

Medisinsk historie

Akutt sykkelighet og risikofaktorer i Telemark 1870–1900

Sammendrag

Bakgrunn. Til tross for vanskelige metodiske spørsmål er det tidligere vist at data fra offentlig helsestatistikk for akutt sykkelighet fra siste del av 1800-tallet avspeiler reelle helseforskjeller, som må forklares gjennom studier av levevilkårene i de områdene det gjelder.

Materiale og metoder. Data om sykkelighet er hentet fra Norges offisielle statistikk *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene* for hvert av de sju legedistriktene i Telemark fra 1870 til 1900. Insidens for akutte tarminfeksjoner og for luftveisinfeksjoner er beregnet.

Resultater. Akutt sykkelighet økte i Skien legedistrikt gjennom hele perioden. I Kragerø avtok den etter ca. 1885. I Skien og Kragerø var forekomsten av akutte tarminfeksjoner høyere enn i de fem indre distriktene. Perifert beliggende landdistrikter hadde færre utbrudd av epidemiske sykdommer enn de mer sentrale distriktene i nedre Telemark.

Fortolkning. Høy forekomst av akutte infeksjonssykdommer synes å ha sammenheng med høy tilflytting og gjennomgangstrafikk. Høy befolkningstetthet kombinert med dårlige sanitære forhold må antas som vesentlig årsak til akutte tarminfeksjoner. Det er ikke funnet noen klar tilknytning mellom helsetilstand og økonomiske oppgangstider, generell hygienisk standard eller kosthold. Selv om opplysningsnivået i befolkningen ble bedre gjennom perioden, var det ikke mulig å påvise tydelige effekter på den akutte sykkeligheten som følge av lokalt offentlig helsearbeid, bortsett fra for noen få enkelt sykdommer av mindre tallmessig betydning.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Asbjørn Storesund*

asbjorn.storesund@hit.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0318 Oslo

* Nåværende adresse:
 Avdeling for allmenne fag
 Høgskolen i Telemark
 3800 Bø

I perioden 1870 til 1900 har forekomst av akutte infeksjonssykdommer eller såkalte epidemiske sykdommer vært studert på grunnlag av data fra de årlige medisinalberetningene (1). Slike studier, vesentlig på amtsnivå, viser at regionale forskjeller var betydelige. Et årsaksnett av nødvendige og medvirkende risikofaktorer må antas å ligge til grunn for disse geografiske variasjonene. Årsaksforhold kan tre klarere frem dersom de epidemiske sykdommene inndeles i undergrupper etter smitteveier. Ved å studere slike forhold på legedistriktssnivå blir det mulig å sammenholde distriktslegenes kvantitative data og kvalitative opplysninger direkte fra år til år.

Denne artikkelen diskuterer hvilken betydning forskjellige naturgitte og samfunnsmessige forhold hadde som risikofaktorer for akutt sykkelighet i Telemark (Bratsberg amt), som i den aktuelle perioden var inndelt i sju legedistrikter (2). Det stilles videre spørsmål om medisinalberetningene inneholder informasjon om det lokale helsevesenets arbeid medvirket til å redusere denne sykkeligheten i løpet av de første tiårene etter at sunnhetsloven var trådt i funksjon.

Materiale og metoder

Medisinalberetningenes oppgaver over epidemiske sykdommer er i denne undersøkelsen gruppert i to sykdomsgrupper etter smitteveier. Akutte tarminfeksjoner, som omfatter diaré og cholera nostras, dysenteri og tyfoidfeber (nervefeber), utgjør 18 % av de epidemiske sykdommene i Telemark i hele perioden. Med noen variasjoner overføres smitten her normalt via drikkevann, andre næringsmidler eller direkte kontakt knyttet til mangelfulle sanitære eller næringsmiddelhygieniske forhold. Akutte luftveisinfeksjoner, som utgjør 59 % av de epidemiske sykdommene, er i hovedsak knyttet til dråpesmitte i luft og inkluderer sykdommer under ulike

betegnelser som akutt bronkitt, katarer i hals og luftveier, angina, influensa, lungebetennelse og pleuritt.

Å sammenlikne tall for akutt sykkelighet fra forskjellige distrikter er problematisk på grunn av usikkerheter ved registreringen (2). En sammenlikning av årsaksspesifikk dødelighet ville kunne gitt et klarere inntrykk av hvor reelle dataene for sykkelighet er, men registreringer av dødsårsaker på 1800-tallet er generelt svært ufullstendige, særlig i landdistrikter som i Telemark. I 1870-årene gjorde imidlertid C.H. Homann (1826–80) og C.H. Hartwig (1824–92) i Kragerø fullstendige registreringer av dødsårsaker i forhold til prestelister. Registreringene omfattet Kragerø by, Sannidal/Skåtøy og Drangedal, som representerer et bysamfunn, et tettbefolket, sentralt beliggende herred og et tynt befolkert, avsidesliggende herred. For disse tre kommunene er dødelighet av tarminfeksjoner og av luftveisinfeksjoner beregnet i perioden 1871–79, unntatt 1873, der data mangler.

For skarlagensfeber, meslinger og kikhoste er antall utbrudd med maksimal insidens over fem nye tilfeller per år per 1 000 innbyggere beregnet som et uttrykk for



Th. Kittelsens maleri fra 1883 viser Bjørnsborgbakken i Kragerø. Idyllisk, men her var det et større antall tilfeller av tyfoidfeber i slutten av 1860-årene. I 1871 ble nytt vannverk satt i drift, og forbedret drikkevannskvalitet var trolig en vesentlig årsak til at forekomsten av tyfoidfeber avtok gradvis etter 1870. Krog Steffens. Kragerø by's historie 1666–1916. Kristiania, 1916

hyppighet av epidemier i de sju legedistriktene.

Tall for diagnostiserte sykdomstilfeller er hentet fra Norges offisielle statistikk (3) og behandlet som tidligere beskrevet (2). Demografiske data er hentet fra folketellingene (4).

Befolkningstetthet og botetthet for de sju legedistriktene kan antas å ha betydning for spredning av smitte. Da antall innbyggere per kvadratkilometer i forhold til det totale landarealet åpenbart er misvisende, er i stedet befolkningstettheten beregnet i forhold til kultivert areal ifølge matrikelen av 1886 (5). Botetthet er beregnet som antall personer per bebodd hus. Begge størrelser er her beregnet på bakgrunn av folkemengde etter folketellingen i 1891 (4).

Resultater

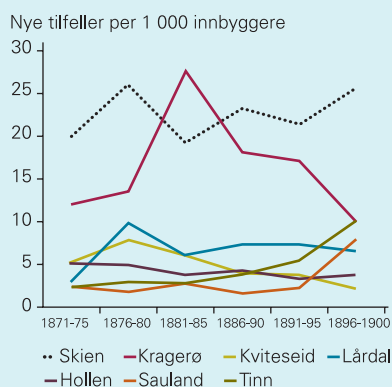
I Skiens-distriktet var registrert insidens av akutte tarminfeksjoner jevnt høyere enn i Kragerø-distriktet, unntatt i perioden 1881–85. I Kragerø avtok den sterkt fra midten av 1880-årene (fig 1). I de indre distriktene var registrert forekomst av slike infeksjoner relativt lav. I de vestlige distriktene Lårdal og Kviteseid var den høyest først i perioden, mens i de østlige distriktene Sauland og Tinn økte den sterkt i slutten av 1890-årene. Akutt diaré dominerte denne sykdomsgruppen.

Registrerte dysenteritilfeller var få, unntatt i 1880–81 i de to vestlige legedistriktene. Tyfoidfeber skiller seg fra de øvrige tarminfeksjonene ved en meget sterkt tilbakegang i perioden, slik tendensen også var ellers i Norge (1).

Forekomsten av akutte luftveisinfeksjoner viste i grove trekk tilsvarende utvikling som tarminfeksjonene (fig 2). Sykdommene i denne gruppen opptrådte i hovedsak endemisk. Bronkitt og halsinfeksjoner dominerte gruppen inntil ca. 1890, da influensatilfellene utgjorde en vesentlig del av tilfellene. Dette førte til en sterk økning i Skiens-distriktet i første del av 1890-årene, med påfølgende nedgang etter 1895.

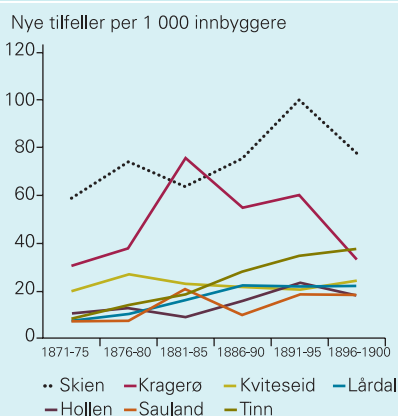
Tabell 1 viser at dødelighet av tarminfeksjoner i Kragerø legedistrikt var høyest i Kragerø by, lavest i Sannidal/Skåtøy og lavest i Drangedal. For luftveisinfeksjoner var derimot dødeligheten høyest i Drangedal, selv om forskjellene var mindre enn for tarm-sykdommene.

Figur 1



Insidens for akutte tarminfeksjoner for legedistriktene i Telemark i femårsperioder

Figur 2



Insidens for akutte luftveisinfeksjoner for legedistriktene i Telemark i femårsperioder

Tabell 1 Årsaksspesifikk dødelighet i tre kommuner i Kragerø legedistrikt 1871–79¹
Antall døde per år per 1 000 innbyggere; folkemengde etter folketellingen fra 1875 (4)

	Kragerø by (N = 659)	Sannidal/Skåtøy (N = 762)	Drangedal (N = 503)
Tarminfeksjoner			
Antall døde	42	40	12
Prosent av totalt antall døde	6,4	5,2	2,4
Dødelighet	1,1	0,8	0,4
Luftveisinfeksjoner			
Antall døde	82	111	79
Prosent av totalt antall døde	12,4	14,6	15,7
Dødelighet	2,2	2,3	2,9

¹ 1873 er ikke med, da data mangler

Tabell 2 Antall sykdomsutbrudd med > 5 nye tilfeller per år per 1 000 innbyggere i legedistriktene i Telemark for perioden 1871–1900. Maksimalt antall nye tilfeller per 1 000 innbyggere i parentes

	Kikhoste	Meslinger	Skarlagensfeber	Sum
Skien	6 (27,0)	7 (30,0)	5 (18,6)	19
Kragerø	7 (17,5)	7 (21,7)	4 (17,0)	20
Kviteseid	4 (15,6)	3 (16,3)	5 (28,2)	14
Lårdal	2 (13,0)	4 (18,1)	3 (21,2)	10
Hollen	4 (13,3)	2 (12,9)	5 (18,1)	12
Sauland	2 (16,3)	2 (18,4)	1 (12,1)	6
Tinn	4 (12,7)	2 (30,3)	2 (25,4)	10

Tabell 3 Befolkningstetthet og botetthet i legedistriktene i Telemark i 1891

	Antall innbyggere per kvadratkilometer kultivert areal	Antall innbyggere per bebodd hus
Skien	390	6,5
Byer	3 565	7,4
Herreder	210	5,8
Kragerø	406	6,2
Byer/ladesteder	3 086	6,5
Herreder	293	6,0
Kviteseid	172	5,5
Lårdal	146	6,1
Hollen	156	5,7
Sauland	134	4,8
Tinn	138	5,4

Antall epidemiske utbrudd i løpet av perioden med maksimal insidens over fem tilfeller per 1 000 innbyggere var klart høyest i Skien og Kragerø legedistrikter (tab 2). Maksimal insidens for skarlagensfeber var spesielt høy i flere av de indre distriktene. I de ytre distriktene, der skarlagensfeber hadde et endemisk nivå, var insidensen lavere. For kikhoste og meslinger er denne tendensen mindre tydelig, trolig på grunn av mindre fullstendig registrering.

Skien og Kragerø legedistrikter var langt mer tettbefolket enn de øvrige (tab 3). Dette gjelder også dersom bybefolkningen holdes utenfor. Botettheten var også høyere i de ytre distriktene, men forskjellene var ikke så klare. Størst var botettheten i byene i Skien legedistrikt, og her økte den gjennom 1890-årene, særlig i Skien by.

Registreringsproblematikk

Mens variasjonene i registrert akutt sykkelighet i det enkelte legedistrikt synes å avspeile reelle forhold, er nivåforskjellene mellom distriktene vanskeligere å dokumentere i andre kilder (2). Lavere sykkelighet for tarminfeksjoner i de indre distriktene enn i de ytre er imidlertid i samsvar med at dødeligheten for denne sykdomsgruppen var lavere i Drangedal enn i Sannidal/Skåtøy og høyest i Kragerø by.

Tilsvarende samsvar gjelder ikke for luftveisinfeksjonssykdommene, idet dødeligheten her tvert om var noe større i Drangedal. Beregningene av dødeligheten i disse tre kommunene bygger på relativt små tall i 1870-årene. Begge sykdomsgruppene har lav mortalitet, men letaliteten må kunne antas å være tilnærmet lik i nærliggende distrikter. Drangedal har befolk-

ningsmessig og næringsmessig klare fellestrekk med de indre distriktene i Telemark.

Distriktssvise nivåforskjeller avspeiler trolig reelle forskjeller for akutte tarminfeksjoner, mer usikkert for luftveisinfeksjoner. Siden luftveisinfeksjonene utgjør ca. 60 % av de epidemiske sykdommene samlet, melder det seg også spørsmål om usikkerheter ved tolkingen av geografiske forskjeller i epidemiske sykdommer som samlegruppe. For å svare på dette trengs flere studier av et større kildemateriale fra andre deler av landet.

Økonomisk utvikling

1870-årene var en oppgangstid i Norge innen skogbruk, skipsfart og fiskeri. Mot slutten av tiåret ble disse næringene rammet av en krise, som varte nesten sammenhengende til ca. 1895. I Telemark førte dette til nærmest katastrofale nedgangstider i kystområdene, særlig i Kragerø-distriktet. Derimot klarte områdene rundt Skien seg godt på grunn av ny virksomhet innen bygningsarbeid, handel og industri (6).

Selv om Skiens-distriktet var bedre stilt økonomisk, var det altså nettopp her sykkeligheten var størst. Kragerø-distriktet, som opplevde nedgangstidene hardt, hadde synkende sykkelighet alt fra ca. 1885.

Det er altså ikke klare holdepunkter for å hevde en sammenheng mellom økonomiske nedgangstider og høyere sykkelighet i Telemark i denne perioden. Tilsvarende er også beskrevet for Modum i Buskeruds amt rundt 1850 (1). Arbeidsledighet førte til større utreise enn innreise og romsligere forhold for dem som ble igjen.

Befolkningstetthet og gjennomgangstrafikk

Skiens-distriktet hadde en akselererende befolkningsvekst gjennom hele perioden som følge av den gunstige økonomiske utviklingen. Også i Kragerø-distriktet vokste befolkningen frem til 1890, da nedgangen i folkemengden som følge av skipsfartskrisen satte inn. Men nedgangen i sykkeligheten i Kragerø-distriktet begynte allerede minst fem år før dette. Færre luftveis- og tarminfeksjoner falt i tid sammen med at næringsgrunnlaget, som her var nokså ensidig knyttet til skipsfart og skipsbygging, gikk kraftig tilbake fra først i 1880-årene, og trelasthandelen fulgte etter (7).

Tilflytting og gjennomgangstrafikk i større grad enn størrelsen av tilstedeværende befolkning var derfor trolig en viktig årsaksfaktor for akutt sykkelighet i de ytre legedistriktene i Telemark. Byene her var sentrale sjøfartsbyer med utstrakt kontakt med utlandet. Gjennomgangstrafikken mellom det sentrale Østlandet og Sørlandet gikk gjennom disse distriktene. Et betydelig problem var derfor såkalte omstreifere, som kunne føre smittsomme sykdommer med seg (8). Men i motsetning til i Kragerø-distriktet økte trafikken i Skiens-distriktet i 1880-årene ytterligere i forbindelse med fornyingen av næringsgrunnlaget. I 1886 ble det rapportert om smitteimport østfra til Skiens-distriktet ved tilreisende arbeidsfolk (6). Jarlsbergbanen fra Drammen til Skien ble åpnet i 1882, og passasjertrafikken økte med 66 % i 1890-årene (5). En stor del av utvandringen fra Telemark gikk via Skien.

Nedgangen i forekomst av luftveisinfeksjoner i Skiens-distriktet i siste del av 1890-årene behøver ikke ha miljømessige årsaker. Den store influensaepidemien i første del av 1890-årene var grunnlaget for den høye forekomsten av luftveisinfeksjoner disse årene. Etter dette fulgte en spesielt lav sykkelighet i treårsperioden 1895–98, sikkert på grunn av høyt immunitetsnivå (9). Det er vanskelig å se at spesielle hygieniske forbedringer eller andre forhold skulle forårsake en så markert nedgang akkurat da. Noen tilsvarende nedgang fant ikke sted i antall tarminfeksjoner i Skiens-distriktet. Det er heller ikke lett å forklare den påtakelige økningen i forekomsten av luftveisinfeksjoner i Tinn etter 1885, men noe av årsaken kan være at Tinn hadde relativt mange eldre personer over 60 år i disse årene.

Også i de indre distriktene er det trekk som antyder sammenheng mellom høy sykkelighet og økt tilflytting og trafikk. I 1870-årene hadde de vestlige distriktene omfattende kontakt med Arendal, som da var landets største sjøfartsby. Den relativt høye sykkeligheten i de vestlige legedistriktene dette tiåret kan forklares gjennom til- og



Prinsens gate i Skien ca. 1875. Fra grisehus og utette priveter i bygårdene rant kloakk ut i gatene. Høy registrert forekomst av akutte tarminfeksjoner i bydistriktene er naturlig å se i sammenheng med dårlige sanitære forhold og stor befolkningstetthet. E. Østvedt. Skiens historie, bind 3. Skien, 1959

fraflyttende sesongarbeidere innen handel- og trelastvirksomhet (10). Industriutbygging, turistvirksomhet og lærerseminardrift gjorde Notodden til et knutepunkt i Øst-Telemark i 1890-årene (11). Dette og ny befolkningsvekst må antas som grunnlaget for økt forekomst av tarminfeksjoner i Sauland legedistrikt frem mot århundreskiftet.

Legedistrikter som lå mest geografisk isolert, var til en viss grad skjermet mot sykdommer med typisk epidemisk opptreden. I 1867 ble Lårdal legedistrikt forskånet fra skarlagensfeberen, som herjet i nedre Telemark (12) Skarlagensfeber hadde heller ikke vært kjent i Kviteseid og Tinn distrikter før 1876, da den fikk særlig stor utbredelse (13, 14). Meslinger forekom ikke i Tinn mellom 1877 og 1892. Da ble så godt som alle barn og ikke så få voksne angrepet, men relativt få tilfeller ble behandlet av lege.

Drikkevann og sanitære forhold

Rundt 1870 var det flere omfattende utbrudd av tyfoidfeber på spesielle steder i byene i Skien og Kragerø legedistrikter (6, 8). Smitten var knyttet til dårlig drikkevann fra bybrønner og sideelver. På denne tiden fikk imidlertid alle byene i Telemark egne vannledninger frem til vannposter, og dette var trolig en vesentlig årsak til den sterke nedgangen i antall tyfoidfebertilfeller etter 1870. Avgrensede utbrudd forekom også i de indre distriktene, men disse skyldtes gjerne reisende personer, som var smittet i byene. Tilsvarende forhold er også beskrevet i Agder (1). Tyfoidfebersmitte gjennom melk er ikke dokumentert i Telemark, unntatt fra meieriet ved Notodden like før århundreskiftet, da en kloakkledning var skadet (15). Tyfoidfeber begynte å avta allerede før meieridriften fremtvang en mer hygienisk melkebehandling.

Mens tyfoidfeber avtok, opptrådte andre tarminfeksjoner i stort antall gjennom hele perioden. Utbredelsen foregikk gjerne langsommere fra hus til hus, og dette tyder på at smittespredningen heller skjedde ved kontaktsmitte enn gjennom drikkevann (16). Renovasjon og avfallshåndtering var et større problem enn drikkevannsforsyningen. Skien hadde utilfredsstillende renovasjon gjennom hele perioden (17), og i 1890 var kloakksystemet og bygatene i Kragerø i elendig forfatning (8).

I de indre distriktene var tarminfeksjoner spesielt vanlige i Lårdal og opptrådte i år med tørre somre på samme steder som tidligere (12). Et slikt sted var gruvesamfunnet Åmdals verk i Mo, der arbeiderne bodde tett under dårlige hygieniske forhold. Ved andre tettsteder ble tiltak satt i verk for å motvirke de negative sidene ved industriutviklingen. På Ulefoss



Skysstasjoner og gjestgiverier var sentrale steder for smittespredning utover på bygdene i Telemark. «Hjemvendende rekrutter» ved gjestgiveriet Lillemoen i Heddal er en relativt lite kjent penningtegnning av A. Tidemand. E. Østvedt. Telemark i norsk malerkunst. Oslo, 1942



Bildet viser Union brug i Skien i 1882. Ny storindustri i 1880- og 1890-årene gav mer forurensning, økt tilflytning og befolkningsvekst, noe som la forholdene til rette for økt akutt sykkelighet i distriktet. Ny illustreret Tidende 1882

ble drikkevann tatt fra hovedelven erstattet med vannledning med vannposter ved nyoppførte, rommeligere arbeiderboliger (18). Økt forekomst av tarminfeksjoner i Sauland i siste del av 1890-årene skyldtes trolig befolkningsvekst og husbygging ved Notodden, selv om dette ble søkt løst ved sandfiltrering av vann fra Tinnåa og ved vannledninger (15).

Klimatiske forhold

Klima og værforhold ble antatt å være viktig som sykdomsårsak på 1800-tallet. På grunnlag av et stort geografisk materiale konkluderte Hirsch i 1880-årene at infeksjoner i åndedretsorganene økte med høy luftfuktighet, sterke temperaturvekslinger og kalde vinder (19). Leger i flere distrikter i Telemark rapporterte om tilsvarende antatte årsakssammenhenger (6, 12).

Klimaet som årsakforklaring til sykdom i eldre medisinsk litteratur er imidlertid problematisk på grunn av tilknytningen til eldre teorier om epidemisk konstitusjon.

Nyere undersøkelser av luftveisinfeksjoner har delvis bekreftet sammenheng med klimaet (20), selv om effektene ofte kan være indirekte (21) eller koblet til luftforurensning (22). Usunne arbeidsforhold og økende luftforurensning som følge av byvekst og ny industri, særlig i Skiens-distriktet, kan ha påvirket sykkeligheten negativt allerede sist på 1800-tallet.

Boliger, botetthet og hygiene

Legenes hyppige omtaler av bolighygieniske forhold gir et klart inntrykk av at forholdene var dårligere i de indre distriktene i Telemark enn i de ytre. Hustyper og bostandard i bondesamfunnet forandret seg relativt lite i tiårene frem mot 1900 og ble heller ikke ansett som tilfredsstillende hos de mer formuende (15). I de ytre distriktene var forholdene mer variierende, og den nye industriens fremvekst i Skiens-distriktet førte rundt 1890 til flere og mer moderne arbeiderboliger på halvannen etasje med større rom og nye elementer teknisk, funksjonelt og stilmessig (23). Derimot var forskjellene i antall beboere per hus ikke så store i seg selv at det sannsynligvis gav noen effekt på sykkeligheten, kanskje med unntak av Skien by i 1890-årene.

Eilert Sundt fant i 1860-årene at renhold og hygiene i hjemmene var på et lavere nivå i de indre bygdene i Telemark enn ved Skiensfjorden (24). Skabb var svært utbredt i fjellbygdene i Telemark, særlig i vestlige distrikter, men forekomsten avtok trolig i 1890-årene (12). I de ytre distriktene var skabb sjelden. Sundt mente disse utbredelsesforskjellene først og fremst skyldtes ulikheter i sovevaner og kontakt med husdyr enn generelle hygieniske forhold. Distriktslegenes årsberetninger bekrefter inntrykket av mangelfull hygiene i de indre distriktene gjennom hele perioden, og de reagerte særlig på behandlingen av mat (13, 14). I 1870-årene ble det opprettet fire meierier i Skien by med isavkjøling og bedre melkehåndtering. Alt på denne tiden ble det vedtatt regler for hygienisk behandling av melken (25). I de ytre distriktene ble de hygieniske forholdene betraktet som noenlunde gode i 1890-årene (6, 8).

Dårligere hygienisk standard i de indre distriktene samsvarer ikke med høyere akutt sykkelighet der og kan derfor neppe i seg selv antas å være en sentral årsaksfaktor. Selv en vesentlig forringelse av de bolighygieniske forhold etter den store bybrannen i Skien i 1886 førte ikke til registrert høyere sykkelighet enn normalt (6).

Kosthold

I bondesamfunnene i de indre legedistriktene i Telemark var kostholdet svært ensidig, og det ble rapportert om små forandringer gjennom perioden. Spesielt var kosten mangelfull blant skogsarbeidere og i enkelte gruvesamfunn (8, 12). Grøt, surmelk, flatbrød, smør og kaffe var fast kost, samt flesk og poteter en gang imellom. Fisk, ferskt kjøtt, grønnsaker, frukt og fersk melk var stort sett fraværende (12, 15, 18). Enkelte konkrete episoder i de indre distriktene hadde klar sammenheng med feilernæring. Således førte mislykkede potetavlinger i 1870-årene til utbredt skjørbuk i de vestlige indre distrikter og i mindre grad også i de østlige.

I de ytre legedistriktene ble derimot næringsmidlene ansett for å være noenlunde gode alt i 1870-årene. God og billig fisk var en viktig matressurs i nedre Telemark, særlig i kystområdene. Både melk og andre næringsmidler var tilgjengelig, men relativt høye priser reduserte tilgangen for de fattige. I Gjerpen var det gartneri fra 1870-årene, og grønnsaksomsetningen var betydelig i Skien før 1890 (26). Skjørbuk var sjelden i de ytre distriktene (6). Såkalte kroniske sykdommer, som bleksott (anemi) og kardialgi (kronisk gastritt), var likevel svært hyppig forekommende i alle legedistriktene gjennom hele perioden. Forekomsten av anemi var sterkt tiltakende i 1890-årene blant voksne og barn både i by og på landet (6).

Kostholdet i Telemark synes å ha vært mest variert i de ytre legedistriktene. At registrert akutt sykkelighet var høyere der enn i de indre distriktene, samsvarer således ikke med forskjeller i kostholdets kvalitet.

Lokalt helsearbeid

Interesse og forståelse for forebyggende hygiene i befolkningen var en gradvis prosess i siste del av 1800-tallet. Distriktslegenes foredrag på sunnhetskommissjonsmøtene vakte lenge liten interesse (2), men i 1880-årene økte interessen enkelte steder (12). Først i 1890-årene begynte troen på sykdommers overføring ved smitte å trenge inn hos befolkningen i de indre distriktene i Telemark (15). I Kviteseid ble det i 1893 ansatt en diakonisse, som arbeidet for bedre sykepleie og renslighet under sykdom.

Opplysningslitteratur ble etter hvert mer vanlig. I 1896 rapporterte doktor Heidenreich i Kviteseid at «Kneipps Bøger har faaet megen Udbredelse i Distriktet og har fremkalt en velgjørende Revolution i Folkets Betragtning af Vandets Nytte, hvad jeg saaledes forgjæves i 8 Aar har forsøgt ved Overtalelse» (13). Viktig var også oppmerksomheten rundt forebygging av tuberkulose, som fokuserte sterkt på

renslighet, utlufing, melk- og matstell (2). Bedre renslighetssans ble søkt utviklet gjennom at lærerne kontrollerte elevene når skoledagen startet (15). Flere leger ivret for praktisk husstellundervisning for unge kvinner, fordi «med den ældre Slægt kommer man ingen Vei» (13, 15). Kjøkken-skolelærerinne og herredsgartner ble tilsatt i Kviteseid like før 1900 for å forbedre det huslige stell og interessen for grønnsaker.

Medisinalberetningene gir et klart inntrykk av at holdningsendringer innen hygiene og kosthold gikk langsommere i de indre distriktene i Telemark enn i de ytre. I 1892 rapporterte således distriktslegen i Skiens-distriktet at befolkningen da hadde sans for utlufing både i hjem, skoler og arbeidslokaler (6). Det er likevel ikke mulig å påvise at nye holdninger blant folk flest gav seg utslag i nedsatt sykkelighet før 1900.

Epilog

Medisinalberetningene i Telemark gir få sikre holdepunkter for å vurdere det lokale helsevesenets betydning for akutt sykkelighet før 1900. Isolering av syke og andre forebyggende tiltak hadde trolig effekt på forekomsten av spesielle sykdommer, som kopper og tyfoidfeber, men neppe på de mest vanlige infeksjonssykdommene. Utviklingen av denne sykkeligheten i Telemark før 1900 lar seg lettest forklare på grunnlag av de trekk ved samfunnsutviklingen som er omtalt ovenfor.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 87–187.
2. Storesund A. Metodiske problemer ved studier av akutt sykkelighet 1870–1900. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2866–70.
3. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge. Norges officielle Statistik. Kristiania: Direktøren for det civile Medicinalvæsen, 1868–1900.
5. Helland A. Topografisk-statistisk beskrivelse over Bratsberg amt. 1. del. Den almindelige del. Kristiania: Aschehoug, 1900: 181.
6. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Skien legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.
8. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Kragers legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.
9. Burnet FM. Natural history of infectious disease. Cambridge: University Press, 1962.
12. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Lårdal legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.
13. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Kviteseid legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.
14. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Tinn legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.
15. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Sauland legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.
16. Thjøtta T. Om dysenteri i Norge. Epidemiologiske og bakteriologiske studier. Særtrykk. Bergen: Medicinsk Revue, 1917.
17. Storesund A. Sunnhetskommissionenes virksomhet og offentlig helsearbeid i Skien og Langesund 1861–1900. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1106–11.
18. Medisinalberetningene for Bratsberg amt (Hollen legedistrikt), 1867–1900. Oslo: Riksarkivet.