fra smittet sted, og hadde fått folk eller gods om bord. Var skipet i ett av disse forholdene skulle det losses i Kristiansand, hvor varer og mannskap skulle forholde seg etter de strenge karantene-bestemmelsene. Det var viktig at de reglene ble etterfulgt, fordi bestemmelsene var de samme som ved andre lignede innretninger. Mer om dette under § 17.<sup>22</sup>

Skip kvalifisertes til å kunne bli lagt i observasjonskarantene av flere grunner: Skip fra smittet sted uten ladning, eller uten “giftfængende” ladning eller emballasje. Skip fra land som lå i nærheten av smittet sted, men hadde med seg sunnhetsattest, uansett om de hadde “giftfængende” varer eller ikke. Skip som i sjø eller på land hadde hatt samkvem med skip fra smittet sted, uten å ha fått folk eller gods ombord, eller det hadde hatt samkvem med skip fra usmittet sted i mistenkt land, likegyldig om de hadde fått gods eller folk om bord eller ikke. Hensikten med observasjonskarantenen var å lette på byrden for skipsfarten. En lang karantene kunne gi store forsinkelser, og lastens verdi kunne forringes ved forråtnelse. Av den grunn skiltes det mellom grad av smitte, og det var i henhold til denne at karantenen ble foranstaltet.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 249-250, § 11

<sup>22</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 250-251, § 12

<sup>23</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, s 251

§ 14 omhandlet losens rolle, § 15 gav karantene-direksjonen myndighet til å bestemme hvilke varer som var “giftfængende” eller ikke. Dette lå som vedlegg til forordningen. § 16 omhandlet unntak av skip til lossingskarantene, hvis skipet kun hadde med et fåtall “fængende” varer i mengder ikke større enn at lossingskarantenen, med rensing og lufting, kunne utføres om bord på skipet selv.

§ 17 viste at forordningen var en del av et større nettverk med internasjonale karantenestasjoner som praktiserte etter samme bestemmelser. Skip kunne fritas fra karantene selv om de kom fra et smittet eller mistenk smittet sted hvis det hadde med seg sunnhetsattest fra andre steder, med samme karanteneinnretning som Kristiansand, som viste at skipet hadde vært underlagt karantene og var erklært sunt. Dette var med forbehold om at skipet ikke hadde anløpt noe annet sted i mellomtiden, ikke hadde hatt sykdomstilfelle eller dødsfall om bord eller andre “nye” karantenepliktige forhold. I følge karantene-direksjonens skriv til sunnhetskommisjonene gjaldt dette skip med sunnhetsattest fra de permanente karantenestasjonene Malta, Venezia, Triest, Livorno, Genova, Port-Mahon på Minorca og Marseilles. Såfremt ikke karantene-direksjonen hadde bekjent at disse stedene var smittet, kunne sunnhetsattester herfra godtas i Danmark-Norge. Karantene-direksjonen var altså selektive med hvilke steder de godkjente sunnhetsattest fra. Det ble påpekt at sunnhetsattester fra steder med samme type karantene-innretninger, så som i England, den Bataviske republikk og i Kensø ved Gøteborg, kunne bare antas hvis karantene-direksjonen hadde bekjentgjort det. Dette ble begrunnet med at disse karantenestasjonene var ukjente, og at disse var nasjonale og ikke internasjonale, og da bare for statens egne skip. Sunnhetsattester fra Kristiansand var alltid gyldige.<sup>24</sup>

§ 18 bestemte karantenetiden. Skip som medbragte farlig smittsom sykdom fikk minimum 40 dager karantene for skip, mannskap og varer, vurdert utifra omstendighetene og karantene-kommisjonens bestemmelse, og i forhold til siste sykdomstilfelle. Skip uten slik sykdom om bord fikk; a) for varer i lossingskarantene, 40 dager, b) for “giftfængende” varer som skulle renses i observasjonskarantene, 40 dager<sup>25</sup>, c) for varer, som etter § 13 kunne ligge i observasjonskarantene uten å losses, fra smittet sted 14 dager, men når det kom fra mistenkt land med sunnhetsattest, 4 dager.

Karantenetiden for skip og mannskap ble vurdert i forhold til hvilke type varer skipet hadde om bord. For tomt skip med mannskap skulle karantenen, såfremt det var 30 dager siden avreise fra smittet eller mistenkt sted eller samkvem i sjøen med mistenkelig skip, settes til 4 dager. I tilfeller

<sup>24</sup> “Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge” fra 8. februar 1805, 251-253, § 14-17; 1805, 27.april. “Quarantaine-Directionens Regler til lagttagelse af Sundhets- eller Quarantaine-Commisjonerne i de Danske og Norske Sjø-Steder, hvor Observations-Quarantainer kunde holdes”, s 518.

<sup>25</sup> Her ble skipper gitt mulighet til å forkorte karantenetiden ved å senke varene i sjøen. Da ville skipet bli ilagt en observasjonskarantene som om det aldri hadde hatt med disse varene.

der det var mindre enn 30 dager siden avreise, ble det lagt til det antall dager som manglet fra 30, og i tillegg 4 dager. Lossingskarantene ble regnet fra tidspunktet når alle varer var bragt fra borde. Karantenekommisjonen bestemte også fra hvilken dag observasjonskarantenen ble regnet fra. Karantenetiden kunne forlenges ved tilfeller av sykdom, eller hvis annet oppstod under karantenetiden.

§ 19 presiserte viktigheten av at skip i karantene ble holdt avsondret fra andre skip og fartøyer, at de hadde grønt flagg i toppen, og at det ikke skulle skje noe samkvem med land annet enn med den eller de som kommisjonene utsendte for å holde oppsyn med at kommisjonens forskrifter ble riktig utført.<sup>26</sup> § 20 handlet om hvordan kommunikasjonen med skip i karantene skulle foregå. § 21 og 22 handlet om brudd på forordningen og tilsyn for praktisering av forordningen. Når karantenetiden var utløpt skulle sunnhetskommisjonene igjen undersøke og tilse at alt mannskap var sunt, og da gi skipet et karantenebevis.

Paragrafene 24- 40 inneholdt mer generelle regler, unntak, og straff for forbrytelse mot forordningen, og til slutt en liste over varer som var bekjentgjort av karantene-direksjonen som "giftfængende" eller ikke.<sup>27</sup>

Ovenfor har jeg vist hvilke bestemmelser forordningen inneholdt. For å se mer tydelig hvordan forordningen fungerte i praksis, og hvordan karantenebehandlingen kommuniserte sykdomsforståelse, kan det være nyttig å se på praksisen ved Kristiansand karantenestasjon. Kristiansand karantenestasjon var eldre enn forordningen fra 1805, for byen og områdene omkring hadde lenge vært i bruk som karantenesteder. Men fra høsten 1797 ble det bestemt at det skulle satses større og det ble bestemt at det skulle bygges en felles karantenestasjon for Danmark, Norge, Slesvig og Holstein i byen. Stasjonen stod ferdig i 1805 og ble fra da drevet etter 1805-forordningen.<sup>28</sup>

Mannskap på skip med karantenepliktig sykdom som kom inn til Kristiansand havn under karanteneflagg ble brakt til lazarettet på Odderøya. De syke ble isolert fra friske i adskilte rom. Det var strenge regler som manet til ytterst forsiktighet med kontakten leger og sykepassere hadde med de syke. Det var også strenge rutiner for behandling av de sykes eiendeler og ting de hadde vært i kontakt med. Klær, sengeklær og bruksting som tilhørte de syke ble fortrinnsvis kokt i saltvann. Kontakten mellom de karantenepliktige og andre var også ytterst begrenset, og det var strenge straffer for å bryte reglene. Brakte skipet med varer som var sykdomsfængende, ble lasten røykt i røykhus, og skipet ble røykt med svovel og salpeter, og desinfisert.<sup>29</sup>

<sup>26</sup> "Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge" fra 8. februar 1805, s 253-255, § 18-19

<sup>27</sup> "Forordning ang. Quarantaine-væsenet i Danmark og Norge" fra 8. februar 1805, s 255-257, § 20-23; s 257-268 § 24-40; liste med "giftfængende" varer og ikke-"giftfængende" varer s268-271

<sup>28</sup> Ohman Nielsen 2008, s 22

<sup>29</sup> Ohman Nielsen 2008, s 24-26



## Sykdomstenkning i ulike medisinske tradisjoner i perioden 1805-1830

Karanteneforordningen fra 1805 og karantenepraksisen kommuniserte den sykdomsforståelsen som var gjeldende hos karanteneanstalter i samtiden. Det var en del av et internasjonalt tankegods og system. Det klassiske karantene- og sanitærsystemet var bygget på teorien om at epidemiske sykdommer smittet, og at sykdom kunne overføres fra en syk til en frisk person. Smittetenkning var mer enn et medisinsk problem, det gjennomtrengte hele samfunnet ved at det lå som prinsipp for organiseringen av det store smittevernsystemet med røtter tilbake til 1400-tallet. Den klassiske karantenen var menneskenes hovedfront i kampen mot sykdom, og det var dette systemet de støttet seg til når smittsom sykdom truet land og folk.<sup>30</sup> Det vitenskapelige grunnlaget for foranstaltningene mot sykdom i denne perioden var knyttet opp til erfaringsbasert kunnskap. Denne kunnskapen var særlig knyttet opp til militær og maritim medisinsk tradisjon.<sup>31</sup>

Felles for både militærmedisinen og marinmedisinen var at de begge tok utgangspunkt i kunnskaper og erfaringer som var bygget opp av *case*. Case ble dannet av legers observasjon og forsøk på å rekonstruere sykdomsforløp og forløpet av epidemier. De studerte enkelthendelser grundig. Dette var en feltbasert kunnskapsdannelse, og det var skapt utenfor universitetene og klinikkene. Denne erfaringskunnskapen var med andre ord mer tilgjengelig for de fleste praktiserende medisinske miljøene i samtiden. Spesielt var denne observasjonen gunstig for de medisinerne som arbeidet på små steder, som i småbyer, havnebyer og på landsbygda, da samfunnet her var mer gjennomskiktig.<sup>32</sup>

Det nye norske universitetet ble opprettet i 1811. Den medisinske utdanningen ved universitetet i Kristiania samsvarte med de internasjonale standarder og idealer for utdanning og vitenskap, og med klinikkpraksis som en viktig del av utdanningen. Den vitenskapelige medisinen var bestemt på at kunnskapen skulle forskes frem etter vitenskapelig anerkjente metoder. Det ville si at den skulle være basert på tilstrekkelig statistisk materiale, være etterprøvbart og presis og bygges på eksperimenter som kunne gjentas av andre. Den skulle også i en viss grad være åpen. Den maritime og militære tradisjon hentet mye av sin erfaring på observasjoner i felten som ikke tilfredsstilte prinsippene for den ideelle medisinske vitenskapen.<sup>33</sup>

Sist i 1820-årene vendte den moderne medisinvitenskap seg mot naturvitenskapen. Case-metoden samsvarte ikke med naturvitenskapens prinsipper om generalisering og kontrollert form. For at casestudier skulle ha validitet for naturvitenskapen måtte kunnskapen utvikles gjennom eksperimenter som kunne gjentas av andre og produsere et liknende resultat. Det betydde at selv om

<sup>30</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 37

<sup>31</sup> Ohman Nielsen 2008, s 48-56

<sup>32</sup> Ohman Nielsen 2008, s 53

<sup>33</sup> Ohman Nielsen 2008, s 48ff

en person som hadde pleiet en syk selv var blitt syk, så var ikke dette noe bevis for at sykdommen var smittsom. For at det skulle gjelde som en vitenskapelig sannhet måtte alle som hadde vært i kontakt med den syke selv bli syke. Slik stod case-studien som motsetning til det naturvitenskapelige “statistikk”-studiet som lette etter lovmessigheter og naturlover.<sup>34</sup>

Medisinske autoriteters tvil om de karantenepliktige epidemiske sykdommers smitte begynte med gulfeber. Schepin og Yermakov har vist at antikontagionismen allerede gjorde seg gjeldende fra gulfeberepidemien i Philadelphia i 1793. Under epidemien ble det gjort studier av sykdommen. Studiene ble etterfulgt av debatter som resulterte i at nesten alle forskerne i USA, og det medisinske akademiet i Philadelphia, ble overbevist om at gulfeberen ikke var smittsom mellom mennesker.<sup>35</sup> Også den franske medisineren Nicolas Chervin hadde studert gulfeber i USA. I likhet med Maclean var også Chervin en overbevist antikontagionist. Franske myndigheter hadde fra 1820-tallet utformet foranstaltningene mot kolera etter rapporter skrevet av militærmannen Moreau de Jonnès som mente at kolera var en smittsom sykdom. Moreau de Jonnès var selv påvirket av rapporter fra øya Bourbon. På den måten var franske bestemmelser bygget opp på erfaringsbasert kunnskap, og Chervin refset franske myndigheter for å ta råd fra en militærmann i stedet for en medisiner.<sup>36</sup>

Chervin kjempet for at det franske medisinske akademiet skulle undersøke hans argumenter, og han ønsket at karantene-loven fra 1822 skulle bli opphevet. Han mente denne ikke hadde noe teoretisk grunnlag. Karantene-loven fra 1822 var bygget opp rundt sykdomsteorien om at epidemisk sykdom smittet, og gav rom for streng karantene på samme måte som den norske forordningen fra 1805. Den inkluderte også gulfeber inn under karantenepliktige sykdommer.<sup>37</sup>

I 1828 ble Chervins ønske om å oppheve karantene-loven fra 1822 en realitet. Men det kan ha vært flere motiver for dette. I samme tidsrom hadde den franske restaurerings-regjeringen mistet sine medisinske allierte i forsøkene både på å intervensere i Spania, og på å bygge opp fakultetet for medisin i Paris. Det franske akademiets beslutning om å støtte Chervins ideer reflekterte at medisinerne vendte seg mot både smitteteorien, karantene og restaurerings-regjeringen.<sup>38</sup> Dette er viktig fordi noe liknende også kan ha skjedd i norsk sammenheng, ved at endring var motivert av ny vitenskapelig overbevisning og av politiske hensyn. Dette skal jeg komme tilbake til.

I 1820-årene hadde det allerede lenge hersket tvil om gulfebers smittsomhet, men i dette tidsrommet begynte også flere medisinske autoriteter også å betvile *pestens* smittsomhet. Pesten var selve kjernen i karantenesystemet, og det var rundt denne sykdommen systemet opprinnelig var

---

<sup>34</sup> Ohman Nielsen 2008, s 54f

<sup>35</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 38

<sup>36</sup> Baldwin 1999, s 69; 103

<sup>37</sup> Baldwin 1999, s 92-93

<sup>38</sup> Baldwin 1999, s 39; 96f; Schepin og Yermakov 1991, s 38

bygget opp.<sup>39</sup> Et eksempel på en slik medisinsk autoritet var britiske Charles Maclean. Baldwin beskriver han som et medisinsk universalgeni.<sup>40</sup> Maclean var tilknyttet det britiske østindiske kompani, og han brukte store deler av sitt liv til å argumentere mot all “pestlig” sykdomssmitte og febersykdommer.<sup>41</sup> Maclean mente at de fleste tilfeller av sykdom skyldtes lokale forhold og at sykdommer fantes naturlig i området. Han hadde derfor sterke innvendinger mot både smitteteorien og karantenen.<sup>42</sup> På grunnlag av hans sykdomstenkning gikk han inn under kategorien som en *antikontagionist*. En antikontagionist og antikontagionismen mente at epidemisk sykdom ikke var smittomt mellom mennesker. Motsetningen av antikontagionismen, var kontagionismen. Dette var de første debattene der kontagionister og antikontagionister stod mot hverandre, og dette var bare starten. Fortsettelsen kom med koleradebattene på 1830-tallet. Gulfeber- og pestdebattene dannet et viktig grunnlag for antikontagionismens overtak i koleradebattene.<sup>43</sup> Dette skulle prege utviklingen internasjonalt og i Norge.

## Oppsummering

Dette kapitlet har vist hvordan den erfaringsbaserte medisinske kunnskapen var grunnlaget for den dansk-norske karanteneoven, og at denne kunnskapen stod i kontrast med den tradisjonen det nye norske universitetet utdannet medisinere etter. Jeg har også vist hvordan lovens praksis kommuniserte sykdomsforståelse. Dette er viktig for å forstå den store meningsforskjellen mellom myndighetene og medisinere i Kristiania, og de medisinere som stod i den tradisjonelle medisinske tradisjonen. Dette skal jeg komme tilbake til i senere kapitler. Både loven og den medisinske tradisjonen loven var bygget på, stod i kontrast med den begynnende antikontagionistiske sykdomstenkningen. Dette vil de senere kapitlene fokusere sterkere på. Jeg har vist hvordan antikontagionismen fikk sin begynnelse ved tvil om gulfeber, og siden pestens, smittsomhet, og at misnøyen med karantenen kom som et resultat av de skiftende sykdomsteoriene. Dette dannet grunnlaget for den videre utviklingen i sykdomstenkning da Europa møtte kolera for første gang og de store koleradebattene som fulgte.

---

<sup>39</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 9ff;24f

<sup>40</sup> Baldwin 1991, s 95

<sup>41</sup> Baldwin 1999, s 95 ; Schepin og Yermakov 1991, s 38

<sup>42</sup> Baldwin 1999, s 95

<sup>43</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 38

## Kapittel 3: 1830-1834 Erfaring og endring

### Innledning

Dette kapittelet handler om hvordan medisinerne og myndigheter i Norge og Europa møtte koleraen for første gang. Dette er viktig for utviklingen av det norske karantene- og smittevernpolitikk fordi det første møtet med kolera var en avgjørende faktor for at sykdomstenkningen omkring begrensning av epidemier ble endret radikalt. Endringen i sykdomstenkning skapte en endring i valget av sykdomsbekjempende midler, og den førte til at bruken av den klassiske karantenen ble begrenset. Temaet har vært behandlet slik i forskningslitteratur: Historikeren Ole Georg Moseng (2003) har beskrevet norske myndigheters handlinger før, under og etter at koleraen kom, og resultatet av Norges møte med kolera. May-Brith Ohman Nielsen(2008) har vist hvordan norske myndigheters første reaksjoner mot kolera forløp i Kristiansand. Mitt bidrag er å studere forholdet mellom medisinvitenskap og politikk i denne perioden og hvordan dette påvirket foranstaltningene mot kolera. Jeg skal også diskutere hvorvidt den nye norske statens behov for å markere seg også utgjorde en rolle i utformingen av myndighetens linje, og norske myndigheters standpunkt på dette området i forhold til de andre europeiske landene. Dette er viktig for å forstå den antikontagionistiske linjen myndighetene bestemte seg på fra 1832, og som forklarer hegemoniet til en gruppe av norske medisinske autoriteter i tre tiår fremover. Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Ohman Nielsen 2008, Moseng 2003, Schepin og Yermakov 1991, Ackerknecht 1848 og Baldwin 1999, - og på egne primærkildestudier av en pamflett av Jacob Aall.<sup>44</sup>

### Kolera til Europa i 1831

Før koleraen spredte seg mot Europa i 1817 var det allerede publisert ca. 130 rapporter om asiatisk kolera. Europeiske leger stod bak publikasjonene om sykdommen de hadde observert i Asia.<sup>45</sup> Britiske medisinerne i India hadde kjent sykdommen i flere år, og mesteparten av den eksisterende litteraturen om kolera kom herfra. Forfatterne skrev om koleraens herjinger, om dens natur, beskyttelsesmidler mot den, og om behandlingsformer og virkninger.<sup>46</sup> I litteraturen var det både dem som konkluderte med at kolera var smittsom, og det var dem som mente det motsatte. Men hovedvekten av de britiske medisinerne gikk i retning av antikontagionismen. Rett i forkant av koleraens komme til Europa gjorde mange av antikontagionistene retrett på sine synspunkter om at

<sup>44</sup> Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008); Schepin/Yermakov, Oleg P. Yermakov, Waldemar V. International Quarantine (1991); Baldwin, Peter. Contagion and the State in Europe, 1830-1930. (1999) ; Moseng "Ansvaret for undersåttens helse 1603-1850; Ackerknecht, Erwin H. Anticontagionism Between 1821 and 1867, Bulletin of the History of Medicine 22 [1948]: 562-593.

<sup>45</sup> Ohman Nielsen 2008, s 60

<sup>46</sup> Ohman Nielsen 2008, s 60

koleraen ikke var smittsom.<sup>47</sup> Da koleraen kom innenfor Europas grenser reagerte de vest- og sentraleuropeiske landene, samt middelhavslandene i første omgang med å iverksette karantenesystemet.<sup>48</sup> I tillegg til karantene, bestod karantenesystemet av avsperringer, isolasjon av hus med epidemisk smittsom sykdom og sanitærkorridorer.<sup>49</sup> Dette systemet av beskyttelsestiltak ble hovedsakelig bygget opp under pestepidemiene på 1600- og 1700-tallet og tradisjonelt hadde slike foranstaltninger vært brukt mot de vanligste “pestartede” sykdommene fra århundret tidligere, som pest, kopper, gulfeber, dysenteri og tyfus.<sup>50</sup>

Forskere som har forsket på hvorfor de ulike europeiske landene reagerte som de gjorde mot kolera har kommet frem til varierende forklaringer. Den tyske historikeren Ackerknecht mente i 1948 at myndighetens motreaksjoner og tiltak mot kolera var avhengig av politisk retning, - den liberale eller konservative fløy. Førstnevnte var liberale stater som var opptatt av mest mulig personlig selvbestemmelsesrett, nærmere forklart som færrest mulig inngripener og intervensjoner i den private sfæren, både i den enkeltes hushold og i næringsliv, skipsfart og handel. Det liberalistiske økonomiske idealet hadde en overhengende viktighet, og en sterk overbevisning om antikontagionistiske teorier gjorde seg gjeldene i myndighetens smittevernpolitikk.<sup>51</sup> På motsatt siden stod de konservative statene, autokratiene, de eneveldige, der staten hadde en sterk styrende hånd over næringslivets interesser og over individene, og både ville og kunne iverksette tiltak på tross av inngripen i den private sfæren eller i private interesser. I disse statene stod overbevisning om at smitteteoriene sterkt, og de iverksatte, med full styrke, hele karantenesystemet for å bekjempe “pestlig” smittsom sykdom. Dette var Ackerknechts fortolkning fra 1948.<sup>52</sup>

Historikeren Peter Baldwin har argumentert mot Ackerknecht sin teori i sin bok “Contagion and the State” fra 1999 og slik går diskusjonen:<sup>53</sup> Baldwin opererer med samme to kategorier: “De autokratiske” og “De liberale” landene. Russland, Prøyssia og Østerrike-Ungarn blir, av Baldwin, kategorisert som autokratiske land, og England, Frankrike og Sverige kategorisert som liberale land.<sup>54</sup>

Baldwin derimot har vist at myndigheters tilhøring til den liberale eller den konservativ politiske fløy ikke var av betydning i den første koleraepidemien, fordi alle landene reagerte med tilnærmet samme tiltak mot kolera i 1831: Det vil si med full karantenemobilisering for sjø og land, og sanitærkorridorer, og i varierende grad reagerte også myndigheten med sanitarisme med påbud

<sup>47</sup> Baldwin 1999, s 39-40

<sup>48</sup> Baldwin 1999, s 41

<sup>49</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 10f

<sup>50</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 10ff; Baldwin 1999, s 41ff

<sup>51</sup> Ackerknecht, Erwin H., “Anticontagionism Between 1821 and 1867,” BHM, 22, 5 (September-Oktober 1948)

<sup>52</sup> Ackerknecht 1948 Jmf. Baldwin 1999, s 12-13

<sup>53</sup> Baldwin 1999, s 24-36

<sup>54</sup> Baldwin 1999, s 24-36

om rensning, vask, utlufting m.m. Dette viser at alle landene, uavhengig av om de var autokratiske eller liberale, i første omgang, reagerte etter de tradisjonelle kontagionistiske teoriene.<sup>55</sup> Landenes første reaksjon både med sanitaristiske tiltak og full karantenemobilisering mener Baldwin skjedde etter logikken om å forberede seg på det verste utfall.<sup>56</sup> Baldwin forklarer landenes varierende *grad* av mottiltak, i forhold til landenes posisjon i forhold til *læringskurven*, i møte med koleraepidemien. Læringskurven blir forklart som en kurve der erfaring og kunnskap om kolera akkumulerte seg etter hvert som kolera beveget seg i retning vest, fra Russland, gjennom Polen, Østerrike-Ungarn, de tyske statene, over til England, fra England til Frankrike og til slutt til Sverige.<sup>57</sup> Det vil si at Russland, da landet ble rammet, hadde minst kunnskap til rådighet som myndighetene kunne bruke til å iverksette de mest effektive tiltakene, og Sverige hadde mest. Baldwin tilbakeviser også Ackerknechts teori ved å vise at de autokratiske landene, som i Ackerknechts teori skulle føre en stram og stringent karantanelinje overfor folket, i stedet for selv å styre, ble styrt av grupper av befolkningen, fordi myndighetene så seg nødt til å moderere og slakke på mange av tiltakene på grunn av protester og økende opprør i grupper av folket.<sup>58</sup>

Hva Baldwin mener med læringskurve blir bedre forklart i et eksempel: Russland var det første europeiske landet som fikk kolera innenfor grensene sine i november 1831 og strenge karantenetiltak ble iverksatt.<sup>59</sup> Preussen, som grenset til Russland, hadde ingen bestemt oppfatning av sykdommens oppkomst og utbredelse da dette skjedde. For å få mer informasjon om sykdommen sendte prøyssiske myndighetene en gruppe medisinere til Russland for å undersøke koleraen. De utsendte prøyssiske medisinere rapporterte tilbake sine funn i desember at kolera sannsynligvis var smittsom og koleraen måtte møtes med mottiltak for å hindre den.<sup>60</sup> Utsending av medisinere fra land uten kolera, til land med kolera, ble en etablert praksis som de andre landene, hittil uten koleratilfeller, også brukte. Dette kaller Baldwin en snøballeffekt av koleraerfaring. Snøballeffekten forklares slik; koleraen fulgte handelsruten og menneskelige kommersielle samhandlinger. Det sykdomseksponerte stedet og menneskene som bodde der fungerte som “laboratorie-rotter” for de landene som var heldige å være spart fra sykdommen for øyeblikket.<sup>61</sup> Som beskrevet ovenfor, akkumulerte statene kunnskap om kolerasykdommen i forhold til deres erfaring med den. Den eneste måten å vinne kunnskap om sykdommen for landene som ikke hadde noen erfaring med den, var å observere hvilke tiltak land med kolera iverksatte mot sykdommen og vurdere tiltakenes

---

<sup>55</sup> Baldwin 1999, s 99

<sup>56</sup> Baldwin 1999, s 40;73; 65

<sup>57</sup> Baldwin 1999, s 84

<sup>58</sup> Baldwin 1999, s 121

<sup>59</sup> Baldwin 1999, s 41;43ff

<sup>60</sup> Baldwin 1999, s 41

<sup>61</sup> Baldwin 1999, s 84

suksess.<sup>62</sup> Russland, som det første europeiske landet med kolera innenfor grensene sine, måtte prøve og feile for å finne ut av hva som kunne hindre koleraens utbredelse.

Baldwin har også beskrevet et annet fenomen i Europas første møte med kolera; han løfter frem at økt erfaring med kolera resulterte i reduserte karantenetiltak.<sup>63</sup> Som tidligere nevnt reagerte alle landene i første omgang med full karantenemobilisering etter smitteteorierne. Som det første europeiske landet som fikk kolera erfarte Russland at de beskyttelsestiltak de i begynnelsen brukte ikke holdt sykdommen ute, og dette er en av grunnene til at de endret kurs underveis.<sup>64</sup> De andre europeiske landene gjorde seg lignende erfaringer med at karantenesystemet ikke holdt koleraen ute, og endret sine tiltak underveis. I Russlands tilfelle så skjedde dette allerede vinteren 1829-30. Russland reviderte da sin karantenepolitikk med å redusere karanteneforanstaltningene der de utgjorde størst hindring for økonomiske interesser.<sup>65</sup> Innen november 1831 var alle de førsttrufne karantenetiltakene i de autokratiske landene tatt bort, mener Baldwin.<sup>66</sup>

De liberale landene i vest, England, Frankrike og Sverige, hadde i koleraepidemiens første tid kunnet høste frukten av andre lands beskyttelsestiltak, men da de autokratiske landene, en etter en, reduserte store deler av sine karantenetiltak, mistet de liberale landene effekten av denne karantenebeskyttelsen hos de andre. Derfor, da koleraepidemien nærmet seg, reagerte de liberale landene som de autokratiske landene før dem hadde gjort: Først med å styrke karantenen. Det gikk imidlertid ikke lang tid før de liberale landene reduserte de førsttrufne karantenetiltakene,<sup>67</sup> og det er her verdt å merke seg at redueringen av karantenetiltakene i de liberale landene skjedde i løpet av et enda kortere tidsrom enn det som var tilfelle hos de autokratiske landene.<sup>68</sup>

### **Kolera til Norge tross myndighetenes tiltak**

Til tross for at Norge hadde iverksatt karantenetiltak, ble landet rammet av den første koleraepidemien med sykdomsutbrudd i Drammen i 1832. Meldingen om kolerautbrudd i Russland nådde Norge våren 1831. Det ble opprettet en sentral kolerakommisjon som fikk ansvar for å treffe tiltak som skulle beskytte Norge mot kolerasmitte og videre utbredelse, om dette ble aktuelt.<sup>69</sup> Karantene-loven fra 1805 ble iverksatt og så mye som 39 resolusjoner, sirkulærer, meddelelser og instruksjoner ble gitt fra diverse myndigheter bare i juni 1831. Regjeringen beordret da ut tre kanonskonnerter og tre mindre fartøy til å krysse langs Norges kyster og passe på at karanteneforordningene ble overholdt. Myndighetene var i høy beredskap; ukentlig innløp melding

<sup>62</sup> Baldwin 1999, s 84-89; 104ff

<sup>63</sup> Baldwin 1999, s 66

<sup>64</sup> Baldwin 1999, s 41

<sup>65</sup> Baldwin 1999, s 78-83

<sup>66</sup> Baldwin 1999, s 66f; 82

<sup>67</sup> Baldwin 1999, s99ff

<sup>68</sup> Baldwin 1999, s 111-121

<sup>69</sup> Moseng 2003, s 286f; Ohman Nielsen 2008, s 84ff; 91ff

om byer og havner som var regnet for smittet eller mistenkt for smitte. I takt med informasjonen i meldingene og hva karanteneforordningen fra 1805 påbød for skip fra smittede og mistenkt smittede steder, ble karantenepraksisen regulert. 20. juli påla Marinedepartementet 6 dagers observasjonskarantene på alle fartøyer som hadde passert Øresund og Beltene og kom til landet. Det betød i praksis at all skipstrafikk fra Østersjøen ble stoppet.<sup>70</sup>

Den første koleraepidemien i Norge brøt ut i Drammen 1832, men den spredde seg ikke videre utenfor områdene rundt utløpet av Drammensfjorden. 75 ble rapportert døde. I 1833 brøt en ny koleraepidemi ut, igjen i Drammen, og mer enn 200 ble rapportert døde. Denne gangen spredte koleraepidemien seg videre, og den tok til sammen livet av noen titalls mennesker i Drøbak, Holmestrand, Moss, og Larvik-distriktet. Mennesker i Kristiania og Aker ble hardest rammet av kolerasykdommen; her ble 800 rapportert døde. I 1834 spredte en ny koleraepidemi seg, denne gangen brøt den ut i Fredrikstad, spredte seg videre til enkeltbyer langs kysten og nådde så langt vest som Farsund. Til sammen døde 741 mennesker av kolera i Norge i 1834.<sup>71</sup>

### Økonomiske argumenter vinner terreng i diskusjon om koleraens mottiltak i Europa og Norge

Ikke bare de medisinske argumentene vant gehør i diskusjonene om hvordan statene skulle håndtere kolera. De strenge karantenetiltakene la sterkt bånd på skipsfarten og den internasjonale handelen, og dette skapte økonomiske problemer for mange private næringsdrivende og deres arbeidere, som igjen førte til misnøye.<sup>72</sup> De strenge karantenetiltakene hadde også vært en stor utgiftspost for statene. Siden de rammet de mest lukrative næringene: Skipsfart, handel, og industri, noe som reduserte skatter.<sup>73</sup> På mange av de koleraangrepne stedene møtte myndighetene også kraftige protester fra grupper i folket, særskilt fra de fattige. Folk som ble berørt av de strenge karantenetiltakene og statens reguleringer inn i den enkeltes liv følte seg dårlig behandlet. De mistenkte offentligheten for å ha andre, bakenforliggende, motiver enn å skulle beskytte dem fra kolerasykdommen. Dette skapte mistanke og opprørs ånd i deler av befolkningen, og på mange steder resulterte det i store opptøyer.<sup>74</sup>

I Norge oppsummerte det norske marinedepartementet våren 1832 karantenesituasjonen<sup>75</sup>. Myndighetene var svært fornøyde og mente at sunnhetstilstanden i Norge hadde vært den beste. De konkluderte optimistisk med at dette:

<sup>70</sup> Moseng 2003, s 286f; Ohman Nielsen 2008, 84ff;91ff

<sup>71</sup> Moseng 2003, s 285

<sup>72</sup> Baldwin 1999, s 59-67

<sup>73</sup> Baldwin 1999, s 65-67

<sup>74</sup> Baldwin 1999, s 46-65;

<sup>75</sup> De hadde gjennom hele året mottatt innberetninger fra de lokale karantenekommisjonene. I mer enn 12 000 døgn hadde tilsammen 592 skip ligget i karantene i norske havner fordi de kom fra smittet sted eller hadde kolera ombord. I tillegg hadde også to mindre båter, som hadde et sammenstøt med karantenepliktig skip, selv blitt lagt under



“..synes at vidne baade om den Indiske Choleras ringere Smitsomhed og om Nyttten af et vel ordnet og nøiaktigen udført Quarantainevesen.”<sup>76</sup>

Fra høsten 1831 og våren 1832 begynte det å ytre seg kritiske røster mot karantenen. Det var spesielt grupper i næringslivet som hevdet at karantenen la store hindre på handelsinteressene deres. Stortingsmenn, store skatteyttere og myndighetspersoner la vekt på at tiltakene mot kolera var svært kostbare for staten, og spekulerte i å reise spørsmål om karantenen lyktes i å hindre kolera. I Europa var det flere som tvilte på karantenens virkning mot kolera, og hvorfor skulle man da kaste bort midler og økonomisk vinning på noe som ikke var sikkert at virket?<sup>77</sup>

En av de fremste talspersonene for økonomien og handelens interesser i forhold til de strenge karantenetiltakene mot kolera var Jakob Aall. Aall var utdannet Cand.theol. og fra 1799 eier av Nes Jernværk. Han drev et skipsrederi og var en av landets største trelasteksportører. Som stortingsrepresentant i periodene 1815–16, 1821–22, 1827–28 og 1830 var han en konsekvent forkjemper for handels- og næringsfrihet.<sup>78</sup> I desember 1831 publiserte han en pamflett mot de strenge karantenetiltakene. Han var bekymret for hvordan myndighetenes nylige iverksettelse av karantenetiltak lammet skipsfart og handel med økonomiske tap.<sup>79</sup> Han løftet også frem lammelsen av handelen og skipsfartens indirekte påvirkning. Aall mente at en alvorlig konsekvens og ringeffekt ved handelens og økonomiens nedgangstid, var at den påvirket negativt inn på sinnsstemningen til alminnelige folk som var i arbeid. Dette forklarer han slik: På grunn av den økonomiske nedgangstiden ble den enkelte bekymret for både økonomien og usikkerhet for hans fremtid i jobben. Dette var Aall overbevist om at ville bryte ned den muntre sangvinske sinnsstemningen som han antok for å være svært sunn.<sup>80</sup> En slik sinnsstemning ble også ansett for å være sunn og virke preventivt mot kolera av svenske medisinere.<sup>81</sup> Bortfall av en slik sinnsstemning ville da gjøre vedkomne mer predisponert for kolera, mente Aall. De strenge karantenetiltakene kunne også resultere i den alvorlige konsekvens at norske innbyggere ikke fikk tilstrekkelig med mat. Dette forklarer han slik: Norge kjøpte korn fra Danmark, og hvis Danmark ble erklært et “smittet” sted så ville karantenetiltakene tre i kraft mot skip herfra. Skip lastet med danske korn måtte da ligge i en lang karantene, og under denne tiden så kunne man risikere at kornet ble

---

karantene. 3600 sjømenn hadde disse tiltakene berørt. Marinedepartementet var fornøyd med innsatsen. Moseng 2003, s 291

<sup>76</sup> Moseng 2003 s 291.

<sup>77</sup> Ohman-Nielsen 2008, s 103

<sup>78</sup> Jacob Aall. (2011-09-24) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/Jacob\\_Aall](http://snl.no/Jacob_Aall)

<sup>79</sup> Aall, Jacob, Nogle Ord i Anledning af Resolutionen om Quarantaine-Væsenet at 5ts December 1831. Christiania 1832. Trykt hos Johan Krohn, s 1ff

<sup>80</sup> Aall 1832, s 6-8

<sup>81</sup> Baldwin 1999, s 105

bedrevet, eller at kornets holdbarhetstid var for kort på grunn av den tiden det hadde ligget i karantene. Han mente at korn ikke burde regnes for en “giftfængende” vare.<sup>82</sup>

Aall redegjorde også for landets økonomiske situasjon som i utgangspunktet ikke var den beste, og på grunn av at myndighetene hadde iverksatt karantenetiltak mot kolera mente han at det var grunn til stor bekymring for økonomiens fremtid. Han mente at landet var på vei inn i en mørketid for handel og industri.<sup>83</sup> Dette begrunnet han blant annet med dette eksemplet: Norge hadde, på grunn av kort reisetid, en begunstiget posisjon i forhold til sin viktigste handelspartner, England. Med norske skip i karantene, ville dette forsinke norske skip. Norges hadde en begunstiget posisjon for salg av tømmer til England som var basert på den korte reiseavstanden. Men hvis norske skip ble forsinket i lange karantener mente Aall at andre land ville overta i Norges sted, for det var flere enn Norge som solgte tømmer.<sup>84</sup> Aall var overbevist om at økonomiske tap på grunn av karantenetiltakene ikke ville kunne veies opp av hverken prisstigning på tømmer eller frakter, for Norge hadde konkurrenter som var fri for karantenebestemmelser som grep inn i skipsfarten og handelen.<sup>85</sup>

Aall anslo også at karantenetiltakenes følger ville være verre enn sykdommen selv, for sykdommen ville bare ramme enkelte individer, mens de negative følgene av karantenetiltakene for handel og økonomi ville bre mer om seg.<sup>86</sup> Han uttrykte også en stor undring over at nesten samtlige av de andre europeiske statene hadde slakket av på de førsttrufne karantenetiltakene, på grunn av “industriens gang” og landenes kommersielle samkvem. Norge, derimot, hadde styrket dem i betydning av å iverksette karantenetiltakene fra karanteneloven av 1805.<sup>87</sup>

Myndighetene i Norge var under press, og i mars 1832 ble karantenebestemmelsene mot kolera redusert.<sup>88</sup> Karantenetiden ble nedsatt til 10 dager for skip som kom fra smittet sted og som førte giftfængende varer. De 10 dagene ble regnet fra varene var losset. Etter at Drammen ble smittet i oktober 1832 ble det iverksatt kolerakarantene for alle fartøy fra Drammen som ankom andre steder i landet, samtidig som karantenen ble opphevet for Akershus stift. Tanken bak opphevelsen var å gjenopprette handelsforholdene tilbake til normalen og å sikre forsyninger til området i tilfelle større epidemiutbrudd. Etter antikontagionistisk sykdomstenkning og miasme-teoriene der kolerautbruddet ikke skyldtes smitte, men en lokal “epidemisk konstitusjon”, så ville ikke karantenen hjelpe men tvert imot hindre arbeidet med å bekjempe sykdommen.<sup>89</sup> 13. April 1833

<sup>82</sup> Aall 1832, s 6-8;13-14;25;32-33

<sup>83</sup> Aall 1832, s 23

<sup>84</sup> Aall 1832, s 31-32

<sup>85</sup> Aall 1832, s 32

<sup>86</sup> Aall 1832, s 28-29

<sup>87</sup> Aall 1832, s 23-24

<sup>88</sup> Ohman Nielsen 2008, s 104

<sup>89</sup> Ohman-Nielsen 2008, s 105

reduserte myndighetene igjen karantenetiltakene mot kolera. Myndighetene tok den sentrale kolerakommisjonens råd etter dens erklæring i 1833 om at kolera ikke var smittsom, derfor ble karantenen for personer fra smittet sted bygget ned, og karantenen ble bare brukt for skip som påviselig hadde hatt kolerasyke eller koleradødsfall om bord. Karantenen på varer og rensning av last ble sterkt begrenset, og skulle fra nå av bare gjelde gjenstander, klær og varer som direkte hadde vært i kontakt med og i besittelse av en kolerasyk eller koleradød person.<sup>90</sup>

Jeg har nå gitt et eksempel på næringslivets misnøye med at koleratiltakene var for omfattende, og la for sterke bånd på handelen. Nå skal jeg gi et eksempel på en medisiner som var misfornøyd med kolerabestemmelsene fordi han mente de ikke var strenge nok. Det Jacob Aall kjempet for å oppheve, stod medisineren Johan Andreas Kraft og kjempet for at skulle beholdes, ja styrkes, på den måten at karantenetiltakene mot kolera skulle iverksettes etter den tradisjonelle smitteteorien. Kraft var en nyutdannet medisiner som var oppvokst ved karantenestasjonen i Kristiansand.<sup>91</sup> I 1833, da koleraepidemien igjen brøt ut i Drammen, var han tilsatt som fattiglege i Kristiania. Da epidemien spredte seg til Kristiania, ble Kraft tilkalt til de syke. Den første syke var en fattig bøddelknekt som kom hjem fra en jobb i Drammen; han smittet sju stykker i sitt husvære og fem av disse døde. Kraft hadde, året i forveien, studert koleraen i Drammen sammen med en yngre lege-gruppe, og var derfor ikke i tvil om hvilken sykdom han hadde med å gjøre. Han rapportert at det var skjedd kolerautbrudd i hovedstaden, og det var nødvendig å treffe tiltak for å hindre spredning.<sup>92</sup> Den sentrale kolerakommisjonen hadde sine tvil til om dette var nødvendig. Kommisjonen så en situasjon der de antok at både alkohol, fattigdom og dårlig hygiene var tilfellet, og etter den sanitærteoretiske sykdomsforståelsen så var det dette som skyldtes at menneskene hadde blitt syke.<sup>93</sup> Sammen med stadsfysikus, Döderlein, kjempet Kraft videre, og begge sendte inn rapport til den sentrale kolerakommisjonen der de presiserte sitt syn og tilbakeviste kolerakommisjonens sine konklusjoner. Samtidig satte de i gang isolasjon, sperring av området og vakthold, røyking og klorkalkvaskinger av husene det hadde vært syke i og rask gravlegging av de døde.<sup>94</sup> Tiltakene de iverksatte så ut til å holde sykdommen i sjakk, for mellom 9.oktober og 13.oktober var det ingen nye sykdomstilfeller. Etter hvert begynte naboene å klage for at de ikke kom seg på jobb på grunn av sperringene. Kraft var ikke en medisiner som trodde på miasmer, men det gjorde Fredrik Holst fra den sentrale kolerakommisjonen, og han avfeide at disse første sykdomstilfellene skyldtes smitte. Med klagen fra de andre beboerne, kolerakommisjonens blanke nektelse av smitteteorien og sakens omtale i Morgenbladet i beboernes favør, måtte sperringene

---

<sup>90</sup> Ohman-Nielsen 2008, s 106. Karantenebestemmelser gitt ved kongelig resolusjon

<sup>91</sup> Ohman Nielsen 2008, s 106-107

<sup>92</sup> Ohman Nielsen 2008, s 106-107

<sup>93</sup> Ohman Nielsen 2008, s 106-107

<sup>94</sup> Ohman Nielsen 2008, s 106-110

oppheves. Kolera spredte seg da også raskt til nabohusene og andre tett befolkede områder inne i byen, og fra Kristiania spredte den seg videre til andre steder.<sup>95</sup>

Jeg har vist at antikontagionistenes sykdomsteorier samstemte godt med statenes politiske og økonomiske interesser. Mens smitteteoretikerne ofte kom i konflikt med de samme. Ackerknecht (1948) har løftet dette frem som årsak til at denne sykdomsteorien i tidsrommet 1825-1867 hadde slik fremgang i den medisinske verden, hos myndigheter og næringsinteresser. Som motsetning stod kontagionistene, som hadde mål som stod i konflikt med myndighetenes linje.<sup>96</sup>I norske forhold står Kraft og Aall som motsetning til hverandre i det at Kraft kjempet for sin medisinske overbevisning om at karantenetiltakene hindret sykdom og Aall som hadde sterkt tvil til karantenens suksess mot kolera og uttrykte sterk bekymring for karantenetiltakenes direkte og indirekte innvirkning på både menneskers helse og næringslivet. Det betyr at Aall, i tillegg til det rent personlige økonomiske motivet for å oppheve de strenge koleratiltakene, også hadde et økonomisk perspektiv for å bevare helsen til arbeiderne og innbyggerne. Aall og Kraft er eksempler på den interessekonflikten som utviklet seg mellom næringsliv og helse i henholdt til den antikontagionistiske teorien og smitteteorien. Både i Norge og internasjonalt stod disse som motsetning, og dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 5. Jeg har vist at næringslivets interesser, med Aall som talsmann, ble hørt av de norske myndighetene, og kolerakarantenen ble redusert. Kraft derimot, som hadde en sykdomsforståelse og en erfaring fra den karantenemedisinske tradisjon som stod sterkt omkring karantenestasjonen fra Kristiansand, og som bygget på andre erfaringer enn den rene universitetstradisjonen som de ledende medisinske autoritetene Holst og Thulstrup forfektet, ble motsagt og dysset ned.<sup>97</sup>

## Vendepunkt

Europa stod endret tilbake etter den første koleraepidemien. Jeg har vist at den første koleraepidemien formet både et medisinsk vendepunkt og et økonomisk vendepunkt. Etter erfaring med kolerasykdommen endret Europas myndigheter og medisinerne sin opprinnelige oppfatning om at kolera var en smittsom sykdom. Flere medisinske autoriteter internasjonalt og i Norge mente i stedet at koleraen skyldtes andre årsaker enn smitte. De nye antikontagionistiske teoriene som fikk overtaket gikk ut på at koleraens oppkomst og utbredelse i stedet skyldtes lokale "miasmer", i kombinasjon med personlige predisponerende faktorer som fattigdom, alkoholmisbruk og dårlig hygiene. Motsatt stod kontagionistene. Disse mente fortsatt at utbredelse av epidemiske sykdommer skyldtes smitte.

<sup>95</sup> Ohman Nielsen 2008, s 106-110

<sup>96</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 37f

<sup>97</sup> Ohman Nielsen 2008, s 105f

Det var mer enn en årsak til denne endringen. Jeg har tidligere vist at diskusjonene fra 1820-tallet, og helt tilbake til 1790-tallet, som tvilte på både gulfebers og pests smittsomhet, banet vei for å åpne for en annen oppfatning av koleraens oppkomst og spredning, enn smitte.<sup>98</sup> En annen tungtveiende årsak var myndigheters og medisineres konklusjon om at karantene ikke hindret kolera. Dette ble igjen tolket dithen at koleraen måtte skyldes andre årsaker enn smitte, siden karantene som et tradisjonelt verktøy brukt for å hindre smittsom sykdom, ikke var i stand til holdt koleraen ute. Ohman Nielsen (2008) mener at det nødvendigvis ikke var karantenen som ikke var i stand til å holde koleraen uten, men at andre faktorer spilte inn.<sup>99</sup> Hun mener det var betydelig forskjell på karantenetiltakene, det var forskjell på hvem som drev karantene og på kompetansen til dem som arbeidet på de permanente eller på de provisoriske karantenestasjonene. Det var av stor betydning om de menneskene som ble satt til å drive karantene hadde erfaring med arbeidet, kunnskap om hvorfor man gjorde det man gjorde, og hvordan det skulle bli skikkelig gjort. I Norge og internasjonalt ble det opprettet provisoriske karantenestasjoner som det er grunn til å anta at ikke hadde tilstrekkelig erfaring for å holde koleraen ute, og lokalsamfunn som heller ikke forstod og respekterte karanteneprinsippene. I norsk sammenheng peker May Brith Ohman Nielsen på karantenepraksisen ved Drammen som Sør-Norges åpenbare svake ledd i karanteneringen.<sup>100</sup> I tillegg til at det ikke ble praktisert god nok karantene, så slapp sykdommen gjennom også der det ikke var karantene. Disse overnevnte faktorene førte til en endring i smittevernstiltakene og praksisen, og skapte en trend med endring av smittevernlovene over hele Europa.<sup>101</sup> Dette skal jeg vise mer av i neste kapittel.

I norske forhold må myndighetene tillegges enda et motiv for å oppheve karantenen. Da koleraen kom til Norge i 1830-årene var der kun lovene fra unionstiden med Danmark å forholde seg til. I Norge hadde det ikke vært grunn til å endre karantene-loven på grunn av at det etter Napoleonskrigene hadde vært lite epidemisk sykdom. Andre norske forhold kan gi en forklaring på myndighetenes reaksjoner i den første koleraepidemien. Landet hadde en fersk sentraladministrasjon og det nye universitetet hadde utdannet norske medisinerere i ca. 20 år. Den norske sentraladministrasjonen hadde et underliggende motiv om å befeste sin stilling og var ivrig etter å fjerne seg fra dansketiden og vise selvstendig i møte med koleraen. Den dansk-norske forordningen fra 1805 stod imidlertid fremdeles ved makt i 1831. Baldwin viser i eksempel fra Frankrike at det var underliggende motiv for endring av sykdomstenkning (dette er tidligere

<sup>98</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 38ff

<sup>99</sup> Ohman Nielsen 2008, s 94-97;100

<sup>100</sup> Ohman Nielsen 2008, s 94; 104

<sup>101</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 37ff; Baldwin 1999, s 123ff

beskrevet i kap 2). Det franske akademiets endring i sykdomstenkning fra smitteteorier til antikontagionistiske teorier, hadde motiv om å frigjøre seg fra restaurerings-regjeringen.<sup>102</sup>

Norske myndigheter kjempet også i mot en helt ny sykdom, en som de hadde ingen erfaringer med. Ohman Nielsen (2008) peker på at myndighetene ikke så ut til å være klar over den kompetansen som var tilstede på Odderøya karantenestasjon i Kristiansand, og at denne også ble sett som en del av det “danske regimet”.<sup>103</sup> Da myndighetene i 1831 iverksatte karantene-loven fra 1805 hadde virksomheten i Kristiansand kontinuerlig vært drevet under denne loven siden den ble gitt i 1805. Hun mener at det kan ha hatt noe å si at stasjonen ikke var opprettet på ordre fra de norske myndighetene i Kristiania, men var opprettet på ordre fra København under unionstiden med Danmark og som stasjon for unionen. Selv ikke da de iverksatte 1805-loven i 1831 etterspurte myndighetene erfaringer fra karantenestasjonen i Kristiansand. Ohman Nielsen sier at da myndighetene tilslutt aktivt måtte forholde seg til karantenefagmiljøet i Kristiansand, da:

“..så de karantenekompetansen i byen og stasjonens internasjonale karakter og nettverk mer som en trussel og en utfordring for sentralmyndighetenes autoritet i arbeidet med å holde koleraen ute.”<sup>104</sup>

## Oppsummering

I dette kapittelet har jeg vist hvordan Europas første møte med kolera endret både den epidemiske sykdomsforståelsen og beskyttelsestiltakene mot kolera. Jeg har vist hvordan den gamle sykdomstenkningen, kontagionismen, og den klassiske karantenen stod som motsetning til den nye sykdomstenkningen, antikontagionismen, og at sistnevnte vant terreng og fikk fremgang både blant medisinere og myndigheter fordi teoriene samsvarte godt med myndighetenes økonomisk liberalisme og ideene om fro bevegelse. I norske forhold har jeg løftet frem tilleggsfaktorer til myndighetenes antikontagionistiske linje, som at de ønsket å markere statens nyvunne selvstendighet på bekostning av det gamle karantenesystemet. Denne perioden markerer også starten på norske medisinske autoriteters hegemoni med det antikontagionistiske medisinske sykdomstenking. I 1834 var karantenen mot kolera bygget ned. Standpunktet den sentrale kolerakommisjonen tok for kolera og dens smittsomhet i denne perioden skulle sette et sterkt preg på norsk karantenepolitikk i mange år fremover og være med å utforme en ny norsk karantene-lov.

<sup>102</sup> Baldwin 1999, s 109f

<sup>103</sup> Ohman Nielsen 2008, s 95

<sup>104</sup> Referering og sitat fra Ohman-Niesen 2008, s 95

## DEL 2

### Kapittel 4: 1835-47 Den antikonstantionistiske vending fra 1835

#### Innledning

Dette kapitlet handler om hvordan antikonstantionistisk teori fikk innvirkning i Europa og Norge på myndigheter, medisinere og karantene-lovene. Antikonstantionismen fikk innvirkning på de europeiske landene i varierende grad, noen mer enn andre. Innsikt i dette er viktig for å forstå og forklare norske myndigheters antikonstantionistiske linje. Dette temaet har vært behandlet av både internasjonale og norske forskere. Peter Baldwin har fulgt antikonstantionistisk teoris innvirkning på europeiske land, og hvordan dette påvirket karantene-lovene i forskjellig grad. May-Brith Ohman Nielsen har løftet frem resultatet av norske myndigheters antikonstantionistiske linje, redusering av karantenen, og hvordan dette viste forskjeller i sykdomstenkning mellom medisinere i havnebyen Kristiansand, og myndighetene og de medisinske autoritetene i Kristiania. Mitt bidrag til dette temaet har er å vise hvem og hva som hadde innvirkning på norske myndigheter. Jeg vil også løfte frem de norske medisinere som ikke var enig med myndighetenes linje, og på hvilke punkt og hvorfor de var uenige samt hvordan denne debatten utspant seg.

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Baldwin 1999, Schepin og Yermakov 1991, Moseng 2003 og Ohman Nielsen 2008.<sup>105</sup>

#### Antikonstantionismen overtar og karantene bygges ned internasjonalt og i Norge

Antikonstantionistisk teori fikk størst innpass i England, Frankrike og USA mellom 1825-1867.

Antikonstantionistisk teori gjaldt ikke bare kolera, men også spesielt pest og gulfeber.<sup>106</sup> Vedrørende pest reduserte England og Danmark sine karanteneforanstaltninger i 1825, og disse ble ytterligere redusert gjennom reformer i 1831 og i 1841. Samme type reformer ble iverksatt i Frankrike i 1828 og 1832. Antikonstantionistisk teori fikk sterk fremgang i etterkant av den første koleraepidemien. For de landene som var kommet "lengst" i å akseptere den nye sykdomsteorien, var det irriterende å måtte forholde seg til de karantenetiltak som ble iverksatt i land hvor antikonstantionismen ikke hadde vunnet frem i lik grad. Dette var tilfelle for England i forhold til pest-karantenen i de egyptiske havnene, og spesielt i Alexandria i 1844.<sup>107</sup>

Frankrike og England var de landene der antikonstantionismen kom klarest til uttrykk. Både det medisinske og det offisielle synet var sterkt antikonstantionistisk allerede i 1830-årene, og i etterkant av den første koleraepidemien var omvendelsen fra smitteteorien nærmest komplett.<sup>108</sup>

<sup>105</sup> Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008); Schepin/Yermakov, Oleg P. Yermakov, Waldemar V. International Quarantine (1991); Baldwin, Peter. Contagion and the State in Europe, 1830-1930. (1999) ; Moseng "Ansvaret for undersåttens helse 1603-1850, 2003.

<sup>106</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 37

<sup>107</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 38f

<sup>108</sup> Baldwin 1999, s 126

England var det landet som fjernet seg fra karantene i størst grad, og innen 1848 hadde myndighetene fullt ut avskaffet karantenistiske tiltak og iverksatt den sanitaristiske metoden for å bekjempe sykdom.<sup>109</sup> Dette vil jeg komme tilbake til i neste kapittel. I USA var størsteparten av de medisinske forskerne i tidsrommet 1832-1849 antikontagianister og anså epidemiske sykdommer for ikke-smittsomme.<sup>110</sup> I august 1832 publiserte helserådet i Washington en resolusjon. Denne gjorde det klart at rådet anså alle karanteneregler som påvirket de amerikanske handelskanaler for nytteløse som middel for å beskytte import og spredning av asiatisk kolera. De ble også ansett som verdiløse for, og restriktive på, samfunnet. Fordi de gav en falsk trygghet burde de oppheves.<sup>111</sup>

De tyske stater og Sverige var noe mer tilbakeholdne med å avvikle karantenetiltakene enn de øvrige. I de tyske statene var den medisinske oppfatningen i etterkant av den første koleraepidemien at diskusjonen mellom antikontagionistene og contagionistene ikke enda var avgjort. Dette fordi det manglet tilstrekkelig kunnskap. Hovedstrømmen blant de tyske medisinere var likevel antikontagianistisk, og contagionistene stod i forsvarsposisjon. Flesteparten i de tyske statene ønsket tiltak som kunne gi tilstrekkelig beskyttelse, men som skapte minst mulig motstand. Konkret ville det si begrenset karantene, eller tiltak som kunne erstatte karantenen, og en mindre drastisk metode for å isolere syke.<sup>112</sup> I 1835 gav myndighetene i Prøyssen de første generelle forskriftene for epidemisk sykdom. Forskriftene innebar en mykere karantelinje, men på ingen måte en full retrett fra den strikte karantene fra tidlig i 30-årene. Kolera var fremdeles ansett som en sykdom som ble spredt ved smitte, men i mye mindre grad enn for eksempel kopper og tyfus. Sanitarisme skulle fra nå spille en større rolle enn tidligere, og kommisjoner som skulle formidle usunne leveforhold skulle etableres i alle byer. Reguleringen fra 1835 gjorde offisielt den mer moderate karantene-linjen først iverksatt i 1831.<sup>113</sup>

Etter erfaringene fra koleraepidemien i Sverige i 1834 var også her antikontagianismen sterk. Epidemien i 1834 hadde overbevist mange medisinere om at kolera ikke var smittsomt, mens noen medisinere mente fortsatt at kolera ble spredt ved menneskelig kontakt. En tredje gruppe medisinere tok litt fra hver fløy og mente kolera både var smittsomt og skyldes lokal oppkomst og miasmer.<sup>114</sup> Totalt sett så stod Sverige nærmest det prøyssiske standpunkt til karantenetiltak, og her stod landet helt frem til ca. 1850.<sup>115</sup>

I Norge var den sentrale kolerakommisjonenes betenkning fra januar 1833 ble retningsgivende for offentlig epidemibekjempelse i flere tiår. To sentrale personer i denne komiteen

<sup>109</sup> Baldwin 1999, s 126f

<sup>110</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 41f

<sup>111</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 41f

<sup>112</sup> Baldwin 1999, s 124f

<sup>113</sup> Baldwin 1999, s130

<sup>114</sup> Baldwin 1999, s 125

<sup>115</sup> Baldwin 1999, s 133



var Fredrik Holst og Magnus Thulstrup. Moseng (2003) fremhever deres rolle i utformingen av den sentrale kolerakommisjonens syn fordi de var “uten tvil de mest innflytelsesrike medisinske autoritetene i 1830-årenes Norge”.<sup>116</sup> Moseng fremhever også at de var de klareste tilhengerne av miasmeteorien i sin samtid. Likevel, selv Fredrik Holst var i tvil. På tross av sin sterke miasmatiske oppfatning viser en rapport skrevet av Holst i Eyr i 1834, at han til tider tvilte på overbevisningen om at kolera skyldtes miasmer. Rapporten referer til et sykdomstilfelle der smitteveien fra den syke kunne indikere at det var snakk om smitte. Holst tvilte, men ikke nok til at han endret standpunkt, fordi den syke hadde vært drikkfeldig og da antakelig “særdeles fængelig for Cholera”. Den sykes utdunstninger kunne antas å ha blandet seg i atmosfæren, og gitt denne en “cholerisk” tilstand, og gjort sin videre virkning på andre “fængelige” personer.<sup>117</sup> Både Holst og Thulstrup, og en jurist, fikk i 1835 plass i en komite som skulle utarbeide en ny medisinallov. I innstillingen som ble levert i 1844, anbefalt ikke denne komiteen noen egentlig karantene som tiltak mot epidemier.<sup>118</sup> Dette er et eksempel på hvordan regjeringen var under sterk innflytelse av de ledende medisinske autoritetene i landet, og støttet seg til dem i den grad at de bad dem utforme den nye medisinalloven med en henhørende karantene lov.

Som en motsetning til de ledende medisinske autoritetene i Norge, Holst og Thulstrup, stod Carl Wilhelm Boeck. Boeck hadde erfaring med kolera fra Tyskland og var i 1833 konstituert som berglege ved Kongsberg Sølvverk. I en redegjørelse for koleraens spredning i Sandsvør prestegjeld leverte han en relativt klar og entydig fremstilling av kontaktsmitte. Han var sikker på at det var snakk om kolera, og han var sikker på at den var smittsom.<sup>119</sup> Boeck fortsatte å forfekte smitteteorier i årene fremover. Disse diskusjonene skal jeg komme tilbake til i senere kapitler.

Både internasjonalt og i Norge var det unntak fra overbevisningen om at karantene var nytteløst. Slike holdninger fantes hos personer som hadde et annerledes erfaringsgrunnlag med epidemisk sykdom enn de fleste. Et eksempel på dette kan vi hente fra Frankrike. Frankrike var, sammen med England, et av de landene som ledet an i antikaranteismen, men franske Marseilles og Toulon var et unntak fra dette. Begge byene var middelhavsbyer med store permanente internasjonale karantenestasjoner og høy karantenekompetanse, og de stod i en nærere avstand til Midt-Østen. Marseilles hadde fremdeles kontroll over byens karanteneprosedyrer, og i motsetning til Atlanterhavshavnene, som ønsket mer lokal bestemmelsesrett i sanitære spørsmål, ønsket Marseilles og havnene sørpå å styrke den sentrale kontrollen i karantenepraktis. Marseilles ønsket med dette å skape minst mulig lokale variasjoner, fordi for store variasjoner gjorde en stringent

<sup>116</sup> Moseng 2003, s 294

<sup>117</sup> Moseng 2003, s 300f

<sup>118</sup> STF 1848, 1 D, Do ; Udkast til lov om medisinalvæsenet, 1844.

<sup>119</sup> Moseng 2003, s 301f

karantene på en plass helt unyttig viss dette ikke var samkjørt med de andre havnene rundt.<sup>120</sup> Med hjemmel i lov fra 1822 hadde lokale helsemyndigheter i Marseilles makt til å implementere en strikt karantenep praksis. I 1835 formaliserte de den allerede gjeldende praksisen i karantenestatuetter. Disse ble plukket opp av andre havner i Middelhavet. Karantenestatuettene fokuserte hovedsakelig på pesten og frykten for pestens voldsomme smittsomhet. Statuettene foreskrev tiltak som å isolere de syke under vakthold og å la pasienter selv åpne sine egne pest-blemmer. Medisinsk helsepersonell ble spart for fysisk kontakt med smittede gjennom bruk av teleskop på 12 meters avstand.<sup>121</sup>

I norske forhold stod Kristiansand karantenestasjon fast på at karantenetiltak var virksomme. I årene 1831 og 1832 gikk stasjonen i mot myndighetenes påbud om ikke å legge skip i karantene og handlet i stedet etter det de var overbevist om at ville hindre koleraens spredning.<sup>122</sup> Senere, i årene 1835-1848, kritiserte også leger i Kristiansand og i sørlandsregionen myndighetenes linje. I denne perioden var det liten eller ingen virksomhet på Kristiansand karantenestasjon. Karantenestasjonene ble av norske myndigheter fratatt sertifiserende status som internasjonal karantenestasjon i 1832, og det ble åpnet for at skip kunne ligge i karantene hvor som helst langs kysten.<sup>123</sup> Bortsett fra i 1837, hadde de i denne perioden få skip inne til behandling, og legene i Kristiansand var misfornøyd med at skip med syke kunne legge rett til kai. De viste, i sine medisinalberetninger til staten, at det flere ganger i perioden 1835-48 var tilfeller der epidemisk sykdom ble importert via skip som kom inn langs kysten.<sup>124</sup> Stadsfysikus Hansson i Kristiansand var også svært misfornøyd med hvordan karantenevesenet ble forsømt, og hvilke farer det medførte. Gjentatte ganger forsøkte han og nå frem med synspunktene sine til myndighetene i Kristiania, uten resultat. Hansson var ingen hvemsomhelst hva angikk bekjempelse av epidemisk sykdommer. Han hadde lang erfaring som den medisinske ansvarlige på Kristiansand karantenestasjon, en internasjonal karantenestasjon som hadde utstedt Praktika med gyldighet i alle havner i Europa.<sup>125</sup> Dette viser hvordan myndighetene avfeide karantenekompetansen i Kristiansand, og ønsket å følge antikontagionistisk teori for å stake ut den videre kursen for bekjempelse av epidemiske sykdommer.

## Oppsummering

I dette kapittelet har jeg vist hvordan antikontagionistisk teori fikk innvirkning internasjonalt og i Norge, hvordan norske myndigheter var påvirket av synspunktene til de ledende medisinske

<sup>120</sup> Baldwin 1999, s 97

<sup>121</sup> Baldwin 1999, s 135-136

<sup>122</sup> Ohman Nielsen 2008, s 95-97

<sup>123</sup> Ohman Nielsen 2008, s 106

<sup>124</sup> Ohman Nielsen 2008, s 167ff

<sup>125</sup> Ohman Nielsen 2008, s 167ff

autoritetene, og at norske myndigheter reduserte karantenetiltakene. Jeg har vist hvordan noen medisinerere med erfaring fra karantenemedisinen var uenig med myndighetenes linje, og hvordan det var uenighet mellom medisinerere og de norske ledende medisinske autoritetene. Denne motsetningen skal jeg fortsette å følge i de neste kapitlene.

## Kapittel 5: 1848-1855 Liberalismens glanstid

### Innledning

Dette kapittelet handler om liberalismens glanstid, tiden der antikontagionismen hadde sitt høydepunkt internasjonalt og i Norge. Antikontagionismens innflytelse på myndigheter og medisinerer førte til at flesteparten av de europeiske landene reduserte sine karantenebestemmelser i denne perioden, også Norge. Dette temaet har tidligere vært behandlet av internasjonale og norske forskere. Internasjonalt har Peter Baldwin undersøkt hvorfor og hvilke faktorer som spilte inn på at de europeiske landene reagerte med forskjellig tiltak på det samme problemet: Kolera. Moseng har gjort rede for antikontagionismens innvirkning på Norge via ledende norske medisinske autoriteter. Ohman Nielsen har vist hvordan det var geografiske forskjeller i Norge når det gjaldt forståelsen av epidemisk sykdommers oppkomst og spredning, og at det spesielt i sør var mange mennesker, medisinerer og lokale myndigheter som mente at de fleste epidemiske sykdommene smittet. Med dette brøt de med de sentrale myndighetenes oppfatning av epidemihåndtering. Jeg vil bruke Baldwins teori og undersøke de norske forholdene. Jeg vil vise hvordan antikontagionistisk teori dominerte den norske karantene-loven fra 1848, hvem og hva lovkomitéen hentet sin inspirasjon fra, og hvorfor Norge fortsatte med å redusere karantenebestemmelsene frem til 1855. Jeg vil også vise diskusjonene i det medisinske selskap om samme tema.

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene Baldwin 1999, Porter 1999, Howard-Jones 1975, Schepin og Yermakov 1991, Ohman Nielsen 2008 og Moseng 2003, - og på egne primærkildestudier av forhandlinger fra Det medisinske selskap, Norsk Magazin for Lægevidenskab, karantene-loven fra 1848, diverse norske karanteneplakater<sup>126</sup>

### Diskusjon om ytterligere reduksjon av foranstaltningene mot kolera

I 1847 hadde en ny koleraepidemi innvandret til sydvest-Europa, og det var fryktet at den også ville komme til Norge. I forhandlingene i Det medisinske selskap 20. oktober 1847 ble spørsmålet om hvorvidt de gjeldende foranstaltningene mot kolera skulle bestå eller lettes ytterligere satt under debatt. Det overhengende spørsmålet for å avgjøre om karantenen skulle lettes eller ikke var dette: - Var kolera smittsomt? Og hvis så, hvilken betydning skulle man tillegge denne smittsomheten med hensyn til de offentlige foranstaltningene?<sup>127</sup>

<sup>126</sup> Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008); Schepin/Yermakov, Oleg P. Yermakov, Waldemar V. International Quarantine (1991); Baldwin, Peter. Contagion and the State in Europe, 1830-1930. (1999) ; Moseng "Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850, 2003; Porter, Roy, The Greatest Benefit for Mankind A medical history of humanity from antiquity to the present, 1999; Howard-Jones, Norman, The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938, 1975

<sup>127</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, side 121-122

Medisinal-lovkommissjonen hadde ytret ønske om ytterligere lettelser og hadde foreslått at karantene mot kolera falt bort med ett unntak: Skip som i de siste 5 dagene på reisen hadde hatt kolerasyk eller koleradød om bord eller hadde med gangklær, sengeklær eller gjenstander som hadde vært brukt av disse. Fartøyet skulle da holdes avsondret så lenge det tok å hente ut syke eller døde av kolera og de gjenstandene som var brukt, samt å rense de rommene som vedkommende hadde oppholdt seg i.<sup>128</sup>

Fredrik Holst, professor ved universitetet og medlem av medisinallovkommissjonen, viste til en presentasjon over de nyeste skrifterne om kolera i det britiske magasinet *Brit. & for. Med. Review*. Her hadde han lest at sykevoktere ved hospitalene i India forholdsvis sjelden, og i hvert fall ikke hyppigere enn andre, ble angrepet av kolera. Ved sykehusene i Egypt, Orenburg, Moskva, St. Petersburg, Warschau og Danzig ble sykevokterne helt skånet.<sup>129</sup> Holst mente dette også kunne stemme etter erfaringene fra norske forhold. Ergo, konkluderte Holst: 1. Berøring av eller opphold nær kolerasyk var ikke farlig. 2. Kolera kan ikke være særlig smittsom, eller kontagiøs i ordets rette forstand.<sup>130</sup> Holst mente sykdommen forplantet seg:

“..igjennem Luften, som deels ved miasmatiske Udvikling, deels ved de Syges Uddunstninger svangres med Cholerastof og saaledes udøver sin Virkning paa Organismen igjennem Huden og Aandedrætsredskaberne.”<sup>131</sup>

C. Heilberg mente at siste koleraepidemi hadde vist at hverken sanitærkorridorer eller karantene hjalp å holde sykdommen ute. Heilberg mente i tillegg at Medisinallovkommissjonen ikke handlet konsekvent, og han stilte derfor spørsmål til lovkommissjonens anbefaling av 5-dagers karantenen og rensning ved en sykdom kommissjonen selv hadde erklært at ikke var kontagiøs?<sup>132</sup> Til dette svarte Holst at kommissjonen hadde skjelnet mellom *kontagium* og *infeksjon*<sup>133</sup>, der *kontagium* ble forstått som en direkte overførsel fra det ene individet til det andre, og *infeksjon* som overførsel gjennom klær, luft, osv.<sup>134</sup> Denne spesielle begrepsdefinisjonen fikk følger for deres forståelse av koleraens spredning.

W. Broeck hadde en annerledes tanke bak sin oppfatning. Han tvilte ikke på at kolera var en epidemisk smittsom sykdom, men han mente at den ville kjempe seg igjennom, tross stengsler. Han

<sup>128</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, side 121-122

<sup>129</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 122-123

<sup>130</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 123

<sup>131</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 123

<sup>132</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 124

<sup>133</sup> Infeksjon beskrives å være overførelse gjennom luft, klær, gjenstander m.m.; Norsk magasin for lægevidenskab 1848; Forhandlinger i Det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 124

<sup>134</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 124

syntes ikke det var viktig hvordan kolera oppkom opprinnelig, ved smittestoff eller ved infeksjon, men at hovedpoenget var at den var meget smittsom mellom mennesker. W. Boeck gjorde oppmerksom på parallellen med tyfus: At leger i de større byene nektet for at tyfus var smittsom, men at leger som jobbet på landet med mer spredt befolkning aldri kunne la seg overbevise om det samme. Slik var det med kolera også, mente W. Boeck.<sup>135</sup> Egeberg samstemte med W. Boecks synspunkter, for i sitt eget arbeid kunne han se at W. Boeck hadde rett og han sa seg enig i at man i begynnelsen kunne følge sporene fra den ene til den andre. Imidlertid mente han at det ble umulig å følge koleraen etterhvert som sykdommen ekspanderte. Egeberg anbefalte ikke karantene fordi han mente sykdommen kom gjennom likevel, men han sa at han mente kolera i alle fall var kontagiøs, i hvert fall i startfasen.<sup>136</sup>

Det medisinske selskapet diskuterte igjen bruk av karantenen mot kolera på møtet 24.november 1847. Holst gjorde først oppmerksom på at både Medisinallovkommisjonene, den sentrale kolerakommisjonen mot karantene mot kolera, og opinionen i Norge ikke virket stemt for karantene, men at begge kommisjonene gjerne ville vite hva legene i selskapet mente.<sup>137</sup> Diskusjonen endte med at ingen på møtet talte for karantene mot kolera, men at de som uttrykte seg bestemt, også var sterkt mot karantene mot kolera.<sup>138</sup> Unntaket var Christian Boeck. Han kunne umulig gå med på at kolera kunne utbres ved et *miasme*. Han antok at det var “ *et Contagium, som syntes å være flygtigt*”, han mente at “ *..en streng Quarantaine var.. ..tilraadelig, naar den kunde være streng nok; men naar dette ei kunde skee, maatte man lade den falde bort.*”<sup>139</sup> En kort karantene bare mot skip med syke om bord, og bare rettet mot de personene der sykdommen var brutt ut, ville ikke være tilstrekkelig. Han mente at karantenen var nyttig, men unyttig hvis den ikke ble håndhevet med tilstrekkelig strenghet og nitidighet og mot alle som kunne bære smitten med seg.

### Karantene-loven av 1848

Det som skulle bli “Lov om quarantænevæsenet” fra 1848 var først en del av et medisinlovforslag som omfattet hele medisinalvesenet. Kommisjonen for denne loven ble nedsatt i 1832 og presenterte lovforslaget første gang i 1844. Siden lovforslaget ble lagt frem første gang i 1844 hadde utkastet blitt revidert og ble sent ut på nytt til Indre-departementet i 1847. Opprinnelig

<sup>135</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 124f

<sup>136</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania 20. oktober 1847, s 125

<sup>137</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 8. desember 1847, s 189

<sup>138</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 8. desember 1847, s 190

<sup>139</sup> Norsk magasin for Lægevidenskab 1848; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 8. desember 1847, s 190

omfattet som sagt dette lovforslaget hele medisinallovgivningen og skulle være en helomfattende reform. Forslaget var laget slik at det kunne legges frem for Stortinget i sin helhet, eller at hvert kapittel kunne sees på som ett lovforslag. Stortinget gikk ikke gjennom hele lovutkastet. De behandlet deler av det og foreslo i stedet å opprette en kommisjon som kunne gå gjennom forslaget i sin helhet.<sup>140</sup> Bare en liten del av den, “om Bevilgelse af Lønninger til Medlemmer og andre Embedsmænd af et Medicinalcollegium”, og “om Qvarantainevæsenet” ble behandlet og fremsatt som kongelig proposisjon. Den førstnevnte proposisjonen ble ikke bifalt av Stortinget, men den som omhandlet karantenevesenet ble vedtatt og sanksjonert 12. Juli 1848 som “Lov om qvarantenevæsenet”.<sup>141</sup>

### 1848-loven: Innhold

Loven gav seg ut for å være en lov som skulle omhandle de fire mest fryktede sykdommene i samtiden: Pest, gulfeber, kolera og kopper. Hver paragraf uttrykte presist hvilken sykdom paragrafen gjaldt. Dette var en endring fra 1805-loven som brukte uttrykkene ”pestartede sykdomme” og ”ondartede smittsomme sykdomme”. Dette ble endret for ikke å skape rom for forskjellig tolkning og vilkårlig behandling. Dertil var det hyppige innenlandske tilfeller av de andre ondartede sykdommer, så utestengelse av de øvrige sykdommen ble ansett som lite hensiktsmessig.<sup>142</sup> Selv om loven skulle omhandle disse fire sykdommene så vedrørte de fleste paragrafene pest. Pesten hadde ikke vært en reell fare i landet på mange år, men den ble ansett som den mest smittsomme sykdommen etter den tradisjonelle ideen om smittsomhet som landet trengte å beskytte seg fra. Lovkommisjonen brukte mye plass på å vise til en fransk undersøkelse gjort med hensyn til pest av “Pariserkommisjonen” som nylig var publisert. Frankrike selv holdt på å ta stilling til sin egen karantene lov ut i fra Pariserkommisjonenes resultater, og det var fortsatt uvisst hvordan Pariserkommisjonenes arbeid ville få innflytelse på andre lands karantene lover. Den norske lovkommisjonen anbefalte at norsk karantene lov burde bygges på de regler som Pariserkommisjonen og det franske medisinske Akademiet tilrådet. Dette fordi lovkommisjonen mente at disse reglene var mest i overensstemmelse med tidens nye vitenskap og erfaring, på tross av uvissheten omkring hvordan andre land reagerte i forhold til Pariserkommisjonenes resultater og hvordan det innvirket på andre lands revisjoner av egne karantene lover.<sup>143</sup> I følge den nye loven skulle karantenen med hensyn til pest settes ned for fartøyer og varer i losningskarantene til 20 dager, og øvrig karantene skulle settes ned til 14 dager. Begge tilfeller beregnet fra avseilingsdagen,

<sup>140</sup> Norsk magasin for legevidenskab 1850; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 12. februar 1848, s 255

<sup>141</sup> Norsk magasin for legevidenskab 1850; Forhandlinger i det medicinske Selskab i Christiania i 12. februar 1848, s 251-261; STF 1848, 8 del, s 143

<sup>142</sup> STF 1876, 5 D, Dok. No. 49: 10-11; 47f

<sup>143</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 21

mistenkelig samkvem, eller sykdomstilfelle om bord. Rensningen skulle også bli enklere og lettere og måtte unngå å bederve varene.<sup>144</sup> Fartøy kunne kun fra nå legges i karantene på steder der det fantes en karantenekommisjon til å ta hånd om karantenen.<sup>145</sup>

Gulfeber ble i følge loven også ansett som en smittsom sykdom, men i mindre grad enn pest, og det var regnet som usannsynlig at gulfeber ville komme opp til Norges breddegrad. I 1805 var oppfatningen at gulfeber kunne komme til et hvilket som helst himmelstrøk. Lovforslagene av 1844 og 1848 var denne oppfatningene endret.<sup>146</sup> Om gulfeber og kopper bestemte den nye loven at fartøy som kom til land og hadde med syke av kopper eller gulfeber de siste 5 dagene, eller som hadde med syk/død av disse sykdommene ved ankomst, skulle holdes avsondret inntil disse personene var friske og brukstingene og klær bragt i land eller renset.<sup>147</sup>

Når det gjaldt kolera, var loven bygget på den gjeldende oppfatning om at koleraen ikke ble hindret av karantene. Holst viser i bilag A til at Preussens nyeste karantene lov fra 30.april 1848 omhandlet kun pest og gulfeber, ikke kolera. En britisk rapport til dronning Victoria konkluderte med at koleraen ikke var smittsom, og nevnte ikke en gang karantene som forebyggende middel. Derimot nevnes renslighet, forbedring av kloakk og ren luft i den britiske rapporten.<sup>148</sup> Holst oversatte og publiserte slike rapporter fra England i *Magazin for Norsk Lægevidenskab*.<sup>149</sup> På denne måten holdt han seg selv og sine fagfeller oppdatert over den nyeste forskningen fra England. Den nye loven bestemte at fartøyer som kom fra steder der det var brutt ut koleraepidemi, eller som hadde hatt kontakt med et slikt sted eller fartøy på reisen, skulle, hvis om kongen bestemte det, underlegges observasjonskarantene. Karantenetiden var maks 8 dager fra avreisedagen. Unntaket var om det var kolerasyk eller død av kolera ombord, eller klær, sengetøy eller annet som har vært brukt av denne. Da var observasjonstiden 8 dager fra syke var blitt frisk, eller den døde personen og eiendeler var blitt fjernet fra fartøyet.<sup>150</sup> Tidligere var det særdeles strenge regler for hvordan lasten skulle håndteres. Den nye loven bestemte at skip som bragte kolerasyk eller koleradød, eller som hadde hatt kontakt med smittet sted ved avreise eller under reisen, kunne ta lasten i land mens de lå under karanteneflagg. Dette gjaldt også for gulfeber og kopper, men ikke pest.<sup>151</sup>

Forordningen av 1805 paragraf 12 skjelnet mellom “smittede steder” og “mistenkte steder”, der de “smittede steder” var steder som offisielt var bekjentgjort som smittede. Lovkommisjonen sa

<sup>144</sup> Mejlænder 1861, *Almindelig Norsk Lovsamling for Tidsrummet fra 1660-1860*, s 1144, §12

<sup>145</sup> Mejlænder 1861, s 1144, § 10

<sup>146</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 47f, gjengivelse av lovkommissionenes utkast og motiver fra 1844.

<sup>147</sup> Mejlænder 1861, s 1145, §15

<sup>148</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 46. 1848

<sup>149</sup> *Magazin for Norsk Lægevidenskab* 1848; s 175-180; 247-249

<sup>150</sup> Mejlænder 1861, s 1145, §14

<sup>151</sup> Mejlænder 1861, s 1145, § 16



at denne bestemmelsen var bygget på ideen om at pest var smittsom. Den pekte på at det nå var tvil om pestens smittsomhet, og fjernet denne for begrepene smittede og mistenkte.<sup>152</sup>

I motivene under regjeringens innstilling til loven presiserte statsråden at foruten bestemmelsene for pest, så foreslo ikke loven nye bestemmelser for de øvrige sykdommene, men samlet bare tidligere utgitte bestemmelser. Loven hadde kun hast å få vedtak fordi lovforslaget siktet mot å lempe på de strenge reglene for pestkarantenen fra forordningen fra 1805, og disse pestbestemmelsene var spesielt hindrende for norsk skipsfart.<sup>153</sup> England og Frankrike hadde lempet på sine karantenebestemmelser mot pest, og derfor hadde lovkommissjonen foreslått lempninger i Norge.<sup>154</sup>

Ved å tilråde dette lovforslaget bekjente de norske myndighetene sin tilhørighet til engelsk og fransk tankegodt og viste at de ønsket mest mulig liberalisme som retningslinje, også for tiltak mot epidemier. Verken Sverige eller Danmark hadde liberalisert karantenepraksisen i så stor grad som Norge, og i følge Holst var dette årsaken til at den norske loven ikke totalt fjernet karantene på kolera.<sup>155</sup> Karantene som tiltak mot epidemiske sykdommer ble ikke fjernet i 1848-loven, men loven reduserte karantene til få sykdommer. For at karantenebestemmelsene skulle tre i kraft måtte kolera først bli diagnostisert som kolera.

### 1848-loven i praksis

I 1848 sto Norge igjen ovenfor en ny koleraepidemi. Dette var første gang de nye liberale karantenebestemmelsene fra 1830-årene og den nye karantene-loven skulle settes på prøve. Koleraepidemien som traff Norge begynte i Bergen i desember i 1848. En vekterkone fra Bergen, som sannsynligvis hadde blitt smittet av noen utenlandske sjøfolk fra et skip fra Holland, ble syk 8. desember og døde 10. desember. Fra henne spredte sykdommen seg til sønn, datter, mann og mor. 18. desember ble det slått full koleraalarm i Bergen. Koleraen kom raskt til legenes oppmerksomhet, men den spredte seg hurtig. I tidsrommet mellom desember 1848 og frem til mars 1849 ble minst 1000 mennesker syke av kolera i Bergen, og over 600 mistet livet.<sup>156</sup> Myndighetene utstedte en anordning med provisoriske foranstaltninger 22. desember lik den i 1833, og det ble igjen opprettet en sentral kolerakommisjon. Dette stoppet likevel ikke epidemien som spredte seg med sildefiskere med sesongfiske av vintersild fra Bergen videre langs kysten og ned til Stavanger.<sup>157</sup>

<sup>152</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 21-22

<sup>153</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 41,

<sup>154</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 41,

<sup>155</sup> STF 1848, 1 D, No 14, s 43-47,

<sup>156</sup> Ohman Nielsen 2008, s 173-174

<sup>157</sup> Ohman Nielsen 2008, s 174

Målet med den nye karantene-loven var å gi lettelse for skipsfart og handel, og å tilpasse karantenebestemmelsen etter den nyeste forskningen. Men kommisjonen i Kristiania, som hadde utformet loven, kjente ikke godt til forholdene mange steder langs kysten. I flere sammenhenger virket loven motsatt. Et eksempel på dette er fra Flekkefjord under epidemien i Bergen. Her fikk Flekkefjord problemer med paragraf 10 i karantene-loven. Denne paragrafen sa at fartøy kun kunne legges i karantene på steder som hadde karantenekommisjon.<sup>158</sup> Problemet for Flekkefjord var at Flekkefjord by med karantenekommisjon lå inne i en to mil lang fjord. Denne fjorden kunne det ta ukevis å forsere i tilfeller med ulaglig vind, og hvis et fartøy bare skulle ligge 1 dag i karantene for å fylle opp karantenetiden fra avseilingen, mente karantenekommisjonene og distriktslegen Kraft at det var et urimelig krav å tvinge fartøyer opp en fjord som bare kunne seiles på visse vinder, og som ville medføre ukevis med forsinkelse.<sup>159</sup> Kommisjonene søkte departementet i 1849 om å få lov til å holde karantene i en eller flere av uthavene slik som det hadde vært praksis i ualminnelige tider. Dette ble avslått.<sup>160</sup>

Karantene-loven fra 1848 flyttet også beslutningsmyndighet fra de som hadde erfaring med å drive karantenen til andre instanser. Etter 48-loven ble utførelsen av karantenevesenet delt mellom to instanser; en karantenekommisjon som skulle drive alle innretningene ved byenes karantenesteder, mens fogd og distriktslegen hadde en bestemmende og utøvende myndighet i uthavnene. Dette er tidligere beskrevet under lovens innhold. I praksis ble denne endringen, i følge distriktslege Kraft i Flekkefjord, omstendelig i gjennomførelsen i et land hvor lokale forhold og lange distanser mellom både fogd, distriktslege og karantenekommisjon kunne forkomme.<sup>161</sup> I stedet for å skape lettelse i handel og skipsfart, kunne 1848-loven her skape lange forsinkelser med et omstendelig byråkrati. Ohman Nielsen mener denne endringen i 48-loven flyttet mye av myndigheten bort fra de personer og institusjoner som hadde lang praktisk karanteneerfaring over til personer som ikke hadde det. Hun mener denne endringen hadde mål om å bryte ned autoriteten og erfaringen til den eksisterende "karantene-kulturen" i miljøer langs kysten og siden kontrollen til det sentrale embetsverket.<sup>162</sup>

### 1848-loven i europeisk perspektiv

På dette tidspunktet, i 1848, var Norge, sammen med England og Frankrike, det landet som hadde liberalisert karantene-loven sin i størst grad i henhold til pest. For gulfeber hadde de ovenfor nevnte landene, samt Sverige, Danmark og Prøissen, beholdt karantenen for fartøyer som hadde hatt eller bragte med seg syke eller døde. Under koleraepidemien, som nå pågikk, hadde hverken Russland,

<sup>158</sup> Mejlænder 1861 s 1144 § 10

<sup>159</sup> Ohman Nielsen 2008, s 176-177

<sup>160</sup> Ohman Nielsen 2008, s 176-177

<sup>161</sup> Ohman Nielsen 2008, s 177 se note.

<sup>162</sup> Ohman Nielsen 2008, s 177

Prøyssen, Mecklenburg-Schwerin, Hannover eller Hansestatene Lübeck, Hamburg og Bremen påbudt noen karantene mot kolera. I England ble det ved Geheimerådsbeslutning<sup>163</sup> i 1847 bestemt å heve karantenen mot kolera i England og Irland etter sykdommen var utbrutt. I Frankrike skulle kun de fartøy som hadde hatt ett eller flere koleratilfeller om bord underkastes en observasjonskarantenen på 3-5 dager. I Danmark var denne karantenen satt til 5 dager, i Norge 8 dager når fartøyet hadde hatt eller ved ankomsten hadde et koleratilfelle om bord, i andre tilfeller til 5 dager. I Sverige var kolerakarantenen på 7 eller 10 dager ettersom fartøyet kom fra mistenkt eller smittet sted.<sup>164</sup>

De europeiske Middelhavstatene hadde en helt annen holdning. For eksempel i Napoli, ble norske skip fra Bergen nektet adgang til noen av rikets havner under koleraepidemien i Bergen i 1848-49.<sup>165</sup> Dette vitner om at det hersket en annen tankegang ved Middelhavslandene og kystene; karantenevesenets oppholdssted. Frankrike var slik delt i to grupperinger hva angikk epidemisk sykdomstenkning og karantene. Dette geografiske skilte middelhavhavnene fra holdningene til myndighetene i Paris og langs Atlanterhavskysten. Middelhavshavnene inntok ikke samme antikontagionistiske standpunkt som myndighetene i Paris. Dette gjorde at disse, og spesielt Marseilles, ikke godtok lettelse av karantenen. I 1850 ble to skip fra Malta i lagt karantene ved ankomst til Marseilles, på tross av at franske myndigheter hadde beordret at kun skip med kolerasyk eller død person av kolera skulle legges i karantene. Dette medførte at karantenekommisjonene i Marseilles ble avskjediget, og franske myndigheter satte deretter en mer liberal medisiner fra det medisinske akademiet til å etablere en ny karantenekommisjon, som ville utføre myndighetenes liberale retningslinjer for karantene. På tross av hovedstatens direkte innblanding, endret dette seg tilbake innen noen få måneder. Frykt for import av kolera, og frykt fra det lokale næringslivet om restriksjoner fra andre nasjoner på adgang til deres havner, bragte raskt dem gamle karantenen tilbake.<sup>166</sup> I Marseilles, den største karantenebyen ved Middelhavet, delte folk i byen og myndighetene de lokale karantenelegenes og myndighetenes syn på epidemiske sykdommers spredning, behovet for isolasjon og karantenes nytte. Parallellen til Kristiansand og Norges største karantenestasjon er svært stor.

<sup>163</sup> Et kongelig råd (engelsk: Privy Council; tysk: Geheimer Rat) en forsamling av monarkens nærmeste rådgivere i en rekke monarkier: [http://no.wikipedia.org/wiki/Kongelig\\_råd\(20.11.2011\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Kongelig_råd(20.11.2011))

<sup>164</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1849; Actstykker angaaende Quarantaine. Fredrik Holst; "Report on quarantine 1848", s 657f

<sup>165</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1849; Actstykker angaaende Quarantaine. Fredrik Holst; "Report on quarantine 1848", s 658

<sup>166</sup> Baldwin 1999, s 215-216

## Engelsk innflytelse

England var et foregangsland for Norge, og England påvirket Norge på mer enn en måte.

Medisinske autoriteter i Norge hentet inspirasjon fra Edwin Chadwick og sanitarismen, og jeg har vist hvordan disse samme medisinere øvde stor innflytelse på myndighetene, for eksempel ved at Fredrik Holst satt i lovkommissjonen for karantene-loven fra 1848. Den andre måten England påvirket Norge på var ved å være Norges viktigste handelspartner. I 1849 opphevet England navigasjonsakten som lenge hadde hindret at norske skip fikk frakte varer til og fra England som de ikke selv eksporterte eller importerte. Nå fikk tredjepartsland, som Norge, anledning til få frakter mellom England og andre land. Baldwin har satt både medisinsk kunnskap og økonomiske interesser opp som viktige faktorer for hvordan de europeiske landene staket ut kursen for karantenebestemmelser<sup>167</sup>. Nå skal jeg undersøke dette i norske forhold.

Etter det første møtet med kolera i 1831 endret engelske helsemyndigheter kurs. De forlot et strengt smittevern basert på karantene og omfavnet i stedet en *anti-contagianistisk* forståelsesramme og *sanitarismen*.<sup>168</sup> Det sentrale sunnhetsrådet i London stod sentralt i denne omveltningen, og spesielt rådets leder, Edwin Chadwick. Chadwick og hans medarbeidere lanserte et politisk program, *Sanitarismen*, som konkluderte med at, basert på undersøkelser gjort i London, Birmingham, Leeds og Manchester og andre urbane hovedpunkter, det var en sammenheng mellom fattigdom og sykdom.<sup>169</sup> Hovedpunktene i Chadwicks og sanitaristenes sykdomsforståelse var en blanding av ulike miasmeteorier. De mente skitt, avfall, urenhet og forurensning var selve *de* sykdomsskapende elementene. Spesielt var råttenskap og lukt regnet som ille. Chadwick påstod at: ”all stank betyr, hvis den er intens, umiddelbar, akutt sykdom”<sup>170</sup>. Preventive tiltak, var hovedideen til sanitarismen, og behandling av vannforsyning og kloakk var blant de mest sentrale virkemidlene. For kloakkens del for å fjerne stanken.<sup>171</sup>

Det er veldig tydelig at lovkommissjonene som utarbeidet lovforslaget til den nye norske karantene-loven i 1847 lente seg tungt på engelsk og spesielt fransk forskning. Frem til “The general board of health” i London publiserte sin “Report on Cholera” i 1848 var den franske rapporten om pest den med mest tyngde i den medisinske fagverdenen.<sup>172</sup> Den franske rapporten angikk kun karantenen mot pest, og foreslo reduserte karantenebestemmelser og lettelser i rensningen. Den engelske rapporten om karantene angikk karantenen både for pest, gulfeber og

<sup>167</sup> Baldwin 1999, s 201-211

<sup>168</sup> Baldwin 1999, s 126-127

<sup>169</sup> Porter 1999, s 409-411

<sup>170</sup> R.Porter 1999: s 411

<sup>171</sup> Porter 1999, s 411; Baldwin 1999, s 127-128

<sup>172</sup> Se “1848-loven:innhold” tidligere i kap.

kolera og gikk så langt at den foreslo å oppheve all karantene mot disse tre sykdommen.<sup>173</sup>

Chadwick og sanitarismen fikk stor innflytelse i Norge. En av de ledende medisinske autoritetene, Fredrik Holst, tok positivt imot to av de viktigste publikasjonene fra det sentrale sunnhetsrådet: *Report on Cholera* fra 1848 og *Report on the epidemic Cholera* fra 1849. Han anmeldte dem delvis i Norsk magazin for Lægevidenskab og delvis i dagspressen.<sup>174</sup>

Det var også en annen grunn for at Norge skulle gå etter Englands eksempel. For på samme måte som Jakob Aall fremholdt i 1831, at Norges karantenelever ville hindre norske oppdrag og eksport til England, på samme måte var det viktig, og kanskje enda viktigere at Norge, etter navigasjonsakten, fulgte de britiske karantene-reglene for at ikke norske skip og redere skulle, i kampen om frakter på Storbritannia, bli stående på sidelinjen.

“Report on Quarantine”, som ble forelagt dronning Victoria i 1848, ble videresendt av den britiske regjeringen til andre lands regjeringer med oppfordring om å overveie motivene og forslagene i rapporten, og gi tilbakemelding om hvorvidt vedkommende land var tilbøyelig til å følge forslagene.<sup>175</sup> Fredrik Holst meddelte rapportens hovedlinjer og hans egne betenkninger til Norsk magazin for lægevidenskab i 1849 i “Actstykker angaaende Quarantaine”. Det britiske helserådet oppfordrer i rapporten til opphevelse av all karantene for sykdommer som tradisjonelt var regnet under karantenebestemmelser, og i stedet iverksettelse av sanitære foranstaltninger.<sup>176</sup>

I 1850 kom et offentlig svar til Englands frieri til Norge.<sup>177</sup> Både Det medisinske fakultetet i Kristiania og den sentrale kolerakommisjonen hadde der gitt hver sin betenkning, og disse hadde Marinedepartementet tatt til etterretning da de gav sin betenkning og sendte svar til England. Det medisinske fakultet og Marinedepartementet la vekt på at Norge nettopp hadde vedtatt en ny karantene lov, som var oppdatert etter de nyeste undersøkelsene og den nyeste forskningen internasjonalt.<sup>178</sup> Begge la diplomatisk frem hvordan den eksisterende karantene loven ikke skilte seg nevneverdig fra det å ikke ha noen karantene i det hele tatt, fordi 1848-loven i virkeligheten hadde innskrenket bruk av karantene på kolera, kopper og gulfeber i den grad at det nærmest aldri ville bli anvendt.<sup>179</sup> Det medisinske fakultetet mente at det per dags dato ikke var grunn til å fjerne

<sup>173</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1849; Actstykker angaaende Quarantaine. Fredrik Holst; “Report on quarantine 1848”, s 658f

<sup>174</sup> Moseng 2003, s 308

<sup>175</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, “Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica”, s 263

<sup>176</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1849; Actstykker angaaende Quarantaine. Fredrik Holst; “Report on quarantine 1848”, s 657f

<sup>177</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, “Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica”, s 263-271

<sup>178</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, “Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica”, s 263-271

<sup>179</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, “Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica”, s 262-271

karantene for pest: Ingen land hadde så langt fjernet den helt, pestkarantenen hadde kun foreløpig blitt lettet. Dette var både den sentrale kolerakommisjonen og Marindepartementet enige i.<sup>180</sup> Det medisinske fakultet uttrykte ønske om, og oppfordret alle andre land som stod i en handelsforbindelse med hverandre, å enes om felles grunnsetninger til foranstaltninger mot kolera.<sup>181</sup> Den sentrale kolerakommisjonen fremhevet sin overbevisning, som de sa bygget på både vitenskap og erfaring, at karantene for kolera var unyttig. De understreket viktigheten av at de norske myndighetene tok dette til etterretning fordi det var viktig for handelsforholdet til England. De var også enige i at “de samhandlende” landene burde møtes for å bestemme felles grunnsetninger for karantenen, og at dette burde gjøres gjennom en kongress.<sup>182</sup> Marindepartementet forklarte taktfullt at de ønsket å heve båndene som karanteneforanstaltningene mot kolera la på skipsfarten, men på grunn av koleraepidemien som for øyeblikket herjet, og som ikke så ut til å opphøre med det første, mente de at dette ikke var det rette tidspunktet å oppheve karantenen mot kolera. De ville avvente resultatet av den vitenskapelige granskningen i etterkant av koleraepidemien i Europa.<sup>183</sup>

### Diskusjon i det medisinske selskapet

Norske medisinerere fortsatte å diskutere kolerasykdommens oppkomst og utbredelse i etterkant av koleraepidemien i Norge i årene mellom 1848-50. Koleralasarettlege i Bergen, Timandus Løberg, hadde allerede mens epidemien i Bergen fortsatt pågikk, publisert en artikkel om koleraepidemien i Bergen i Norsk Magazin for Lægevidenskab. Han kritiserte her de medisinske autoritetene som hevdet at kolera ikke smittet, for ut fra det han visste konkluderte alle legene som praktiserte i Bergen at koleraen i denne epidemien hadde opptrådt som smittsom.<sup>184</sup> I forhandlinger i det medisinske selskap kommer det klart frem hvilken forvirring og hvilket kaos som fortsatt regjerte da kolerasykdommens oppkomst og utbredelse igjen ble satt under diskusjon. Diskusjonene viste at de samme argumentene ble brukt om hverandre.<sup>185</sup> F.C. Faye(1806-1890), professor ved Universitetet fra 1850, mente smitteteorien bare økte folks frykt, og at frykten i seg selv økte også folks disposisjon for å få kolera. Samme frykt hadde også andre store konsekvenser: Det ville sette

<sup>180</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, "Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica", 263-271

<sup>181</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, "Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica", s 268

<sup>182</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, "Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica", s 268-269

<sup>183</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, "Offentlige Foranstaltninger og Bekjentgjørelser vedkommende Medicinalvæsenet i Norge i 1850, - Responssa medica", s 271

<sup>184</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1850, s 217-224

<sup>185</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1851; Forhandlinger i det Medicinske Selskab 6.november 1850, s 165-169

legen som behandlet syke i et mistenkelig lys. Han var opptatt av folks oppfatning av legene og faren for at legens posisjon ble redusert fordi de kunne bli ansett som smittespredere.<sup>186</sup>

## 1. internasjonale sanitærkonferanse i Paris, 1851

De økende handelsbåndene, som knyttet Europa tettere og tettere sammen, medførte at det vokste frem et behov for enighet om en felles sykdomsforståelse og beskyttelsestiltak.<sup>187</sup> Frankrike tok initiativ til den første internasjonale sanitærkonferanse i Paris i 1851. Franskmenenes motiv for konferansen var at de ønsket en internasjonal enighet og en standardisering for karantenetiltak som ble iverksatt for å hindre kolera, pest og gulfeber. Pest ble bare ansett for å være en teoretisk trussel. Trusselen fra kolera derimot var høyst aktuell.<sup>188</sup> 11 europeiske stater var sammen med Tyrkia representert på konferansen.<sup>189</sup> Hvert land var representert ved to delegater: En medisiner og en diplomat.<sup>190</sup>

Slik gikk gangen i konferansen: Det var en tilsynelatende allmenn oppfatning at sykdommene pest og gulfeber i noe grad var overførbare, men slik var ikke oppfatningen om kolera. Etter at konferansen først forsøkte, uten hell, å diskutere kolerakarantene i plenum, ble en komite utnevnt og overgitt oppgaven.<sup>191</sup> Komiteen bestod av fire medisiner og tre diplomater. I forkant av presentasjonen av rapporten gjorde komiteen det klart at alle politiske spørsmål og all diskusjon av vitenskapelig teori var blitt ekskludert.<sup>192</sup> Komiteen kunngjorde at: - det var menneskelig umulig å gjøre noe nyttig for å hindre koleraen. Karantenetiltak mot kolera var umulig og attpåtil farlig i noen tilfeller.<sup>193</sup>

Da konferansen trådte sammen for å diskutere komiteens rapport uttalte Vatikanstaten, Toscana og Sicilia at de var for karantene mot kolera. De mente at kolera ble importert.<sup>194</sup> Spania, Hellas og Toscana gav også beskjed om de var for karantene mot kolera.<sup>195</sup> Sardinia støttet Østerrike, Storbritannia og Frankrike i en erklæring som sa at sanitærkorridorer og karantene var ubrukkelig mot kolera.<sup>196</sup> Den spanske medisinske delegaten pekte på usikkerheten rundt koleraens utbredelsesmåte og mente at kolera ikke skulle tas av lista med karantenebelagte sykdommer.<sup>197</sup> Portugals delegat kom med et forslag om en *non-resolution*, at karantene skulle være valgfritt og av

<sup>186</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1851; Forhandlinger i det Medicinske Selskab 6. november 1850, s 169ff

<sup>187</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 43

<sup>188</sup> Howard-Jones 1975, s 12

<sup>189</sup> Dette var Østerrike, Storbritannia, Hellas, Russland, Spania, Vatikanstaten, Sardinia, Toscana, Sicillia (disse fire skulle få år senere være kjent som Italia.) og initiativtaker, Frankrike.

<sup>190</sup> Howard-Jones 1975: s 12

<sup>191</sup> Howard-Jones 1975, s 12-13

<sup>192</sup> Howard-Jones 1975, s 12-13

<sup>193</sup> Howard-Jones 1975, s 12-13

<sup>194</sup> Howard-Jones 1975, s 13

<sup>195</sup> Howard-Jones 1975, s 15

<sup>196</sup> Howard-Jones 1975, s 14

<sup>197</sup> Howard-Jones 1975, s 13-14, mine oversettelser.

valgfri lengde.<sup>198</sup> Russlands medisinske delegat refererte til de tidligere erfaringene Russland hadde hatt med kolera, både epidemien i 1829-32 og i 1846-49. I den førstnevnte hadde russerne tatt i bruk karantene. Likevel mistet nesten 229 000 russere livet. Dette hadde svekket russernes tillit til karantenen som middel for å forhindre kolera. Likevel, i den sistnevnte epidemien hadde ikke karantenen blitt håndhevet. Da hadde mer enn 880 000 mennesker mistet livet. Derfor, sa den russiske delegaten, vurderte nå Russland igjen å ta i bruk karantene som tiltak.<sup>199</sup> Dette ble for mye for den Østerrikske delegaten. Han sa at pest angrep alle mennesker, kolera derimot, kunne sammenliknes med en guddommelig vind sent til jorden for å straffe dem som ikke tok vare på helsen sin.<sup>200</sup> Det ble deretter stemt over hvorvidt karantenetiltak burde anbefales brukt mot kolera eller ikke. Av 23 delegater til stede stemte 15 for, 4 i mot, og 4 unnlot å stemme.<sup>201</sup>

Det praktiske resultatet av denne konferansen var likevel nærmest ingenting. Etter en 6 måneder lang konferanse var resultatet et dokument med 137 artikler, *Projet de Règlement sanitaire international*, som ikke var bindende for noen av landene hvis dokumentet ikke ble ratifisert.<sup>202</sup> Sett bort i fra den praktiske fiaskoen, så var denne konferansen en begynnelse på det internasjonale samarbeidet, og av den grunn markerer den første internasjonale sanitærkonferansen et vendepunkt.

### Norsk karantene mot kolera reduseres ytterligere

16.august 1853 kom en kongelig resolusjon om nye karantenereduksjoner: Hvis et fartøy i innenriks fart brakte med seg en kolerasyk eller en koleradød, kunne dette stedet, så fremt det ikke selv var smittet, anordne karantene for fartøyene, uten hensyn til om disse kom fra smittet eller ikke smittet sted. Men all annen karantene på fartøyer i innenriks fart falt bort med hensyn til kolera. Karantenen mot kolera på utenlandske skip ble uendret.<sup>203</sup> Bortfall av karantene innenriks ble et alvorsmoment for Kristiansand i 1853. Dampskipet Constitutionen gikk i rute fra Kristiania til Kristiansand. Da Kristiania ble erklært smittet av kolera ba sunnhetskommisjonen i Kristiansand om å få legge skipets reisende i karantene. Sunnhetskommisjonen og byens myndigheter henvendte seg enda en gang, dette ble avslått så lenge landet var erklært smittet, ville myndighetene ikke ha noe av innenlands karantene. Kristiansanderne stod maktesløse mot skipet, som spredte kolerasmitte til byen.<sup>204</sup>

I et sirkulær fra 17. august 1853 viser myndighetene klart og tydelig hva de mener om koleraens etiologi. Oppkomst og spredning knyttes direkte til dårlige sanitære forhold, slett hygiene,

<sup>198</sup> Howard-Jones 1975, s 13-15

<sup>199</sup> Howard-Jones 1975, s 15

<sup>200</sup> Howard-Jones 1975, s 15

<sup>201</sup> Howard-Jones 1975, s 15

<sup>202</sup> Howard-Jones 1975, s 15

<sup>203</sup> Mejlænder, Otto 1857: Love, Anordninger, Tractater, Resolutioner, Kundgjørelser, Departements skrivelser, Circulærer m. m. for Kongeriget Norge : til Brug for den Lovstuderende:1851-1855, s 275

<sup>204</sup> Ohman Nielsen 2008, s 189-199



dårlige boforhold, kosthold og alkoholisme.<sup>205</sup> 10. september samme år kom enda en resolusjon. Denne kom med påbud for områdene fra den svenske grensen til og med Farsund om at karantenen var opphevet for fartøyer fra utlandet, uansett om fartøyet kom fra smittet eller ikke smittet sted, med mindre fartøyet hadde med seg kolerasyk eller koleradød person.<sup>206</sup> 17. september samme år kom en bemyndigelse til lokale øvrigheter med kriterier for å kunne erklære stedet kolerasmittet. Når så et sted var erklært kolerasmittet skulle all karantene mot kolera falle bort.<sup>207</sup>

Kolera ble på nytt diskusjonsspørsmål i 1854 fra 22. februar til 12. april i det medisinske selskab.<sup>208</sup> Ohman Nielsen (2008) legger den ovenfor omtalte kontroversen mellom myndigheter og medisinerne i Kristiansand og myndighetene i Kristiania som bakgrunn for Fayes lansering av koleraspørsmålet på nytt, i det han henviser til “demonstrasjoner” i Kristiansand<sup>209</sup>. W. Boeck la frem først ett eksempel på at kolera kunne smitte, at contagiet kunne fraktes en lang vei med friske, og at de friske så kunne bringe sykdommen videre til andre, og kommenterte i tillegg eksemplet slik:

“ Dette mener jeg er et stort Factum; det er vel fra smaa Forholde, men det er under disse, vi bedst kunne samle Observationer angaaende Contagierne, de store Forholde give smaa Facta. Jeg troer derfor, at Contagiet gaaer fra Person til Person, men slukkes, hvor det ei næres af Atmosfæren; næres det, voxer og udbreder det seg”.<sup>210</sup>

Hverken Conradi, Faye eller Steffens lot seg overbevise om annet enn at eksemplet viste at kolera *kunne* smitte. W. Boeck viste da til flere eksempler<sup>211</sup>, og viste også til Kierulf og Løbergs fremstillinger av kolera i Bergen fra 1849.<sup>212</sup> Det var i høy grad allment akseptert at kolera *kunne* smitte, men i denne diskusjonen løftet W. Boeck fram at kolera ikke bare *kunne* smitte, men at denne smitten var større enn det som var allmenn anerkjent. W. Boeck forfektet også, som sitatet sa, at det var under de små forholdene at man fant de store faktaene. Det vil si at W. Boeck lot seg overbevise av enkelt tilfeller, caser, og gjerne i små forhold. Dette brøt med den anerkjente naturvitenskaplige metode om å lete etter naturlover gjennom generell statistikk.

W. Boeck, C. Boeck og Kierulf anerkjente koleraens smitteevne mellom mennesker, og disse dannet en front mot Conradi, Faye, Hjort, Holst og Steffens. På W. Boecks oppfordring tok

<sup>205</sup> *Cirkulære ang. Sundhetsregler i anledn. Cholera fra justisdepartementet*, 17. aug 1853. Jmf. Mejlænder 1857, s 276

<sup>206</sup> Kongelig resolusjon 10. sept. 1853, Mejlænder 1857, s 280

<sup>207</sup> 17. sept 1853, Mejlænder 1857: s 281

<sup>208</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab 22. februar til 12. april. s 596-619; 664-688; 764-768. Denne diskusjonen har Ohman Nielsen gitt en god oversikt på side 196-198 i 2008, så jeg vil kun holde frem de aspekter som jeg mener kaster lys over min problemstilling.

<sup>209</sup> Ohman Nielsen 2008, s 196

<sup>210</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 603-604

<sup>211</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 611-617

<sup>212</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 605ff; Norsk magasin for lægevidenskab 1849. beretninger om kolera i Bergen av både Løberg og Kierulf, III bind, 4-7 og 8de hefte.

Kierulf ordet. Kierulf forklarte at, i motsetning til hva som ble antatt, var han en ivrig contagionist, så han gikk inn i arbeidet som lege i epidemien i Bergen, uten selv å ha observert kolera, men støttet seg til det han hadde lært og hva Holst skrev i *Magazinet* i 1848<sup>213</sup>: “der er intet Beviis for, at Sykdommen udbreder sig ved at meddeles fra Syge til Friske, og den kan saaledes ikke ansees for smitsom”. Kierulf fortalte så:

”Efter at have observert Udbredelsesmaaden af Cholera i Districtene om Bergen, hvor Smitte som Sygdomsaarsag var efter min Mening i mange Tilfælde bestemt paaviselig og i de fleste Tilfælde i det Mindste sandsynlig, maatte jeg opgive min Tro om Mangel paa Smitteevne hos Sykdommen,...”

Videre sa Kierulf at selv om han etter 1849 hadde utviklet kunnskapen sin i adskillige av medisinsens grener, så stod han fortsatt ved det han observert under koleraepidemiene i 1849.<sup>214</sup> Kierulf mente også at i tillegg till å kunne smitte, så var kolerasmitten i stand til å gjennomføre en lang reise gjennom friske personer som bærer, før det resulterte i en kolerasyk person. Han betvilte også myndighetenes 5-dagers karantenerregel på grunn av at han mente koleraen sannsynligvis hadde en lengre inkubasjonstid.<sup>215</sup> På grunn av sykdomscaser som Kierulf hadde observert, kunne han ikke utelukke smitte som sykdomsårsak, eller kolerasmittens evne til bæres gjennom friske før en ble syk. Denne overbevisningen erkjente han at han stod for i 1849, og fortsatt stod inne for, men samtidig understreket han at han var overbevist om at kolera oppstod miasmatiske.<sup>216</sup>

Diskusjonen i det medisinske selskapet viser at medisinerne der hadde to svært ulike ideer om hva sykdom i et samfunn var og at det også fantes flere mellomposisjoner.<sup>217</sup> Selve diskusjonsgrunnlaget var også svært forskjellig i grunnleggende oppfatninger om hva som var pålitelig kunnskap og observasjon, og det var altfor store forskjeller til å kunne diskutere seg frem til en enighet. De medisinske myndighetene forholdt seg bare til andres observasjoner i den grad disse støttet deres syn, i følge Ohman Nielsen (2008). I tillegg ignorerte departementet medisinalberetningene fra distriktslegene som i mange år konkluderte med smitte som årsak til epidemisk sykdom og epidemier. Sykdomsteorien i disse medisinalberetningene gikk i mot det synet som de medisinske autoritetene hadde.<sup>218</sup> Diskusjonene i det medisinske selskapet viser at W. Boeck løftet frem eksempler og caser fra landdistriktene. Jeg mener derfor at dette var en begynnelse på å etablere posisjonen til disse “distrikts-bevisene” i vitenskapsdiskusjonen i Det

<sup>213</sup> Norsk Magazin for lægevidenskab, 2det Bind 1848, s 178

<sup>214</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 617-619

<sup>215</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 617-619

<sup>216</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 617-619

<sup>217</sup> Ohman Nielsen 2008, s 114-116

<sup>218</sup> Ohman Nielsen 2008, s 114-116

medisinske selskap. I denne omgang var det tydelig at denne argumentasjonen enda ikke utgjorde noen forskjell eller fikk noen støtte. Men mitt poeng er at dette i 1853-54 ble løftet frem og ansett som gyldig bevis. Samme type argumentasjon fortsatte å bli løftet frem ved senere diskusjoner, og dette var en begynnelse på legitimeringen av erfaringer fra felten, med enkelttilfeller og enkeltcaser som en metode til å hente kunnskap om medisinvitenskap. Jeg vil i de følgende kapitlene følge denne utviklingen. Ohman Nielsen (2008) fremholder at det først var da medisinene fra distriktene utformet sine undersøkelser og publiserte dem i en vitenskapelig form, at disse, når de nådde ut til et større medisinerkollegium og inn til de medisinske autoritetene i Kristiania, ble regnet med som et ordentlig bidrag til vitenskapen etter naturvitenskapelig form.<sup>219</sup>

På spørsmålet om karantene var ikke W. Boecks syn endret siden forrige diskusjon i 1850. På dette var han enig med sine kolleger, og han synes ikke bare at karantene var nytteløst, men han mente at den var latterlig. Hvis det var smitte som var årsaken til at sykdom utbredte seg, og smittestoffet hadde en slik intensitet at det kunne fraktes fra syk, gjennom en lang rekke med friske, så kunne karantene umulig holde sykdommen ute.<sup>220</sup> Han mente fortsatt at bare den strengeste karantene kunne holde kolera ute.

## Oppsummering

Jeg har vist sammenknytningen mellom norsk karantenepolitikk og Europas medisinske og økonomisk foregangsland, England og Frankrike. Jeg har også vist hvordan det var meningsforskjeller i Norge om sykdomstenkning og karantene, og at disse meningsforskjellene var særlig tydelige i visse geografiske områder. Jeg har vist hvordan meningsforskjeller kom til syne i diskusjoner i Det medisinske selskap. En slik geografisk meningsforskjell var også tilstede i andre land, som i Frankrike mellom Marseilles og Paris. I neste kapittel skal jeg vise hvordan argumentasjonsnivået og temperaturen i debatten ble løftet ved at enkeltpersoner stilte seg i sterk opposisjon mot de medisinske myndighetene, og hvordan denne motstanden bare økte de neste årene.

<sup>219</sup> Ohman Nielsen 2008, s 136-137; 232f; 256

<sup>220</sup> Norsk magazin for lægevidenskab 1854; Forhandlinger i det Medicinske Selskab, s 666-667

## DEL 3

### Kapittel 6: 1856-1872 Enkeltmennesker til kamp for ny sykdomsoppfatning

#### Innledning

I dette kapitlet skal jeg vise hvordan enkelte internasjonale medisinerere påvirket norske medisinerere med sine undersøkelser og synspunkter til å kjempe for smitteteorier. Smitteteorien hadde siden 1830-årene vært ansett som utdatert. Det hadde vært få som fremholdt teorier om smitte. Men de som gjorde det la frem dokumentasjon i vitenskapelig form som underbygget sykdomsteorien. Denne typen fremlegg av dokumentasjon ble etter hvert også gjort i norske sammenhenger. Med dette som bakgrunn skal jeg vise hvordan og hvorfor argumentene for smitteteorien vant terreng gjennom forskning og argumentasjonen til enkeltmennesker. Jeg vil vise internasjonale medisinerpersonligheters innflytelse på norske medisinerere og hvordan dette påvirket norsk debatt om sykdomstenkning. Internasjonalt er dette temaet tidligere behandlet av Baldwin. Ohman Nielsen har behandlet denne problematikken utførlig i norsk sammenheng. Jeg vil diskutere de norske forholdene opp mot det internasjonale og følge utviklingen og skiftene av sykdomstenkning.

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Baldwin 1999, Porter 1999, Schepin og Yermakov, Howard-Jones 1975, Ohman Nielsen 2008 og Moseng 2003, - og på egne primærkildestudier av artikler fra Norsk magasin for lægevidenskab, forhandlinger fra Det medisinske selskapet, Sunnhetsloven fra 1860, skrift til sunnhetskommisjonen i Christiania, Rapport fra kommisjon i forkant av den 3. internasjonale sanitærkonferansen samt diverse norske plakater.<sup>221</sup>

#### Enkeltmennesker til kamp for ny sykdomsoppfatning

Flere medisinske autoriteter i England var uenige med sunnhetskommisjonen i London sine antikontagionistiske konklusjoner. Tidsskriftet *The Lancet* kalte kolerarapporten fra 1848 for "Zymotic gibberish". På grunn av disse konfliktene ble flere sunnhetskommisjonsmedlemmer erstattet av mer moderate byråkrater i 1854.<sup>222</sup> Flere var som *The Lancet* uenig med sunnhetskommisjonen. Et eksempel på dette er John Snow. Snow var en lege fra London som i 1849 og 1855 publiserte "*On the Mode of Communication of Cholera*". Han satte spørsmål ved miasmeteorien, han mente at kolera ikke kunne bli spredt som en gift i atmosfæren, fordi koleraen angrep tarm og innvollene, og ikke lungene. I stedet mente Snow kolerasykdommen skyldtes at

<sup>221</sup> Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008); Schepin/Yermakov, Oleg P. Yermakov, Waldemar V. International Quarantine (1991); Baldwin, Peter. Contagion and the State in Europe, 1830-1930. (1999) ; Moseng "Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850, 2003; Porter, Roy, The Greatest Benefit for Mankind A medical history of humanity from antiquity to the present, 1999; Howard-Jones, Norman, The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938, 1975; Øvergård Næss, Kristin 2011: "Det beste for folkets helbred"

<sup>222</sup> Baldwin 1999, s 129-130

drikkevann var forurenset av koleraekskremer som fant veien til elver og brønner hvor drikkevann ble hentet fra.<sup>223</sup>

Snow hadde tidlig begynt å studere koleraen. I 1831-32 ble han sendt til gruvearbeidere i Newcastle for å jobbe med å håndtere koleraepidemien. Informasjonen samlet han systematisk, og leste tidlig ut fra den at koleraen spredte seg gjennom forurenset drikkevann. I koleraepidemien i 1854 kunne han bevise hvordan koleratilfeller kunne spores tilbake til forurensete brønner og vannpumper fra ulike vannverk. Koleraen stoppet raskt opp i områder etter at pumpene ble stengt.<sup>224</sup> I 1855 gav han igjen ut *On the Mode of the Communication of Cholera*. Dette var en supplering av publikasjonen han gav ut i 1849 om 1848-epidemien, og han brukte nå i tillegg en stor mengde med både egne og andres caser som var observert, behandlet og videreformidlet under epidemien i 1853-54.<sup>225</sup> Formannen i det engelske helserådet, Chadwick, tok ikke Snow`s undersøkelser til etterretning. Det ble innvendt på at Snow hadde fulgt en annen metode enn det som var vanlig. Snow hadde bare undersøkt en teori, teorien om drikkevannet. Dette ble han kritisert for, for det var en anerkjent metode å undersøke alle teoriene for så å se hva som stemte. Dette og Snow`s utdanning på “feil” skole var med å så tvil om funnene hans.<sup>226</sup>

I norske forhold har jeg allerede presentert W. Boeck, C. Boeck, Kierulf og kristiansandslegene i Kristiansand karantenekommisjon med stadsfysikus Johannes Hansson og Ernst Ferdinand Lochmann. Disse stod som opponenter til de antikontagionistiske medisinerens ensidige miasmatiske sykdomsteori i diskusjonene i det medisinske selskapet mellom 1847-1854. Fra 1854 ble opposisjonen styrket med en ny bidragsyter: Ernst Ferdinand Lochmann (1820- 1891). Lochmann praktiserte som militærlege i Kristiansand frem til 1865, og var medlem av kommunestyret og Kristiansand Sunnhetskommisjon fra 1850-65.<sup>227</sup> I 1854 i det medisinske selskap presenterte Lochmann en skildring av sykdomshåndtering i Kristiansand. Han forklarte hvordan byen praktiserte isolasjon i sykdomstilfeller. Dette hadde byen hatt suksess med både når det gjaldt kolera og tyfus, mente Lochmann.<sup>228</sup> I årene mellom 1853-1865 stod Lochmann i hard opposisjon mot de medisinske antikontagionistene i Christiania. Lochmann hadde, i motsetning til W. Boeck, C. Boeck og Kierulf, som også hadde synspunkter som avvek fra hovedstrømmen, en klar sykdomsteori og mente at epidemisk sykdom smittet. Ohman Nielsen (2008) viser at Lochmann blant annet også leste Snow`s publikasjoner og at andre i legefelleskapet i Kristiansand

<sup>223</sup> Porter 1999, s 412-413

<sup>224</sup> Ohman Nielsen 2008: s 217

<sup>225</sup> Ohman Nielsen 2008: s 217

<sup>226</sup> Ohman Nielsen 2008: s 216-219

<sup>227</sup> Kiær. F.C. 1873: “Norges læger i det nittende aarhundrede: (1800-1871), s 270

<sup>228</sup> Norsk Magazin for Lægevidenskab 1855; forhandlinger i det medicinske selskab 1854, 13. september, s 214.

Lochmanns innlegg ble etterfulgt av en liten diskusjon om nytten av isolering av de første syke i påfølgende møte 27. september s 278

leste publikasjoner av William Budd i britiske *The Lancet*.<sup>229</sup> William Budd(1811-1880), var en engelsk lege som studerte epidemiologi. Han ble kjent for å anerkjenne at epidemisk sykdom var smittsom og vannbåren. Han hadde gjennom casestudier vist hvordan tyfoidfieberen ble spredt med drikkevann, klær og sengetøy som var forurenset med ekskrementer fra tyfoidfiebersyke. Han var spesielt kjent for å anerkjenne koleraen og tyfoidfieberens smittsomhet. Budd anerkjente også Snows publikasjoner om kolera.<sup>230</sup> Ohman Nielsen mener også at selv om det så ut som Lochmann stod alene i opposisjon mot medisinerne og myndighetene i Kristiania, så var han en frontfigur med en hel landsdel bak seg og hadde legekollegiet i sør i ryggen.<sup>231</sup>

På grunn av en ny koleraepidemi reiste Lochmann i 1859 en karanteneoffensiv i hovedstaden. Tilsammen ni artikler ble publisert i Aftenbladet. Han informerte leserne om legenes og allmennhetens mening om at koleraen utbredte seg miasmatiske og spontant, var på vikende front blant legene i Europa. De nyeste arbeidene om kolera argumenterte for sykdommens smittsomhet, han trakk frem internasjonale arbeider av Snow og Pettenkofer.<sup>232</sup> Som tidligere nevnt forklarte spesielt professor ved universitetet, F.C. Faye, at det var skadelig for mennesker at medisinerne kalte kolera for smittsom. Dette fordi en slik uttalelse ville skape frykt og frykten var igjen skadelig for nervesystemet og gjorde mennesker mer mottakelige for sykdommen.<sup>233</sup> Lochmann avviste at frykt i seg selv var sykdomsfremkallende, og hevdet at legene var pliktet til å gi fullstendige og riktig opplysninger om ethvert forhold omkring en sykdom. Også i dette viste han til internasjonale publikasjoner.<sup>234</sup> Videre argumenterte han for at koleraen forplantet seg fra sted til sted og over havet. Derfor foreslo han at man gjeninnsatte noen av de tidligere karantenebestemmelsene: 1. Betegnelsen "smittede steder" kunne gjeninnføres. 2. Alle fartøyer fra smittet utenlandsk sted måtte ligge 5 dager i karantenen, inklusive reisedagene.<sup>235</sup> Lochmann sa at de nåværende karantenebestemmelsene ikke var gode nok. De var avhengig av fremmede steder og fremmede skipperes evne til å gi en sannferdig beskrivelse av sunnhetstilstanden ombord. Han mente det var nok av eksempler på at denne ofte var slett. Fra 1854 innførte England full legeundersøkelse av alle ombord som kom fra smittet sted. Alle skip som ville ha tilgang til engelske havner måtte ha med et rent sunnhetssertifikat fra utseilingsstedet. Dette sertifikatet skulle være basert på inspeksjon av mannskap og passasjerers helse og sunnhetstilstanden ombord. Lochmann rådet Norge til å følge de internasjonale eksemplene og styrke karantenebestemmelsene.<sup>236</sup> Ikke uventet kom det reaksjoner:

<sup>229</sup> Ohman Nielsen 2008, s 216ff

<sup>230</sup> Ohman Nielsen 2008, s 129; 216; [http://en.wikipedia.org/wiki/William\\_Budd](http://en.wikipedia.org/wiki/William_Budd)(29.10.2011)

<sup>231</sup> Ohman Nielsen 2008, s 198-99

<sup>232</sup> Ohman Nielsen 2008: s 266

<sup>233</sup> Norsk magasin for lægevidenskab 1851; Forhandlinger i Det medicinske Selskab 6. november 1850, s 169ff

<sup>234</sup> Ohman Nielsen 2008: s 267

<sup>235</sup> Ohman Nielsen 2008: s 268

<sup>236</sup> Ohman Nielsen 2008: s 269

Medisinalkomiteens leder og den mest innflytelsesrike av landets medisinerere, Faye, kom med flengende kritikk mot Lochmann både i avisene og i Det medisinske selskap. Han mente smitteteorier skapte frykt, og påpekte at det ikke var noe vitenskapelig bevis for koleraens smittsomhet. Han advarte også i avisen allmennheten mot Lochmanns skrifter.<sup>237</sup>

## 2. internasjonale sanitærkonferanse i Paris, 1859

Siden den først internasjonale sanitærkonferansen ikke nådde målet om å komme frem til felles standardiserte karantenereregler, tok de franske myndighetene på nytt initiativ til en ny konferanse. Den andre internasjonale sanitærkonferanse ble holdt i Paris i 1859. Deltakerlandene var de samme som ved den forrige, med unntak av Sicilia som ikke hadde noen diplomatisk kontakt med Frankrike på den tiden.<sup>238</sup> Det ble ansett som avgjørende og viktig å bestemme hva som skulle prioriteres: Konsekvent fri handel eller Europas samstemthet om fellestiltak for epidemisk sykdom. England stod på den ene siden og kjempet for fri handel, mens resten av landene stod på andre siden og mente frihandelsprinsippet måtte lempes noe mot andre hensyn under epidemier.<sup>239</sup>

Mens konferansen pågikk erklærte Østerrike krig mot Sardinia og Frankrike erklærte krig mot Østerrike. Dette var begynnelsen på den fransk-østerrikske-italienske krig, eller Italias andre uavhengighetskrig. I en slik militær situasjon var det kanskje ikke så underlig at landene ikke klarte å enes og at konferansen ble i stor grad en gjentakelse av den forrige. Den resulterte i et utkast til en sanitærkonvensjon som inneholdt 44 artikler og de samme forslagene som hadde fremkommet ved forrige konferanse. Ingen av landene ratifiserte imidlertid den endelige konvensjonen, fordi ingen ville alene eller i mindretall pålegge seg selv tiltak som innebar konkurranseulemper i forhold til andre stater.<sup>240</sup> Konferansen varte i 5 måneder. Tilsammen varte den første og den andre konferansen i 11 måneder. På lik linje med den første konferansen stod denne konferansen uten noen resultater i praksis. Konferansen var likevel en bekreftelse på at det fortsatt var et ønske om at land samlet seg for å diskutere helseproblemer og at de gjorde forsøk på å komme til enighet om prinsipper og ordninger på internasjonalt nivå.<sup>241</sup>

## 1860 sunnhetslov

Den norske ”sunnhetsloven” bestod av to deler; *Om Sundhedscommissioner, og Angaaende særegne foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme sygdomme*, i tillegg til en kort del som inneholdt alminnelige bestemmelser. Denne loven og motivene bak den er tidligere godt beskrevet

<sup>237</sup> Ohman Nielsen 2008: s 269f

<sup>238</sup> Howard-Jones 1975 : s 20

<sup>239</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 75-76

<sup>240</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 76-77

<sup>241</sup> Howard-Jones : s 22

av andre<sup>242</sup>, og derfor vil jeg bare løfte frem det som jeg anser som viktig i forhold til min problemstilling.

### **Lovens første del: Om sunnhetskommisjoner**

Første del av sunnhetsloven påbød hver kjøpstad egne sunnhetskommisjoner. Disse skulle bestå av en embetslege eller en annen lege som var knyttet til medisinalbestyrelsen som ordfører, byens magistrat, byens ingeniør og tre andre valgte medlemmer. Dette gjaldt også for de ladestedene med særskilte formannskap og for distriktene<sup>243</sup>. §3 beskriver hensikten med kommisjonene:

“Commissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hva derpaa kan have Indflydelse, saasom: Reenlighed, skadeligt stillestaaende Vands Afledning, Vandhuses, Urinsteders og Gjødselbingers Indretning og Rensning, Oplæggelse af Gjødsel eller andre Gjenstande, som f. Ex. Been eller Klude, der kunde indvirke skadeligt paa Sundhedstilstanden, Drikkevandets Beskaffenhed, skadelige Næringsmidlers Forhandling, Boliger, som ved Mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Ureenlighed eller Overfyldning med Beboere have viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden. Sundhedscommissionen har fremdeles at paasee, at tilstrekkelig Luftvexling finder Sted i Huusrum, hvori et større Antal Mennesker stadigen eller jevnlig samles, som Kirker, Skole-, Rets- og Auctionslokaler, Theatre, Dandsehuse o.d., samt at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen. Indseende med Stedets Begravelsespladse hører ligeledes under Sundhedscommissionen.”<sup>244</sup>

Kommisjonen var pliktet til å gi forslag om alminnelige forskrifter som gjaldt sunnhetsvesenet i kommunen. Kommisjonene skulle henvende seg til kommunebestyrelsen og sakene skulle behandles og beslutningene skje i henhold til formannskapsloven. Sunnhetskommisjonen hadde også ansvar for sunnhetspolitiet, og det alminnelige politiet skulle se etter at bestemmelsene sunnhetspolitiet gav ble overholdt. Det skulle ikke skje sunnhetsundersøkelser av privat bolig eller privat grunn uten eiers eller beboers samtykke. Unntaket gjaldt der det skjedde i kraft av en beslutning gjort av sunnhetskommisjonen og at den det gjaldt hadde fått beskjed. Beslutninger som sunnhetskommisjonen hadde fattet kunne kun oppheves eller endres av regjeringsdepartementet

<sup>242</sup> Blant annet Aina Schøitz 2003; Kristin Øvergård Næss; “Det beste for folkets helbred” 2011

<sup>243</sup> “Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme”, utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. “Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme”, §1-2; s 3; § 8, s 4-5

<sup>244</sup> “Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme”, utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. “Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme”, §3-4, s 3



eller kongen.<sup>245</sup> Det ble bestemt at det skulle finnes en sunnhetskommisjon i hvert formannskapsdistrikt på landet. Sunnhetskommisjoner på landet skulle være opptatt av å fremme sunnhetstilstanden og å fjerne de omstendigheter som bidro til å utvikle sykkelighet og utbre sykdom.<sup>246</sup> Lovens første del var i høy grad inspirert av engelsk lovgivning, bortsett fra at i England var anvendelsen av lovens anordninger frivillige, noe den norske loven ikke var.<sup>247</sup>

### Lovens andre del: Angaaende særegne foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme sykdomme

Denne delen består av 12 paragrafer som tok for seg foranstaltninger og forholdsregler mot epidemisk og smittsom sykdom. Oppdagelsen av ondartet sykdom skulle meldes til sunnhetskommisjonen eller annen tjenestemann eller lege. Den som mottok anmeldelsen måtte snarest mulig undersøke forholdet og gi de nødvendige forskrifter. Hvis denne ikke var sunnhetskommisjonens ordfører skulle han få beskjed. Når det nærmet seg, eller hadde skjedd, et utbrudd av epidemisk eller smittsom sykdom skulle sunnhetskommisjonene anordne og foranstalte det som krevdes. Hvis eier av et lokale som skulle brukes til midlertidig sykehus, nektet dette, kunne eier blir tvunget til å gi sitt samtykke mot en godtgjørelse.<sup>248</sup> Alle sivile embetsleger var pliktet til å overta legetilsynet ved et midlertidig sykehus. Dette ville de få en godtgjørelse for. Under store epidemier skulle alle leger som behandlet sykdomstilfeller informere sunnhetskommisjonen. Personer som led av en smittsom sykdom, eller som det var fryktet at led av en slik sykdom, var forpliktet til å følge sunnhetskommisjonenes bestemmelse om behandling på sykehus. Dette hvis ikke en trygg privat forpleining kunne skaffes.<sup>249</sup> § 22-23 omhandler økonomisk ansvarsfordeling. Sunnhetskommisjonen skulle bestemme om og hvordan senge- og bruksklær, rom og gjenstander som syke eller døde av epidemiske sykdom skulle renses før ny bruk. Begravelser måtte også innrettes etter sunnhetskommisjonens bestemmelser. Det ble anbefalt at sørgestuer og likfølger ble forbudt ved tilfeller med smittsom sykdom, at begravelser foregikk så

<sup>245</sup> "Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme", utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. "Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme", § 5-7, s 4

<sup>246</sup> "Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme", utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. "Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme", §8-13, s 4-5

<sup>247</sup> Øvergård Næss, Kristin 2011: "Det beste for folkets helbred", s 41-42

<sup>248</sup> "Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme", utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. "Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme", § 14-18, s 5-6

<sup>249</sup> "Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme", utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. "Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme", § 19-21, s 6-7

snart døden hadde inntruffet, og at likene ble lagt i innvendig tjærede kister og senkes 4 alen ned i jorden.<sup>250</sup>

### Alminnelige bestemmelser

Sunnhetskommisjonene skulle overta ansvarsområdet til karantenekommisjonene. I saker som angikk karantene skulle en tolloffisant og en sjøkyndig være med. Denne loven var ikke gjeldene når sunnhetskommisjonen opptrådte som karantenekommisjon. Da skulle bestemmelsene som var gitt til karantenevesenet brukes.<sup>251</sup>

### Den norske sunnhetsloven i europeisk perspektiv

Historikeren Aina Schiøtz og flere andre norske historikere tidligere hevdet at Sunnhetsloven fra 1860 inspirert av den engelske helselovgivningen, men Øvergård Næss (2011) viser i sin masteroppgave at loven viser til flere inspirasjonskilder.<sup>252</sup> Den britiske helseloven la vekt på å ivareta eiendomsretten, vern mot offentlig inngrep i privatlivets områder, og personlig frihet. Ohman Nielsen fremhever at det langs kysten av Norge imidlertid ikke var ukjent med en intervenserende helselovgivning da sunnhetsloven ble lansert. Alt i 1737 ble stiftsbyene i Norge pålagt av kongen i Danmark å opprette sunnhets- og karantenekommisjoner for å hindre importen av pest. Dette skjedde ved aktivt å sette skip fra utlandet eller smittede steder i karantene ved angitte stasjoner. Også vaksineloven mot kopper fra 1810 og lepraloven fra 1857 viser at norske myndigheter allerede på epidemibekjempelsestiltak hadde grepet inn i den private sfære.<sup>253</sup>

Lovens del 2 "*Angaaende særegne foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme sykdomme*" har Øvergård Næss(2011) vist hvordan i hovedsak var inspirert av særlig prøyssisk og dansk og i mindre grad engelsk og fransk helselovgivning.<sup>254</sup> Lovens del 2 la et grunnlag for at nytenkning om epidemisk smittevern kunne omsettes i lokal praksis. Del 2 av sunnhetsloven fra 1860 skal vi senere se at blir bygget ut på grunn av en samkjøring blant de skandinaviske landene.

### Sanitarismens enevelde tar slutt – ny anerkjennelse av smitte og endring mot nykaranteisme

I løpet av 1860- og 1870årene skjedde en gradvis endring mot nye tilnærmelser for bekjempelse av epidemisk sykdom. Dette innebar at sanitarismen mistet sin posisjon som det eneste middelet for å bekjempe epidemisk sykdom, og flere europeiske medisinere og myndigheter i stedet ble overbevist

<sup>250</sup> "Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme", utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. "Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme", § 22-25, s 7

<sup>251</sup> "Lov af 16.mai om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme", utgitt av sosialdepartementet i anledning lovens 100års jubileum. "Lov om sundhedscommisjoner og om foranstaltninger af epidemiske og smitsomme sygdomme", § 26-28, s 7-8

<sup>252</sup> Øvergård Næss, Kristin 2011: "Det beste for folkets helbred", s 39-40

<sup>253</sup> Ohman Nielsen 2008, s 19

<sup>254</sup> Øvergård Næss, Kristin 2011: "Det beste for folkets helbred", s 41-42

om at en måtte orientere seg i retning av karanteismen.<sup>255</sup> Dette var ikke en ny lansering av den klassiske karantenen, men en ny variant av karantene basert på erfaringene med kolera.<sup>256</sup> Det ble etter koleraepidemien i 1865 internasjonalt akseptert av den 3. internasjonale sanitærkonferansen at koleraen ble importert til et sted, men teorien om at kolera ble utbredt med smitte manglet fremdeles et siste et vitenskapelig belegg. Dette fordi ingen enda hadde kunnet påvise selve smittestoffet, og dette lot vente på seg til 1880-tallet med Robert Kochs funn.

Den nye vendingen kom av at det var en gradvis økende konsensus om hvordan en skulle beskytte mot kolera og begrense spredning.<sup>257</sup> Et annet viktig grunnlag for denne vendingen var epidemien i 1865. Første halvdel av 1860-tallet hadde hatt lite koleraepidemier, men i 1865 kom en desto hardere epidemi. Den spredte seg fra Bombay til Paris på under et halvt år. Den fulgte heller ikke den vanlige ruten langs karavanrutene eller med soldater på retrettmarsj i indre Asia. 1865-pandemien kom med dampbåt fra Bombay til Mekka. Egyptiske pilgrimer tok den videre med seg til Egypt, og der fortsatte den sin reise gjennom Egypt via jernbanene og videre ut i Middelhavet.<sup>258</sup> Bruken av nye kommunikasjonsmidler som jernbane og dampskip kortet ned reisetiden og medførte at koleraen spredte seg raskere enn noen gang.

### 3. internasjonale sanitærkonferanse i Constantinopel i 1866

Som en del av den tredje internasjonale sanitærkonferansen i Constantinopel i 1866 ble det nedsatt en komite for å undersøke utbredelsen av kolera. Undersøkelsen var bygget på case-studier i mange land, og resulterte i en klar konklusjon og anbefalte profylaktiske metoder som komitéen så som hensiktsmessige.<sup>259</sup> Komiteen gjorde også store innrømmelser ved at de hevdet at kolera ble importert. Om dette sa den:

“med hensyn til koleras import er det viktig å si at uansett hvor den har vist seg, i byene eller lazarettene, enten den har gjort store ødeleggelse eller begrenset seg til noen få, er de første tilfellene alltid, og uten unntak, iaktatt etter Ankomsten til et skip eller en karavane eller bære en syk fra infisert sted., at den det hersket den komplette sikkerhet overalt, før koleraens utbrudd i Egypt og at sunnhetstilstanden i alle Middelhavets byer, som først ble angrepet, var fullstendig tilfredsstillende. Karantene har vært besørget utilstrekkelig og mangelfull på grunn av sin korte varighet, overfylte lazaretter og disses komprimerende forbindelse med utenomverden.”

<sup>255</sup> Baldwin 1999, s 139

<sup>256</sup> Baldwin 1999, s139

<sup>257</sup> Baldwin 1999, s 139; Schepin og Yermakov 1991, s 81

<sup>258</sup> Baldwin 1999, s 140

<sup>259</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E. F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Bilag 2; “Choleras Gang og Udbredelesmaade i 1865”, Rapport fra den sanitære internationale Congres i Constantinopel(Rapport du Congrès sanitaire international de Constantinople), s 78

Eksempler på steder der karantene var besørget utilstrekkelig osv. var: Dardanellene, Smyrna, Beirut, Kypros. Komitéen var ikke nådig og de sa at foranstaltningene som ble truffet var så dårlig gjennomført at disse heller jobbet mot sin intensjon enn for.<sup>260</sup> Rapporten uttrykte at karantenen hadde vært utilstrekkelig utført, og at det var en forutsetning med en viss beliggenhet og sikkerhet for at lasarettene skulle være sikre profylaktiske midler. De skulle, så langt det var mulig, ligge på øyer, ha stort rom og være godt ventilerte. Eksempler på steder som greide dette var: La-Cavalle, Volo, Chio og Kreta. Disse ble tatt frem som eksempler fordi de hadde anlagt noe som lignet karanteneleirer, helt uten kommunikasjon med det egentlige land.<sup>261</sup> På spørsmål om hvordan koleraen hadde utbredt seg, svarte komiteen slik:

“Kolera har utbredt seg, i det den festet seg til menneskene, mellom hvilket den har raset, utviklet og reproducert seg. Det angrepne individ har overført sykdommen til dem som ikke hadde den. Masser av smittede individer har transportert den den lange veien, ved karavaner, dampskip, jernbane, og har meddelt den til andre masser av individer, som hittil var fri fra den. Slik pådrog pilgrimmene seg sykdommen i Hedjaz og brakte den videre til Egypt, spredt den i Syria, mesopotamia, langs den persiske havbukt, førende så å si tilbake til sitt primitive arnested. På den andre siden er det slik at pilgrimmer, flyktinger har ved dampskip brakt den med til Malta, Constantinopel, Smyrna, Ancona, Marseille; det er akkurat på den samme måte at skip, med avgang fra sekundære arnesteder, har transportert den hinsides Atlanterhavet til de forente stater.”<sup>262</sup>

Rapporten konkluderte med tre klare punkter:

“1) kolera propagerer seg ved individenes samferdsel og vandringer, ved hvilke midler disse end foregår; 2) utbredelsen er så meget mer at frygte, jo hurtigere og tallrikere midler til at

<sup>260</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E.F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Bilag 2; “Choleras Gang og Udbredelesmaade i 1865”, Rapport fra den sanitære internationale Congres i Constantinopel (Rapport du Congrès sanitaire international de Constantinople), s 78

<sup>261</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E.F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Bilag 2; “Choleras Gang og Udbredelesmaade i 1865”, Rapport fra den sanitære internationale Congres i Constantinopel (Rapport du Congrès sanitaire international de Constantinople), s 78

<sup>262</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E.F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Bilag 2; “Choleras Gang og Udbredelesmaade i 1865”, Rapport fra den sanitære internationale Congres i Constantinopel (Rapport du Congrès sanitaire international de Constantinople), s 78

forandre sted forefindes, 3) alle forhold forresten lige, en stor masse av infiserte mennesker, eller et eneste sykt individ, kan forplante kolera til store distanser. “<sup>263</sup>

Dette gav et ganske annerledes diskusjonsgrunnlag til den tredje internasjonale sanitærkonferansen i forhold til de to første. Både komiteens konklusjoner og måten undersøkelsen var gjennomført på var banebrytende. Dette fordi undersøkelsen var basert på case-studier og erfaringer, en metode som tidligere ikke ble regnet for å være en anerkjent naturvitenskapelig metode. Lochmann la til at komitéens resultat også var banebrytende fordi dette gav kontagionismen et vitenskapelig grunnlag!<sup>264</sup>

Etter initiativ fra Frankrike samlet landene seg til den tredje internasjonale sanitærkonferansen, denne gangen i daværende Konstantinopel. Koleraens nylige opptreden i 1865 var årsak til sammenkomsten. Den siste epidemien hadde, som tidligere nevnt, ikke fulgt standardruten, men for første gang var det mulig å påvise at den hadde blitt importert fra Egypt.<sup>265</sup> Det var for å trekke konklusjoner fra den siste epidemien av kolera og for å hindre en gjentakelse, at franske myndigheter samlet de europeiske landene til en ny konferanse. Både diplomater og medisinerer var til stede. Av 16 invitasjoner som de tyrkiske myndighetene sendte ut, takket alle ja unntatt USA. Alle landene som tidligere hadde vært til stede møtte. Italia var nå samlet men Vatikanstaten ble representert ved egne representanter. Denne gangen ble også Belgia, Danmark, Nederland, Persia, Prøyssen og Norge/Sverige invitert og deltok på sin første internasjonale sanitærkonferanse.<sup>266</sup>

Tiltakene som ble bestemt og utformet av konferansen mot koleraens oppkomst og utbredelse var i hovedsak disse: Generelle sanitærtiltak som ren luft, rent drikkevann, ventilasjon. Under en epidemi ble det anbefalt at hus, skip, avrenning og gods fra fartøyer ble desinfisert. Isolasjon av syke. Restriksjoner på menneskeforflytning fra et sted med sykdom til sted uten sykdom. Passasjerer på skip måtte gjennom en helseinspeksjon for å forsikre at de var friske før skipets avreise. Landkarantene ble anbefalt i utvalgte tilfeller og konferansen anerkjente behovet for maritim karantene. Her ble det skilt mellom to typer karantene. Den første varianten var for tilfeller uten kolera, og med gode sanitærforhold om bord kunne det bli bestemt en observasjonskarantene som innebar at passasjerer og gods kunne forbli på skipet. Varigheten av karantenen ble bestemt at de lokale havnemyndighetene. Den andre varianten var en rigid karantene med isolasjon av skip og

<sup>263</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E.F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Bilag 2; “Choleras Gang og Udbredelesmaade i 1865”, Rapport fra den sanitære internationale Congres i Constantinople (Rapport du Congrès sanitaire international de Constantinople), s 79-80

<sup>264</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E.F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Lochmann til

Sunnhetskommisjonen, s 59

<sup>265</sup> Howard-Jones 1975, s 23

<sup>266</sup> Howard-Jones 1975, s 23

ilandbringelse og isolasjon av syke, samt desinfeksjon og lossing av all mistenkelig last. Dette ble anbefalt for tilfeller der skip hadde en dårlig sunnhetsattest og skip som hadde hatt koleratilfeller om bord.<sup>267</sup>

Schepin og Yermakov(1991) mener likevel at en må ikke undervurdere innvirkningen av politiske og økonomiske faktorer. De hevder at konferansens utfall bare i en viss grad ble styrt av den vitenskapelige kunnskapen, og politikk og økonomi var de avgjørende faktorene.<sup>268</sup> Den ustabile politiske situasjonen medførte at konvensjonen ikke ble signert av landene. En enighet som dette kunne ha endre strategien og taktikken for bekjempelsen av kolera på verdensbasis. Konferansens endelige utkom var vedtak som generaliserte alt konferansen hadde kommet frem til av enighet om faktiske forhold. Mange av landene i Europa og Amerika tok likevel med seg mye av arbeidet fra konferansen. Ikke bare dekket pressen konferansen, men resultatet ble tema for en hel- evaluering i mange land, og for eksempel fikk nesten alle bestemmelsene plass i Russlands karantene-regulativ fra 1866.<sup>269</sup>

Schepin og Yermakov løfter frem at med tanke på motsetningene mellom de medisinvitenskapelige oppnåelsene, og de politiske og økonomiske omstendighetene og interessene, kunne en ikke vente seg noe mer.<sup>270</sup> På handel, skipsfart, kommunikasjonsmidler og internasjonal prestisje var England størst. Selv med flere land i ryggen maktet ikke Frankrike å bringe tilveie argumenter med tilstrekkelig tyngde for å anføre styrkingen av det internasjonale karantenesystemet. England hadde erstattet karantene med medisinsk inspeksjon på hjemmebane, og England lå fordelaktig plassert i forhold til insidensen av kolera og beskyttet sine handelsinteresser. På tross av at mange av landene var for karantene, kritiserte England nådeløst utkomme av konferansen og handlet stikk i strid med anbefalingene derfra.<sup>271</sup>

### Nykaranteistisk skole

Den faglige anerkjennelse av koleraens smittsomhet reintrodusere karantene som middel mot import av kolera. En nykaranteistisk holdning utviklet seg. I praksis viste dette seg ved at mange europeiske land i årene 1865-66 forsiktig gjeninnførte de første tiltakene for å styrke karantenevesenet. Men verden var endret siden den klassiske karantenes tid med lange observasjonskarantener. Handel og næringsliv krevde andre tiltak og kunne ikke forenes med den klassiske karantenen.<sup>272</sup> De fleste steder stod inspeksjon, isolasjon av syke, og desinfeksjon av

<sup>267</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 88-89

<sup>268</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 91-92

<sup>269</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 91-92

<sup>270</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 91-92

<sup>271</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 92

<sup>272</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 81

mulig smittestoff i fokus, og ikke lange observasjonskarantener.<sup>273</sup> I de fleste land foregikk ikke styrkingen av karantenevesenet uten motstand og stor debatt, heller ikke i Norge. Dette skal jeg komme tilbake til.

### Norske publikasjoner i ny vitenskapelig form

Jeg har vist hvordan norske medisinere som hadde en annen sykdomsteori ikke nådde frem med sine synspunkter. De viste til sykdomscaser som viste hvordan sykdom kom med smitte og spredte seg. Dette ble bortforklart av miasmatikerne som mente slike eksempler brøt med den anerkjente naturvitenskapelige metode som baserte seg på undersøkelser som gav en generell statistikk. I 1860 i Norsk Magazin for Lægevidenskab publiserte Kragerø-legene Christian Homann(1826-1880) og Christian Hartwig(1824-18??) en epidemihistorisk studie av dysenteriepidemien i Kragerø: *Om Dysenterie-Epidemien i Kragerø Lægedistrikt i 1859*<sup>274</sup>. Undersøkelsen ble publisert i vitenskapelig dokumenterbar form, og de beskrev utførlig hvordan sykdommen utbredte og spredte seg i området. De to legene så ingen sammenheng med været og andre mulige miasmatiske teorier om sykdommen, men fulgte i sporene etter sykdommen i felten. Spesielt da Homann og Hartwig fulgte sykdommens gang på et sted som het Sandørkedal, var de tett på folk og spurte de hvor de hadde vært og hvem de hadde vært sammen med. Ville ikke folk svare fant de andre måter å finne det ut, med for eksempel å gå til naboene. Svarene og informasjonene ble brukt til å dokumentere smitteveiene og ble fremstilt i tabeller og med kart. Dette viste hvordan de ulike tilfellene var forbundet med hverandre.<sup>275</sup> Undersøkelsen, og to påfølgende feltundersøkelser de to gjorde om “nervefeberen”, fikk stor betydning som argument for casestudiens nytte for flere av legene i det Medisinske selskapet fordi de var overbevisende. Dette kom spesielt til uttrykk under den store koleradebatten i 1866.<sup>276</sup>

### “Er våre karantenebestemmelser tilstrekkelige?”

I norske forhold satte koleraepidemien i 1865 ny fart i diskusjonen i det medisinske selskab i årene 1865-66.<sup>277</sup> I 1865 fikk Expedisjonschef Kierulf en henvendelse fra karantenestasjonen i Kristiansand. Sammen med karantenekommisjonen i hjembyen Kristiansand stod Lochmann i opposisjon mot de gjeldende karantenebestemmelsene. Lik han uttrykte i 1859, ønsket han å styrke karantenen ved å gjøre den mer effektiv. I de nåværende bestemmelsene var det opp til kapteinen å avgjøre om det fantes noen syke ombord. Lochmann ville at samtlige skip fra kolerasmittet sted, og

<sup>273</sup> Ohman Nielsen 2008, s 263

<sup>274</sup> Norsk Magazin for Lægevidenskab 1860; “*Om Dysenterie-Epidemien i Kragerø Lægedistrikt i 1859*”; Christian Horrebow Homann. (2011-10-30) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/Christian\\_Horrebow\\_Homann](http://snl.no/Christian_Horrebow_Homann); Kiær 1873, s 163

<sup>275</sup> Ohman Nielsen 2008, s 233

<sup>276</sup> Ohman Nielsen 2008, s 233 se her note 60

<sup>277</sup> “Diskusjon om cholera”, Norsk Magazin for Lægevidenskab, 1865, s 1107-1129

alle skip med syke ombord, skulle underkastes legeundersøkelse. Karantenekommisjonen i Kristiansand var enige med Lochmann, og de var enige i at kolera smittet og ble importert.<sup>278</sup> Høsten 1865 presenterte Kierulf opplysninger om koleraens opptreden ved Middelhavslandene i det medisinske selskap. Han gav klart til kjenne hva han mente om sykdommens utbredelsesmetode: "Den har fulgt de store Linier for den menneskelige Samfærdsel".<sup>279</sup> Han informerte om at norsk karantene på skip som kom fra kolerasmittet sted falt bort i 1855. De gjeldende karantenebestemmelsene gav fører av skipet en stor myndighet i og med at det var han som i stor grad nå vurderte om skipet hadde med seg tilfelle av kolera. Dette satte han spørsmålsteget til, og sendte dette spørsmålet og spørsmålet: *-er våre karantenebestemmelser tilstrekkelige?*", videre til det medisinske selskap.<sup>280</sup> Dette viser Kierulfs endrede syn på koleraens smitte måte. Han konverterte til smitte teoriene igjen.<sup>281</sup> Det medisinske selskaps flertall kunne ikke anbefale en skjerping av karantenen. Diskusjonen munnet ikke ut i noe, og bestemmelsene ble som de hadde vært.<sup>282</sup>

Lochmann flyttet til Kristiania i 1865, ble utnevnt til professor i farmakologi og hygiene.<sup>283</sup> I 1866 tok han igjen opp spørsmålet om karanteneforanstaltningenes tilstrekkelighet i Det medisinske selskap. Han mente at de gjeldende karantenebestemmelsene var lite betryggende. Han foreslo at karantenebestemmelsene ble endret slik at hvert skip som kom fra utenriks havn, og som ved ankomsten hadde med syk av kolera eller diare, ble påbudt en legeundersøkelse. Kierulf la frem et utkast som bygget på Lochmanns forslag til det medisinske selskap. Kierulf mente det ville være hensiktsmessig å kunne legge et fartøy som hadde med mistenkelige tilfeller av kolera og diare til observasjon, og isolere de syke. Han ønsket at stemningen blant legene ville snu vende seg til gunst for Lochmanns forslag.<sup>284</sup> Diskusjonen som skulle etterfølge fremleggelsen av utkastet ble utsatt til et senere møte, 16. mai. På dette møtet fremsatte Kierulf et forslag til endring av karantenebestemmelsene.<sup>285</sup> Han leste i tillegg opp en britisk *Conseilsordre av 7. mai*, som også overensstemte med flertallssynet på den internasjonale sanitærkonferansen i Constantinopel samme vår: Skip som kom til Storbritannia og som hadde koleratilfeller om bord skulle umiddelbart legges i en 3 dagers karantene. Alle om bord skulle gjennomgå en legeundersøkelse. Den syke ble bragt til hospital, og de friske fikk fri adgang til land. *Conseilsordren* bød gravlegging til sjøs for

<sup>278</sup> Ohman Nielsen 2008: 271f

<sup>279</sup> "Discussion om cholera", Norsk magazine for Lægevidenskab 1865, s 1107-1129

<sup>280</sup> "Diskusjon om cholera", Norsk magazin for Lægevidenskab, 1865, s 1107-1129; Ohman Nielsen 2008 s, 272

<sup>281</sup> Moseng 2003: s 310.

<sup>282</sup> "Diskusjon om cholera", Norsk Magazin for Lægevidenskab, 1865, s 1107-1129; Ohman Nielsen 2008 s, 273

<sup>283</sup> Ohman Nielsen 2008, s 273

<sup>284</sup> "Cholera i Norge", møte i det Medisinske Selskap 9. mai 1866. Norsk magazin for Lægevidenskab, 1866, s 557-558;

Ohman Nielsen 2008, s 273f

<sup>285</sup> "Extraordinært Møde den 16. mai 1866, Fortsatt discussion om nye Kvarantenebestemmelser mod Cholera", Norsk magazin for Lægevidenskab, s 563-564; Ohman Nielsen 2008, s 274



koleradøde, og destruering eller rensing av eiendeler og ting som hadde tilhørt personer som hadde hatt kolera.<sup>286</sup>

I diskusjonen som fulgte både 16. mai og på et senere møte, 23.mai, ble Lochmann selv og hans tidligere skriverier i Morgenbladet hardt angrepet av motstanderne. Spesielt Faye og Steffens. Men det var også de som var enige med Kierulf og Lochmann, blant annet W. Boeck.<sup>287</sup> Diskusjonen endte med en anbefaling til departementet som resulterte i en plakat med nye karantenebestemmelser: Plakat av 4.juni 1866.<sup>288</sup> Legene i det medisinske selskapet hadde fremdeles ulik oppfatning av hvilke foranstaltninger som burde iverksettes mot kolera, og i hvilken grad. Den skarpe polemikken fortsatte utover høsten 1866. Det blir henvisning til at det var også på bakgrunn av resultatet fra den internasjonale kongress i konstantinopel i 1866 at det kom en plakat 4.juni 1866.<sup>289</sup>

Plakaten fra 4. juni 1866 ble igjen revidert 16.sept 1867. Revisjonen fra 1867 inneholdt et tillegg som bygget ut og klargjorde begrepet “et kolerasmittet sted”. Et kolerasmittet sted ble nå definert som “et utenlandsk sted som man av pålitelige kilder har blitt informert om kolerautbrudd.” Et smittet sted trengte ikke lenger å være anerkjent av noe offentlig lokal myndighet. Det holdet med pålitelig kilde.<sup>290</sup>

Situasjonen i Norge var nå i tråd med den europeiske nykaranteismen, med legeinspeksjon som det viktigste kriteriet for karantene av skip og syke. Den norske karantene var nå basert på inspeksjon, isolasjon av syke og mistenkte, desinfeksjon av uttømmelsene og av eiendeler og lugarer til de syke. Friske fikk fri adgang til land, og skip med sunnhetsattest fikk fri praktika.<sup>291</sup> Lochmann mente at det var skjedd et vendepunkt, og at den nye kontagionismen var et bestemt og avgjort fremskritt i vitenskapen. I 1867 sa Lochmann:

“Contagionismen er nu ikke mere en Tro, en tvivlsom og usikker Lære, der kun, ligesom i 1830-32, bæres oppe af en sterk Opinion, og maaske i Fremtiden vil falde. Det er Naturlove, først nylig kjente, de kunne nærmere bestemmes, fuldstændiggjøres, oplyses, thi Meget er endnu indhyllet i Dunkelhed, men i sine store Hovedtræk staa de klare.”<sup>292</sup>

<sup>286</sup> Discussioner om cholera i det medicinske Selskab i Christiania i October, November 1865, Mai, Juni, August, October, November 1866: Christiania, 1867, s 200ff; Ohman Nielsen 2008, s 274

<sup>287</sup> “Extraordinært Møde den 16. mai 1866, Fortsatt discussion om nye Kvarantenebestemmelser mod cholera”, Norsk magazin for Lægevidenskab, s 563ff; “Møde den 23, mai 1866, fortsatt discussion om nye Kvarantenebestemmelser mod cholera”, Norsk magazin for Lægevidenskab, s 623ff; Ohman Nielsen 2008, s 274

<sup>288</sup> Plakat av 4. juni 1866, Mjælder 1871, Love, Anordninger, Tractater, Resolutioner, Kundgjørelser, Departements skrivelser, Circulærer m. m. for Kongeriget Norge : til Brug for den Lovstuderende, 1866-1870, s 136-137

<sup>289</sup> Ohman Nielsen 2008, s 274-275

<sup>290</sup> Mjælder 1871: s 357-358

<sup>291</sup> Ohman Nielsen 2008: 275

<sup>292</sup> Cholera i Christiania i 1866 af H. Steffens, O. Lund, E.F. Lochmann utgitt av [s. n.]; Lochmann til Sunnhetskommisjonen, s 60

Dette var et skritt i riktig retning, sa Lochmann, men fremdeles var mye ukjent, og denne utviklingen skal jeg fortsette å følge i de neste kapitlene. Enkeltpersoner hadde stått sterkt på sitt syn, kjempet og vunnet et viktig slag om anerkjennelse av smitteteorien for flere epidemiske sykdommer. Det var likevel bare en begynnelse: De fleste av Europas myndigheter og medisinerere var kommet til en enighet i teorien. I praksis skal jeg vise at det utartet seg meget forskjellig, og flere harde slag stod for døren.

### **Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg vist hvordan internasjonale medisinerere påvirket norske medisinerere med sine undersøkelser og synspunkter til å kjempe for smitteteorien med hensyn til kolera. Jeg har vist at både internasjonale og norske medisinerere holdt frem teorier om smitte, og at de la frem dokumentasjon i vitenskapelig form som underbygget denne teorien om koleraens oppkomst og spredning. Jeg har vist hvordan og hvorfor argumentene for smitteteorien vant terreng gjennom enkeltpersoner og hvordan dette resulterte i et skifte blant norske medisinerere og i nye norske karantenebestemmelser. Jeg har også vist at koleraens nye smittevei medførte at europeiske land forsiktig iverksatte karantenetiltak som utgjorde flere bånd både på det personlige frihetsidealet og handelsinteressene.

## Kapittel 7: 1873-1880 Norske lovforslag og forsøk på internasjonal enighet

### Innledning

I dette kapittelet skal jeg behandle flere norske lovforslag i i perioden 1873-1880 perioden. Jeg skal vise lovforslagenes innhold, motivene bak lovutkastene og behandlingen av lovutkastet. Ohman Nielsen har gitt en generell oversikt over Homanns lovutkast i 1873, og Homanns og de 4 legenes lovutkast i 1876. Jeg går lenger her ved å undersøke i enda større grad forholdene rundt, og behandlingen av lovutkastene. Ohman Nielsen har også gitt en generell oversikt over den midlertidige pestloven i 1879 og tilleggsloven om pest i 1880. Jeg går også lenger her ved å vise lovenes innhold, motiver og behandling. Jeg skal også vise resultatet av internasjonalt arbeid for ensrettede bestemmelser mot kolera, og hvordan Norge stilte seg i forhold til dette. Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Ohman Nielsen 2008 og Howard-Jones 1975, - og på egne primærkildestudier av stortingsforhandlingene fra 1876, 1879 og 1880.<sup>293</sup>

### Distriktslege Homann og lovutkast til en ny norsk smittevernlov

I 1873 fikk distriktslegen i Kragerø, Christian Homann, i oppdrag av departementet for det indre å utarbeide et lovutkast til en ny smittevernlov.<sup>294</sup> Dette resulterte i et lovutkast som tok oppgjør med den liberale karantene-loven fra 1848. Homanns lovutkast gav lite rom for tolkning, men uttrykte seg presist og konkret om hva, hvordan og på hvilken måte foranstaltninger mot smittsomme sykdommer skulle iverksettes. Lovutkastet var utformet i tråd med den moderne medisinske vitenskapen og med konklusjonene fra den 3. internasjonale sanitærkonferansen og den nyvunne overbevisningen om epidemiske sykdommers smittsomhet.<sup>295</sup>

Ved å se på Norges smittevernshistorie frem til dette tidspunktet blir det fristende å stille spørsmål til hvorfor akkurat Homann ble valgt til å lage lovutkast til ny smittevernlov, og ikke en av de prominente og aktede Kristiania-legene, med professorater ved det norske universitetet eller andre høye stillinger i hovedstaten. Norge hadde fått nye karantenebestemmelser ved plakat fra 4. juni 1866 og 16. september 1867, men med Homann som lov-forfatter strakte myndighetene seg enda lenger. For ikke mange år tilbake hadde dette vært helt utenkelig. Homann hadde i flere år stått side om side med Lochmann i spørsmålet om sykdom og smittsomhet da han ble bedt om å lage lovutkast til Norges nye smittevernlov. I 1860 publiserte Homann, sammen med Christian Hartwig, en epidemihistorisk studie av dysenteriepidemien i Kragerø i 1859. Dette var den første av de mange grundige, dokumenterte og publiserte epidemiberetningene fra Sørlandet, og den skilte seg

<sup>293</sup> Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880 (2008); Howard-Jones, Norman, The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938, 1975.

<sup>294</sup> STF 1876; Forslag til Lov og Foranstaltninger for at hindre søværts Indbringelse af smittsomme Sykdomme

<sup>295</sup> Ohman Nielsen 2008, s 345-347

ut ved at den ble publisert i vitenskapelig dokumenterbar form.<sup>296</sup> Denne undersøkelsen var, sammen med to undersøkelser de gjorde om nervefeberen, med på å overbevise flere av legene i Det medisinske Selskab som hadde vært i tvil om sykdommer, som dysenteri, hadde et spesifikt smittestoff som ble overført og spredte seg fra person til person.<sup>297</sup> I de påfølgende diskusjonene, i etterkant av at plakat av 4. juni 1866 var vedtatt, har jeg vist at medisinere i Det medisinske selskapet på ingen måte var kommet til full enighet i spørsmålet om koleraens smittsomhet og bruk av karantene for å bekjempe den, men Ekspedisjonssjef Kierulf valgte trolig Homann som forfatter av utkast til en smittevernlov.

På bakgrunn av dette var det bemerkelsesverdig at det nettopp var en medisinere som Homann som ble valgt av departementet, og dette kunne anses som en stor seier for den tidligere lite ansette case-metoden og kunnskapen om sykdommers smitteveier som var vunnet fram ved bruk av den. Med tanke på myndighetenes antikontagionistiske retning i tidligere år, den konsekvente avvisningen av medisinere som fremsatte eksempler på smittespredning ved epidemiske sykdommer, og de verbale basketakene og personangrepene i Det medisinske selskap, var dette et regelrett kontra og en seier til dem som hadde kjempet for gjennomslag for forståelsen av at epidemiske sykdommer utbredte seg ved smitte. Jeg skal nå vise hvordan norsk smittevernspolitikk gikk inn i en ny epoke, og videre hvordan kampen for oppbygging av smittevernet fortsatte, men i en ny form og mot andre motstandere.<sup>298</sup>

### **Forslag til Lov og Foranstaltninger for at hindre søværts Indbringelse af smitsomme Sykdomme**

Lovforslaget var utarbeidet av Homann på oppdrag fra Kierulf. Det deler klart inn i 14 paragrafer.

Paragraf 1 bestemte at utenlandsk fartøy som brakte med seg noen syke eller døde av “indvorted sykdom”, eller gang- eller sengeklær fra slike, skulle heise karanteneflagg ved ankomsten. Fartøyet skulle fortsette å ligge under karanteneflagg frem til sunnhetstilstanden var undersøkt av sunnhetskommisjonene eller ved en annen måte som kongen bestemte. Ved å bruke uttrykket “indvortes sykdom” favnet man alle sykdomstegn som var potensielt mistenksomme. Dette kunne likne litt på 1805-forordningens bruk av uttrykke “pestlige sykdommer”. Lik 1805-forordningen ville også dette uttrykket fungere som en bestemmelse som kunne anvendes mot ukjente sykdommer.<sup>299</sup> Paragraf 2 bestemte konkret hvilke sykdommen loven rettet seg mot, dette var: kolera og koleradiaré, dysenteri, gul feber, nervefeber (tyfus og tyfoid feber), kopper, skarlagensfeber, meslinger og difteri, “eller nogen anden ondartet og smitsom Sykdom som af

<sup>296</sup> Ohman Nielsen 2008, s 345-347

<sup>297</sup> Ohman Nielsen 2008: s 233

<sup>298</sup> Ohman Nielsen 2008, s 345-348

<sup>299</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 4, § 1

Kongen sættes i Klasse med nævnte Sykdomme”.<sup>300</sup> I forhold til karantene-loven fra 1848 utvidet lovforslaget slik bestemmelsene for smittevern *utover* 1848-lovens bestemmelser som gjaldt pest, gulfeber, kopper og kolera. Videre sa lovforslaget at ved et sykdomstilfelle av de nevnte sykdommer, skulle syke bringes i land og isoleres i et isolasjonslokale. Sunnhetskommisjonen hadde bestemmelsesrett over hvorvidt den syke skulle bringes til privat forpleining, og skipets fører kunne bestemme om de syke skulle bli på skipet. I så fall måtte skipet fremdeles ligge under karanteneflag og ikke ha samkvem med land annet enn hva sunnhetskommisjonen tillot. Etter at syk person var bragt i land eller den døde var begravet, skulle det skje full rensning av skip, mannskap, bruksting, gang- og sengeklær som hadde tilhørt den syke eller døde. Skipet skulle etter dette få en sunnhetsattest.<sup>301</sup> Tollboden kunne ikke ekspedere utenlandske skip som ikke hadde sunnhetsattest eller annen skriftlig dokumentasjon på at de hadde vært gjennom denne karanteneundersøkelsen.<sup>302</sup>

Bestemmelser vedrørende kolera ble i forslaget ytterligere skjerpet i forhold til de andre sykdommene. Kongen skulle få bestemme om skip som gikk i utenriksfart og kom fra smittet sted, men som ikke hadde smitte om bord, likevel skulle heise karanteneflag og behandles som om de hadde syke ombord. De måtte i tilfelle også gjennom en legek kontroll før de fikk hevet karantenen.<sup>303</sup> Passasjerdampskip som gikk i utenriksfart og som hadde kolerasyk eller folk med koleradiaré skulle anløpe karantenestasjonen i Kristiansand havn, eller en annen havn kongen bestemte, som første anløpshavn. Også skip i *innenriks* fart, som hadde om bord noen som var angrepet av kolera eller koleradiare, skulle heise karanteneflag og gjennomgå en legeundersøkelse før skipet fikk fjerne karanteneflaget og legge til land.<sup>304</sup> Bestemmelsen om at også skip i innenriks fart skulle heise karanteneflag og underkaste seg henhørende undersøkelse var ment å økte beskyttelsen mot kolerasmitte for norske lokalsamfunn.

Paragrafene 6-10 bestemte at det innen 3 år skulle settes i stand isolasjonslokaler på de ladestedene Kongen bestemte og på hvert søsted disse skulle brukes. Inntil slike lokaler var satt i stand skulle midlertidige lokaler brukes. Isolasjonslokalene kunne, i tillegg til å brukes til å isolere mennesker fra skip, også brukes til å isolere innbyggere fra byen eller stedet som var syke av de sykdommene loven nevnte. Omkostningene for isolasjonslokalene ble foreslått å deles mellom kommune og stat, og for enkelte kommuner kunne det bestemmes at staten skulle bære  $\frac{3}{4}$  av utgiftene. Omkostningene fra de undersøkelser som paragraf 1 og 2 beskrev skulle bæres av staten hvis ikke skipet skulle til utenriks sted. Da falt omkostningene på skipet. Omkostninger for drift og

<sup>300</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 4

<sup>301</sup> STF 1876. Del 5, Dok. No. 49, s 5, § 2

<sup>302</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 5, §3

<sup>303</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 5, § 4

<sup>304</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 5, § 5

vedlikehold av isolasjonslokalene skulle falle på kommunen. Omkostninger ved innleggelse og forpleininga av syke, begravelse av de døde, og rensning av skip skulle bæres av skipet.<sup>305</sup> Paragraf 11 bestemte at reglementariske bestemmelser for lovens gjennomføring skulle utferdiges av kongen, og kongen skulle også gi bestemmelser om karantene mot pest.<sup>306</sup> Paragrafene 12-14 omhandlet formaliteter.<sup>307</sup>

I tillegg til selve lovforslaget hørte det med en motivdel skrevet av Homann. Homann gikk her grundig igjennom hver enkelt sykdom som han mente landet trengte beskyttelse mot, og forklarte hvorfor han mente karantene-loven fra 1848 og de senere gitte bestemmelsene ikke var tilstrekkelige til å beskytte mot import av smittsom sykdom. Han argumenterte mot pestbestemmelsene i 1848-loven: Han mente bestemmelsene var lite relevante siden pesten ikke hadde vist seg i landet på mange år. Han foreslo derfor at dette ble endret til at kongen til enhver tid bestemte hvilke retningslinje som skulle gjelde mot pest. Dette ville gi en mer fleksibel smittevernlov, som raskt kunne endres etter behov, mente Homann.<sup>308</sup>

Homann mente det var annerledes med kolera. Han argumenterte sterkt for isolasjonslokaler. Han mente også at skjelningen mellom ”kolerasyk” og ”koleramistenkt” var hovedgrunnen til Norges suksess med å holde koleraen borte fra landet i koleraepidemien 1866. I denne epidemien ankom 29 skip med kolera-syk eller død om bord, og 25 skip med ”mistenkt-kolera”. Homann pekte på utfordringer frem til neste epidemi. For det første manglet det isolasjonslokaler, for det andre var der grunn til å tro at samferdselen ville fortsette å øke, og, sist men ikke minst, så brakte dampskipene en utfordring med seg. Mennesker med smitte fikk kortere reisetid som gjorde at de kanskje ikke ble syke før de var i land.<sup>309</sup>

Homann uttalte seg også om de andre sykdommene lovutkastet omhandlet. Han mente gul feber enda hadde til gode å vise seg på en så nordlig breddegrad, og at denne sykdommen ble tatt inn i den norske karantene-loven fra 1848 på grunn av andre lands praksis, men at det ikke var til noen skade at denne forble i loven. Når det gjaldt kopper så hadde ikke skip hatt med seg mannskap med smitte de siste årene. Isolasjonene av koppersyke hadde i lange tider vært en anerkjent metode for å forhindre videre smitte. Isolasjon av syke var også bestemt for kopper i § 21 i forordningen av 1810. Homann løftet frem hvordan det erfaringsmessig hadde vist seg at det var viktig å isolere de første tilfellene av koppersyke. Han løftet frem at Norge manglet isolasjonslokaler som var i konstant beredskap. Ved trussel om en invasjon av en epidemisk smittsom sykdom hadde Indredepartementet kun myndighet til å oppfordre sunnhetskommisjonene til å sørge for at

<sup>305</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 5-6, §6-10

<sup>306</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 5-6, § 11

<sup>307</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 5-6, § 12-14

<sup>308</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 9

<sup>309</sup> STF 1876. Del 5, Dok. No. 49, s 10

isolasjonslokaler ble holdt i beredskap. Homann mente bestemmelsene burde endres slik at det var påbudt å holde isolasjonslokaler i beredskap.<sup>310</sup> Behovet for permanente isolasjonslokaler var spesielt prekært ved tilfeller av nervefeber mente Homann. Dette fordi sykdomstilfeller av nervefeber var langvarige og derfor krevde isolasjonslokaler i konstant beredskap.<sup>311</sup>

Vedrørende difteri mente Homann at den ikke alltid opptrådte som smittsom, men at i de tilfellene den gjorde det, kunne den være meget smittende. I Norge manglet det bevis for at den hadde kommet inn sjøveien, men han mente det fantes bevis for dette fra andre steder. Han mente isolasjon av sykdomstilfeller også var viktig når det gjaldt difteri.<sup>312</sup> Han mente også at både skarlagensfeber og kopper kunne komme via import, og at det burde foranstalles både anmeldelsesplikt og isolasjon mot tilfeller av disse.<sup>313</sup>

Lovforslaget som ble utarbeidet av Homann ble i 1873 sendt ut på høring til karantenekommisjoner, kommunebestyrelser i Sjøstedene, til samtlige leger i kystdistriktene, til Amtmenn, til tollkamre og til overlosene. Også finansdepartementet kom med en uttalelse. Erklæringene kom inn innen utgangen av 1873.<sup>314</sup> Lovforslaget ble ikke fremmet for stortinget i 1874. Det skyltes at departementet ikke fikk tid til å forberede det for stortinget det året. I tidsrommet frem til 1876 mente Homann selv at behandling av lovforslaget ble utsatt på grunn av ekspedisjonssjef Kierulfs bortgang. Kierulf hadde vært en ivrig pådriver for denne loven. Men også forhandlinger i departementet omkring forslaget fra det østerrikske utenriksdepartementet, om Norges tiltredelse av sanitærkonvensjon fra den internasjonale sanitærkonferansen i Wien i 1874, medførte til at Homanns lovutkast ble liggende.<sup>315</sup> Konvensjonene fra den 4. internasjonale sanitærkonferansen, ”*Internasjonal Sanitetskonvensjon om enhetlige foranstaltninger for å hindre søværets import av kolera*”, var basert på de samme prinsipper som Homanns lovforslag, men begrenset til kolera. Det innebar en opphevelse av kolerakarantene til fordel for en nøyaktig inspeksjon av skip som ankom fra steder smittet av kolera og isolasjon av syke i særskilte isolasjonslokaler.<sup>316</sup>

#### 4. internasjonale sanitærkonferanse i Wien, 1874

Det var i etterkant av denne konferansen den norske regjering fikk spørsmål om å tiltre konvensjon fra. Jeg vil vise konferansens viktigste diskusjonsområder og vise hvordan det utartet seg til

<sup>310</sup> STF 1876, del 5, dok. Nr. 49, s 10

<sup>311</sup> STF 1876, del 5, dok. Nr. 49, s 11-12

<sup>312</sup> STF 1876, del 5, dok. Nr. 49, s 12

<sup>313</sup> STF 1876, del 5, dok. Nr. 49, s 12

<sup>314</sup> Dette i følge Stortingsforhandlingene i 1876 del 5, Dok. No. 49,, men på riksarkivet var ingen av disse betenkningene å finne. Riksarkivet hadde journalført hvor dette var å finne, men det lå ingenting på journalnumrene. Det stod ”samlet” på siste journalnummer. Det kan være at papirene har blitt hentet ut i forbindelse med et lovarbeid, og eventuelt lagt i et bortkommet arkiv.

<sup>315</sup> STF 1876, del 5, dok. Nr. 49, s 1

<sup>316</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 1-2

uenighet i flere spørsmål. Den fjerde konferansen baserte seg hovedsakelig på den tredje sanitærkonferansen i Constantinopel. Målet med konferansen i Wien var å undersøke om de konklusjonene som ble trukket i 1866, fremdeles var gyldige. I håp om å få noen lettelser i den strenge maritime karantenen som særlig var en belastning for Russland, var det Russland som foreslo å kalle inn til en ny konferanse. 21 land var representert, med Kierulf som norsk delegat.<sup>317</sup>

Konferansens hovedoppgave var å undersøke konklusjonene fra konferansen i Konstantinopel, og bestemme i hvilken grad disse fremdeles var gyldige.<sup>318</sup> Etter at dette var unnagjort, på mindre enn en uke, gikk konferansen videre med å diskutere to administrative problemer: 1. Å forberede utkast for regler for maritim karantene, og 2. Å få i stand en permanent internasjonal kommisjon om epidemier. For førstnevnte så ble det utarbeidet bestemmelser for forholdsregler etter to forskjellige systemer, et inspeksjonssystem og et karantenesystem. Deltakerlandene som var for inspeksjonssystemet var Tyskland, Østerrike, Ungarn, Belgia, Danmark, England, Italia, Holland, Norge, Persia, Russland og Sverige.<sup>319</sup> Inspeksjonssystemet bestod av en legeundersøkelse av alle skip fra kolerasmittet sted, og hvis da ikke syke fantes om bord skulle det gis praktika. Brakte skip syke med seg skulle de syke bringes til isolasjonslokaler. Isolasjonslokalene skulle stå i beredskap i alle havner som var åpne for handel. Skipet og de delene av mannskapet og passasjerer som var friske, skulle etter desinfisering tillates fritt samkvem med land.<sup>320</sup> Karantenesystemet bestod i en observasjonskarantene med varighet fra 1-7 dager for skip som kom fra kolerasmittet sted, men der ingen var eller hadde på reisen vært syke av kolera. Hadde skipet med seg kolerasyke eller mistenkelige tilfeller, skulle disse bringes i land til egne karanteneanstalter, mens skipet ble gitt en 7 dagers karantene med rensning av både skip og last. De landene som tiltrådte dette systemet var Frankrike, Hellas, Luxemburg, Portugal, Serbia, Sveits, Tyrkia og Egypt.<sup>321</sup>

### Fem medisineres kamp for ny smittevernlov

I 1876 fremmet Homann sammen med 4 andre leger på stortinget et privat lovforslag. Homann og de fire andre legene, J. Sparre, Lassen, Løberg og D.C. Danielsen var alle stortingsrepresentanter.<sup>322</sup> Innledningsvis i forslaget har Homann ordet og han ber Stortinget se forbi at dette forslaget ikke ble fremmet helt etter reglene. Han begrunner med at han på forespørsel hos Medisinaldirektøren i

<sup>317</sup> Howard-Jones 1975, s 38: Østerrike-Ungarn, Belgia, Danmark, Egypt, Frankrike, Storbritannia, Tyskland, Hellas, Italia, Luxemburg, Norge, Nederland, Persia, Portugal, Romania, Russland, Serbia, Spania, Sveits, Sverige og Tyrkia. Info om at Kierulf var norsk delegat har jeg hentet fra selve protokollen til konferansen;

<http://pds.lib.harvard.edu/pds/view/6692193>

<sup>318</sup> Howard-Jones 1975, s 38

<sup>319</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5

<sup>320</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5

<sup>321</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5

<sup>322</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, side 2



januar 1876 hadde fått beskjed om at forslaget ville bli fremsatt som kongelig proposisjon for stortinget samme år. Den samme beskjeden mottok han etter henvendelser fra departementet. Han fikk samme beskjed helt frem til 1. mars 1876. Da kom kontrabeskjeden om at saken ikke var ferdig fra regjeringen, og at det ikke var noen mulighet for at dette ville skje dette året.

Homann forklarte hvorfor dette var grunnlaget for at han selv og de fire andre legene tok aksjon. Han la frem at det i flere byer, i påvente av denne loven, var utsatt å treffe foranstaltninger for å sette i stand isolasjonslokaler. Han fortalte hvordan flere av stortingsrepresentantene hadde henvendt seg til han med ønske om at han måtte arbeide for å få saken fremmet. Dette ønsket også de fire andre legene på tinget som stilte seg bak dette forslaget.<sup>323</sup> Han la også frem at regjeringen hadde tiltrådt konvensjonen fra den 4. internasjonale sanitærkonferansen ved kongelig resolusjon 8. januar 1876,<sup>324</sup> og han informerte om at lovforslaget overensstemte med konvensjonens bestemmelser og at det også av den grunn var viktig å behandle. Han informerte også om at den formen forslaget nå lå i, stemte overens med det Medisinaldirektøren hadde rådet departementet i 1876 å legge frem for regjeringen.<sup>325</sup>

### Forslag til "Lov om Foranstaltninger for at hindre søværts Indbringelse af smitsomme Sygdomme"

Dette forslaget var basert på Homanns lovforslag fra 1873, og hovedprinsippene var de samme som i Homanns utkast fra 1873. Lovforslaget fra 1873 inneholdt 14 paragrafer, mens dette lovforslaget var utvidet og inneholdt 19. De endringene som var gjort, sa Homann, var i tråd med de uttalelsene som kom inn i fra loser, tollkamre, finansdepartementet osv. fra 1873. § 1 presiserer enda klarere at skip som hadde med seg syk eller død av indvortes sykdom, som det ikke med *sikkerhet* vites at var en annen enn sykdommene som § 2 nevner, skulle heise karanteneflagg og ligge under karanteneflagg inntil sunnhetskommisjonen hadde undersøkt.<sup>326</sup> Paragrafene 2-4 stod uforandret<sup>327</sup> § 5 i 1876-utkastet hadde endret teksten fra "dampskip" i 73 til "passasjerskip" i 76-utkastet. Denne presiseringen fra "dampskip" til "passasjerdampskip" kan være på grunn av økt skipsfart som gjorde det mulig for folk å reise mer rundt, og at det da var nødvendig med en presisering slik at passasjerskip ikke på noen måte gikk utenom denne bestemmelsen.<sup>328</sup> Paragrafene 6-19 inneholdt samme bestemmelser som fra 1873-forslaget og var supplert med flere og mer utdypende formalitetsbestemmelser.<sup>329</sup>

<sup>323</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, side 1-2

<sup>324</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 2

<sup>325</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 2

<sup>326</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 2

<sup>327</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 2-3, § 2-4

<sup>328</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 3

<sup>329</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 3

I næringskomiteens innstilling ble legene i lovutkast-komiteen gitt det meste av ordet. De gjorde rede for hvorfor Homann i første omgang ble spurt om å lage lovutkast i 1873, og hvilke grunner departementet hadde lagt til grunn. Departementet mente at bestemmelsene som var gitt ved karanteneplakatene fra 1866 og 1867 hadde vært effektive og i stor grad klart å utestenge kolera under epidemien i 1866-67. Derimot var gjennomførelsen forbundet med meget stor vanskelighet.<sup>330</sup> Det hadde også kommet inn gjentakende klager fra skipsfarten som pekte på at det inhumane i at friske måtte bli værende om bord sammen med kolerasyke på skip som var lagt i karantene. Dette skjedde i tillegg også under svært dårlige hygieneforhold, som i alminnelighet rådet om bord i lugarene. Plakaten fra 1866 bestemte at syke skulle bringes i land til isolasjonslokaler, men departementet hadde ikke gitt alminnelig bemyndigelse til at slike lokaler kunne leies på statens regning. Departementet hadde innskrenket dette ved å anbefale sunnhetskommisjoner å sørge for at det fantes lokaler i beredskap som kunne ta imot koleraangrepne innbyggere fra stedet. Men det var ikke gitt noe påbud om, på statens eller kommunens regning, å ta imot kolerasyke som kom sjøveien med skip. Kommunene hadde forskjellig praksiser for hvordan de løste dette problemet. Lovkomiteen mente at felles praksis var mest hensiktsmessig.<sup>331</sup>

Lovforslagskomiteen gjorde også rede for og utdypet hvordan dette lovforslaget innfridde flere av kravene som en tilslutning til resolusjonen fra den 4. internasjonale sanitærkonferansen i Wien i 1874 stilte. Dette var spesielt kravet til inspeksjonssystemet og opprettelsen av isolasjonslokaler som skulle stå i en konstant beredskap.<sup>332</sup> Departementet hadde rådet regjeringen å tiltre konvensjonen i et gjensvar til invitasjonen fra Østerrikes utenriksdepartement hvor departementet sa:

“At man finder, at der taler meget for de saakaldte système d’inspection medicale, som i princip maa siges at være anerkjent i Norge, men at dets Gjennemførelse i den af Konferancen foreslaaede Udstrækning med hensyn til Norges udstrakte kyststrækning og øvrige eiendommelige Forhold paakrever nogen nærmere Overveielse og vilde paakalde Forandring i den gjældende Lovgivning, hvis Aarsag man ikke for Tiden ser sig istand til at afgive nogen ubetinget eller mere bindende Erklæring i dette Punkt.”<sup>333</sup>

Departementet hadde også uttrykt betenkeligheter ved Norges tilslutning til konvensjonen. De mente det ville være umulig å gjennomføre legeundersøkelse for alle skip som ankom norske

<sup>330</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s,4

<sup>331</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 4

<sup>332</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5

<sup>333</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5

uthavner fra kolerasmittet sted. Departementet mente også at det ville bli vanskelig å gjennomføre påbudet om å ha isolasjonslokaler i alle “handelsåpne havner”. Av departementet ble dette tolket dithen at dette innbefattet også uthavner, og da også problemet med å få isolert alle kolerasyke her.<sup>334</sup>

Sammen med ensartede foranstaltninger mot kolera hadde også konvensjonen foreslått opprettelsen av en permanent internasjonal sanitetskommisjon. Planen var at utgiftene til denne kommisjonen skulle fordeles mellom landene som deltok i konvensjonen. Departementet hadde ikke rådet regjeringen til å tiltre denne delen av konvensjonen fordi det ikke var noe oversikt over hvor store kostnader som ville bli pålagt Norge ved tiltredelse.<sup>335</sup> Regjeringen hadde besluttet å tiltre konvensjonen 25.juni 1875<sup>336</sup>, men det gjenstod likevel noen formaliteter før dette ville skje, og dette krevde blant annet en endring i norsk karantene Lovgivning.<sup>337</sup> Regjeringen tiltrådte konvensjonen, med forbehold, 8. januar 1876. Men konvensjonen krevde at minst 10 land hadde tiltrådt for at den skulle ha gyldighet. Jeg har ikke funnet noe om at denne konvensjonen var bindende for Norge i stortingsforhandlingene, eller i oversiktsverkene.<sup>338</sup>

Lovutkast-komiteen forklarte også på hvilken måte lovutkastet de fremsatte var endret etter de innkomne erklæringene fra 1873. I de innkomne erklæringene kunne store deler av kritikken mot lovforslaget hovedsakelig summeres opp i tre punkter: 1) forslaget favnet for vidt, 2) gjennomførelsen av forslagets bestemmelser la betydelige bånd på handelen, og 3) det var ikke behov eller nødvendig med en smittevernlov.<sup>339</sup> Lovforslagskomiteen tilbakeviste påstandene.<sup>340</sup>

Næringskomiteen kom med anbefaling til Odelstinget at lovforslaget ikke ble tatt under behandling. De mente at saken ikke var tilstrekkelig forberedt, spesielt i forhold til økonomiske spørsmål som ville pålegge både kommune og stat store utgifter. De mente også at saken om nye bestemmelser som ville hindre import av smittsomme sykdommer allerede var under myndighetens oppmerksomhet pga. det østerrikske konvensjons-spørsmål, og næringskomiteen regnet med at dette var en sak som snarlig ville bli tatt opp.<sup>341</sup> Odelstinget hadde saken oppe 29.mai 1876, og næringskomiteens anbefaling ble bifalt.<sup>342</sup> Lovforslaget stanset altså her, og ble ikke behandlet videre.

<sup>334</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5

<sup>335</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 5-6

<sup>336</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s, 6

<sup>337</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s,5

<sup>338</sup> STF 1876, del 5, Dok. No. 49, s 2; STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 6

<sup>339</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 7

<sup>340</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 7-11

<sup>341</sup> STF 1876, del 6, Indst. O. III. s 13

<sup>342</sup> STF 1876, del 7, s 82

## Pest igjen en trussel mot Europa

I 1879 dukket pesten opp innenfor Europas grenser igjen, nærmere bestemt i Russland.<sup>343</sup> De norske bestemmelsene som vedrørte pest i karantene-loven fra 1848 tillot gode midler til å håndtere sykdommen hvis den kom med skip til havnene. Med det var ingen hjemler for å stanse og isolere pestsyke og folk som var pestmistenkte, hvis disse skulle komme over land som for eksempel i nord over russergrensen. Melding om pestens opptreden i Russland fikk fart på saksgangen og regjeringen la frem et lovforslag i februar 1879.

### Hastelov mot pest 1879: Udkast til Lov om foranstaltninger til at hindre Indførelse af Pest m. B : om loven.

Lovforslaget fra regjeringen var datert 10. februar og inneholdt følgende bestemmelser<sup>344</sup>: Loven var en tilleggslov til karantene-loven fra 1848, og i henhold til denne kunngjorde kongen at de landene som grenset til Svartehavet, og landene som grenset til de deler av det Azomske hav som grenset til Russland, skulle inntil videre ansees som smittede av den orientalske pest. Anordningene fra 1848-loven ble satt i kraft.<sup>345</sup> Denne gav imidlertid bare beskyttelse mot import av sykdom sjøveien medgav regjeringen. Departementet hadde vurdert andre midler for å beskytte og forebygge mot sykdom, som for eksempel et fullstendig forbud mot innførsel av smitteførende varer fra smittede steder. Dette hadde man anledning til via 1848-lovens tillegg fra 1849. Det opplystes om at denne foranstaltningen allerede var truffet ovenfor Russland i flere andre land, blant annet i Danmark. Det manglet likevel hjemmel for dette i de eksisterende bestemmelsene. I enkelte tilfeller kunne myndighetene handle etter husdyrloven fra 1866, men dette var begrenset, og myndighetene stod totalt uten hjemmel til å gripe inn ovenfor personkommunikasjonen over grensen.<sup>346</sup> Smittevernet var med Sunnhetsloven fra 1860 blitt et kommunalt anliggende, så sunnhetskommisjonene bestemte der.

Departementet hadde først tenkt å foreslå en lov med utgangspunkt i Homanns 76-utkast. Dette ble imidlertid ikke tilfelle. Dette på grunn av økonomiske hensyn til de pålagte isolasjonslokalene som Homanns lovforslag inneholdt, og på grunn av knapphet med tid. Derfor ble det foreslått et tillegg til karantene-loven av 1848.<sup>347</sup> Departementet synes ikke det var hensiktsmessig at det skulle fastsettes spesifikke forholdsregler mot pestsykdommen i den nye loven. Erfaringsmessig påpekte departementet at det gjerne skulle vært mulighet for å lempe på de

<sup>343</sup> Ohman Nielsen 2008, s 347

<sup>344</sup> STF 1879, del 6, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltninger til at hindre Indførelse af pest m. B. s,1

<sup>345</sup> STF 1879, del 6, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltninger til at hindre Indførelse af pest m. B. s, 1.

<sup>346</sup> STF 1879, del 6, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltninger til at hindre Indførelse af pest m. B. s 2

<sup>347</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24. s 1

gjeldene bestemmelsene etter karanteneloven fra 1848, derfor ønsket departementet en tilleggslov som gav muligheter for å tillempe bestemmelsene mer etter forholdene.<sup>348</sup>

Departementet hadde vurdert muligheten for å treffe anordninger med hensyn til personkommunikasjonen landverts over grensen. Departementet anså ikke at det ville være nødvendig med slike avsperringer ved svenskegrensa, det gjaldt kun de delene av landet som grenset til Russland.<sup>349</sup>

Departementet ønsket at den nye loven skulle favne om det som man hadde vært misfornøyd med og savnet i gjeldene lover. Deriblant at loven gav mulighet til å kunne handle raskt og gi de nødvendige foranstaltningene hvis sykdommen skulle komme.<sup>350</sup> Departementet foreslo derfor følgende: § 1, Kongen skulle gi bestemmelser om foranstaltninger for å hindre import av pest. Dette var lik § 11 fra de 5 legenes lovforslag fra 1876. § 2 gav Kongen myndighet til å kunne forby innførsel av varer i forbindelse med andre smittsomme sykdommer. Departementet mente at det vil være svært ønskelig å kunne treffe slike preventive foranstaltninger også mot for eksempel tyfus.<sup>351</sup>

Komiteen hadde ingen bemerkninger til lovforslaget i innstillingen, og sendte det over til Odelstinget.<sup>352</sup> 27.mars behandlet odelstinget innstillingen fra budsjettkomiteen. § 1 i denne hasteloven sa at det skulle være opp til kongen å gi bestemmelser og foranstaltninger for å hindre innførsel av pest. På grunn av mye diskusjon både i Odelsting og Lagting ble det bestemt at denne loven skulle ha en begrenset gyldighet. For å møte den truende faren for pest, var det nødvendig med en slik myndighet til kongen, men de likte ikke at den utøvende makt skulle ha en ubegrenset myndighet på dette feltet. Derfor ble det vedtatt at bestemmelsene som gjaldt pest fra karanteneloven fra 1848 bare skulle midlertidig være opphevet, og at de nye vedtatte bestemmelsene kun skulle gjelde frem til 1.juli 1880.<sup>353</sup> Det ble også gitt løfter om at det under neste års storting skulle legges frem et nytt lovforslag som omhandlet flere anliggender.<sup>354</sup> Odelstinget behandlet saken og sendte så saken videre til lagtinget.<sup>355</sup> Lagtinget hadde saken oppe 31.mars, lovforslaget ble bifalt og sendt over til regjeringen.<sup>356</sup> Forslaget ble sanksjonert 7.april

<sup>348</sup> STF 1879, del 3, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltinger til at hindre Indførelse af pest m.B.s, 2-3

<sup>349</sup> STF 1879, del 3, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltinger til at hindre Indførelse af pest m.B.s 2

<sup>350</sup> STF 1879, del 3, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltinger til at hindre Indførelse af pest m.B.s 2

<sup>351</sup> STF 1879, del 3, Oth. Prp. No. 17. ang. Udfærdigelse af en Lov om Foranstaltinger til at hindre Indførelse af pest m.B.s 2-3

<sup>352</sup> STF 1879, del 6, Indst. O. No. 17. Indstilling til budgetkomiteen ianledning den kongleige proposition om udfærdigelse af en lov om foranstaltninger til at hindre indførelse af pest m. B.(Oth. Prop. Np. 17),s 21-22

<sup>353</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 1-2

<sup>354</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 2

<sup>355</sup> STF 1879, del 7, s 85

<sup>356</sup> STF 1879, del 7, s 114

samme år.<sup>357</sup> Med hjemmel i den nye vedtatte loven fra 7.april ble det samme dag lagt ved tilleggsbestemmelser som i stor grad var de samme som de midlertidige opphevede pestbestemmelsene i karantneloven av 1848.

### Tilleggslov; “Lov om Foranstaltninger mod Pest”- 1880: om loven

Hasteloven mot pest fra 1879 hadde en tidsavgrenset gyldighet og opphørte i 1880. Lovkomiteen hadde to ting å utsette på de gjeldende bestemmelsene mot pest i karantneloven av 1848: For det første hadde den et begrenset virkeområde. Unntatt § 15 fra sunnhetsloven i 1860 som sa at “ved epidemisk utbrudd eller nærmelse, skal sunnhetskommisjonen anordne og foranstalt hva sykdommens natur krever”, fantes ingen bestemmelser som gav rom for å treffe nye tiltak som var i tråd med den aktuelle sykdomssituasjonen. Den var veldig omstendelig, konkret med hvilke varer som skulle behandles på hvilken måte, antall dager med karantene osv, men den hadde et svakt punkt med at den var så “fast”. Det var f. eks utenkelig i denne loven at pest skulle komme fra russiske område *over land*. Derfor var det ingen bestemmelser som gav lov til å sette i gang noen foranstaltninger for å sperre av ferdselsruter eller jernbaneruter. Når en så på helheten mente lovkomiteen at det ikke var å vente at man kunne stenge en hel landegrense, men de holdt fram at for å hindre sykdomsspredning så måtte man i det minste ha en mulighet til å gjøre *noe*. For det andre så mente de at 48-loven var veldig streng. Det var 20 dager losningskarantene for skip som kom fra pestsmittet sted og som brakte med seg varer som ble regnet for å være smitteførende. Dette inkluderte også mannskapet. Lovkomiteen mente at det var negativt at 48-loven ikke åpnet for at man kunne bruke skjønn.<sup>358</sup>

Under pestutbruddet i Russland i 1879 fikk Norge erfare at karantneloven påvirket skipsfarten og handelen i stor grad. Korn var en viktig handelsvare fra Russland. Korn var ikke på lista over smitteførende varer, men en vanlig måte å frakte kornet på var å garnere kornlastet skip med bastematter, og disse var i følge karantnelovens § 47 på lista.<sup>359</sup> 10. februar satte myndighetene i kraft karantneloven mot skip som kom fra havner ved Svartehavet og det Azomske hav fra Russland. Da måtte også kornskip inn til karantene på grunn av bastemattene. Dette ble i mars utvidet til å gjelde skip fra havner i Østersjøen og også Finland. For å sikre korntilgangen ble det 11. mars vedtatt et tillegg til karantnelovens § 47 som sa at skip med kun bastematter som smitteførende vare, skulle være unntatt losningskarantene, og isteden ligge i observasjonskarantene. Observasjonskarantene var 14 dager minus reisetiden. Dette ble en lettelse, men det kjentes fremdeles som en tung byrde for de involverte.<sup>360</sup> Departementet sa klart i fra om at de var

<sup>357</sup> STF 1879, del 7, 97

<sup>358</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. til Lov om Foranstaltninger mod Pest (Lov indeh. Tillæg til Lov om Kvarantænevæsenet af 12te Juli 1848) No. 24, s 2-4

<sup>359</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 4-5

<sup>360</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 4-5

misfornøyde med den gjeldende karantene Lovgivingen, den hadde store mangler i omfang, og stod svakt på grunn av at den var så lite fleksibel.<sup>361</sup>

I 1880 ble utkast til “Lov om foranstaltninger mot pest” lagt frem som lovforslag. Dette lovforslaget var basert på de erfaringene man gjorde seg under pestepidemien i Russland og andre lands karantene Lovgiving. § 1 sa at Kongen kunne anordne følgende foranstaltninger mot pest eller mistenkt sykdom: a) Forbud mot å importere smitteførende varer og dyr fra land som var pestsmittet, men i de tilfellene hvor importforbud ikke var nødvendig, kunne kongen bestemme hvilke forsiktighetsregler som skulle utføres for å hindre import av smitte. b) Gi påbud om at hvert fartøy som kom fra pestsmittet sted eller der mistenkelig sykdom herjet, eller som hadde hatt kontakt med et skip som kom fra et slikt sted, skulle heise karanteneflagg og ikke ha kontakt med land eller andre fartøy frem til det var gjort en legeundersøkelse av sunnhetstilstanden ombord. c) Gi påbud om at personer som kom fra land hvor pest eller mistenkelig sykdom herjet, måtte, for å få adgang til riket ha en bevitnelse fra de forente rikers konsul på avreisestedet, som bekreftet at personen i et bestemt antall dager ikke hadde oppholdt seg på et pestsmittet sted. d) Fartøy som ved ankomsten eller på reisen hadde hatt noen syke eller døde av pest eller mistenkelig sykdom ombord, skulle inn under karantene. Karantene skulle kunne forordnes for ethvert skip som kom til landet som var i noen av de nevnte tilfellene. e) Karantenetiden skulle ikke overskride 20dager. f) Avsperring av kommunikasjon fra angrepne steder, både innenlandsk og ved riksgrensen, kunne bli iverksatt. Men i tilfeller der det ikke var nødvendig med avsperringer kunne det påbys en annen slags kontroll av kommunikasjonen fra slike steder.<sup>362</sup> Loven skulle tre i kraft 1. juli 1880, og fra da var bestemmelsene som angikk pest i Lov om karantenevesenet fra 1848 opphevet.<sup>363</sup>

Næringskomiteen var enig med departementet om at de gjeldende karantenerreglene i karantene Loven fra 1848 ikke var gode nok. De ønsket regler som var oppdatert etter den moderne tanke, og regler som var tøyelige og som kunne tilpasses fremtidige situasjoner.<sup>364</sup> Utenom enighet i dette, så hadde næringskomiteen flere innvendinger mot lovens innhold. Departementet hadde henvist til det Homannske lovtkast og hadde uttrykt at om både økonomi og tiden hadde tillatt det, så hadde et lovforslag av Homannsk art vært ønskelig. Komiteen mente dette var misvisende og ikke var annet enn tomme løfter. For hvis departementet ønsket en lov av Homannsk art, en smittevernlov som angikk de epidemisk smittsomme sykdommene, og ikke bare pest, da mente komiteen at departementet hadde gitt uttrykk for at lovforslaget fra 1880 ville ha en midlertidig gyldighet. Jeg tolker det slik at for komiteen så betydde dette at departementet pakket lovforslaget fra 1880 inn i et svakt løfte om at det en dag, når både økonomi og tiden var beleilig, ville det

<sup>361</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 5

<sup>362</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 10

<sup>363</sup> STF 1880, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 10 § 3

<sup>364</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 98

fremlegges en lov i kategori med det Homannske lovutkast fra 1876. Uten en midlertidig bestemmelse knyttet til lovforslaget fra 1880 mente komiteen at det var lite sannsynlig at dette ville skje.<sup>365</sup>

Lovforslaget som var under behandling av komiteen i 1880 hadde, lik 1879-loven, gitt ubegrenset myndighet til den utøvende makt. Til dette hadde komiteen de samme betenkeligheter som ved behandlingen av pestloven i 1879. Ja flere, siden pest ikke lenger var en reell fare. Komiteen mente at departementets lovforslag ikke noen gang under slike omstendigheter kunne bli tilrådelig. Dette vil si at det var en delegerings- og fullmaktstrid mellom staten og regjeringen.

Det vil si at selv om komiteen var enig med departementet om at karantene-loven fra 1848 ikke stemte overens med moderne tanke, var ikke komiteen enig med departementet i at lovens særbestemmelser vedrørende pest burde oppheves. Komiteen mente at dette ville virke inn på bestemmelsene som var igjen, både vedrørende pest, og de andre sykdommene loven rettet seg mot.<sup>366</sup> Komiteen ønsket ikke vilkårlige pestbestemmelser, de mente dette ikke var hensiktsmessig for de som ble berørt: Folk involvert i handel og skipsfart. Derfor ønsket de at pestbestemmelsene skulle være forutsigbare og forhåndsbestemte. For at dette skulle oppnås så var det ikke nødvendig med en ny pestlov, mente komiteen. Dette kunne lett ordnes ved bare å endre ordlyden i bestemmelser i karantene-loven fra 1848.<sup>367</sup>

Komiteen var imidlertid enig i lovforslagets bestemmelser om rensing av smitteførende gjenstander, og adgangen til å forby import av visse varer. De var også enig i bestemmelsen om at det skulle iverksettes kontroll og avsperringer mot innenriks sted som var angrepet av pest.<sup>368</sup> Komiteen var ikke enig i at det skulle iverksettes kontroll og avsperringer over riksgrensen. De mente det ikke ville gi noen betryggelse, men at styrelsen heller på grunn av en sterk ansvarsfølelse ville komme til å iverksette slike foranstaltninger. Dette, mente komiteen, ville legge bånd på den daglige handel og vandel og, ikke minst, tilføre statskassen store økonomiske byrder. Komiteen synes dette forslaget var ugjennomførbart og de protesterte mot at reisende, som kom over riksgrensen, måtte ha med seg et pass med attest fra en norsk konsul om at stedet de kom fra ikke var smittet av pest ved avreise.<sup>369</sup>

Komiteen godkjente ikke departementets lovforslag. De tilpasset lovforslaget etter komiteens synspunkter, og sendte så lovforslag over til Odelstinget. Både lagtinget og odelstinget vedtok komiteens lovutkast, og lovutkastet ble sanksjonert.<sup>370</sup>

<sup>365</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 97

<sup>366</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 98

<sup>367</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 98

<sup>368</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 98

<sup>369</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 99

<sup>370</sup> STF 1880, del 6. Indst. O. No. 32, s 99-100; STF 1876, del 6, Besl. O. No. 43, s 126; Sanksjon 7 del, s 98



## Oppsummering

I dette kapitlet har jeg behandlet flere norske lovforslag i denne perioden. Jeg har vist lovforslagenes innhold, motivene bak lovutkastene og behandlingen av lovutkastene. Jeg har vist at økonomiske hensyn stod i veien for Stortingets videre behandling av Homanns lovutkast i 1873, lovforslaget i 1876 og at det også hindret departementet i å foreslå en lov som lignet disse i 1880. I tillegg har jeg vist at frafall av sentrale pådrivere var avgjørende for en videre behandling av lovutkastet i 1873 og 1876. Dette viser at utarbeidelsen av en norsk smittevernlov var avhengig av å samstemme med de internasjonale bestemmelsene. Ved behandling av den midlertidige pestloven i 1879 og tilleggsloven om pest i 1880 har jeg vist at det var underliggende problemer knyttet til fordeling av makt og unionen med Sverige som var med og bestemte lovenes utfall.

## Kapittel 8: 1881-1891 Smittevern og det imperialistiske kappløpet

### Innledning

Etter 1870-årenes lovforslag og lovbehandlinger i norsk sammenheng, innledes det tilven fase der kampen om smittevern foregår på internasjonalt nivå. Med det er vanskelig å vite om det virkelig var kamp for smittevernet, eller om dette bare ble brukt som en brikke i en stor internasjonal maktkamp. I dette kapitlet skal jeg vise hvordan to internasjonale sanitærkonferanser foregikk i en sterk rivaliserende internasjonal ramme. I stedet for at det ble arbeidet mot ensartede smittevernbestemmelse for å minske båndene på handel og skipsfart, ble utformingen ensartede smittevernbestemmelser som brikker i et imperialistisk politisk spill. Dette er interessant fordi det i høy grad påvirket utviklingen av felles internasjonale regler og smittevernsystemer. I Norge skjer det en økning av motstridende politiske interesser i unionen med Sverige. Hvordan innvirket det imperialistiske kappløpet utviklingen av internasjonalt samarbeid for felles smittevernregler? Hvordan ble utviklingen av norsk smittevern påvirket?

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Schepin og Yermakov 1991 og Howard Jones 1975. - og på egne primærkildestudier av stortingsforhandlingene fra 1887 og 1909 og artikkel fra *Praktisk Medicin*.<sup>371</sup>

### 5. internasjonale sanitærkonferanse i Washington, 1881

USA tok initiativ til en ny internasjonal sanitærkonferanse. Europeiske emigranter hadde brakt med seg kolera til amerikanske havner med dampskip. USA hadde også sett behov for å studere gul feber for å finne frem til effektive karantenetiltak. USA hadde ved lov forsøkt å innhente kunnskap og informasjon om epidemiske sykdommer i utenlandske havner, men som en nasjonal operasjon var dette ikke vellykket. De var avhengige av et internasjonalt samarbeid.<sup>372</sup> Dette var første gang USA deltok, selv om de tidligere hadde mottatt invitasjon til de foregående sanitærkonferansene. Konferansen ble holdt i Washington og spant seg over to måneder med 8 møter i plenum, og var den konferansen med mest internasjonalt oppmøte i det 19ende århundre. USA deltok for første gang, det gjorde også 7 latinamerikanske land: Argentina, Brazil, Bolivia, Venezuela, Colombia, Chile, Mexico, sammen med Haiti, Hawaii, China, Japan og Liberia. De øvrige deltakerlandene var England, Østerrike-Ungarn, Belgia, Danmark, Italia, Spania, Nederland, Portugal, Russland, Norge, Sverige, Tyrkia og Frankrike. 4 land sendte medisinske delegater, resten av representantene var diplomatiske.<sup>373</sup>

<sup>371</sup> Schepin/Yermakov, Oleg P. Yermakov, Waldemar V. International Quarantine 1991; Howard-Jones, Norman, The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851–1938, 1975

<sup>372</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 105-107

<sup>373</sup> Howard Jones 1975, s 43; Schepin og Yermakov 1991, s 105-107. Storbritannia, Nederland, Portugal og Spania var de fire landene som stilte med medisinerne.

Deltakerne på konferansen hadde primært to oppgaver denne gangen: Første oppgave var å bli enige i et system for utstedelse av sunnhetsattester som gav et korrekt bilde av den sanitære og epidemiske situasjonen, både for skipene som skulle reise og for havnene de reiste fra.<sup>374</sup> Spesielt USA satte spørsmålsteget til sunnhetsattestenes validitet som informasjonskanal om epidemier og sanitære forhold på både skip og avreisestedet. Det var økende bekymring for gul feber i deler av landet og bekymring for import av gulfeber og kolera ved skip fra smittede avreisehavner. USA vedtok i 1879 en lov som skulle forhindre import av smittsomme sykdommer inn i landet. Loven bød at ethvert skip med destinasjon for USA skulle medbringe en sunnhetsattest fra en utenlandsk agent på avreisestedet, og for å validere attesten skulle en amerikansk konsul dobbeltsjekke. Dette kunne ikke bli tilstrekkelig gjort uten ved å inspisere skipet ved å gå ombord, og på dette grunnlag utstede en attest.<sup>375</sup>

USA foreslo denne metoden for konferansen, som i praksis ville gi USA og andre land rett på å inspisere skip både ved avgang og ankomst. USA la også frem at de ønsket egne konsulter til se over sunnhetsattesten, dette fordi USA mente det var forskjeller mellom amerikansk og andre lands praksis og måten en slik undersøkelse ble utført.<sup>376</sup> Det manglet ikke på motsetninger til forslaget, og det flere land ble spesielt opprørt over var at amerikanerne ikke hadde tillit til at de praktiserte et grundig og godt smittevern. Den italienske delegaten kunne ikke akseptere amerikanernes forslag, og mente at forslaget tok sikte på å vise andre lands upålitelighet og unøyaktighet i sanitær organisering. Når det gjaldt Italias sanitære organisering, kunne den italienske delegaten opplyse om at den var fullstendig kompetent til å utføre sine oppgaver sannferdig og med glans.<sup>377</sup> Flere land med USA var enig i at andre motiver spilte inn, og at det var et stort problem at det var en utbredt praksis for at epidemiske sykdomstilfeller og dårlige sanitærforhold ble holdt skjult. Dette satte destinasjonsland i vanskelige situasjoner, og en gruppe på konferansen anså ikke dette utelukkende som et medisinsk problem vedrørende folkehelsen, men også som et diplomatisk problem.<sup>378</sup>

På tross av innrømmelsene om at det var problemer med det gjeldende systemet med utstedelse av autentiske sunnhetspass, bar konferansen generelt preg av tynnslette eller ikke-eksisterende diplomatiske forhold landene imellom, og mistanke og mistillit var rådende.<sup>379</sup> Dette punkterte forhandlingene og gjorde det umulig for landene å enes om noe. Dette fordi en resolusjon av ett slag ville for enkelte land bety at de inngikk et kompromiss, andre ville anse det som et

<sup>374</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 107

<sup>375</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 43-45

<sup>376</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 108-109

<sup>377</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 109

<sup>378</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 106-109

<sup>379</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 109

nederlag og andre igjen ville anse det som en seier. Det medførte at ingen av de foreslåtte resolusjonene fikk tilstrekkelig støtte.<sup>380</sup>

Konferansens andre oppgave var å finne en måte samle inn korrekt og autentisk informasjon om epidemiske sykdommer. Det kom opp forslag om et permanent internasjonalt sanitæragentur for innkalling og melding. Et i Wien og et i Havanna. Wien skulle samle epidemisk informasjon fra Europa, Asia og Afrika, Havanna skulle ha ansvar for Amerika. 13 land stemte for, men det ble ikke gjort noe videre med forslaget.<sup>381</sup>

På konferansens nest siste treff kom Carlos Finlay (1833-1915), en cubansk medisiner og vitenskapsmann<sup>382</sup>, med sin første offentlige kunngjøring om sin teori om at gulfeber var overført fra en person til en annen ved hjelp av en tredje agent. Han garderte seg med å legge til at dette var en hypotese, men dog en plausibel hypotese. For først 6 måneder etter, foreslo han at mygg var denne tredje agent. Finlays kunngjøring ble ikke fulgt av noe diskusjon på konferansen, men deltakerlandene ble enige om å iverksette en midlertidig internasjonal kommisjon som skulle studere gulfeber.<sup>383</sup>

### Kolerabasilen oppdages

I 1878 oppstod det en ny koleraepidemi i India, denne bredte om seg i India og spredte seg til Egypt i 1883. Fra Egypt nådde den Europa i 1884 med utbrudd i Toulouse, Marseilles, Palermo og Genova.<sup>384</sup> Som tidligere var det fremdeles delte meninger om koleraens oppkomst og utbredelse blant medisinerne i Europa, og fremdeles var det medisinerne som hevdet at koleraen hadde lokal opprinnelse. Denne oppfatningen hadde fremdeles tilhengere i det franske medisinske akademiet, men gradvis tapte den terreng.<sup>385</sup> Den tyske medisineren Robert Koch's oppdagelse av kolerabasilen i 1882 blir ofte sett som en standard for gjennombruddet for universell aksept for en vitenskapelig forklaring på koleraens oppkomst og utbredelse. Sannheten er langt fra denne. De fleste land avviste Kochs funn, og til og med i Tyskland stod Pettenkofer og hans medarbeidere for en sterk opposisjon til Kochs teori om at koleraen var smittsom og overførbart mellom mennesker.<sup>386</sup> Flere stod frem og sådde tvil om Koch's kolerabasil. I forhold til enigheten om koleras oppkomst og utbredelse fra den 3. internasjonale sanitærkonferansen i Constantinopel var mottagelsen av Kochs kolerabasil et tilbake steg.<sup>387</sup>

<sup>380</sup> Schepin og Yermakov 1991, 109

<sup>381</sup> Howard Jones 1975, s 45

<sup>382</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Carlos\\_Finlay\(06.11.2011\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Carlos_Finlay(06.11.2011))

<sup>383</sup> Howard Jones 1975, s 45; Schepin og Yermakov 1991, s 110

<sup>384</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 111-112

<sup>385</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 112-113

<sup>386</sup> Howard Jones 1975, 54; Pettenkofer løste funnet av kolerabasilen ved at han simpelthen endret kolerateorien sin på den måten at han utropte kolerabasilen som den tidligere ukjente faktoren X.

<sup>387</sup> Howard Jones 1975, s 51-52

Norge hadde sin egen autoritet i spørsmål om forebygging mot innføring av de smittsomme sykdommene: Stadsfysikus Bidenkap. I en artikkel i Dagbladet i 1884 stod det å lese at han sådde tvil om riktigheten av enkelte av Dr. Koch's slutninger. Ved siden av Koch's komma, stod nå altså norske Bidenkap's spørsmålstegn.<sup>388</sup>

Det brøt ut koleraepidemi i Frankrike i 1884. Av bekymring for at koleraepidemien skulle bre seg til Norge, fikk Norge 26. august et tillegg til plakaten fra 16. september 1867.<sup>389</sup> Ved den ble det bestemt at fartøy som kom fra utlandet skulle heise karanteneflagg hvis de kom fra kolerasmittet sted eller med kolerasyk eller koleradød ombord, eller hadde med seg sengeklær og eller bruksklær fra slike. Dette var allerede vedtatt. I tillegg måtte også utenlandske skip heise karanteneflagg: "hvis det kommer fra havne, der ifølge bekjentgjørelse, utfærdiget af vedkommende departement, antages at staa i saa nær forbindelse med kolerasmittede egne, at smitteoverførelse ved reisende kan befrygtes"<sup>390</sup>. Dette betydde i realiteten at tillegget gjeninnførte, den kongelige resolusjonen fra 13. april 1835 om "mistenkte" steder, men i en ny form.<sup>391</sup>

Det norske justisdepartementet sendte også rundt et skriv til amtmennene, der det ble anmodet at kommunestyrene i kystbyene holdt passende isolasjonslokaler i beredskap. Det ble også anmodet å ha klar midler til nødvendige foranstaltninger som kommisjonene måtte iverksette for å møte faren. 17. mars 1885 gjorde departementet det klart i en rundskrivelse at dette ikke var et påbud, men at for byens egen interesse så henstillet de kommunestyrene til dette.<sup>392</sup> Her ble dilemmaet som Homann i 1876 løftet frem synlig. Myndighetene hadde ingen makt til å påby lokale myndigheter å sette i stand isolasjonslokaler, og de hadde lenge ikke ønsket å ha denne makten på grunn av de store kostnadene dette medførte for statskassen. Tidligere har Ohman Nielsen vist at det var vanskelig for de lokale myndighetene å finne midlertidige lokaler til isolasjonslokaler. Dette fordi det ikke var til slike bruksområder folk ønsket å leie ut lokalene sine til. De fryktet at sykdom ville "henge igjen" i lokalet. Jeg kan her ikke si noe om hvordan denne anmodningen ble utført i praksis av de lokale myndighetene, men jeg kan bare vise til tidligere praksis, og til et eksempel i et senere kapittel som jeg vil komme tilbake til.<sup>393</sup>

<sup>388</sup> Tidsskrift for praktisk medicin (Tidsskrift for den norske legeförening), 1884, s 277-279

<sup>389</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 29

<sup>390</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 29

<sup>391</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 29

<sup>392</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 29

<sup>393</sup> Ohman Nielsen 2008, s 332, se tekstboks

## 6. internasjonale sanitærkonferanse i Roma, 1885

Italia kalte inn til konferansen som åpnet i 20. mai i Roma i 1885. Det var på bakgrunn av koleraens gjenkomst i Egypt i 1883, og behov for en revisjon av bestemmelsene som ble tatt på konferansen i Wien i 1874 at det ble kalt inn til konferanse. 28 land deltok på konferansen.<sup>394</sup> Koch var blant de 3 delegatene Tyskland sendte. Perioden i årene mellom 1878-1885 var en tid preget av sterk imperialisme, og kolonimaktene England og Frankrike ble supplert av Tyskland, Japan, USA og Italia i samme periode.<sup>395</sup> I samme periode hadde det også blitt gjort viktige oppdagelser vedrørende sykdommers oppkomst og spredning, og den nyeste var her Kochs oppdagelse av kolerabasillen. Med den imperialistiske rivaliseringen i tankene skal jeg vise hvordan denne også preget utviklingen av internasjonale fellesbestemmelser for smittevern.

Beslutningene gjort på Wien-konferansen i 1874 ble hverken modifisert eller opptatt av konferansen i løpet av tiden disse ble behandlet. En teknisk komite, som var nedsatt til særskilt å behandle 1874-bestemmelsene, innstilte avslutningsvis til opptakelse av resolusjoner på en felles samling. Så fort komiteen nevnte karantene på Rødehavet og i Suezkanalen brøt det ut diskusjon mellom Frankrike og England. England hadde støtte av USA, Danmark og til en viss grad, Russland. Frankrike ønsket en 5 dagers observasjonskarantene av friske passasjerer og mannskap hvor det ved medisinsk undersøkelse ble oppdaget en kolerasyk person. Dette mente England var absurd, og mente i stedet at om bare alle landene vedtok systemet for medisinsk undersøkelse og opphevet karantenen, slik England hadde gjort i 1873, ville det ikke vært nødvendig med storstilte internasjonale sanitærkonferanser for å utforme felles karanteneregler. England var det eneste landet som hadde fulgt anbefalingene fra Wien-konferansen i 1874.<sup>396</sup>

På tross av Englands sterke motstand, så støttet majoriteten av landene Frankrike og Italia og det britiske forslaget ble forkastet. England foreslo også at britiske skip med rene sunnhetspass skulle få passere Rødehavet og Suez uten å bli lagt i karantene, såfremt skipet reiste direkte til England. Den engelske delegaten påpekte at kolera aldri hadde blitt importert med skip direkte fra India til europa. Russland utalte at de var enige i det britiske forslaget, men at det kunne utvides til å gjelde for alle skip som hadde rent sunnhetspass, og ikke bare de britiske. Forslaget endte med å bli nedstemt.<sup>397</sup>

Konferansen nådde ikke frem til felles enighet som kunne resultere i signering av en internasjonal sanitær konvensjon. Derfor ble det bestemt at konferansen skulle ta en pause, og

<sup>394</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 117, landene som deltok var; Argentina, Østerrike-Ungarn, Belgia, Brasil, Chile, Kina, Danmark, Frankrike, Tyskland, England, Hellas, Guatemala, India, Japan, Mexico, Nederland, Peru, Portugal, Romania, Serbia, Spania, Sverige, Norge, Sveits, Tyrkia, USA og Uruguay.

<sup>395</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 111

<sup>396</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 118-119

<sup>397</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 119-120

komme sammen igjen på et senere tidspunkt. Eller, som et offisiell britisk magasin sa det, frem til Frankrike og de ledende supermaktene innså den britiske sanitærinspeksjonens overlegenhet.<sup>398</sup>

Mangelen på resultat fra konferansen gjorde det mindre sannsynlig at det noensinne ville holdes flere konferanser av dette slag. Flesteparten av landene unnlot å sende inn papirer på at de ønsket å delta i en ny konferanse. Kløften mellom landene var blitt for stor til at de kunne enes om felles europeiske regler mot import av kolera.<sup>399</sup>

### **Tilleggslov om kolera til karanteneoven fra 1848.**

Medisinaldirektøren hadde i en henstilling til departementet uttrykt at den bestående bestemmelsen vedrørende kolera i karanteneoven fra 1848 ikke gav tilstrekkelig beskyttelse etter datidens anskuelser på kolera. §14 gav rett til å kreve rensning av gjenstander, klær m.m som hadde vært brukt av kolerasyk person i forbindelse med skip i karantene. Flere land hadde iverksatt bestemmelser som forbød innførelse av brukte klær, kluter og lignende fra steder som var angrepet av kolera. Medisinaldirektøren fryktet at land som ikke graderte seg mot dette ved lov ville bli et marked for import av slike varer som kluter og filler, og han ønsket at Norges karantenebestemmelser skulle utvides på dette område for å kunne gi tilstrekkelig beskyttelse mot import av kolera.<sup>400</sup> Dette ville legge en hindring på handel og industri, for dette var varer som ble importert i store mengder. Likevel ble det ansett at man ikke kunne ta hensyn til handelen da det var en stor fare for at kolera kunne bli importert via slike gjenstander. Departementet foreslo følgende tilleggslov: Kongen kunne forby import av brukt linnes, brukte klær og brukte sengeklær, kluter og filler og brukt vatt, hår og kradsull fra land hvor det hadde brutt ut kolera eller land hvor det ikke var truffet betryggende forholdsregler mot import av kolerasmitten ved nevnte gjenstander.<sup>401</sup> Forbudet skulle ikke gjelde personlig reisegods som var varer til eget bruk, men reisegodset kunne bli pålagt å renses.<sup>402</sup>

Departementet informerte om hva slags lovgivning Sverige og Danmark hadde vedrørende samme tema. I Sverige hadde kongen grunnlovsmessig adgang til å utføre “lagar och författningar, som Rikets almäna Hushållning röra”. Kongen hadde ut i fra denne retten kunngjort 15. august 1884 at det inntil videre kun var tillatt å innføre kluter og filler fra Norge og Danmark, og fra Østerhavnene i Tyskland, Russland og Finland. Det måtte bevises med en attest fra en norsk eller svensk konsul om at varene ikke kom fra andre enn de nevnte landene.<sup>403</sup> I følge lov fra 1880 og

<sup>398</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 120

<sup>399</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 120

<sup>400</sup> STF 1887, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 2

<sup>401</sup> STF 1887, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 5

<sup>402</sup> STF 1887, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 5

<sup>403</sup> STF 1887, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 3

tilleggslov fra 1885 kunne kongen forby innførsel eller rensning, for så vidt dette lot seg gjøre, for varer regnet som smitteførende. I følge det siste lovtillegget fra 1885 var det forbudt med import av frukt, grønnsaker og blomster. Justisministeriet fikk ved denne tilleggsloven også rett til å forby import av uvasket sengetøy, linnes eller ulltøy, selv om dette tilhørte personers reisegods.<sup>404</sup>

Næringskomiteen ønsket å utvide loven til også å gjelde pest. Lovforslaget utvidet bestemmelsene for kolera og det ble åpnet for forbud mot import av visse varer fra steder som ikke var kolerasmittet, men hvor forholdsregler mot innbringelse av smitte ikke var truffet. Av den grunn foreslo komiteen en tilleggslov som tok opp i seg tilleggsloven fra 1880 som omhandlet pest, og var en felles kolera- og pestlov.<sup>405</sup> Næringskomiteens lovforslag inneholdt 4 paragrafer: Kongen kunne forby import av levende dyr og smitteførende varer som det ikke kunne garanteres at ble rensset tilstrekkelig. Dette forbudet gjaldt fra land hvor enten kolera eller “pestartet sykdom” var utbrutt, eller land som ikke foranstaltet betryggende forholdsregler for å hindre sykdomssmitte ved disse varene.<sup>406</sup> Kongen kunne også anordne avsperringer eller annen kontroll med kommunikasjonen fra innenriks steder hvor kolera eller “pestartet sykdom” hadde utbrutt. Karantenetid og avsperringer skulle bestemmes etter karantene-loven fra 1848.<sup>407</sup> De to siste paragraferne gjaldt formaliteter.

Næringskomiteen fortalte i innstillingen at de hadde hatt en konferanse med sjefen for justisdepartementet, og i etterkant mottatt en skrivelse som frarådet komiteens lovforslag. Skrivelsen var ledsaget av uttalelser fra “vedkommende kontor og medisinalchef”. I skrivelsen var det oppnevnt særskilte punkter mot komiteens lovforslag. For det første så kom det reaksjoner på uttrykket “pestartet sykdom”. Det ble på det innerste frarådet at dette uttrykket ble bruk, fordi det både var nytt og uklart. Det var flere innvendinger og totalt sett var det innvendinger mot hele tilleggsloven forfattet av næringskomiteen. Næringskomiteen gav gjensvar til innvendingene, og det synes at komiteens syntes at innvendingene lignet flisespikkeri.<sup>408</sup> Likevel gjorde de full retrett og vedtok departementets lovforslag og skrev:

“Komiteen har imidlertid som ganske ufagkyndig i Materien ingenlunde havt nogen Tanke om at foreslaa noget i Strid med de ovenciterede Autoriteter og vil saaledes i Overnsstemmelse med Proposisjonen give sig den Ære at indstille paa saadan Beslutning til Lov.”<sup>409</sup>

<sup>404</sup> STF 1887, del 3, Oth. Prp. No. 24, s 3

<sup>405</sup> STF 1887, del 6, Indst. O. No. 22, s 64

<sup>406</sup> STF 1887, del 6, Indst. O. No. 22, s 64

<sup>407</sup> STF 1887, del 6, Indst. O. No. 22, s 64

<sup>408</sup> STF 1887, del 6, Indst. O. No. 22, s 65-66

<sup>409</sup> STF 1887, del 6, Indst. O. No. 22, s 66



## Oppsummering

I dette kapittelet har jeg vist hvordan den imperialistiske perioden var en sterk faktor til hindring for utviklingen av felles europeiske smittevernbestemmelser. Jeg har også vist hvordan Norge strammet grepet og innførte flere bestemmelser ved trusselen av en ny koleraepidemi. I forhold til de øvrige skandinaviske landene har jeg vist at norsk smittevern var mer liberalt på den måten at myndighetene ikke hadde samme vidden av beslutningsområde. Med dette ser vi innvirkningen at økende unionsproblematikk, og at Stortinget kanskje her opponerer mot noe som i følge de andre skandinaviske landene er akseptert praksis. Jeg viste også hvordan dette var tilfelle i kapittel sju, og jeg vil her anta at politiske problemer i unionene med Sverige spilte inn for utviklingen av det norske smittevernet.

## Kapittel 9: 1891-1900 Innstramming, misnøye og utvikling av internasjonalt smittevern

### Innledning

I dette kapittelet skal jeg vise hvordan det internasjonale samarbeidet for felles regler for smittevern utviklet seg fra å være sammenkomster med vage anbefalinger som resultat, til en internasjonal offensiv for samkjøring av smittevernet. Hele 4 internasjonale sanitærkonferanser ble holdt i løpet av dette tiåret. Jeg skal vise hvordan ønske om bedre samarbeid, konkretisering av felles regler og mer bindende avtaler utviklet seg i det internasjonale miljøet. I denne perioden skjer det en utvikling i form av internasjonale helsekonvensjoner, innholdet i disse var viktig for utvikling av norsk smittevern. Jeg skal også vise hvordan det ble etablert et samarbeid mellom de skandinaviske landene Norge, Sverige og Danmark for å utforme ensrettede regler mot kolera. Medisinalstyrelsen og bestemmelser utgitt av denne, ble møtt med kritikk. Kritikken ble fremstilt via en skribent i magasinet *Medicinsk Revue*. Jeg vil vise hvordan Norge nølte med å tiltre en internasjonal sanitærkonvensjon og hvordan Norges karantene lov fra 1848 hindret norsk tilslutning til konvensjonen fra den internasjonale sanitærkonferansen i Venezia.

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Howard-Jones 1975 og Schepin og Yermakov 1991, - og på egne primærkildestudier av stortingsforhandlingene fra 1893 og 1909, artikler fra medisinske tidsskrifter, *Lovtidende*, norsk arkivmateriale fra sanitærkonferansene fra riksarkivet og sekundærlitteratur<sup>410</sup>.

### 7. internasjonale sanitær konferanse i Venezia, 1892

Dette var den første av 4 internasjonale sanitærkonferanser på 1890-tallet. Det internasjonale medisinske miljøet bar fortsatt preg av forvirring og uenighet om Koch's oppdagelse av komma basillen, og basillen som årsak til kolera var langt fra internasjonalt akseptert.<sup>411</sup> Men funnet av kolerabasillen gav smitteteoriene en renessanse, og dette medførte at da Europa igjen ble truet med kolera i 1892, reagerte flere av de europeiske landene med å iverksette karantenetiltak.<sup>412</sup> De landene som tradisjonelt sett alltid hadde hatt en hang til å bruke karantene mot kolera, fikk med funnet av kolerabasillen et teoretisk fundament for akkurat dette. Schepin og Yermakov hevder at det er vanskelig å skille om det var på grunn av en sterk tradisjon eller Kochs smittebevis for kolera som var årsaken til at karantenen fikk en oppsving i denne perioden.<sup>413</sup>

Suez, kolera og kolerabasillen ble på ny tema for den 7. internasjonale sanitærkonferansen i Venezia fra 5. januar 1892. Østerrike-Ungarn tok initiativ til konferansen, og Italia stilte seg opp

<sup>410</sup> Howard-Jones 1975 *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences*; Schepin og Yermakov 1991 *International quarantine*

<sup>411</sup> Howard-Jones 1975, s 58-59

<sup>412</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 133

<sup>413</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 133

som vertskap. 15 land sendte delegater.<sup>414</sup> Konferansen bar preg av at Frankrike og England hadde motstridende interesser, og det førte til store diskusjoner. England ønsket ikke bestemmelser som la restriksjoner på britisk handel. De hadde i forveien av konferansen allierte seg med Østerrike-Ungarn og utformet en "protokoll" med bestemmelser. I denne krevde England at britiske skip skulle få ha fri passasje gjennom Suez, uansett skipets sanitærstatus, med forbehold om at de reiste direkte til britiske havner og reiste under karanteneflagg. Frankrike derimot, ønsket å forsvare de europeiske middelhavshavner mot sykdom, de mente at mer stringente forhåndsregler var nødvendig. Frankrike ønsket at epidemisk usunne skip skulle være obligatoriske pålagt å sette i land alle passasjerene ved en karantenestasjon og utføre karantene.<sup>415</sup> Diskusjoner og uenigheter rundt disse spørsmålene satte konferansen i fare for å bli resultatløs. På hver sin side fremsatt landene urimelige krav, og England ble for eksempel støttet av Østerrike-Ungarn på å nekte karantene på Rødehavet. Etter debatt og stemmeavgivning tapte det britiske forslaget.<sup>416</sup>

For å løse hovedspørsmålet utviklet konferansen en konvensjon, hvor også det britiske forslaget var med. Alle landene unntatt England og Tyrkia signerte konvensjonen. De britiske delegatene nektet å signere før den hadde blitt påtegnet av de britiske myndighetene og reiste hjem for å få instruksjoner. Konferansen tok en pause 30. januar 1892. Konferansen kom sammen igjen i februar 1892, gjennom et møte mellom England, Frankrike og Østerrike, som for øvrig var de landene det hadde utspunnet seg kontroverser mellom på konferansen. Britenes diplomatiske nederlag, med at forslaget deres ble nedstemt av konferansedeltakerne, medvirket til at konvensjonene ble endret for å imøtekomme alle tre stormaktenes interesser. Den reviderte konvensjonsteksten reflekterte dette, fordi det var av stor interesse at alle deltakerlandene signerte, og uten britenes signatur ville konvensjonene stå uten makt.

Resultatet var i den første internasjonale konvensjonen relatert til helse. Fra første konferanse i 1851, til konferansen i 1892 tok det 41 år før en internasjonal sanitærkonferanse resulterte i en konvensjon. 14 land ratifiserte signaturene sine, og det førte til at en rekke av konvensjonens anbefalinger og tiltak mot import av kolera i Europa og Egypt ble implementert i lovgivningen til de fleste.<sup>417</sup> De gamle vitenskapelige, teoretiske og diplomatiske motsetninger mellom de ledende europeiske stormaktene, var på ingen måte forsvunnet på konferansen i Venezia. Men disse hadde utviklet seg på en måte som gjorde enighet om en konvensjon mulig.<sup>418</sup>

<sup>414</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 129; Østerrike- Ungarn, Belgia, Danmark, Frankrike, Tyskland, England, Hellas, Italia, Nederland, Portugal, Russland, Spania, Sverige, Norge og Tyrkia.

<sup>415</sup> Howard-Jones 1975, 62-63; Schepin og Yermakov 1991, s 129-130

<sup>416</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 130

<sup>417</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 130; Howard-Jones 1975, s 65

<sup>418</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 130-131

## Norsk smittevern for kolera under og etter koleraepidemien i 1892-93

I august 1892 brøt det ut en koleraepidemi i Hamburg som spesielt her bredte om seg. De europeiske landene reagerte med frykt for import av kolera, og strenge karantenetiltak ble iverksatt.<sup>419</sup> I Norge ble tilleggsløven fra 1887, som gav forbud mot import av kluter og filler, iverksatt. Også plakat fra 1867 ble gjort gjeldende. Denne bød opptil 5 dagers observasjonskarantene på skip og passasjerer i tilfeller med kolerasyk/død ombord.<sup>420</sup> Det ble også lagt et sterkt press på medisinalstyrelsen for at denne skulle skjerpe de gjeldende bestemmelsene som ikke ble ansett for å være tilstrekkelige for å hindre import av kolera. Senere kom provisoriske anordninger med forbud mot å innføre all slags rå og tørket frukt og grønnsaker fra de svært kolerabelastede landene. I dette fulgte Norge det danske eksempelet, men Danmark hadde i tillegg forbud mot blomster. Noen norske by-kommuner anmodnet til justisdepartementet at forbud også for import av smør, men dette motsatte medisinalstyrelsen seg.<sup>421</sup>

I Danmark og Sverige var alle skip som kom fra kolerasmittet sted påbudt karantene. I Norge fulgte man plakat av 1867 hvor det bare var hjemmel til å forordne observasjonskarantene på opptil 5 døgn for skip med et koleratilfelle ombord. At Norge ikke kunne forordne karantene mot skip som ikke hadde hatt koleratilfeller ombord, skilte Norge fra Sverige og Danmark.<sup>422</sup> Av denne grunn ble det utferdiget en ny plakat 27. august 1892. I følge denne fikk karantenekommisjonene rett til å pålegge observasjonskarantene på opptil 5 døgn for skip og passasjerer når skipene kom fra en sterkt utsatt eller smittet havn og når skipet ikke anløp en norsk havn som allerede hadde påvist kolera. Skip som hadde med bruksklær eller sengeklær som hadde vært brukt av kolerasyk ble stilt i samme klasse som om de hadde hatt kolerasyk ombord.<sup>423</sup> Med dette ble det synlig hvordan norske myndigheter ved bruk av karantene ønsket å forsterke beskyttelsen mot import av kolera. Det gav norske myndigheter økte muligheter for inngripen og det samkjørte i større grad med danske og svenske regler. Samkjøring av regler og samarbeid mellom de skandinaviske landene skal jeg senere vise at ble mer og mer aktuelt i tiden fremover.

<sup>419</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 30

<sup>420</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 30

<sup>421</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 30

<sup>422</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, Udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 30

<sup>423</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, Udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 30-31

### Kritikk av kolerakarantenen og medisinalvesenet

Enkelte mente norske myndigheter burde utvide foranstaltningene. Blant disse var Klaus Hanssen som var lege i Bergen og som særlig var kjent for sitt arbeid med tuberkulose og senere tuberkuloseloven i Norge.<sup>424</sup> I 1892 gikk han i det bergenske medisinske tidsskriftet, *Medicinsk Revue*, ut mot den gjeldende kolerakarantenen i Norge. Han var svært misfornøyd og kom med en flengende kritikk mot den gjeldende kolerakarantenen som han hevdet hadde falt mellom to stoler. Han forklarte det slik: Kampen for å hindre import av smittsom sykdom hadde to hovedoppgaver; å hindre sykdom fra å komme inn i landet, og viss den var skjedd, hindre den i å bre om seg. Sistnevnte var de lokale sunnhetskommisjonenes ansvar, mens å hindre import av sykdom var sentralstyringens ansvar. Hanssen mente Norge ikke lykkes i hverken det ene eller det andre. Han mente at om ulempene ved foranstaltningene skulle veie opp for nytten, måtte det gjennomføres strengt og omhyggelig, og det måtte gjennomføres ensartet. Det var lite poeng i å stenge en dør, for så å la nabodøren stå åpen, mente Hanssen, og blant disse forholdsreglene var karantene en vesentlig del. Uansett hvilken karantene man valgte å bruke, om det var inspeksjonskarantene eller observasjonskarantene, så mente Hanssen at det gjaldt å hindre at en syk person gikk “løs” inne i landet.<sup>425</sup>

Den tidligere nevnte plakaten fra 27.august 1892 gav hver enkelt karantenekommisjon myndighet til å bestemme i hvor stor grad karantene skulle iverksettes, i følge Hanssen. Hanssen mente dette kun kunne fungere for lasteskip. Dette fordi et lasteskip som skulle til Bergen, ikke kunne gå til Stavanger å losse selv om Stavanger ikke hadde noe karantene. Hanssen mente det var annerledes med passasjerskip. Hvis for eksempel Kristiania vedtok 5 dagers observasjonskarantene, og Drammen ikke, så kunne vedkommende passasjerer gå av i Drammen, og likevel være tidligere fremme enn passasjerene som tok skipet til Kristiania. Dette medførte store hull i smittevernet. Den 5 dagers observasjonskarantenen i Kristiania var nytteløs siden syke personer samtidig hadde anledning til å spre sykdom inne i byen.<sup>426</sup>

Hanssen mente også at karantenekommisjoner knyttet til byer var fåfengt. Før var lasteskip det primære i skipsfarten, men dette hadde endret seg. Passasjerer var ikke lenger var bundet til ruteskip, men reiste også rundt i Norge med egne turistskip, og disse spredte turister innover fjordene og bygdene. I følge plakaten fra 27.august 1892, hadde tolltjenestemann eller “losoldermann” ansvar der det ikke var karantenekommisjoner. Etter det Hanssens visste fantes ikke slike i verken Odda, Eid, Gudvangen og andre turiststeder. Også reisetiden var endret, pekte

<sup>424</sup> Klaus Hanssen. (2011-11-10) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/.nbl\\_biografi/Klaus\\_Hanssen/utdypning](http://snl.no/.nbl_biografi/Klaus_Hanssen/utdypning)

<sup>425</sup> *Medicinsk Revue* 1892, “Kolerakarantænen”, Klaus Hanssen, s 263-264

<sup>426</sup> *Medicinsk Revue* 1892, “Kolerakarantæne”, Klaus Hanssen, s 264

Hanssen på. Mens postkommunikasjon med melding til losene om smittede havner tok en uke, kunne 1000-1500 reisende på denne samme tiden settes i land og spres rundt i bygdene.<sup>427</sup> Hanssen syntes også at myndighetene var lite gjennomtenkte når de kun erklærte én havn for smittet i et land, mens resten gikk fri. Han pekte på hvordan det i tilfelle med England samme året, der London og kanalhavnene ble erklært smittet, mens resten gikk fri.<sup>428</sup> Hansson mente avstandene var altfor korte til å erklære bare én by som smittet.<sup>429</sup>

Hansson ønsket en ny ordning av hele medisinalvesenet. Han fortalte hvordan stadsfysikus Bøckmann hadde lagt frem behovet for en nyordning i medisinalvesenet for Stortinget samme året, men at justisministeren hadde avvist dette med å bemerke at en annen ordning ville medføre store vanskeligheter. Medisinalvesenet var organisert med et medisinalkontor som i all hovedsak bestod av jurister og med en medisinaldirektør i konsulentstilling. Hanssen ønsket et medisinalvesen med en medisinaldirektør i spissen for hele administrasjonen, og at denne ikke bare bestod av jurister, men av medisinske sakkyndige i forskjellig retninger.<sup>430</sup>

### Medisinaldirektøren tar initiativ

Med bekymring for hvordan koleraepidemien i Hamburg utartet seg henstilte medisinaldirektøren til departementet, om å utvide Norges beskyttelse mot sykdom og også iverksette foranstaltninger for reisende over land. Dette var allerede blitt gjort av flere andre land, som Tyskland og Østerrike, og senere også av Danmark. Foranstaltningene som medisinaldirektøren foreslo innebar en legevisitasjon av reisende og delvis desinfeksjon av reisegods. Medisinaldirektøren vant ikke frem med forslagene i departementet.<sup>431</sup> Han henstilte til departementet om å vedta en bestemmelse i tilfelle av at koleraen spredte seg videre, og det ble sett på som nødvendig, at det kunne gis adgang til å foreta undersøkelser av reisende og reisegods. Medisinaldirektøren hadde med konferert med ledelsen for De norske statsbaner. De norske statsbaner hadde allerede utstedt en rundskrivelse. Denne sa at både personer som var angrepet av kolera(eller lignende mistenksom sykdom) og passasjerene i samme kupe eller vogn, skulle transporteres til nærmeste by hvor lege og sunnhetskommisjonene skulle treffe de nødvendige tiltakene.<sup>432</sup>

På bakgrunn av dette ble det bestemt en provisorisk anordning 31.august 1892. Den sa at viss det ble nødvendig på grunn av koleraepidemiens videre ekspansjon, kunne regjeringen

<sup>427</sup> Medicinsk Revue 1892, "Kolerakarantæne", Klaus Hanssen, s 265

<sup>428</sup> En fotnote i artikkelen sier at myndighetene senere endret dette til å erklære hele Storbritannia for smittet.

<sup>429</sup> Medicinsk Revue 1892, "Kolerakarantæne", Klaus Hanssen, s 265-266

<sup>430</sup> Medicinsk Revue 1892, "Kolerakarantæne", Klaus Hanssen, s 266

<sup>431</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 31-32

<sup>432</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 31

foranstalte bestemmelser om at reisende over land skulle underkastes en nødvendig undersøkelse. Personer som var syke eller mistenkt syke eller hadde hatt samkvem med kolerasyk skulle isoleres i max 5 døgn. Reisegods som tilhørte en av de overnevnte gruppene skulle renses. Reisegods fra andre personer kunne også bli gjenstand for rensning, viss det var uvasket linned eller annet skitten tøy blant det. Denne anordningen kom aldri til bruk siden situasjonen ikke utviklet seg som fryktet. Den ble opphevet 23. januar 1893.<sup>433</sup>

### Arbeid for skandinaviske fellesbestemmelser for kolera

Året 1892 hadde vist hvordan frykt for kolera hadde resultert i at de europeiske landene iverksatte strenge bestemmelser. I praksis hadde disse gått ut over handelsnæringen og samtrafikken. Etter en henvendelse fra den norske medisinalsjefen, kalte Danmark inn de tre medisinalsjefene til konferanse i København i januar 1893. De tre medisinalsjefene var enige om at det burde være samkjørte forholdsregler mot kolera, både land og sjø for de skandinaviske rikene. De mente karantene for landveien av ugjennomførbart og det eneste gjennomførbare her var inspeksjonssystemet. De mente også at inspeksjonssystemet også burde gjelde skip og at karantene kun unntaksvis burde komme i betraktning.<sup>434</sup>

Medisinalsjefene foreslo bestemmelser for kolera som ble delt inn i tre hoveddeler; kolera innført sjøveien, kolera innført via landveien og foranstaltninger mot kolera ved innførelse av varer og effekter. Forslag til foranstaltninger mot kolerans innførelse sjøveien; For skip som kom fra kolerasmittet sted, eller som hadde hatt samkvem med et slikt skip sted på reisen, skulle heise karanteneflagg. Et sted ble ikke ansett som *smittet* ved sporadiske tilfeller av kolera, det var ønskelig at en slik avgjørelse kunne fattes ved telegrafisk kontakt mellom de tre rikene. Heller ikke når kolera opptrådte innenfor riket, skulle stedet erklæres som *smittet* før det hadde vært forhandlinger mellom landenes medisinalmyndigheter. Et kolerasmittet sted skulle erklæres smittefritt viss ingen nye koleratilfeller hadde vist seg på 10 dager. Et skip skulle alltid heise karanteneflagg om det hadde ombord last fra en smittet havn. I alminnelighet skulle ikke varer ansees for å være smitteførende.<sup>435</sup>

Hvis skipet hadde hatt kolerasyk eller koleradød, eller sykdom som lignet kolera, ombord under reisen, skulle skipet desinfiseres og underkastes karantene med en varighet på 5 døgn. Viste det seg under karantenetiden at sykdommen ikke var kolera, skulle karantenen oppheves. I tilfeller hvor karantenen ikke ble i lagt for skip fra smittet sted, kunne besetningen gå fritt i land, men

<sup>433</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 31-32

<sup>434</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 31-32

<sup>435</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 32

underkastes daglig ettersyn i 5 døgn etter at skipet forlot smittet sted. Passasjerer skulle oppgi navn og bestemmelsessted for å underkastes et lignende tilsyn som også ville sjeldne for reisende over land.<sup>436</sup>

Forslag til foranstaltninger mot koleras innførelse landeveien; forslaget var basert på en allerede eksisterende dansk lov, der reisende, som kom inn i landet over dets sydlige grense, ble kontrollert. De personene som led av kolera eller som var mistenkte å lide av kolera, skulle holdes tilbake. Alle andre reisende kunne komme inn i landet mot at de ble underkastet tilsyn av lege i 5 døgn. Sverige og Norge så ikke at det var nødvendig at ettersynet på grensen ble foretatt av en lege. I stedet skulle de reisendes bestemmelsessted underrettes og de reisende skulle forplikte seg på å melde seg på deres midlertidige oppholdssted og bestemmelsessted. Desinfeksjon av reisegods gjaldt kun de som ble holdt tilbake som syke eller som det var mistanke om at var syke. Disse foranstaltningene skulle tre i kraft ved forhandlinger mellom de tre rikene, for eksempel når kolera inntrådte i Tyskland og lignende.<sup>437</sup> Forslaget til foranstaltninger mot innførelse af kolera ved varer og effekter innebar forbud mot import av kluter og mot brukte klær og sengetøy som ikke tilhørte reisende. Andre klær, skulle desinfiseres av sundhetspolitiet eller karboniseres og vaskes på 80 grader.<sup>438</sup>

### Forhandlinger og reaksjoner frem mot en ny norsk koleralov i 1893

For å møte forslaget til bestemmelser mot kolera som de tre medisinaldirektørene i de skandinaviske rikene hadde utformet, måtte Norge utferdige nye lovbestemmelser. Norge hadde lovbestemmelser for importforbud av varer ved tilleggsloven fra 1887 og karantene-loven fra 1848, men Norge manglet lovbestemmelser som gav mulighet å kontrollere reisende over land og for å møte dette måtte karantenebestemmelsene mot kolera i plakaten fra 27. august 1892 endres.<sup>439</sup> I 1893 ble det fremsatt en proposisjon om utferdigelse av en lov som angikk foranstaltninger mot innførelse av asiatisk kolera(Ot. Prp. Nr. 21 1893).<sup>440</sup>

Departementet anbefalte at norske lovbestemmelser skulle endres og nye vedtas for å møte bestemmelsen som ble vedtatt på den skandinaviske konferansen mellom de tre

<sup>436</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 32

<sup>437</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 33

<sup>438</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 33

<sup>439</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 6

<sup>440</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera.



medisinaldirektørene.<sup>441</sup> I tillegg til svensk og dansk lovgivning, viser lovforslaget også til britisk og tysk lovgivning på samme område og som i stor grad ligner de skandinaviske fellesbestemmelsene.<sup>442</sup> Norge oppfylte de skandinaviske fellesbestemmelsene på alle områdene bortsett fra i tilfeller ved reisende over land. Departementet anbefalte at det departementet, som medisinalvesenet var underlagt, til å kunne påby meldeplikt for reisende som kom fra kolerasmittede steder, og ettersyn av de reisende som ankom Norge over land. Hvilke steder som ble definert som kolerasmittede steder skulle bestemmes av departementet.<sup>443</sup>

Medisinaldirektøren anbefalte å vurdere om Norge skulle følge Frankrikes eksempel for å ytterligere fraverge kolerautbrudd i landet. I Frankrike var det pålegg som meldeplikt for verter som mottok reisende fra kolerasmittede steder.<sup>444</sup> Departementet tok dette inn i lovutkastet.<sup>445</sup>

Det var enda ikke bestemt hvilke foranstaltninger som skulle vedtas i Sverige, men kongen i Sverige hadde lovgivningsmyndighet på dette området. I Danmark var det utferdiget en lov mot asiatisk kolera 1. september 1893. Den danske loven inneholdt tilsvarende bestemmelser som i anbefalelsen fra de tre landenes medisinaldirektører, og nå det norske lovforslaget.<sup>446</sup>

Lovutkastet fra departementet så slik ut da det ble utsendt som kongelig proposisjon: § 1 gav kongen myndighet til å påby foranstaltninger og utferdige bestemmelse for gjennomførelse av foranstaltningene a-f: a) personer som kom til Norge fra direkte eller indirekte kolerasmittede område, eller som kom med et fartøy fra kolerasmittede steder skulle ved ankomst melde seg for sunnhetskommisjonen på stedet og underkaste seg ettersyn. Disse personer skulle også underkaste seg ettersyn på steder som de overnatter underveis før de ankom til sitt bestemmelsessted. B) vertskap som mottok reisende i losji skulle melde fra til sunnhetskommisjonen viss reisende kom fra utenriks kolerasmittede steder. C) personer som kom landverts til riket fra utenriks steder skulle underkaste seg ettersyn ved grensen. D) personer som det under et slikt ettersyn viste seg at var angrepet av kolera, eller mistenkt angrepet, og personer som har vært i berøring ved den koleraangrepet på en slik måte at det var fare for at det hadde forekommet smitteoverføring, skulle isoleres. Isolasjonen skulle ikke overskride 5 dager. E) reisegods fra personer som ble isolert, skulle renses på betryggende måte. F) det skulle anordnes ettersyn ved jernbanelinjene og

<sup>441</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 6

<sup>442</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 6-8

<sup>443</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 8

<sup>444</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 9

<sup>445</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 10

<sup>446</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. s 11

hovedlandeveiene over riksgrensen for reisende som ankom til riket landverts. Det skulle også kunne påbys at all trafikk over grensen måtte foregå der det var etablert ettersyn.<sup>447</sup> Paragraf 2-4 var formaliteter.<sup>448</sup>

### **Kritikk mot utkast til Lov angaaende foranstaltninger mot innførelse av asiatisk kolera**

I mellomtiden, under Stortingets behandling av lovforslaget, var dette gjenstand for stor kritikk. Bergenslegen Klaus Hanssen uttrykte igjen sin misnøye med det norske smittevernet og kom med kritikk mot loven fra 1893.<sup>449</sup> Han synes den nye loven burde utbedres på flere punkter blant annet fordi den ikke var gjennomførbar på grunnlaget av de faktisk geografiske forholdene i Norge. Hvorfor skulle for eksempel reisende fra kolerasmittet sted skulle visiteres på grensen? Riktignok medgav Hanssen at dette skulle ha gitt suksess der det ble anvendt i 1892, men var dette gjennomførbart i Norge? Nei, mente Hanssen. Han pekte på at de praktiske forholdene absolutt ikke lå til rette for gjennomføringen av en slik bestemmelse i Norge. For her var det ikke byene som fikk de store menneskemengdene, det var bygdene som tok imot tusenvis av turister! Og adgang til legetilsyn var vanskelig i bygdene. Der danskene kunne bruke en lege til 5 dagers tilsyn, måtte Norge nøye seg med en tilsynsmann valgt av sunnhetskommisjonen, og som ofte ikke var legekyndig engang. Bruk av ulegekyndig person til dette var også problematisk, fordi det kunne slå to veier: det kunne på en måte forminske kontrollens pålitelighet ved at personen ikke var fagutdannet, men det kunne også ved at tilsynsmannen var en virkelysten og samvittighetsfull person gjøre det enda mer brysomt for de reisende. Også brevkort med varsler som skulle sendes til vedkommende sunnhetskommisjon var nærmest betydningsløse på visse steder, spesielt Vestlandet, mente Hanssen. Han mente nok da i forhold til den tiden et brevkort brukte på å nå mottaker. Det ville komme altfor sent fram.<sup>450</sup> Hanssen viste her til vanskeligheter ved praktisering av loven i de vestlandske områdene. På grunnlag av lokale kunnskaper om geografi og legebemanningen i de samme områdene var han altså sterkt kritisk til lovforslaget.

Artikkelen til Hanssen ble publisert før loven var trådt i kraft, og han foreslo derfor et par endringer til det utkastet som forelå. For det første ville han øke beskyttelsen for de kystområdene som ikke hadde karantenekommisjoner. Han ville det skulle være påbudt at under koleraepidemier kunne skip nektes å legge inn til land annet enn der det fantes karantenekommisjoner. Hanssen mente at det var vel så viktig å sørge for kystdistriktene, som den landverts trafikken, og utifra loven som forelå, så stod disse kystdistriktene uten beskyttelse. For det andre ville han endre

<sup>447</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera, s 14

<sup>448</sup> STF 1893, del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera, s 14-15

<sup>449</sup> Medicinsk Revue 1893, "Koleraloven", Klaus Hanssen, s 129-133

<sup>450</sup> Medicinsk Revue 1893, "Koleraloven", Klaus Hanssen, s 129-130

paragrafen som sa at “personer som ankommer til Norge fra utenriks kolerasmittet eller et saadant erklært område enten direkte eller indirekte over smittefritt område”. Han ønsket å forklare “direkte eller indirekte”, for det kunne umulig forstås dithen at dette også omfattet “personer som kommer til Norge med fartøy”, mente Hanssen. Hanssen mente at det ikke var noen grunn til at ikke dette også skulle gjelde disse. Han foreslo i stedet denne paragrafen: “personer, der landværts eller søværts ankommer Norge fra udenrigsk kolerasmittet eller saasant erklært omraade enten direkte eller indirekte over smittefrit omraade, skal osv.”. I tillegg til denne endringen, foreslo Hanssen at alle utenlandske skip måtte underkastes ettersyn, uansett om de kom fra kolerasmittet område eller ikke. Dette fortalte han at ble gjort i Bergen i 1892 etter bestemmelse fra sunnhetskommisjonen, men siden det ikke var lovfestet kunne det ikke påbys. Hanssen mente dette var viktig for at det ikke skulle ende opp i anarki, slik som det erfartes i 1892.<sup>451</sup> Det lyktes ikke for Hanssen å nå frem med sine synspunkter på den måten at loven ble endret, men hans synspunkter i denne artikkelen ble gjenstand for debatt ved lagtingets behandling av lovutkastet.

#### **Behandling av Utkast til Lov angaaende foranstaltninger mot innførelse av asiatisk kolera**

Næringskomiteen som gav innstillingen hadde ingenting å bemerke til lovutkastet, og oversendte dette til Odelstinget.<sup>452</sup> Odelstinget kom heller ikke med noen bemerkninger til utkast til *Lov angaaende foranstaltninger mot innførelse av asiatisk kolera*. Lagtinget hadde flere anmerkninger til lovutkastet, men kun en av disse ble gjenstand for debatt. Lagtinget foreslo et litr. G) til § 1 med en bestemmelse som klargjorde mulighet for at fartøy som ikke kom fra kolerasmittet område, men som det kunne antas at hadde med seg personer som kunne overføre smitte, skulle være underlagt § 14 i karantene-loven fra 1848. Tradisjonelt har det å være underlagt § 14 i karantene-loven fra 1848 betydd at skipet ble underlagt en undersøkelse, for så å underlegges observasjonskarantene.<sup>453</sup> 26 juni 1893 ble lov om foranstaltninger mot kolera sanksjonert.<sup>454</sup>

### **8.internasjonale sanitærkonferanse i Dresden, 1893**

Den 8ende sanitærkonferansen begynte 11.mars i 1893 i Dresden. Østerrike-Ungarn var igjen initiativtakeren for konferansen. 20 land, hvorav alle var europeiske, var representert på konferansen.<sup>455</sup> I åpningstalen til konferansen fortalte delegat for Østerrike-Ungarn om ulempene de restriktive smittevernstiltakene hadde påført både handelen og reisende under den siste koleraepidemien. Han mente disse tiltakene ikke var i tråd med moderne vitenskap, og han håpet at

<sup>451</sup> Medicinsk Revue 1893, “Koleralovent”, Klaus Hanssen, s 131-132

<sup>452</sup> STF 1893, del 6, Indst. O. No. 32, s 98-101

<sup>453</sup> STF 1893, del 8, Lagtingets 5. juni, behandling av utkast til Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera, s 316

<sup>454</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 33-34

<sup>455</sup> Howard-Jones 1975, s 69

konferansen ville lykkes med å legge til rette for andre hovedhandelsruter som konferansen i Venezia hadde gjort for Suez-kanalen.<sup>456</sup> Hovedmålet for konferansen var å utforme ensrettede foranstaltninger mot kolera som ikke la unødige bånd på handel og persontrafikk.<sup>457</sup>

Den internasjonale sanitærkonvensjonen fra 1893 introduserte viktige prinsipper for å kontrollere og hindre kolera i Europa. Konvensjonen vektla at landene skulle informere hverandre om koleratilfeller, mottiltak mot kolera og antall døde innenfor deres respektive territorier. I tillegg innførte den en ny smittevernpolitikk for elvene med at det ble etablert regler for sanitære og hygieniske standarder og forhold ved munningen av Donau. De organisatoriske prinsippene for tiltakene mot kolera tok i høy grad hensyn til landenes øvrige interesser og det ble også vedtatt mindre restriktive regler for importerte varer. For eksempel så ble alle restriksjoner på forretningsbrev og post hevet. De preventive tiltakene stemte overens med de nyeste bakteriologiske funnene. Dette viste seg ved at det ble utarbeidet regler for sanitær observasjon på jernbanelinjer og ved landegrenser, og at det ble bestemt minimum og maksimum for sanitær- og karantenereregler ved havnene.<sup>458</sup> Norge og Sverige signerte ikke konvensjonen. De informerte om at de måtte ta den med seg til sine regjeringer “ad-referendum”.<sup>459</sup>

### Karanteneplakat mot kolera 1893

4. september vedtok Norge en plakat som angikk karantenebestemmelsene mot kolera. Det var blant annet med hensyn til den skandinaviske enigheten bland medisinaldirektørene og bestemmelser fra den internasjonale sanitærkonferansen i Dresden i 1893 at plakaten ble gitt. Plakaten utvidet § 1 i koleraloven fra samme år til at skip var forpliktet til å heise karanteneflagg når skipet “har ombord mandskaber eller reisende, der direkte eller indirekte over smittefrit omraade ankommer fra udenrigsk kolerasmittet eller saadant af vedkommende departement erklært sted, naar ikke 5 døgn er forløbne siden deres afreise fra saadant sted”.<sup>460</sup>

Plakaten innskrenket også bruken av de gjeldende karantenebestemmelsene. Dette fordi plakaten bød at karantene kun kunne anvendes i tilfeller der skip hadde eller hadde hatt ombord kolerasyk eller koleradød, eller bruksklær og sengeklær fra disse. Hvor dette ikke var tilfellet, men skipet var i en situasjon som det var påbudt å heise karanteneflagg i, ble skipet undersøkt etter bestemmelsene fra 1887, tillegget i karanteneloven fra 1848 og loven fra 1893. Karantenetiden ble bestemt å vare i 5 dager, i stedet for inntil 5 dager.<sup>461</sup>

<sup>456</sup> Howard-Jones 1975, s 69

<sup>457</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 135

<sup>458</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 136

<sup>459</sup> Howard-Jones 1975, s 70

<sup>460</sup> <sup>460</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 33

<sup>461</sup> <sup>461</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 34

Nytt var plakatens bestemmelse for tilfeller der kolera inntraff ombord på skip som gikk på innsjøer og elver. Hvis dette skjedde skulle fører av fartøyet melde det for sunnhetskommisjonen eller nærmeste lege på stedet han anløpte. Han måtte også passe på at fartøyet ikke hadde noe mer kontakt med land.<sup>462</sup> Denne bestemmelsen viser tilbake på konvensjonen fra Dresden, og bestemmelsen om den nye smittevernpolitikken for Donau.

## 9. internasjonale sanitærkonferansen i Paris, 1894

Frankrike var initiativtaker til konferansen som åpnet 7. februar 1894. Dette var da den tredje konferansen på to år. 17 land sendte delegater til konferansen.<sup>463</sup> Sanitær kontroll på pilgrimsvandringen til Mekka stod på agendaen i denne konferansen. Pilgrimsvandringen ble regnet for å være en stor årsak til spredning av kolera vestover. En mengde europeiske land hadde interesse av pilgrims farten til Mekka. England på grunn av sine muslimske innbyggere i India, Nederland på grunn av muslimer i øst India, Frankrike på grunn av Algerie, og Russland og Østerrike-Ungarn på grunn av muslimer henholdsvis i asiatiske deler av det russiske imperiet og Bosnia-Herzegovina. De sanitære forholdene langs pilgrims ruten var svært dårlige<sup>464</sup>

Konferansen resulterte i en konvensjon som rettet seg mot å kontrollere epidemisk smittsomme sykdommer i de lokale områdene hvor sykdom utviklet seg og langs rutene der kolera spredte seg til andre land.<sup>465</sup> Storbritannia signerte, men med reservasjoner. De andre landene som underskrev fikk da også retten til de samme unntakene som Storbritannia.<sup>466</sup>

Norge og Sverige signerte ikke denne konvensjonen. I brev til ministeren for utenrikske anliggende 14. april 1894, forsøkte den norsk-svenske diplomaten og minister i Paris, Frederik Georg Knut Due<sup>467</sup>, å overtale Norge til å signere ved å legge frem saken om hvorfor dette gagnet Norge. Due poengterte at det fremdeles var mulighet for at land som ikke hadde sluttet seg til konvensjonen, kunne slutte seg til den. Han mente ikke Norge burde ha betenkeligheter med å slutte seg til konvensjonen siden denne i stor grad bare vedrørte de land med muslimske undersåtter og skipsfart knyttet til pilgrims landene.<sup>468</sup>

Due ønsket og anbefalte at Norge og Sveriges tiltrådte både Venezia-konvensjonene fra 1893 og Dresdenkonvensjonen fra 1894. Han vektla at han ikke så noen hindringer for at Sverige og Norge skulle tiltrå den seneste konvensjonen fra 1894. Det ville ikke virke inn på skipsfarten og det

<sup>462</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 35

<sup>463</sup> Howard-Jones 1975, s 71; Schepin og Yermakov 1991, s 145: Østerrike-Ungarn, Belgia, Danmark, Frankrike, Tyskland, England, Hellas, Italia, Nederland, Portugal, Russland, Spania, Sverige og Norge, Tyrkia, USA og Persia.

<sup>464</sup> Howard-Jones 1975, s 71

<sup>465</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 149

<sup>466</sup> Howard-Jones 1975, s 73

<sup>467</sup> Frederik Georg Knut Due. (2011-11-26) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/Frederik\\_Georg\\_Knut\\_Due](http://snl.no/Frederik_Georg_Knut_Due)

<sup>468</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1893, 1893-1898, Brev fra ministeren i Paris Due til minister for utenrikske anliggender, 1894, 14, april. Paris

var i tråd med “det humanistiske maal” og “solidaritetsring”. Han mente det kunne få konsekvenser for “mere nærliggende interesser”, og dette kunne bli en realitet om Norge og Sverige holdt seg borte fra alle disse alminnelige konferansene og ikke slutter seg til praktisk eller prinsipielt til beslutningene som ble vedtatt. Due mente at Norge og Sverige kom i en ufordelaktig stilling, om de ikke tiltrådte konvensjonen.<sup>469</sup>

## 10. sanitærkonferansen Venezia, 1897

Det gikk deretter tre år før neste internasjonale sanitærkonferanse, og denne var den fjerde og siste på 1890-tallet. Konferansen åpnet 16.februar i Venezia i 1897. Hovedtema for konferanse var pest. Østerrike-Ungarn var bekymret for at deres muslimske innbyggere skulle ha med seg pestsmitte fra indiske pilgrimer tilbake fra reiser til Mekka, og derfor kalte de inn til en ny konferanse. Delegater fra 22 land deltok.<sup>470</sup>

I sin åpningsreplikk proklamerte sjefen for de østerisk-ungarske delegatene at selv tre år etter forrige konferanse, hadde mange land fremdeles ikke ratifisert konvensjonen som ble underskrevet. Han mente at konferansens oppgave var å vurdere om demningen av profylaktiske tiltak som den gang ble bygget opp mot kolera også ville holde stand mot pesten. Frankrike mente at første steg var at land som underskrev konvensjonen, skulle ratifisere sine underskrifter og at alle land som hadde muslimske innbyggere skulle forby dem pilegrimsreiser til Mekka i tider med pest. Frankrike hadde allerede forbud pilegrimsreiser for muslimske innbyggere i Algerie. Østerrike-Ungarn estimerte sitt pilgrims antall til 40-50 per år og mente at de ville klare å gjennomføre sanitærkontroller for disse. Senere i konferansen proklamerte Storbritannia at de hadde forbudt pilegrimsreiser i året 1897 for sine muslimske innbyggere i India. Russland hadde allerede gjort det samme for sine muslimske og kristne innbyggere. Storbritannia annonserte nå også sin ratifisering av 1894-konvensjonene, med visse forbehold.<sup>471</sup>

Pest-bakterien ble oppdaget av Alexandre Yersin i Hong Kong i 1894. På konferansen var det enighet om at utbrudd av pest ofte fulgte etter pestepidemi blant rotter,<sup>472</sup> og at:

“pest ser ut til å overføres gjennom menneskelige utsondringer, sykelige produkter som materie og byller og gjennom smittebefengt sengeklær, klær og hender.”<sup>473</sup>

<sup>469</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonsferanse av 3.4-1893, 1893-1898, Brev fra ministeren i Paris Due til minister for utenrikske anliggender, 1894, 14, april. Paris

<sup>470</sup> Schepin og Yermakov 1991, s Østerrike-Ungarn, Belgia, Danmark, Frankrike, Tyskland, England, Hellas, Italia, Luxemburg, Montenegro, Nederland, Portugal, Romania, Russland, Spania, Serbia, Sverige, Norge, Sveits, Tyrkia, Persia og USA

<sup>471</sup> Howard-Jones 1975, s 78-79

<sup>472</sup> Howard-Jones 1975, s 79

<sup>473</sup> Howard-Jones 1975, s 79

Konferansen uttrykte et ønske om at det skulle dannes en internasjonal komite som skulle være konstituert til å systematisere og konsolidere konvensjonene fra 1892, 1893, 1894 og 1897.

Konferansen resulterte i en konvensjon om de epidemiske sykdommene pest og kolera som alle signerte unntatt Danmark, Sverige/Norge og USA<sup>474</sup>

### Norge og Paris-konvensjonen

I 1897 kom det en forespørsel fra Sverige til Norge om tiltredelse i av Pariskonvensjonen fra 1894.

Den norske regjering kommer med betenkning 26. februar 1897 fra det norske justis- og politidepartement i statsråd 3.mars, hvor det gikk frem at Norge hadde reservasjoner. Norge ønsket å skrive under med forbehold for hendelser som avvek fra konvensjonens særskilte bestemmelser og som ble gjort i særskiltes makters interesse. Liknende forbehold ble gjort av de fleste av landene som signerte 4.april 1894.<sup>475</sup>

I følge rapport fra Due, den norsk-svenske ministeren i Paris, 16.mars samme år, meddelte han den franske utenriksministeren om at han hadde fullmakt til å undertegne på vegne av Norge/Sverige, men med reservasjon fra norsk side. Dette lot seg ikke gjøre ifølge den franske utenriks ministeren. Den franske regjering kunne ikke tillate et slikt forbehold. Dette ble Norge underrettet om 20.mars av Douglas. Due spurte om det fra norsk side var noe å utsette på at han skrev under på konvensjonen fra 1894 uten noe forbehold.<sup>476</sup> Norge og Sverige signerte først konvensjonen fra den internasjonale sanitærkonferansen i 1894 i Paris 6. april 1898.<sup>477</sup>

### Norge og Venezia-konvensjonen

Norges medisinaldirektør M. Holmboe var delegat på Veneziakonferansen i 1897. I brev til justisdepartementet datert 21.10.1897 klargjør Holmboe Norges tilslutning til konvensjonen i 1897.<sup>478</sup> Konvensjonen av 1897 var i det hele bygget på de eldre konvensjonene (Venezia 1892, Dresden 1893, og Paris 1894), og var nærmest en kodifikasjon av disse, med endringer som ble ansett som nødvendige på grunn av forskjellen mellom pesten og koleraens utbredelsesmåte. Dette samme gjaldt de endringene som var gjort i forhold til orienten. Holmboe forklarte på hvilken måte og i hvilke punkter denne konvensjonene skilte seg fra de eldre.<sup>479</sup>

Konvensjonen var delt inn i 5 kapitler som handlet om: 1) forholdsregler utenfor Europa, 2) Forholdsregler i Europa, 3) regler for desinfeksjon, 4) forsiktighetsregler som anbefales skip ved

<sup>474</sup> Howard-Jones 1975, s 80

<sup>475</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1893, 1893-1898, Brev fra Sverige til Norge

<sup>476</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1893, 1893-1898; skrivelse fra Due i Paris 16.mars

<sup>477</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1893, 1893-1898; Telegram fra Stockholm 7.4.1898.

<sup>478</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>479</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

avreise, under overfarten og ved ankomsten, 5) oppsyn med og gjennomførelsen av konvensjonenes bestemmelser.<sup>480</sup>

Medisinaldirektøren mente at det var uproblematisk å tiltre konvensjonene når det gjaldt de forholdsreglene som gjaldt utenfor Europa. Han minnet om at Veneziakonvensjonen fra 1893 allerede var tiltrådt av Norge, og at Pariserkonvensjonen fra 1894 ble tiltrådt av Norge i 1897. Det problematiske var de konsekvenser Norge ville møte, om pesten skulle feste seg i land som Norge hadde en større skipsfartsforbindelser med, og da de forholdsregler den bestemte skulle gjelde innenfor Europa. Konvensjonens bestemmelser om pest skilte seg fra de norske pestbestemmelsene i den norske karanteneavgivningen.<sup>481</sup> Spesielt kapittel 2 i 1897-konvensjonen og særlig VIII. I følge disse bestemmelsene så bortfalt enhver karantene for tilfeller som det ved norsk karanteneavgivning var påbudt karantene. Det var heller ikke hjemmel i de norske karantenebestemmelsene for konvensjonens bestemmelser for ombordværende personer. Disse personene fikk fritt gå land mot et tilsyn.<sup>482</sup>

Det var med tanke på de norske pestbestemmelsene at Veneziakonvensjonen ikke kunne tiltredes av Norge. For i den norske loven fra 1893 var det blitt gitt anledning, vedrørende koleraen, å etablere tilsyn med mannskap og passasjerer. Men det fantes ikke noe lignende i forhold til pest.

Konvensjonen gav også bestemmelser for tilsyn med reisende som kom over landegrensen. Heller ikke på dette hadde Norge noen lov som gjorde dette mulig.<sup>483</sup>

Norges tilslutning til Veneziakonvensjonen ville gjøre det nødvendig å revidere lovgivningen om foranstaltninger mot pest. Medisinaldirektøren mente dette uansett var uunngåelig viss pest skulle dukke opp i land som Norge hadde en direkte sjøfartsforbindelse med. Gjeldene bestemmelser om pest i karanteneavgivningen fra 1848 var på den ene siden var ufullstendige, og på den andre siden for lite elastiske og grep i for stor grad inn i skipsfart og handelsnæringen. Medisinaldirektøren pekte på at dette lenge hadde vært erkjent.<sup>484</sup> Medisinaldirektøren Holmboe hadde ingen betenkeligheter med at Norge sluttet seg til konvensjonen selv om dette medførte at det ble nødvendig å revidere den nasjonale lovgivningen med hensyn til pest. Han mente en revisjon allerede var nødvendig på grunn av at det så ut som at sykdommer fortsetter å bre seg mot vest. En

<sup>480</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>481</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>482</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>483</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>484</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medisinaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897



revisjon og supplering av karantenebestemmelsene ville i følge Holmboe da være like unngåelig som det hadde vært koleraens tilfelle i 1892 og 1893.<sup>485</sup>

Medisinaldirektøren mente at det eneste som stanset en norsk tiltredelse av den internasjonale konvensjonen var spørsmålet om denne ville pålegge Norge plikter eller innskrenke friheten til å påby egne sikkerhetsforanstaltninger. De internasjonale foranstaltninger mot pest var basert på oppdatert kunnskap om pestens smittestoff og utbredelsesmåte og instruksjonene for desinfeksjon var i overenstemmelse med nåtidens hygienelære. Han påpekte også at den norske professor i hygiene, Axel Holst, hadde gitt en positiv omtale av Veneziakonvensjonen.<sup>486</sup>

Medisinaldirektøren mente det var unødvendig at Norge etablerer strengere forsiktighetsregler, enn stater som lå adskillig nærmere pestens arnesteder. Bare ett område medførte særskilte problemer for norske forhold: turisttrafikken. Han mente noen av bestemmelsen i Veneziakonvensjonen ville være vanskelige å imøtekomme for Norges del på grunn av turisttrafikken. Norge tok derfor et forbehold under konferansens møte 8. mars.<sup>487</sup>

Målet for konvensjonen var å bekjempe smittespredning og samtidig redusere hindringene for handel og skipsfart mest mulig. Sammenliknet med den lovgivningen som i Norge var gjeldende så representerer konvensjonens bestemmelser en betydelig lettelse.<sup>488</sup> Medisinaldirektøren anbefalte at Norge tiltrådte Veneziakonvensjonen.<sup>489</sup>

### Norske foranstaltninger mot pest

I 1899 og 1900 ble det gitt to nye norske plakater om pest. Disse forordnet nye bestemmelser som opphevet bestemmelsene om losnings- og observasjonskarantene i paragrafene 8-12 i karanteneoven fra 1848. De forordnet en ny liste med varer som var underlagt rensning, og opphevet da også § 47 i tillegget til karanteneoven fra 1848 gitt i 1849.<sup>490</sup> Begge plakatene gav bestemmelser om karantene, plakat fra 1899 gav regler for desinfeksjon. Karantenebestemmelsene fra 1899 opphørte ved 1900-plakaten. Plakatene skjenet mellom fartøy som på reisen hadde eller hadde hatt peстыk om bord, og mellom fartøyer som ikke var i en tilsvarende situasjon, men som var kommet fra peстыmittet sted eller underveis hadde hatt samkvem med fartøy som kom fra peстыmittet sted eller som hadde peстыk om bord. Fartøyer i det første tilfellet ble henvist til

<sup>485</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medicinsaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>486</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medicinsaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>487</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medicinsaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897, Prcès verbal No X, side 17-18

<sup>488</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medicinsaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>489</sup> Eske 133, Mappe: I. Dept. M. Internasjonal sundhetskonferanse av 3.4-1894, 1893-1901 ; Brev til kong. Justisdep fra medicinsaldirektøren M. Holmboe 21.10.1897

<sup>490</sup> Lovtidende 1899, Plakat 12. september, s 574-579; Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober, s 749-753

karantenestasjonen i Kristiansand. Her ble de syke isolert, de døde begravet og fartøy og bruksgjenstander rensset. Klosetter skulle rengjøres, slagvandet skulle desinfiseres og pumpes ut og drikkevannet om bord skulle erstattes med friskt vann.<sup>491</sup> Plakat fra 13. oktober 1900 gav dertil også bestemmelse for at mus og rotter, så langt dette var mulig, skulle utryddes. Både fartøy og de som var om bord skulle holdes avsondret i 10 døgn. Pestsyke skulle også holdes avsondret i 10 dager etter at de var blitt friske.<sup>492</sup>

For fartøy som var i noen av de andre nevnte tilfellene gav plakat fra 1899 bestemmelser om at disse holdes avsondret i 10 dager på et sted som hadde karantenekommisjon. De 10 dagene var medregnet reisetid fra det pestsmittede stedet eller samkvem med pestsmittet fartøy.<sup>493</sup> Dette ble endret i plakat fra 1900. Denne bestemte at karantenekommisjonene kunne gi adgang til land for fartøyer som var avsondret, i forbindelse med det som var nødvendig for å gjennomføre utlossing og innlosing av varer. Dette var avhengig av at klosettene var rengjorte, slagvann var desinfisert og pumpet ut, drikkevannet var erstattet med nytt, klær som hadde tilhørt pestsyk var rensset og andre klær og gjenstander som karantenekommisjonen bestemte, var rensset.<sup>494</sup> Adgangen til land var forbeholdt at sunnhetskommisjonen holdt oppsyn med sunnhetstilstanden, og at alle som fikk adgang til land måtte oppgi oppholdsstedet sitt og forplikte seg på å fremstille seg for sunnhetskommisjonen eller tilsynsmann på sted der de oppholdt seg mer enn 12 timer. Passasjerer kunne også gis adgang til å gå i land mot at de den resterende karantenetiden forpliktet seg på å vise seg for sunnhetskommisjonen. Utlossing og innlasting av varer i avsondringstiden var forbeholdt at det ikke fantes døde dyr om bord, spesielt rotter.<sup>495</sup>

I følge plakat fra 12. september 1899 skulle et fartøy heise karanteneflagg i tilfeller da det kom fra utenriks pestsmittet sted eller hadde hatt samkvem med slik sted, eller et fartøy med pestsyk om bord som kom fra et pestsmittet sted. Dette innbar også i tilfeller da fartøy hadde med pestsyk eller døde av pest, eller annen mistenkelig sykdom om bord ved avreise eller ved ankomst, og for tilfeller der fartøy hadde om bord senge- eller bruksklær som hadde vært brukt av en pestsyk eller død person av pest.<sup>496</sup> I tillegg til disse bestemmelsene gav plakat fra 13. oktober 1900 noen tilleggbestemmelser: Fartøyer skulle heise karanteneflagg viss de hadde om bord mannskap eller folk som kom direkte eller indirekte (over smittefritt område) fra utenriks pestsmittet sted, uten at det hadde gått 10 dager fra deres avreise fra slikt sted. Også fartøyer som kom fra steder som det ble antatt at sto i nær forbindelse med pestsmittede området, måtte heise karanteneflagg. Hvis alle rensninger var gjennomført og det ved karantenemessig undersøkelse ikke viste seg at fartøyet

<sup>491</sup> Lovtidende 1899, Plakat 12. september, s 574-579; Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober, s 749-753

<sup>492</sup> Lovtidende 1899, Plakat 12. september, s 574-579; Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober

<sup>493</sup> Lovtidende 1899, Plakat 12. september, s 574-579

<sup>494</sup> Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober, s 749-753

<sup>495</sup> Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober, s 749-753

<sup>496</sup> Lovtidende 1899, Plakat 12. september, s 574-579

hadde eller hadde hatt pestsyk om bord, ble disse gitt fri adgang til land. Dette var med forbehold om at alle ombordværende oppgav navn, hjemsted og bestemmelsessted. De ombordværende kunne bli pålagt å vise seg for sunnhetskommisjon eller oppsynsmann lik for de som kom fra pestsmittet sted.<sup>497</sup>

Plakat fra 13.oktober 1900 gav også en endring i en bestemmelse som hadde vært den samme siden forordningen fra 1805. Dette var bestemmelsen om at en karantenemessig undersøkelse av et skip ved ankomst ikke skulle foregå om bord, men fra land. Her henhørte regler om at alle som hadde samkvem med et karantenepliktig fartøy, skulle underlegges samme bestemmelser som de ombordværende personer. Personer som på karantenekommisjonens vegne oppholdt seg om bord ble unntatt fra denne regelen ved plakatene fra 1899 og 1900, og den karantenemessige undersøkelsen ble i tillegg endret til å omfatte undersøkelser om bord i fartøyet i mannskapslugarer eller kapteinens lugar.<sup>498</sup> Plakat fra 1900 opphevet også bestemmelse om isolering av folk og avsperring av hus for enhver som hadde hatt samkvem med personer fått vare fra karantenepliktig fartøy.<sup>499</sup>

## Oppsummering

I dette kapittelet har jeg vist at det internasjonale samarbeidet for felles regler for smittevern i årene 1892 til 1897 utviklet seg til en internasjonal offensiv for samkjøring av smittevernet omkring kolera og pest og at de fire internasjonale sanitærkonferansene resulterte i 4 konvensjoner. Dette viser ønsket om konkretisering av felles regler og mer bindende avtaler. Jeg har vist hvordan konvensjonene virket inn på utviklingen av det norske smittevernet, og hvordan norske karantenelever i denne perioden hindret Norge fra å tiltre konvensjonen fra 1897. Jeg har vist hvordan de skandinaviske landene samarbeidet og utviklet felles regler mot kolera, eksempler på misnøye med medisinalstyrelsen og bestemmelser som ble gitt. Denne kritikken kom hovedsakelig fra leger i bergensområdet. Dette gir grunn til å tro at det var den geografiske forskjell i Norge nå særlig gikk mellom leger i bergensområdet og medisinalstyrelsen i Kristiania. I kapittel 10 vil jeg se om dette også var tilfellet i forbindelse med behandlingen av en smittevernlov i Norge.

<sup>497</sup> Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober, s 749-753

<sup>498</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 7; Lovtidende 1899, Plakat 12. september, s 574-579; Lovtidende 1900, Plakat 13. oktober, s 749-753

<sup>499</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel af smitsomme sygdomme, 1904, Bilag I, s 7

## Kapittel 10: 1901-1910 Veien mot en norsk smittevernlov

### Innledning

I dette kapittelet skal jeg vise hvordan arbeidet med en ny smittevernlov forløp i Norge i årene mellom 1901-1910. Innad i Norge hadde det lenge hersket misnøye med de gjeldende karantenereglene. Det var også nødvendig å revidere de norske karantenereglene for å få mulighet til å forplikte seg på de internasjonale bestemmelsene ved å signere Venezia-konvensjonen fra 1897 og fremtidige internasjonale sanitærkonvensjoner. Underveis fikk lovutkastet kritikk fra flere hold, og jeg skal her vise lovutkastets behandling og tilslutt vise hva den nye norske smittevernloven fra 1910 inneholdt.

Jeg vil bygge på forskningsarbeidene til Howard-Jones 1975 og Schepin og Yermakov 1991, - og på egne primærkildestudier av stortingsforhandlingene fra 1909<sup>500</sup> og arkiv fra de internasjonale sanitærkonferansene fra riksarkivet.<sup>501</sup>

### Komite for utvikling av forslag til ny smittevernlov

Medisinaldirektør Holmboe kom i 1900 med en henstilling til departementet om at gjeldende karantene lov, som hovedsakelig rettet seg mot pest, ikke var nok for å beskytte landet mot inntrengen av sykdom.<sup>502</sup> Han pekte på at Norges smittevernlov heller ikke var oppdatert med de forholdsreglene som de fleste europeiske statene hadde sluttet seg til, og at de gjeldende smittevernlovene var ugunstige for skipsfarten og handelsinteressene. Han mente at flere av bestemmelsene var ugjennomførbare på grunn av denne tidens samferdsel.<sup>503</sup> Dette ledet an til at det ble nedsatt en komite 15. oktober 1901 som skulle overveie spørsmålet om en revisjon av karantene lovgivningen og flytting av Kristiansand karantenestasjon. Spesielt skulle komiteen overveie om den nye norske smittevernloven skulle bygge på prinsippene i karantene loven, eller om Norge skulle slutte seg til inspeksjonssystemet som de fleste europeiske statene allerede hadde gjort. Komiteen skulle også vurdere hvilke organer som skulle tildeles ansvaret med å opprettholde loven, vurdere sammensetningen av karantene kommisjonene og hvorvidt disse skulle opprettholdes eller ikke.<sup>504</sup> Komiteen bestod av stadsfysikus G.E. Bentzen som formann, byråsjef P.J. Paulsen og skipsreder A.O. Lindvig.<sup>505</sup> Mens den norske komiteen arbeidet ble det holdt ny internasjonal sanitærkonferanse.

<sup>500</sup> Dette er et stort omfang av dokumenter som overstiger 200 sider

<sup>501</sup> Howard-Jones 1975 *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences* ; Schepin og Yermakov 1991 *International quarantine*

<sup>502</sup> STF 1900-1901 St. prp. Nr. 1. Hovedp. III kap. 5, s 7-9; via STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 5

<sup>503</sup> STF 1900-1901. St. prp. Nr. 1. Hovedp. III kap. 5, s 7-9; via STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 5

<sup>504</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 6

<sup>505</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 5

## 11. sanitærkonferansen i Paris, 1903

Det var flere årsaker til at det ble kalt inn til en ny konferanse. England, Frankrike og Russland hadde nærmet seg hverandre, og dette hadde gitt et mer stabilt politisk klima for forhandlinger i sanitære spørsmål. Samtidig var pesten fortsatt en sykdom på offensiven i Europa, og ny forskning hadde avdekket nye fakta om pest. Det var også et behov for at landene i stedet for å måtte forholde seg til 4 konvensjoner, skulle få bare en samlet.<sup>506</sup> Mange land hadde problemer med å implementere bestemmelsene fra konvensjonene, det var ønske om både en bedre gjennomførelse og å få opprettet en permanent sanitær organisasjon for å hjelpe å organisere dette.<sup>507</sup> Italia var initiativtaker til konferansen, mens Frankrike stod som vertskapsland. 23 land sendte representanter.<sup>508</sup>

Konferansen varte fra 10.oktober til 3. desember og resulterte i en internasjonal sanitærkonvensjon som bestod av 184 artikler. Med unntak av en kort artikkel om gulfeber, artikkel 182, omhandlet konvensjonen sykdommene pest og kolera.<sup>509</sup> Konvensjonen tok sikte på å innføre et stort spekter av sanitære foranstaltninger i en større internasjonal skala og oppfordret landene til å informere om utbrudd av pest og kolera innenfor de respektives territorier. Landene skulle også informere hverandre om epidemienes gang. Konvensjonen etablerte uniformerte beskyttelsestiltak som skulle iverksettes mot smittede steder, som for eksempel desinfeksjon, utryddelse av rotter og mere.<sup>510</sup>

Det ble i konvensjonen erklært at ingen varer i seg selv var smitteførende for kolera eller pest. Varer var kun å frykte viss det var forurenset av produkter som allerede var infisert av pest eller kolera, og store partier skulle kun desinfiseres med lokale myndigheters forsiktighet. Konvensjonen etablerte et maksimum for tiltak mot epidemier ved havner og sjøgrensene som var ensartede for alle landene.<sup>511</sup> Konvensjonen anbefalte også sanitær overvåkning ved havnene. Dette innebar ett permanent medisinsk arrangement med permanente oppsynsmenn hvis oppgave var å overvåke de sanitære forhold på skip og dets mannskaper og havnens innbyggere for øvrig. Det

<sup>506</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 177: Hensikten var at konvensjonen fra 1903 skulle erstatte de 4 foregående konvensjonene. Dette var også tilfelle, men den siste konvensjonen stod i kraft for de landene som ikke hadde sluttet seg til konvensjonene fra Paris i 1903

<sup>507</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 175-176

<sup>508</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 176; Østerrike-Ungarn, Argentina, Belgia, Brasil, Danmark, Frankrike, Tyskland, England, Hellas, Italia, Luxemburg, Montenegro, Nederland, Persia, Portugal, Romania, Russland, Serbia, Spania, Sverige, Norge, Sveits, Tyrkia, USA.

<sup>509</sup> Howard-Jones 1975, s 85; Artikkel 182 var generell og uttrykte i praksis at de landene som ville gjøre noe mer med gulfeber, kunne gjøre det. Det ble klart at mange delegater så på gulfeber som USA's problem.

<sup>510</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 176-177

<sup>511</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 177

innebar også lokaliteter for å isolere syke og mistenksomme tilfeller, område for desinfeksjon, et bakteriologisk laboratorie, overvåkning av vannets beskaffenhet.<sup>512</sup>

Spesielt en artikkel i samlingen var viktig for arbeidet for videre utvikling av ensrettede internasjonale smittevernsbestemmelser. Artikkel 181 gav den franske regjering myndighet til å bruke diplomatiske kanaler for å få i stand et internasjonalt helsekontor i Paris.<sup>513</sup> Konvensjonen ble ratifisert av 15 land innen 1907. Norge signerte ikke konvensjonen, det gjorde heller ikke Sverige.<sup>514</sup>

Brev til stadsfysikus i Kristiania, G.E. Bentzen, datert 30.mars 1904, fra justis- og politidepartementet gir informasjon om Norges forhold til den internasjonale sanitærkonferansen i Paris i 1903. Departementet ønsket svar på hvorfor Norge og Sverige stod under ett i *procès-verbal* fra konferansen, og hvor Bentzen verken var nevnt i protokollens tekst eller i dens underskrifter som delegat for Norge.<sup>515</sup>

I brev fra Bentzen til departementet datert 5. april 1904 forklarte han at han hadde reiste som teknisk delegat for Norge, og at han av Ibsen, den norske statsministeren i Stockholm, ble bedt om å underordne seg den norsk-svenske diplomaten, og at det i tillegg til han også var en svensk delegat i samme stilling. Dette gikk Bentzen med på og underrettet justisdepartementet og medisinalkontoret, og bad om de nødvendige instruksjoner. Den norsk-svenske diplomaten forsøkte i starten av konferansen å få aksept for at den svenske og den norske tekniske delegaten kunne avgi hver sin stemme. Dette ble ikke godtatt. Bentzen stod også frem for konferansen og sa at siden begge land her var representert ønsket de at de kunne avgi hver sin stemme i saker. Dette gikk ikke konferansen med på. Da avgjorde den svenske og den norske delegaten det slik at i spørsmål de var enige om stemte de sammen. I spørsmål de var uenige om unnlot de å gi stemme.<sup>516</sup>

Da møtene var avsluttet og det var kommet til signaturmøte forlot både den norske og den svenske tekniske delegaten konferansen. Bentzen hadde forsøkt å presisere Norges forhold, men mislykkes, og så ikke noe poeng i å bli der videre. Bentzen forklarte at konferansen skilte da enda såpass mellom dem at da Bentzen uttalte seg så stod det “norsk delegat”, og det stod “svensk delegat” for den svenske delegaten.<sup>517</sup> I Norge pågikk arbeidet med en ny lov.

<sup>512</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 177

<sup>513</sup> Howard-Jones 1975, s 85

<sup>514</sup> Schepin og Yermakov 1991, s 177

<sup>515</sup> Eske 133, MAPPE I. Dept. M. Helsevesnet. Angående den internasjonale sunnhetskonferanse i Paris 1903-1908

<sup>516</sup> Eske 133, MAPPE I. Dept. M. Helsevesnet. Angående den internasjonale sunnhetskonferanse i Paris 1903-1908

<sup>517</sup> Eske 133, MAPPE I. Dept. M. Helsevesnet. Angående den internasjonale sunnhetskonferanse i Paris 1903-1908

## “Udkast til lov og reglement om foranstaltninger mod indførsel av smitsomme sykdomme”, 1904

Denne lovkomiteen fra 1901 der G. E. Bentzen var formann sendte et foreløpig lovutkast til departementet i 1903. Departementet sendte utkastet til landets karantenekommisjoner og sunnhetskommisjoner i kystdistriktene, for at disse kunne gi en uttalelse til lovutkastet. Av 145 karantene- og sunnhetskommisjoner som uttalte seg om komiteens utkast, sluttet alle seg til utkastets grunnprinsipp(om inspeksjonssystemet), unntatt fire. Dette var Holmedals sunnhetskommisjon, Nesodden og Frogns sunnhetskommisjoner og Kristiansand karantenekommisjon. Holmedals sunnhetskommisjon uttalte at ” på grunn av smittefarlighet og mulige utgifter som kunne kommer for kommunene, kunne ikke helsestyret anbefale at personer som det kunne fryktes var smittet av en smittsom sykdom, kunne reiser hjem, før sykdommens inkubasjonstid var forbi.” Nesodden og Frogns sunnhetskommisjoner syntes ikke at § 17 nr. 7 og § 22 var tilstrekkelig betryggende. Det gjaldt personer som kom fra pestsmittet sted eller som hadde hatt omgang med personer eller skip som man fryktet hadde overført smitte og som fikk forlate fartøyet og fortsette reisen med innskrenket frihet. De ønsket i stedet at slike personer skulle avsondres i så lang tid som det krevdes for å utelukke smitte.<sup>518</sup>

Kristiansands karantenekommisjon avviste lovutkastet i sin helhet, og kom med sterk kritikk mot flere av bestemmelsene. Jeg skal trekke frem de viktigste. Karantenekommisjonen ønsket å beholde sjøkarantene på grunnlag av de erfaringene de hadde gjort seg. De var enig i omlegging av systemet henimot inspeksjonssystemet for beskyttelse mot smittsom sykdom fra sjøveien. De så ingen nytte i landkarantene som de mente var halvveis og ugjennomførbar, men det var noe annet med sjøkarantenen. Den var ikke så vanskelig å gjennomføre og kunne gjøres enda mere effektivt. De mente at til tross for mangler ved sjøkarantene så var denne det eneste middelet til å beskytte seg mot sykdom importert via sjøveien.<sup>519</sup> Videre mente de at det ikke var karantenen som var avleggs, men det var forholdene rundt utviklingen av samferdsel og handel som vanskeliggjorde gjennomførelsen og gjorde den kostbar. For Norges del mente de at avskaffelse av karantene var unødvendig, for Norge hadde ikke en så stor import med skipsfart som f.eks. England. Utenom ruteskip så importerte Norge salt, korn og kull. For skip med korn og salt ville som regel karantenetiden allerede vært unnagjort med reisedagene, og disse skipene trengte bare en undersøkelse. Karantene kunne beholdes for alle seilskip og lasteskip, men kommisjonen var enig med komiteen med at karantene for passasjerskip måtte innskrenkes til den tid det tok å undersøke

<sup>518</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smitsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag, s 72

<sup>519</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smitsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 72-73

og rens skipet.<sup>520</sup> Ettersyn med passasjerer så kommisjonen negativt på. De mente systemet som var forslått var tungvint og bød på lite sikkerhet og at det ville virke uforståelig:

“Der skal et større fond af kultur og indsigt til, end den en flerhed af mellemdækspassagerer er i besiddelse af, for at de vil kunne forstaa nødvendigheden af dette ettersyn og finde seg i de ulemper, de maa underkaste sig, og de baand paa den frie bevægelse, det medfører..”<sup>521</sup>

Kristiansand karantenekommisjon mente også at det ikke manglet på eksempler på at folk ikke stilte seg frem for lege når de de kom til bestemmelsesstedet.<sup>522</sup> Kommisjonen forslo i stedet at passasjerer som var blitt undersøkt skulle bli forklart at til tross for at han/hun var friske nå, så kunne han/hun bære på en farlig sykdom, og få forklart sykdommens symptomer og viktigheten av å oppsøke lege. Hver passasjer skulle også få utdelt en trykt anvisning av sykdommens hovedsymptomer med rettledning for hva de skulle gjøre. Alle ville forstå dette, mente kommisjonen, både fordi det gav dem frihet og fordi det appellerte til individets egeninteresse.<sup>523</sup>

Komiteen gav svar til kritikken fra Kristiansand karantenekommisjon. De pekte på at antall skip som utelukkende førte passasjerer fortsatt var svært lavt. Dette måtte kommisjonen tenke på når de foreslo å beholde karantene for seil- og lasteskip, mens passasjerskip kunne undergå rensning og inspeksjon. For mannskap på passasjerskip og mannskap på seilskip og lastedampskip utgjorde den samme faren, mente komiteen, og et frafall av karantene på skip med passasjerer ville være like farlig som for de andre skipene. Komiteen mente også at lasteskipene måtte fris fra byrden med karantene.<sup>524</sup>

Komiteen var enig i at det gjeldende systemet med ettersyn av passasjerene hadde sviktet både her og der, og at det så langt hadde en begrenset verdi. Så lenge det internasjonalt ikke var noen avtale om at man kunne behandle landfarsotter på samme måte som andre ondartede smittsomme sykdommer, var likevel dette systemet det beste, mente komiteen. Komiteen mente også at dette kunne endre seg med tiden gjennom internasjonale avtaler, hvis så var tilfelle ville lovutkastet gå i takt med endringene. Til de øvrige kommisjonene viste komiteen til det de allerede hadde sagt.<sup>525</sup>

<sup>520</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 72-73

<sup>521</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 73

<sup>522</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 73

<sup>523</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 73

<sup>524</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 73

<sup>525</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 73



Kristiansands karantenekommisjon hadde flere bemerkninger til lovforslaget. De synes ikke det var sammenheng mellom komiteens lovutkast og hva komiteen meddelte i motivdelen, det vil si, hva komiteen la til grunn som lovens fundament. Komiteen hadde presentert hvordan øvrige smittsomme sykdommer var på tilbakegang i landet, og holdt frem hvordan sunnhetslovens hadde fremmet dette. Komiteen hadde bemerket under motivdelen at sunnhetsloven hadde åpnet veien for å gjøre stadige forbedringer i den offentlige sunnhetspleie innad i kommunen, og avsluttet med å hevde at: "Det er grund til å tro, at resultatene i fremtiden vil kunne blive endnu større."<sup>526</sup>

Med slike erfaringer fra fortiden og nåtiden skjønte ikke kommisjonen hvorfor komiteen ikke ville fortsette å bygge på den 40årige praksisen? Komiteen hadde i lovutkastet spesielt dedikert sunnhetskommisjonene til å våke over rensligheten og sunnheten om bord på et fartøy på et steds havn. Lovutkastet hadde oppnevnt flere offentlige tjenestemenn til å ha ansvar for ettersyn, observasjon etc. på de forskjellige stedene.<sup>527</sup> Dette var å utvide omsorgen i forhold til farsotter, og det var ikke det samme som å følge i erfaringens spor, som komiteen hadde nevnt i motivene. Karantenekommisjonen mente dette ble for mye detaljstyring, og at staten ikke ville ha særlig nytte av å utvide utgiftsposten med mere tilsyn. Kommisjonens egen erfaring var at når utenlandsk skip kom til norsk havn med smittsom sykdom om bord så hadde man den beste beskyttelse i at både skipper og mannskap var vel vitende om alvorligheten, og hvilken skade og omkostning det ville få å forsømme prosedyrene for skip som folk. Det var i skipets egeninteresse å få legehjelp med en gang de ankom en havn. Kommisjonene hadde enda til gode å erfare at et skip hadde ligget lenge uten å ha fått legetilsyn. De mente at det aller første skipperen gjorde da han kom til havn nettopp var å oppsøke lege for at de syke skulle få hjelp. Kommisjonen mente selvoppholdelsesloven overgikk alle lover som ble gitt på dette området. De mistenkte også komiteen å ha et bakenforliggende motiv med denne detaljstyringen, at dette var starten på prosessen med innføre havnelegeinstitusjonen. Dette hadde noe for seg i byer som Bergen og Kristiania, men andre steder var dette unødvendig mente kommisjonen. Men her stod kommisjonen alene i sin uttalelse.<sup>528</sup> Kristiansand karantenekommisjon brakte nye perspektiver inn i smittevernlovgivningen. I stedet for å underkaste mennesker strenge kontroller og inspeksjoner hadde de sterkere tro på å tilveiebringe tilstrekkelig opplysning om sykdomstegn og gi praktiske råd og med dette appellere til individets fornuft. Dette viser at kommisjonen foreslo en type bestemmelser som hører hjemme i neste regime, - opplysningsregimet. Det var det regimet som var bakgrunnen for den norske

<sup>526</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 58-59;75

<sup>527</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 76

<sup>528</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag s 76-77

tuberkuloselovgivningen. I stedet for å bare bli underkastet strenge regler, ble folk ble opplyst og som igjen gav mer frihet til hvert enkelt individ.

Etter at høringene var kommet inn og Paris-konferansen var overstått var det kun nødvendig med små endringer i lovutkastet. Komiteen gav sin innstilling i 1904. Innstillingen bestod av et utkast til en ny lov om foranstaltninger mot innførsel av smittsomme sykdommer, et utkast til et reglement for det samme, motiver til lovutkastet og 5 bilag.<sup>529</sup> Komiteen mente at Norge ikke stillet i særklasse for å beholde sjøkarantenen som foranstaltning mot smittsomme sykdommer. Sjøkarantenen gav ingen garantier for å hindre import, og uten å samtidig praktisere landkarantene ville den med tidens jernbaneforbindelser både være ufullstendig og en forholdsvis kostbar foranstaltning, mente komiteen. Erfaring hadde også vist at selv der karantenen ble strengt gjennomført, hadde den vist seg som unyttig, for det var umulig å hindre at den på en eller annen måte ble brutt. Komiteen pekte også på at de fleste europeiske land, som Norge hadde direkte samferdsel med, hadde gjort hygieniske forbedringer og fått et organisert sunnhetsvesen. Derfor var også faren for utbredelse av smittsomme sykdommer avtakende, og av den grunn var behov for sjøkarantene liten.<sup>530</sup>

#### **“Lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme”**

I proposisjonen gjorde justis- og politidepartementet det klart at de stilte seg bak lovkomiteens forslag fra 1904 og medisinaldirektørens anbefaling om samme.<sup>531</sup> Departementet refererte fra medisinaldirektørens skrivelse fra 26. april 1906 og til hva han hadde lagt til grunn for anbefalingen: Han mente det år for år ble vanskeligere å lempe på karantene Lovgivningen på den måten at den både gikk i tråd med den hygieniske oppfatningen i tiden, med kravene fra den voksende samferdselen og med internasjonal lovgivning på samme område. Årsaken var at, på tross av senere års tilleggslover, så bygget mye av karantene loven på loven fra 1848. Dette hindret Norge fra å tiltre Dresdenkonvensjonen fra 1893, Venezia-konvensjonen fra 1897, og også den siste konvensjonen fra den internasjonale sanitærkonferansen i Paris.<sup>532</sup>

Norges manglende tilslutning til disse konvensjonene medførte at Norge ikke direkte mottok underretning om tilfeller av kolera og pest, som i følge konvensjonene skulle utveksles mellom regjeringene som hadde tiltrådt. Dette kunne medføre at Norge mistet dyrbar tid for å iverksette viktige foranstaltninger. Norge kunne også risikere represalier fra andre land på grunn av at Norge iverksatte foranstaltninger fra gjeldende karantene Lovgivning, men som ikke stemte overens med de internasjonale konvensjonene.<sup>533</sup> Et eksempel på dette ble nevnt i bilag til lovkomiteens innstilling i

<sup>529</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 7-8

<sup>530</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 7-8

<sup>531</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 16; 19

<sup>532</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 12

<sup>533</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 12

1904: I 1893 kom et lite tysk fartøy til London med tilfeller av kolera om bord. 9 måneder senere ble fartøyet nektet samkvem med land i en søramerikansk havn. Dette fordi fartøyet kun hadde blitt rensert i England, og ikke gjennomført karantene. På samme måte som skip fra England ble behandlet strengere av andre land på grunn av det liberale smittevernet, hadde det også hendt at strenge foranstaltninger i et land hadde medført represalier ovenfor dette landet, i et annet land.<sup>534</sup>

I 1904 hadde disse landene så langt tiltrådt Pariserkonvensjonen: Sverige, Tyskland, Russland, Østerrike-Ungarn, Sveits, Italia, Frankrike, Belgia, Luxemburg, Nederland, Storbritannia, Romania, Montenegro, Egypt, Persia, USA og Brasil.<sup>535</sup> Smittevernlovkomiteen hadde også anbefalte på det sterkeste at Norge tiltrådte inspeksjonssystemet. Både for å komme à jour med det rådende systemet i Europa og for å ikke risikere å få strenge krav rettet mot seg. Dette ville også hindre Norge fra å ty til paniske tiltak når det utbrøt eller var fare for en smittsom farsott, tiltak som også ville skade samferdselen.<sup>536</sup>

Medisinaldirektøren løftet også frem at en revidering av karantenelegislasjonen var gunstig for norsk skipsfart og samferdsel med andre land. Det var også et generelt behov for å oppdatere norsk karantenelegislasjon i tråd vitenskapens utvikling og praktiske erfaring. Dette viste at det beste vern mot import av smittsom sykdom sjøveien var legeundersøkelse, observasjon, ettersyn av personer om bord, destruksjon av rotter(ved pest) og desinfeksjon fremfor karantene.<sup>537</sup>

Medisinalsjefen påpekte at pariserkonvensjonen bød hvert land å ha en karantenestasjon ved hver kyst som kunne motta fartøy uansett hvilken sunnhetstilstand de var i.<sup>538</sup> Stasjonen måtte tilfredsstillende behovene til inspeksjonssystemet. Norge hadde en slik stasjon i Kristiansand karantenestasjon, men det skulle være en stasjon ved alle kystretninger. Det medførte at Norge måtte opprette en stasjon ved nordishavets kyst. Dette ville bli en økonomisk belastning, men det var i følge medisinaldirektøren den eneste store økonomiske belastningen ved norsk tiltredelse av Pariserkonvensjonen.<sup>539</sup> Departementet mente at det var behov for å opprette en stasjon ved nordishavets kyst uansett om Norge tiltrådte Pariserkonvensjonen eller ikke. Dette var for eksempel viktig hvis det skulle oppstå koleratilfeller i det nordlige Russland, og smitte truet havner ved nordishavet. Både departementet og medisinaldirektøren mente det ville være vanskelig å henvise fartøyer i nord med kolerasyke om bord til karantenestasjonen i Kristiansand ved slike tilfeller.<sup>540</sup>

<sup>534</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag; Alminnelige motiver, s 48-49

<sup>535</sup> STF 1909, Indst. (jst.k) 6 D. O VIII, s 2

<sup>536</sup> STF 1909, Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smittsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, fra lovkomiteens motiver 1904, bilag, s 72

<sup>537</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 12

<sup>538</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 14

<sup>539</sup> STF 1909, del 6 b, Indst. O.VIII, s6

<sup>540</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 18

Medisinaldirektøren kommenterte også kritikken fra Kristiansand karantenekommisjon. Han stilte seg bak komiteens bemerkninger, og la til at stadsfysikus Bentzen hadde lagt frem komiteens undersøkelser i det medisinske selskab i 1903, og sent opplysningene som var knyttet til overgangen fra karantene- til inspeksjonssystemet. Det kom ingen innvendinger mot dette, og det hadde ikke ført til noen diskusjon.<sup>541</sup> Han opplyste også om at statens epidemi- og karantenelege Dr. Geirsvold hadde uttalt at han i alt det vesentlige delte komiteens syn.<sup>542</sup>

I innstillingen sa justiskomiteen at departementet i alt det vesentlig tiltrådte komiteens lovutkast, og sendte lovutkastet til behandling i Odelstinget.<sup>543</sup> Odelstinget behandlet saken 15. mai 1909. Små kommentarer til lovteksten, men ingen som førte til noen stor endring av teksten. Odelstinget sluttet seg i hovedsak til innstillingen, og sendte lovutkastet til behandling i lagtinget.<sup>544</sup> Lagtinget hadde loven oppe til behandling 22. mai 1909.<sup>545</sup> Loven ble sanksjonert 17. juni 1909 og trådte i kraft når kongen bestemte det.<sup>546</sup> Den nye loven gav Norge anledning til å tiltre Pariserkonvensjonen fra 1903. Norge tiltrådte denne ved kongelig resolusjon 6. mai 1911.<sup>547</sup>

### **Lov om foranstaltninger mot indførsel av smitsomme sykdomme: Lovens innhold**

Den nye loven var delt i tre deler: Del 1 *almindelige bestemmelser om tilsynet med sundhetsforholdene ombord i fartøier*(§2-12); Del 2 *foranstaltninger mod sjøværts eller landværts indførsel af farsot* (§ 13-26); Del 3 *forskjellige bestemmelser*(§ 27-35).

Den nye loven endret navn på sunnhetskommisjonene til "helserråd". I følge Schiøtz 2003 ble dette en ny omtalelseform av sunnhetskommisjonene fra rundt århundreskifte til 1900-tallet, men oppgav ikke et konkret årstall for dette skifte.<sup>548</sup> Det kan være at omtalelsesformen først blir benyttet formelt her i smittevernloven fra 1909. Del 1: *almindelige bestemmelser om tilsynet med sundhetsforholdene ombord i fartøyer*(§2-12). Helserrådet hadde ansvar for tilsyn med sunnhetsforholdene ombord i fartøyer som lå i norske havner. Loven gav bestemmelse for ansvarshavende ved losse- og ladeplasser og nødhavn som ble benyttet av utenlandske skip, ved kjøpsteder og i kystdistrikter. De helserelevante forskriftene som gjaldt for kjøpsteder og ladesteder, skulle også gjelde hele havnedistriktet de var en del av. Ved siden av alminnelig politi skulle alle som var ansatt ved skipskontrollen ha ansvar for at denne loven ble overholdt. Helserrådets formann hadde adgang til å gå ombord og undersøke sunnhetsforholdene i et fartøy etter henvendelse fra fører. Fører og besetning var da pliktig til å yte bistand og utføre det som ble påbudt. Fører av et

<sup>541</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 15

<sup>542</sup> STF 1909, del 3c, Ot. Prp. Nr. 27, s 15-16

<sup>543</sup> STF 1909, del 6 b, Indst. O. VIII ,s 8

<sup>544</sup> STF 1909, del 8 a, odelstinget 15.mai, s 115-120; STF 1909, del 9, s 95; STF 1909, del 6 b, s 87-92

<sup>545</sup> STF 1909, del 8 b, s 8-10

<sup>546</sup> STF 1909, del 9, s 105-106

<sup>547</sup> Riksarkivet, Eske 134, Indre. Dept. M. Den internasjonale sunnhetskonferanse i paris 1911/1912.

<sup>548</sup> Schiøtz 2003, s 124

utenlandsk skip var på ære og samvittighet pliktet til å gi en sannferdig erklæring om sunnhetsforholdene ombord.<sup>549</sup>

Ved tilfeller av smittsom sykdom ombord i utenlandsk fartøy som kom til norsk havn skulle disse bestemmelsene iverksettes av helserådet, lege eller havnefogd: 1) de syke og/eller døde og gjenstander som disse har brukt, tas i land, 2) personer som har vært i berøring av disse, eller i samme rom som, skal også forlate fartøyet, 3) fartøy som har samkvem med land eller andre fartøy skal utføre dette uten at personer fra land eller andre fartøy kommer i berøring med de syke/døde, eller deres oppholdsrom eller benyttede gjenstander som ikke er rensset. Hvis det blir forlangt, så plikter også alle som forlater fartøyet å gi skiftelig informasjon om navn, stilling, hjemsted, bestemmelsessted, adresse og reiseplan. Fartøy som kommer fra utenriks sted og som skal sette i land lik av person som er død av smittsom sykdom i utlandet eller gjenstander som har vært utsatt for smitte i utlandet uten å være tilstrekkelig rensset, må ha tillatelse av helserådets ordfører eller havnefogd.<sup>550</sup>

Fører av fartøyet var pliktet til straks å gi beskjed viss det oppstod tilfeller av smittsom sykdom under opphold i norsk havn. Kongen bestemte til enhver tid hvilke smittsomme sykdommer som skulle være gjenstand for denne lovens foranstaltninger.<sup>551</sup>

Del 2: *foranstaltninger mod sjøværts eller landværts indførsel af farsot* (§ 13-26). Kongen kunne kunngjøre at et utenlands landområde var smittet ved utbrudd av pest, asiatisk kolera, barne kopper, eller annen farsott. I den utstrekning som kongen bestemte skulle foranstaltningene i §§ 15-20 anvendes på fartøy som: 1) kom fra eller hadde anløpt landområde som ifølge kunngjørelse, var smittet, 2) hadde hatt samkvem med et fartøy som hadde hatt ombord sykdom av den art som beskrevet, 3) hadde hatt, eller ved ankomsten hadde sykdom ombord, som var eller ble mistenkt for å være sykdom av beskrevet art. Fartøy som var i noen av disse tilfellene og som ville anløpe norsk havn, eller som benyttet innenskjærs led, skulle heise karanteneflagg.<sup>552</sup>

Fartøy skulle unngå all kontakt med land og andre fartøy, enn det som var nødvendig for å melde fartøyets ankomst. Uten tillatelse fra helserådets ordfører måtte ingen andre enn los, kjentsmann med sertifikat, tolltjenestemann, tjenestemann ved skipskontrollen eller mann med politimyndighet, gå ombord i fartøyet. Den som overtrådte dette forbudet ble behandlet på samme måte som de øvrige personer ombord.<sup>553</sup>

For fartøy som ikke hadde sykdomstilfelle ombord ved ankomsten, eller som ikke hadde hatt sykdomstilfelle av mistenksom sykdom, kunne disse foranstaltningene iverksettes: 1) gjenstander

<sup>549</sup> STF 1909, del 7, § 2-9, s 12-13

<sup>550</sup> STF 1909, del 7, § 9-10, s 13

<sup>551</sup> STF 1909, del 7, § 11-12, s 13-14

<sup>552</sup> STF 1909, del 7, § 13-14, s 14

<sup>553</sup> STF 1909, del 7, § 15, s 14

som antas å hefte ved seg smittestoff skal renses eller tilintetgjøres, 2) gjenstander som det var importforbud mot kunne nektes å utlosses eller tilintetgjøres, 3) slagvann, drikke- og bruksvann og vannballast, som det ble antatt at inneholder smittestoff, skulle pumpes ut etter rensning viss det ble ansett som nødvendig. Friskt drikke- og bruksvann skulle bringes tilveie, 4) dyr som var ombord og som det kunne antas at ville kunne overføre sykdommen, skulle uskadeliggjøres eller tilintetgjøres, 5) personer ombord kunne underkastes ettersyn i et bestemt tidsrom. Når 1-4 var iverksatt og nr. 5 i den utstrekning som var påkrevd, hadde fartøyet tillatelse til kontakt med land og andre fartøy.<sup>554</sup>

I tilfeller der det fantes sykdomstilfelle ombord som var eller ble mistenkt for å være sykdom av beskrevet art, skulle de syke skulle avsondres fra de friske på en sikker måte inntil de var smittefrie. Lik skulle begraves eller senkes ned i åpen sjø, og de delene av fartøyet som de syke hadde berørt eller der det ble antatt at smittestoff heftes, skulle renses. Verdiløse gjenstander skulle tilintetgjøres. Forbudte importgjenstander ble nektet utlossing eller tilintetgjort. Slagvann, drikke- og bruksvann og vannballast som det antas at inneholdt smittestoff, skulle pumpes ut, aller helst etter at det var rensset. Friskt drikke- og bruksvann skulle skaffes tilveie. Dyr som var ombord, som det ble antatt at kunne overføre sykdommen, skulle uskadeliggjøres eller tilintetgjøres. Hvis det var nødvendig kunne personer ombord bli underkastet ettersyn i et bestemt tidsrom.<sup>555</sup>

Først når disse foranstaltningene var iverksatt etter det som var påkrevd, kunne fartøyet ha kontakt med andre fartøyer og land, under nødvendige forsiktighetsregler.<sup>556</sup> Paragrafene 16-18 skulle så langt som mulig gjennomføres på det stedet fartøyet ankom.<sup>557</sup>

Loven gav også bestemmelser for personer som kom landverts. Ved opptreden av de beskrevne sykdommene kunne kongen iverksette disse foranstaltningene: 1) personer som kom landverts eller sjøverts til Norge fra kunngjort smittet landområde, skulle melde sin ankomst til helserådet og være underkastet ettersyn i et bestemt tidsrom. 2) personer som kom landverts til Norge fra utenriks sted skulle underkastes ettersyn ved riksgrensen eller annet bestemt sted. Hvis det viste seg at noen var angrepet eller var mistenkt å være angrepet av beskrevet sykdom under ettersynstiden, skulle disse isoleres på en sikker måte. Det samme gjaldt for de personene som hadde vært i berøring med syke eller mistenkt smittet. Reisegodset og alle gjenstander som det ble ansett at var smittet, skulle renses på en sikker måte. 3) samferdsel over grensen skulle foregå på anordnede steder. 4) Personer som reiste i flokk og følge til riksgrensen, ble nektet adgang til landet, hvis de ikke var norske statsborgere. 5) Alle som mottok reisende som kom fra kunngjort smittet landområdet i losji, skulle melde fra til helserådets ordfører. 6) Gjenstander som kom fra

<sup>554</sup> STF 1909, del 7, § 16, s 14

<sup>555</sup> STF 1909, del 7, § 17, s 14-15

<sup>556</sup> STF 1909, del 7, § 17, s 14-15

<sup>557</sup> STF 1909, del 7, § 18-19, s 15

smittet landområde og som kunne være smitteførende skulle renses eller legges ned importforbud mot.<sup>558</sup>

Personer som ble i lagt ettersyn, skulle oppgi navn, stilling, hjemsted, bestemmelsessted, adresse og reiseplan og i tillegg fremstille seg for helserådets formann i ettersynstiden. De skulle også underkastes innpodninger eller innsprøytninger som av erfaring var ufarlig og som hadde evne til å beskytte mot eller hindre utbredelse av sykdom. De skulle også la det bli gjort en rensning av skittent linned, bruks- og sengeklær, som de bragte med seg eller som de hadde brukt i ettersynstiden.<sup>559</sup>

Loven skulle være i tråd med internasjonale vedtak og § 24 bestemte at bestemmelsene i 2.kapittel skulle begrenses av vedtatte internasjonale regler. §25-26 handlet om de økonomiske sidene ved loven.<sup>560</sup> Del 3: *forskjellige bestemmelser*. Gav bestemmelser for strandet fartøy og gods. Opplistet tilfeller som kongen kunne tilstede lempelser for, og bestemte at kommunestyret skulle tilveiebringe isolasjonslokaler i havner som kongen bestemte.<sup>561</sup>

## Oppsummering

I dette kapittelet har jeg vist hvordan arbeidet med en ny smittevernlov forløp i Norge. Den nye norske smittevernloven fra 1910 gav Norge mulighet til å forplikte seg på de internasjonale bestemmelsene, ved å signere Pariserkonvensjonen fra 1903. Norge hadde fått en lov som baserte seg på prinsippene om inspeksjon og kontroll. Jeg har vist at lovutkastet fikk kritikk fra karantenekommisjon i Kristiansand, men at myndighetene og medisinske autoriteter som statens karantene- og epidemilege Dr. Geirsvold og det medisinske selskap tiltrådte lovutkastet. De tiltrådte forslaget fordi de mente det var det var overensstemmende med utviklingen på området, det var konkurransemessig gunstig for skipsfart og handel og fordi det fulgte de internasjonale bestemmelsene. Kristiansand karantenekommisjon hadde hatt en lang erfaring og praksis med å hindre import av smittsomme sykdommer sjøveien. De mente smittevernloven mot sjøveis import av smittsom sykdom burde baseres på andre prinsipper som opplysning og ansvarlig egeninteresse, og de hadde større tro på at ved å bli gitt informasjon og opplysning, ville individene etterfølge bestemmelsene i enda større grad, fordi de skjønnte at det var til deres eget beste. Opp mot den nye lovens sterke fokus på inspeksjon og kontroll av individer, satte karantenekommisjonene altså samtidens nye prinsipper om folkeopplysning og ansvarliggjøring gjennom kunnskap.

<sup>558</sup> STF 1909, del 7, § 21, s 15

<sup>559</sup> STF 1909, del 7, § 22, s 15-16

<sup>560</sup> STF 1909, del 7, § 24-26, s 16-17

<sup>561</sup> STF 1909, del 7, § 27-35, s 17

## Kapittel 11: Konklusjon

Medisinvitenskaplige oppfatninger, politikk, og økonomi er alle vesentlige momenter for å forklare den forandringen jeg har sett i utviklingen av norsk karantene- og smittevernpolitikk.

Medisinvitenskaplig skjedde det et vendepunkt i 1830-årene og norske myndigheter og størsteparten av norske medisinerere gikk fra den tradisjonelle oppfatningen om at de karantenepliktige sykdommene var smittsomme. Denne sykdomstenkning og oppfatningene av smittsomhet styrte lenge utformingen av tiltakene. Utformingen skyldes også mer enn bare sykdomstenkning. I denne perioden fra 1830-1865 er det også grunn til å tenke at utviklingen av norsk karantene- og smittevernpolitikk også skyldes en befestning av makt, som en del av etableringen og befestningen av norsk selvstendighet, og etableringen av et medisinfaglig maktsenter og tyngdepunkt i Kristiania og ved det norske universitetet.

Fra 1865, og spesielt inn i 1870årene var det langt på vei enighet om koleraens oppkomst og spredning. Det skjer et skifte i sykdomstenkning både i Norge og internasjonalt. Dette viser mottagelsen av Homanns lovutkast i 1873, og lovutkastet i 1876. Men fra denne tiden stod andre motiver i veien som hindringer for både utformingen og gjenoppbyggingen av smittevernet etter tanken om at epidemiske sykdommer var smittsomme: - hensyn til handel, skipsfart, økonomi. Myndighetene hadde vært enig i at Homanns forslag var akseptert, men de mente samtidig at bestemmelsene i praksis ville det bli for dyrt. De ville også vente frem til det ble klart hva som ble bestemt på den 4. internasjonale sanitærkonferansen i 1874. Det viste seg at resultatet fra denne konferansen var overensstemmende med Homanns lovutkast når det gjaldt kolera. Likevel, ble ikke lovforslaget videre behandlet i Stortinget. Enkelt personer i sentrale roller har også vært avgjørende. Dette ser vi både ved at Kierulf ble ekspedisjonssjef, Lochmann ble professor ved universitetet og medlem av Kristiania sunnhetskommisjon, og ikke minst ved at Homann ble valgt til lovforfatter for en smittevernlov. Jeg har også vist at bortfall av disse sentrale personer spilte en stor rolle i at lovforslaget stoppet opp og ble lagt ned. Ekspedisjonssjef Kierulf dør i 1874, det samme gjør Homann i 1880. Ved bortfall av disse så mistet man sterke pådrivere.

Utformingen av norsk karantene- og smittevernpolitikk på 1880-, 1890- og 1900-tallet ble styrt av de internasjonale bestemmelsene fra de internasjonale sanitærkonferansene. Men norsk karantene- og smitteverngivning hindret Norge i å følge alle bestemmelsene som ble vedtatt i disse sammenhengene. Politisk har jeg vist hvordan den økende unionsproblematikk spilte en rolle. Dette var spesielt synlig ved utformingen av pestloven fra 1879, tilleggsloven fra 1880 og Norges utenrikspolitiske forhold til de internasjonale sanitærkonferansene.

Er det riktig at det er mer og mer liberalisering som er årsaken til utformingen av norsk karantene- og smittevernpolitikk?



Liberalisme som forklaring på disse forandringer er et upresist begrep. Ackerknechts teori forklarer langt på vei de liberalistiske idealer med liberalistisk politisk og økonomiske motiver i den norske karantene- og smittevernpolitikken. Men når jeg har gått ned i lov materialet så ser dette annerledes ut. Jo nærmere jeg kommer 1900 så er ikke liberalisme noen god forklaring på det som foregår.

Den klassiske karantenen var sterkt kollektiv og gav ensrettede bestemmelser for tilfeller ved karantenepliktige sykdommer. Ved overgangen til sanitære tiltak og myndighetenes vendepunkt mot antikontagionistiske sykdomsteorier ble de sanitaristiske tiltakene brukt kollektivt. Alle tiltakene skulle iverksettes mot ethvert sykdomsforhold, og uten gjennomføringen av disse tiltakene så risikerte man lokale oppkomster av sykdom. Nykaranteismen var fortsatt kollektiv, men representerte et brudd ved at det var internasjonal konsensus om at kolera var en smittsom sykdom og at den ble importert og derfor iverksatte myndighetene både sanitære tiltak og karantene mot sykdomstilfeller samtidig som karantenen utviklet seg mot inspeksjonssystemet. Det bakteriologiske gjennombrudd gav håndfaste beviser på at epidemiske sykdommer smittet og det ble mulig å si noe mer håndfast om inkubasjonstid og karantenereglene ble iverksatt i tråd med disse. På dette tidspunkt hadde karantene- og smittevernpolitikken utviklet seg i noe grad fra den kollektive ensrettede praktiseringen, mot behovsprøvde tiltak. Etter samtale med de andre skandinaviske landene iverksatte Norge i færre tilfeller karantene for kolera, og erstattet dette med tilsyn, meldeplikt, inspeksjon og kontroll. Dette hadde vært Englands praksis helt siden 1840-tallet, og hele det internasjonale miljøet beveget seg i den retningen ut i fra bestemmelser i de internasjonale sanitærkonferansene. Norges karantenebestemmelser fra 1848 hindret et videre utvikling mot inspeksjons- og kontrollsystemet frem til ny norsk smittevernlov i 1910. Den nye norske smittevernloven hadde gått bort fra karantenesystemet og var basert på prinsippene om inspeksjon og kontroll. Bortfall av karantene og overgang til inspeksjonssystemet har tidligere blitt ansett som en liberalisering av den norske karantene- og smittevernpolitikken. Denne praksisen gikk ut på inspeksjon, isolering av grupper med syke, mens de friske ble underkastet et ettersyn, meldeplikt og kontroll. Men var dette egentlig så liberalt?

Kristiansand karantenekommisjon med karantenestasjonene på Odderøya i Kristiansand har gjennom hele perioden 1805-1910 vært en spesiell institusjon. De hadde en selvstendig og ofte avvikende mening om hvordan norsk karantene- og smittevernpolitikk skulle organiseres og på hvilke prinsipper. Det har blitt hevdet at Kristiansand karantenestasjon ble flyttet på grunn av at sykdomstenkningen på stasjonen satt fast i det gamle karantenesystemet og sin stilling som karantene politi, og at dette ikke gikk overens med myndighetenes introduksjon av det nye liberale inspeksjonsregimet i loven fra 1910. Da lovutkastet ble sendt ut på høring kom karantenekommisjonen i Kristiansand med flere forslag til forbedringer.

Etter 1900 etablerte det seg en tosidighet innenfor norsk helsepolitikk. Dette gikk ut på at samtidig som den nye norske tuberkuloseloven stengte folk inne, så arbeidet sanitetsforeninger med folkeopplysning. I praksis medførte det at folk fikk en plakat i hånda med opplysning og tilegnet seg selv kunnskap om tuberkulose. Det vil si en dreining om at myndigheten til å vurdere om en person var syk eller frisk gikk fra det lokale og sentrale ned til det myndige mennesket selv. Det er i lys av dette forslagene fra Kristiansand karantenekommisjon må vurderes. Kommisjonen kom med forslag til endring av smittevernet som tilsvarte at smittevernet skulle bli etablert på prinsipper som fra 1890-årene var et nytt regime i norsk helsepolitikk. Dette innebar en større tro på individet og gav hver enkelt med frihet. I tillegg til mer frihet ville forslagene til kommisjonene ført til at smittevernet nådde en større gruppe mennesker. La oss tenke oss at det kom et skip fra Helsinki med syke og friske passasjerer. Etter loven fra 1910 ville skipet bli inspisert, de syke bli isolert og de friske bli underkastet tilsyn, med meldeplikt og kontroll i 5 dager. De som ikke var syke kunne bli syke, i løpet av 5 dager eller mer. Ved å gi de friske personene en plakat i hånda som beskrev sykdomssymptomer og opplyste om hvordan man kom i kontakt med lege ville smittevernet nådd enda lengre ut. Det var dette Kristiansand karantenekommisjon hadde foreslått. Nøkkelordene i smittevernloven fra 1910 var “inspeksjon”, “underkastelse”, “meldeplikt”, “oppsyn” og “kontroll”. Motsatt stod forslagene fra karantenekommisjonen som hørte til et nytt regime under utvikling, som gikk ut på folkeopplysning og mer frihet og var i mye større grad liberalt enn inspeksjons- og kontrollregimet.

Smittevernloven i 1910 var basert på prinsipper om inspeksjon og kontroll. Den nye loven var økonomisk liberal, men hadde et sterkt kontrollregime når det gjelder de syke. På denne måten var den på linje med lepraloven, tuberkuloseloven og loven om veneriske syke. Lovene er ikke liberal for de syke. Da er individualisering mye bedre term for å forstå og vi kan se utformingen som en forandring fra kollektiv til individuell karantene.

I forhold til Ackerknechts teori om en sammenheng med det politiske styresettet i et land og tiltak som ble foranstalter mot smittsomme sykdommer vil jeg basert på min studie si at dette er en for snever forklaring på utformingen av norsk karantene- og smittevernspolitikk. Min gjennomgang viser at Baldwins nyanseringsteori med bevegelse over tid blir bekreftet gjennom denne studien.

## Kildemateriale og litteratur

*Utrykt kildemateriale - Riksarkivet i Oslo*

Justisdepartementet, Medisinalkontoret M, Serie Db,

Eske 133: Mappe 1: Den internasjonale sunnhetskonvensjonen av 3.4.1894 (1893-1911); Mappe 2:

Internasjonal sunnhetskonferanse i Paris 1903-1911.

Eske 134: Mappe 1: Internasjonal sunnhetskonferanse i Paris 1911-1912

Sosialdepartementet, 3.medisinalkontor, Serie D

Eske 261: Internasjonalt samarbeid om sunnhet

*Trykte kilder*

Aall, Jacob, Nogle Ord i Anledning af Resolutionen om Quarantaine-Væsenet at 5ts December 1831. Christiania 1832. Trykt hos Johan Krohn

*Digitale kilder*

Cholera i Christiania i 1866: Beretninger til Sundhedscommissionen / af H. Steffens, O. Lund, E.F.

Lochmann: [http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008013110007](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008013110007)

Discussioner om cholera i det medicinske Selskab i Christiania i October, November 1865, Mai, Juni, August, October, November 1866: Christiania , 1867

Elektronisk versjon. Nasjonalbiblioteket

[http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011062208148](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2011062208148)

*Lovtekst*

“Forordningen fra 1805”; Chronologisk Register over de Kongelige Forordninger og aabne Breve, som fra Aar 1670 ere udkomne, tilligemed et nøiagtigt Udtog af de endnu giældende, for saavidt samme i Almindelighed angaae Undersaatterne i Danmark og Norge : forsynet med et alphabetisk Register. Del XIV, Som indeholder K. Christian VII Frr. Fra 1804 til 1808. Jacob Henric Schou: Kjøbenhavn 1808

“Lov om quarantenevæsenet” 12. juli 1848, Kgl. til Lov om Kvarantænevæsenet ..1 D. No. 14. Indst. 6 D. 158. Oth. Besl. 6. D. 271. 8 D. 112. Lagth. Besl. 6 D. 374. 8 D. 168. Oth. 2 Gang 6 D. 374.8 D. 122. Lagth. 2 Gang 8 D. 171. Sanktion 8 D. 143. Stortingsforhandlingene 1848.

Love, Anordninger, Tractater, Resolutioner, Kundgjørelser, Departements skrivelser, Circulærer m. m. for Kongeriget Norge : til Brug for den Lovstuderende:1851-1855,Otto Mejlænder: 1857.

Elektronisk versjon. Nasjonalbiblioteket.

[http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2006111501013#&struct=DIVP3](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2006111501013#&struct=DIVP3)

Almindelig Norsk Lovsamling for Tidsrummet fra 1660-1860, Otto Mejlænder, Christiania. Chr. Tønsbergs Forlag 1861. Elektronisk versjon : Nasjonalbiblioteket

[http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009092203005#&struct=DIV2](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2009092203005#&struct=DIV2)

Love, Anordninger, Tractater, Resolutioner, Kundgjørelser, Departements skrivelser, Circulærer m. m. for Kongeriget Norge : til Brug for den Lovstuderende: 1861-1865, Munk, Hans og Mejlænder, Otto: 1867. Elektronisk versjon. Nasjonalbiblioteket  
[http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2006090700029](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2006090700029)

Love, Anordninger, Tractater, Resolutioner, Kundgjørelser, Departements skrivelser, Circulærer m. m. for Kongeriget Norge : til Brug for den Lovstuderende: 1866-1870, Mejlænder Otto: 1871. Christiania : Chr. Tønsberg

“Sunnhetsloven” – Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i anledning af Epidemiske og Smitsomme Sygdomme. Lov af 16. mai 1860 om Sundhedskommisjoner og om foranstaltninger i anledning af epidemiske og smittsomme sykdomme. Den opprinnelige lovtekst med forarbeider. Samlet og utgitt i anledning lovens 100 års jubileum, Oslo: Sosialdepartementet, 1960

Forslag fra Repr. Homann, Sparre m. fl. til Lov om Foranstaltninger for at hindre søvæerts Indbringelse af smitsomme Sygdomme, 5 D. Nr. 49. Indst. 6 D. O. III. udsat — O.tid. 751. 7 D. 82. Stortingsforhandlingene 1876

Kgl. Prp. til Lov om Foranstaltninger til at hindre Indførelse af Pest m. v. 3 D. Nr. 17. Indst. 6 D. b. 21. beh. O.tid. 201. 7 D. 84. Oth. Besl. 6 D. b. 38. beh. L.tid. 18. 7 D. 113. Sanktion 7 D. 94. Stortingsforhandlingene 1879

Kgl. Prp. til Lov om Foranstaltninger mod Pest (Lov indeh. Tillæg til Lov om Kvarantænevæsenet af 12te Juli 1848) .. 3 D. Nr. 24. Indst. 6 D. b. 97. beh. O.tid. 349. 7 D. 90. Oth. Besl. 6 D. b. 126. beh. L.tid 79. 7 D. 104. Sanktion 7 D. 97. Stortingsforhandlingene 1880

Kgl. Prp. om Tillæg til Lov om Kvarantænevæsenet af 12te Juli 1848 (ang. Bestemmelser mod Indbringelse af Kolerasmitte) .. 3 D. Nr. 24. Indst. 6 D. b. 64. beh. O.tid. 1354. 7 D. 109. Oth. Besl. 6 D. b. 118. beh. L.tid. 244. 7 D. 132. Sanktion 7 D. 120. Stortingsforhandlingene 1887

del 3 a, Oth. Prp. Nr. 21, om udfærdigelse af en Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera., del 6, Indst. O. No. 32, del 8, Lagtingets 5. juni, behandling av utkast til Lov angaaende Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera. Stortingsforhandlingene 1893

Plakat 12. september 1899. Lovtidende 1899

Plakat 13. oktober 1900. Lovtidende 1900

Kgl. Prp. Til lov om foranstaltninger mot indførsel av smitsomme sykdomme, 3 D. Nr 27, Indst. (jst.k) 6 D. O VIII, beh. O tid. 8 D 115-20, 9 D. 95, O. besl. 6 D. B 87, beh. L.tid. 8 D 8-10, 9 D. 135, sanktion 9 D. Side 106, Stortingsforhandlingene 1909

*Oppslagsverk*

Et kongelig råd (engelsk: Privy Council; tysk: Geheimer Rat) en forsamling av monarkens nærmeste rådgivere i en rekke monarkier: [http://no.wikipedia.org/wiki/Kongelig\\_råd\(20.11.2011\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Kongelig_råd(20.11.2011))

Jacob Aall. (2011-09-24) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/Jacob\\_Aall](http://snl.no/Jacob_Aall)  
[http://en.wikipedia.org/wiki/William\\_Budd\(29.10.2011\)](http://en.wikipedia.org/wiki/William_Budd(29.10.2011))

Christian Horrebow Homann. (2011-10-30) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/Christian\\_Horrebow\\_Homann](http://snl.no/Christian_Horrebow_Homann)

Klaus Hanssen. (2011-11-10) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/nbl\\_biografi/Klaus\\_Hanssen/utdypning](http://snl.no/nbl_biografi/Klaus_Hanssen/utdypning)

Frederik Georg Knut Due. (2011-11-26) I Store norske leksikon. Hentet fra [http://snl.no/Frederik\\_Georg\\_Knut\\_Due](http://snl.no/Frederik_Georg_Knut_Due)

### *Litteratur*

Ackerknecht, Erwin H. Anticontagionism Between 1821 and 1867, Bulletin of the History of Medicine 22 [1948]: 562-593.

Baldwin, Peter, Contagion and the State in Europe 1830- 1930, Cambridge: Cambridge University Press, 1999

Evans, RJ, Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910. - 1987 - Oxford University Press, USA

Howard-Jones, Norman, The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851–1938. Geneva: World Health Organization, 1975.

Elektronisk versjon.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/1975/14549\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1975/14549_eng.pdf)

Kiær, F.C., Norges Læger i det nittende aarhundre 1800-1871, Christiania: Alb. Cammermeyer, 1873

Elektronisk versjon: Nasjonalbiblioteket

[http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010052606036](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010052606036)

Moseng, Ole Georg, Det offentlige helsevesen i Norge 1603- 2003: Ansvar for undersåttene

helse 1603- 1850, bind 1, Oslo: Universitetsforlaget, 2003

Nielsen, May- Brith Ohman, Mennesker, makt og mikrober: Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880, Bergen: Fagbokforlaget, 2008

Næss, Kristin Øvergård, Det beste for folkets helbred: En undersøkelse av sunnhetskommisjonens arbeid og deres møte med allmuen i Kristiania perioden 1860-1880. Universitetet i Agder 2011

Porter, Roy, The Greatest Benefit for Mankind A medical history of humanity from antiquity to the present, London: Harper Collins Publishers, 1999

Registeringssentral

Schepin, Oleg P. og Yermakov, Waldemar.V. International quarantine, International University Press. Inc. Madison Conneticut. 1991

Schiøtz, Aina, Det offentlige helsevesen i Norge 1603- 2003: Folkets Helse – Landets Styrke 1850- 2003, bind 2, Oslo: Universitetsforlaget, 2003