

# Innholdsfortegnelse

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| INNLEDNING .....                                           | 3  |
| Problemstilling .....                                      | 3  |
| Avgrensning .....                                          | 4  |
| Hvordan oppgaven legges opp .....                          | 4  |
| Legenes sykdomsforståelse – et kulturhistorisk tema? ..... | 5  |
| Tidligere forskning .....                                  | 7  |
| Begrepsavklaring .....                                     | 8  |
| Hovedkilden .....                                          | 9  |
| Andre kilder .....                                         | 10 |
| Teori og metode .....                                      | 11 |
| Kvalitativ og kvantitativ metode .....                     | 13 |
| Hva er spedalskhet? .....                                  | 13 |
| KAPITTEL 1: DE SPEDALSKE I NORGE: EN PROFIL .....          | 17 |
| Spedalskhetens geografiske utbredelse i Norge .....        | 17 |
| Spedalskhetens sosiale fordeling .....                     | 19 |
| Spedalskhetens fordeling når det gjaldt kjønn .....        | 23 |
| Aldersfordeling .....                                      | 28 |
| Familieforhold .....                                       | 29 |
| De spedalskes barn .....                                   | 30 |
| Konklusjon .....                                           | 31 |
| KAPITTEL 2: LEGENE OG DEN SPEDALSKE SYKDOM .....           | 33 |
| 1800-tallets leger .....                                   | 33 |
| Kampen mot spedalskhet begynner .....                      | 35 |
| Legene og deres arbeidsoppgaver .....                      | 39 |
| Overlegen for den spedalske sykdom .....                   | 40 |
| Distriktslegene .....                                      | 41 |
| Legenes beskrivelse av spedalskhet .....                   | 44 |
| Den knutete form .....                                     | 45 |
| Den glatte form .....                                      | 46 |
| Dødelighet .....                                           | 48 |
| Diagnostisering .....                                      | 49 |
| Legenes sykdomsforståelse .....                            | 50 |
| Arv: Daniel Cornelius Danielssen .....                     | 51 |
| Ytre årsaker: Jens Johan Hjort .....                       | 55 |
| Smitte: Gerhard Henrik Armauer Hansen .....                | 57 |
| Flere årsaker: Ove Guldberg Høegh .....                    | 59 |
| Lokal påvirkning: Distriktslegenes oppfatninger .....      | 61 |
| Konklusjon .....                                           | 63 |
| KAPITTEL 3: LEGENE OG SPEDALSKHOSPITALENE .....            | 65 |
| Tiden før pleiestiftelsene .....                           | 65 |
| St. Jørgen og Reknes hospital .....                        | 66 |
| Pleiestiftelsene .....                                     | 68 |
| Driften av pleiestiftelsene .....                          | 69 |
| Legene og lemmene på pleiestiftelsene .....                | 73 |
| Hvem var det som ble innlagt? .....                        | 73 |
| Hverdagslivet på stiftelsene .....                         | 74 |
| Sykdom og død .....                                        | 81 |

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| Kurer og pleie.....                                      | 82  |
| Konklusjon .....                                         | 87  |
| KAPITTEL 4: LEGENE OG ALLMUEN .....                      | 90  |
| Legenes oppfatning av allmuen.....                       | 90  |
| Allmuens levemåte .....                                  | 90  |
| Likegyldighet og dovenskap .....                         | 91  |
| Spedalskhet, en religiøst forbundet sykdom?.....         | 93  |
| Allmuen og de spedalske.....                             | 95  |
| Folkelig helbredelse og lindring.....                    | 100 |
| Kulturkonflikter.....                                    | 101 |
| Hva styrte legenes syn? .....                            | 101 |
| Forskjeller i syn på spedalske.....                      | 102 |
| Konklusjon .....                                         | 107 |
| Legenes reformer overfor allmuen: hva de førte til ..... | 109 |
| Innføring og fortrenkning .....                          | 110 |
| Var det så galt som legene ville ha det til?.....        | 113 |
| Oppsummering .....                                       | 117 |
| KAPITTEL 5: AVSLUTNING .....                             | 118 |
| LITTERATURLISTE .....                                    | 122 |
| Arkivkilder .....                                        | 125 |
| Nettsteder om spedalskhet i dag.....                     | 126 |

## INNLEDNING

På begynnelsen av 1800-tallet var Norge et av få land hvor spedalskhet fremdeles fantes i stort omfang. Ellers i Europa var det bare spredte forekomster, med flest i de søreuropeiske landene og på Island.

Mye tyder på at antall spedalske i Norge økte i første halvdel av 1800-tallet. Det ble etter hvert et så stort problem at staten satte i gang drastiske tiltak for å få bekjempet sykdommen. Legene fikk en sentral plass, da forskning og alt praktisk arbeid ble lagt i deres hender. Ved den ekspertkunnskap legene opparbeidet seg på området, fikk de etter hvert sentrale posisjoner når det kom til bekjempelse av sykdommen, og med dette kom også status, makt og innflytelse. På grunn av dette fikk deres sykdomsforståelse rundt spedalskhet stor innvirkning på hvordan de spedalske ble behandlet, både på anstalt og i hjembygda.

Det er denne oppfattelsen rundt spedalskhet og spedalske, som jeg vil se på i oppgaven. Hva var det som styrte legenes syn? Hvilke konsekvenser fikk det for de spedalske? Jeg vil også ta med legenes og allmuens forhold til hverandre, et forhold som var preget av konflikt grunnet i manglende forståelse og aksept for hverandres forskjellige kulturer. Dette gjør jeg fordi legene mente at mye av grunnen til sykdommens økning, var allmuens likegyldighet når det gjaldt å beskytte seg mot den.

## Problemstilling

Min problemstilling blir da som følger:

Jeg vil se på hvordan legene så på spedalske og spedalskhet, og hva som lå bak deres syn. Jeg vil legge vekt på deres sykdomsforståelse, det vil si hvordan de forklarte sykdommen, og hva de så på som dens årsaker. Her var meningene delte. I forlengelsen av dette vil jeg også ta for meg hvordan legenes sykdomsforståelse påvirket deres arbeid for å bekjempe spedalskhet, og hvordan det styrte de foranstaltningene som ble satt i verk. Tilslutt vil jeg se på hvordan alt dette hadde innflytelse på allmuen, innbefattet de spedalske selv. Jeg vil også komme inn på hvordan allmuen oppfattet spedalske og spedalskhet, for så å se det i forhold til legenes syn. Hvordan begrunnet de to gruppene sine oppfatninger, og hva bygget de dem på?

Hovedproblemstillingen min åpner for videre utdypninger på flere områder: Et viktig område er hva legene så på som faktorer for at sykdommen skulle bryte ut. I denne sammenheng blir det naturlig å se litt på debatten som foregikk legene imellom, omkring årsakene til spedalskhet. Noe det var stor grad av enighet om, var at allmuens tarvelige

levemåte i det minste var en medvirkende årsak i flere tilfeller. Derfor vil jeg se på dette, sammen med andre årsaker som ble trukket fram, som klima, arv og smitte.

En annen viktig del jeg vil ta for meg, er de tiltak og foranstaltninger som ble satt i verk. I denne sammenheng vil jeg ta med legenes arbeid med sykdommen, sunnhetskommisjonene som ble satt i gang, pleiestiftelsene som ble bygget, og de nye spedalsklovene som kom i 1877 og 1885. Jeg vil i liten grad ta for meg de prosesser som førte fram til at foranstaltningene ble satt i verk, men heller konsentrere meg om hvordan de ble brukt, og hva slags innvirkning de hadde på spedalske og folk på landsbygda.

## **Avgrensning**

Jeg har valgt å konsentrere meg om andre halvdel av 1800-tallet, nærmere bestemt fra 1832 til 1895. Jeg har valgt å begynne i 1832, fordi dette året var første gang en lege fikk i oppdrag fra staten å se nærmere på spedalskes levekår, og i den sammenheng se om det ble gjort nok fra statens side for å hjelpe dem. Mer om dette kommer i kapittel to. Jeg synes det er naturlig å sette 1895 som avslutningen for min oppgave, siden to av spedalskhospitalene ble lagt ned dette året, på grunn av at antall spedalske var blitt så lavt. Dette har jeg valgt å se som et symbol på at kampen mot spedalskheten var vunnet. Det skulle enda gå lang tid før spedalskhet var borte for godt i Norge, men det var ikke lenger noen tvil om at sykdommen kom til å bli utryddet.

Geografisk kommer jeg til å avgrense meg til vestkysten av Norge, fra Stavanger amt i sør, til Nordlands amt i nord, med hovedvekt på søndre og Nordre Bergenhus. Dette er en naturlig avgrensning for meg, siden det var i disse områdene spedalskheten var mest vanlig, og det var her alle hospitalene lå. I tillegg var Bergen sentrum for legenes forskningsarbeid på spedalskhet, og byen rommet tre av landets fem spedalskhospitaler.

Jeg vil legge mest vekt på landsbygda. Når jeg tar for meg byene, vil det først og fremst være i forbindelse med hospitalene. Dette kommer av at det utenfor hospitalene var svært lite spedalskhet i byene.

Når det gjelder sosial inndeling, vil jeg først og fremst konsentrere meg om allmuen på landsbygda, siden de aller fleste spedalske hørte til blant disse. Blant de kondisjonerte var sykdommen så godt som ukjent.

## **Hvordan oppgaven legges opp**

Kapittel én er ment som en presentasjon av de spedalske i Norge. Her vil jeg komme inn på hvor i landet det fantes spedalske, og hvor mange de var. Videre vil jeg se på hvordan sykdommen fordelte seg i befolkningen, om det var noen klasser som ble hardere rammet enn

andre. Så vil jeg se på hvordan sykdommen fordelte seg i forhold til kjønn, før jeg tar for meg aldersinndelingen, og avslutter med å se på de spedalskes familieforhold.

I kapittel to er det legene og deres syn på spedalskhet som står i sentrum. Jeg vil begynne med hvordan det startet, prosessen som førte fram til statens sterke engasjement for å få bukt med sykdommen. Så vil jeg gå over til å se på hvordan legene på den tiden beskrev sykdommen, før jeg går videre med å se på deres arbeidsoppgaver. Jeg vil spesielt ta for meg overlegen for den spedalske sykdom og distriktslegene. Hospitallegene vil jeg se på i det neste kapitlet. Til slutt vil jeg ta for meg legenes sykdomsforståelse rundt spedalskhet. Her vil jeg trekke fram individuelle leger, og bruke dem som eksempler på de forskjellige og motstridende oppfattelsene legene hadde.

I kapittel tre vil jeg ta for meg hospitalene for de spedalske. Jeg vil legge hovedvekten på de tre pleiestiftelsene som ble bygget i 1850-årene. Den første stod ferdig i 1857, mens de to andre kom i 1861. Jeg vil legge hovedvekt på legenes arbeid på stiftelsene, og hvordan dette gjenspeilet deres syn på spedalskhet. Jeg vil også komme inn på hvordan legenes arbeid fikk innvirkning på pasientenes liv på stiftelsene. Det blir også naturlig å komme inn på hvordan pleiestiftelsene så ut og hvordan de ble drevet, fordi dette sier en god del om hvordan legene så på spedalskhet og de spedalske.

I det siste kapitlet vil jeg ta for meg legene og deres forhold til allmuen. Hovedformålet med dette kapitlet er å vise forskjellene mellom legenes og allmuens syn på spedalskhet, og prøve å forklare hvorfor det var forskjell. Jeg vil i denne sammenheng også komme inn på hvorfor legene hadde så store problemer med å nå fram til allmuen med sine reformer og foranstaltninger.

Til slutt vil jeg komme med en konklusjon, hvor jeg prøver å binde kapitlene sammen, og presenterer noen oppsummerende kommentarer.

## **Legenes sykdomsforståelse – et kulturhistorisk tema?**

Hva er det så ved sykdom og sykdomsforståelse som gjør det egnet for et kulturhistorisk studie? Er ikke sykdom et biologisk fenomen, en del av naturen? Sykdom i seg selv er nok det, men menneskers forståelse av sykdom er derimot godt plantet i den kulturelle sfære. Dette gjelder også legenes forståelse, selv om de til alle tider har påstått å stå for sann og objektiv kunnskap. I ettertid har det imidlertid blitt klart at de ble styrt av det begrepsunivers de hadde til rådighet i sin samtid.

Naturen vil ikke være begripelig for mennesket, med mindre den blir klassifisert og ordnet i forståelige kategorier. Dette gjelder også for sykdommer og forståelsen av dem. Det har blitt

hevdet at et hvert sykdomsbegrep er en konstruksjon (Sygdomsbilleder 1986:11). Det kan forstås slik at sykdomsbegrepet er bygget på forestillinger rundt sunnhet og sykdom. Ut fra en slik oppfatning av hva sykdom er, blir det klart at den har kulturelle sider ved seg. Ut i fra samme begrunnelse kan det da også hevdes at medisin som fag er et kulturelt system. I den tiden jeg tar for meg skjedde det store forandringer innen legevitenenskapen. Blant annet kom det et paradigmeskifte rundt forståelsen av sykdom i løpet av de siste tiårene av 1800-tallet. Ved å se på denne overgangen blir de kulturelle faktorene synligere, ved at man kan se forskjellen mellom gammelt og nytt syn. Sykdomsforståelsen må dermed være en kulturell konstruksjon, siden den ble så radikalt forandret. Hadde den kun vært grunnet i naturlige sannheter, ville den ikke kunne ha forandret seg på så grunnleggende områder.

Ut fra disse innfallsvinklene vil det være grunnlag for å påstå at sykdomsforståelse er et kulturhistorisk tema. Dermed vil det også gi en begrunnelse for min oppgave, fordi jeg mener at legenes forståelseshorisont rundt spedalskhet var styrt av deres kulturelle bakgrunn og samtidens grunnleggende forståelse av sykdom.

Hva kan så en kulturhistorisk innfallsvinkel bidra med, som andre disipliner ikke har, og da særlig medisinsk historie? Først og fremst må det være å klarere få fram de kulturelle aspektene, og legge mer vekt på disse. I min oppgave kommer dette frem gjennom hvordan jeg vinkler stoffet. Jeg ser på bakgrunnene for legenes syn, og ikke bare resultatene av deres arbeider. Jeg prøver å forstå hva det var som styrte deres oppfatninger rundt spedalskhet, spedalske og allmuen. Jeg setter deres kulturelle forforståelse i sammenheng med deres arbeid som leger, og viser hvordan denne påvirket dem. Ved å se på disse faktorene, får jeg fram det kulturelle aspektet. Når det gjelder forskning på spedalskhet i Norge, er det, så vidt jeg vet, gjort så godt som ingenting på dette feltet tidligere.

Opgaven min kan også sees som mentalitetshistorie, fordi jeg tar for meg grunnleggende oppfatninger i samfunnet rundt sykdom og sykdomsforståelse. Jeg ser også på hvordan denne mentaliteten endrer seg mot slutten av 1800-tallet, først og fremst hos legene, men også blant allmuen.

Siden jeg ikke har min utdanning innen det medisinske felt, har jeg nok lettere for å se andre aspekter rundt tidligere tiders syn på sykdom, og jeg har en større forutsetning for å plassere det sammen med andre deler av samfunnet. Med andre ord har jeg et utenfraperspektiv. Kanskje dette er noe som trengs, for å få fram nye ideer og nye vinklinger på medisinen og helsevesenets historie?

## Tidligere forskning

Jeg har funnet lite forskning som går direkte på det jeg tar for meg i min oppgave. Det er skrevet en del om spedalskhet i Norge, men dette står som regel i artikler fra forskjellige lokalhistoriske årbøker, eller som deler av oversiktsverker om sykdommer (Brøgger, Tuft). Ellers er det skrevet noen artikler om st. Jørgen hospital (Irgens K., Bjørge), samt en bok (Blom mfl.). Ingen av disse har imidlertid vært sentrale i min oppgave, siden st. Jørgens hospital bare er tatt med som en del av innledningen til kapittel tre.

Dr. med. Lorentz M. Irgens har drevet med grundig forskning på pasientregistrene over spedalske i Norge. Irgens er en av vår tids største lepraekspert. Han har jobbet systematisk med pasientregistrene som dekker så godt som alle spedalske i Norge, fra opprettelsen i 1856 til 1970-årene. Arbeidet ble gjort for å danne bakgrunn for en epidemiologisk studie av sykdommen (Irgens 1979:1). Resultatene av denne forskningen har han blant annet presentert i tidsskriftet *Leprosy review* (Irgens 1980). Dette er imidlertid bare av interesse for meg i kapittel én, siden det er der jeg konsentrerer meg om tall og oversikter (Irgens 1979, Irgens 1980).

Blant 1800-tallets leger som drev med spedalskhet, er det særlig én som har blitt kjent i ettertid, det er Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), mye på grunn av hans oppdagelse av leprabasillen. Dette har gitt utslag i flere biografier skrevet om ham og hans arbeid (Patric, Vogelsang). Ingen av disse har vært særlig sentrale for meg, siden de ligger i utkanten av det som er temaet for oppgaven min. Da har jeg hatt mer utbytte av den selvbiografien som Armauer Hansen skrev i 1910. Den gir innblikk i hvordan en lege tenkte tilbake på sitt arbeid og sitt forhold til de han arbeidet med, de spedalske og allmuen.

Bind to av det offentlige helsevesen i Norge: *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, har vært til god hjelp for å få oversikt over helsevesenet og dets utvikling på 1800-tallet.

Av relevant utenlandsk litteratur har jeg bare funnet en bok fra vår tid, Peter Richards: *The medieval leper and his northern heirs*. Forfatteren tar mest for seg tiden fra middelalderen og opp til 1800-tallet. I tillegg skriver han om flere land i Europa. Hovedvekten ligger imidlertid på Skandinavia. Boken har for meg derfor vært mest til hjelp som en innføring i spedalskhetens utvikling før 1800.

Når det gjelder teorien, har jeg hatt mest bruk for boken *Sygdomsbilleder: medicinsk antropologi og psykologi*. Boken består av mindre artikler, skrevet av flere forfattere, og står derfor oppført med tittelen først i litteraturlisten. Her har jeg fått ideer til hvordan jeg kan analysere kildene mine. Artikkelen ”Sykdomsbegrepet på landsbygda i 1890-årene”, skrevet

av Knut Djupedal, har også vært til hjelp. Begge disse tekstene har gitt meg et verktøy til å skille legenes og allmuens sykdomsforståelse.

## Begrepsavklaring

I oppgaven vil det være noen begreper som går igjen. Siden det ikke umiddelbart vil være klart hva jeg legger i dem, kommer det en forklaring her.

Når jeg snakker om hospitaler, uten å spesifisere mer, mener jeg alle institusjoner som tok seg av spedalske. Egentlig ble disse institusjonene delt opp i to hovedgrupper når det kom til navn: Pleiestiftelser og hospitaler. Men for å slippe å skrive dette hver gang jeg referer til alle institusjonene i helhet, har jeg valgt å bruke ”hospitaler” som en fellesbetegnelse.

Spedalskhet går under flere navn. De andre jeg vet om er lepra, elephantiasis graecorum og Hansens sykdom. Jeg har imidlertid valgt å holde meg til ”spedalskhet” siden dette er den mest kjente betegnelsen.

Spedalskhet kan også deles inn i to former<sup>1</sup>. Disse har også forskjellige navn: Lepromatøs og tuberkuloid er mest brukt i dag, Tuberkuløs og anestetisk ble brukt på 1800-tallet, sammen med de betegnelsene jeg har valgt å bruke: knutet og glatt. Jeg har valgt å bruke disse siden de er både korte og beskrivende, og for å unngå å forvirre leseren.

Når jeg snakker om ”lemmer” i min oppgave mener jeg de spedalske som levde på hospitalene. Jeg har valgt å bruke dette ordet i stedet for pasienter, siden ”lemmer” ble mest brukt av legene på den tiden.

Når jeg henviser til noe jeg har funnet i årsberetningene fra overlegen for den spedalske sykdom, skriver jeg bare årstall og sidetall (eksempel: (1860:31)). Dette gjør jeg for å slippe å skrive det samme om og om igjen, og fordi det blir kort og oversiktlig. Fra 1881 begynte rapportene å komme ut bare hvert femte år, dette var i 1885, 1890 og 1895. Et eksempel på en henvisning fra perioden 1881-1895 vil da være: (1881-85:23).

På flere av kildehenvisningene mine har jeg satt en bokstav bak sidetallet. Denne bokstaven referer rett og slett til hvilken kolonne på siden informasjonen er hentet fra, ”a” for kolonne én, ”b” for kolonne to, og ”c” for kolonne tre.

Det siste begrepet jeg føler trenger avklaring er ”allmuen”. Jeg bruker det for å betegne ”folk flest”, det vil si vanlige mennesker. Eliten går ikke under dette begrepet, siden de skiller seg ut gjennom høyere status og forskjellig kultur. Faktisk er ”allmue” et begrep som de brukte som et navn på resten av Norges befolkning. Jeg bruker ”allmue” og ”folk” litt om hverandre i oppgaven, men de tillegges samme innhold.

---

<sup>1</sup> Mer om dette i ”Hva er spedalskhet” som kommer under.



## Hovedkilden

Hovedkilden min består av årsberetningene fra overlegen for den spedalske sykdom. Overlegestillingen ble opprettet i 1854, som en del av statens innsats for å få bukt med den økende spedalskheten i Norge. Stillingen ble delt i 1858, for så å bli slått sammen igjen i 1863. Fra da av var det bare én overlege.

Hvert år skulle overlegen sende inn en beretning til staten, hvor han skulle redegjøre for hva som var blitt gjort i det foregående år og vise til resultatene av dette arbeidet. Disse årsberetningene består av to hoveddeler: tekst og tabeller. I tekstdelen tar overlegen for seg hva han hadde gjort i det foregående år. I de første årene var det særlig reisene, og det arbeidet som ble gjort underveis som fikk mye plass. Tabellene tar for seg antallet spedalske, dødsfall og nye tilfeller, hvor mange som ble innlagt på hospital og hva slags form for spedalskhet de led av, bare for å nevne det viktigste.

Sunnhetskommisjonene, som ble startet i 1857, fikk også mye oppmerksomhet i årsberetningene fram til begynnelsen av 1860-årene. Fra da av ble de mindre nevnt, noe som sikkert hadde sin grunn i at de ble opprettet i hele landet da sunnhetsloven kom i 1860. Fram til 1860 hadde sunnhetskommisjonene bare blitt opprettet i de legedistrikter hvor spedalskhet var utbredt. I disse første årene var bekjempelse av spedalskhet hovedmålet med kommisjonene, noe som forklarer overlegens engasjement. Når så kommisjonene fikk flere virkefelt, ble overlegens del i arbeidet mindre. Både overlege Høegh og overlege Løberg fikk etter hvert også mye å gjøre med de nye pleiestiftelsene som kom i 1857 og 1861.

Etter hvert som årene skrider fram, får årsberetningene en mer strukturert form. De samme postene begynner å gå igjen år etter år. Dette gjelder for både tekst og tabeller. Det er også en tendens til at mengden med tekst synker, særlig fra 1870 og utover, men det er en gradvis overgang i 1860-årene. Fra 1881 slutter beretningene å komme ut hvert år, fra nå av begynner de istedenfor å komme ut hvert femte år. Dette gjøres for resten av perioden jeg tar for meg.

Jeg har valgt å bruke årsberetningene som hovedkilde først og fremst fordi de inneholder mye av den informasjonen som jeg er på jakt etter, og strekker seg over mesteparten av tidsrommet jeg tar for meg. Årsberetningene har også vært lett tilgjengelige for meg, ved å ligge på statistisk sentralbyrå i Oslo.

Årsberetningene er skrevet av den samme gruppen som jeg vil studere, det vil si leger, noe som kan være positivt, siden det ikke er noen forstyrrende mellomledd, som forvansker arbeidet. Kildene er i stor grad beskrivende, men ofte med et negativt fortegn når det gjelder synet på allmuen og deres levevis. Jeg mener imidlertid ikke dette er noe problem, så lenge

man er bevisst på dette når man jobber med kilden. Dessuten er det legenes syn jeg er ute etter.

En svakhet med årsberetningene som kilde kan være at jeg i liten grad har andre samtidige grupperes syn på leger og deres arbeid. Eilert Sundt er den eneste utenforstående jeg tar for meg, han kom med til dels sterk kritikk mot legene og deres syn på allmuen<sup>2</sup>.

En annen svakhet ved årsberetningene som kilde, kan være at de er skrevet ned av forholdsvis få personer. Dette mener jeg imidlertid blir veid opp ved de andre samtidige artikler, bøker og hefter om spedalskhet, som jeg bruker i oppgaven<sup>3</sup>.

Det at årsberetningene er en kilde som omhandler sin samtid, kan ha både positive og negative sider. Det er positivt på den måten at fakta ikke er påvirket av lang tid fra hendelse til nedskrivning. Dette kan imidlertid også være negativt, siden det er vanskelig å få oversikt over noe man er midt oppi.

Alt i alt mener jeg årsberetningene egner seg bra som kilde til det jeg vil ta for meg i min oppgave, selv om det har noen svakheter. Disse mener jeg imidlertid blir minimale når jeg tar i bruk de andre kildene jeg har fra 1800-tallet.

## **Andre kilder**

I tillegg til årsberetningene har jeg også brukt flere artikler, hefter og bøker skrevet på 1800-tallet. Disse har til dels utfylt informasjonen fra årsberetningene, og til dels supplert med ny kunnskap. Jeg vil her nevne de viktigste hver for seg.

Heftet om Reknes hospital og Reknes pleiestiftelse har vært til stor hjelp under arbeidet med hospitalkapittelet. Boken ble skrevet i 1888, av pleiestiftelsens daværende lege Edvard Kaurin (1839-1917). Teksten gir mye informasjon om hvordan Reknes så ut, hvordan den ble drevet, og hva de ansattes arbeidsoppgaver gikk ut på. Den inneholder også reglement for pasientene, og en egen liste over maten som ble servert.

Et annet hefte jeg har hatt mye nytte av er *Om Spedalskheden i Norge og Foranstaltninger imod samme*, skrevet i 1871 av legen Jens Johan Hjort (1798-1873). Her skriver forfatteren om den prosessen som satte i gang kampen mot spedalskheten. Han tar videre for seg hva slags tiltak som ble satt i verk, og resultatene av disse. Forfatteren tar så opp forskjellige legers oppfattelser rundt spedalskhet, inkludert sin egen. Han gir også en beskrivelse av sykdommen, og av folks levekår. Denne teksten har særlig vært til hjelp for meg i kapittel to,

---

<sup>2</sup> Se under "Andre kilder" for mer informasjon.

<sup>3</sup> Se under "Andre kilder" for mer informasjon.

hvor jeg har tatt for meg legene og spedalskheten, men den har også vært til hjelp i kapittel tre om hospitalene, og kapittel fire om legene og allmuen.

Den siste teksten jeg vil ta for meg er også et hefte. Det heter *Den Spedalske Sygdom, dens Aarsager og dens Forebyggelsesmidler*, og er skrevet av hospitallegen og forskeren Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) i 1854. Heftet var ment som et folkeopplysningskrift om spedalskhet. Gjennom det Danielssen skriver, får vi et godt innblikk i hvordan en lege på midten av 1800-tallet så på spedalskhet og på allmuen. Jeg har hatt mest bruk for dette heftet i kapittel to og fire.

Det har også vært flere andre bøker og artikler fra 1800-tallet som jeg har brukt, men de er for mange til å nevne i detalj. Jeg vil allikevel kort trekke fram et par til slutt. Jeg har brukt en av bøkene til Eilert Sundt. Dette er boken *Om renlighetsstellet i Norge*. Her kommer Sundt med et kritisk blikk på legenes oppfattelse av allmuen og deres levevis. Dette bruker jeg særlig i kapittel fire.

I tillegg har jeg brukt to bøker om spedalskhet, den ene fra 1842 (Boeck) og den andre fra 1847 (Danielssen og Boeck). Jeg må i tillegg få nevne en artikkel jeg har fra 1889, skrevet av en kvinnelig engelsk journalist. Hun skriver om sitt besøk på st. Jørgen hospital og Pleiestiftelse nr.1 i Bergen.

Jeg har også funnet en del stoff om spedalske på Internett. Det meste har jeg fått fra tre steder: digitalarkivets lepraarkiv, hjemmesiden til institutt for samfunnsmedisinske fag på universitetet i Bergen og fra Foreningen Norges døvblindes hjemmeside. Den viktigste kilden fra Internett er medisinalberetningene fra ytre Nordhordland fra 1855-1884, sammen med to foredrag om spedalskhet fra samme sted. Begge kildene er funnet på hjemmesiden til institutt for samfunnsmedisinske fag. Gjennom disse kildene har jeg fått innblikk i hvordan to distriktsleger forholdt seg til spedalskhet og spedalske.

## **Teori og metode**

Min innfallsvinkel til stoffet er påvirket av den antropologiske retningen, med hovedvekt på legenes sykdomsforståelse rundt spedalskhet. Jeg vil sette allmuens sykdomsforståelse opp som en kontrast til legenes, for å vise hvor store forskjellene kunne være mellom de to samfunnsklassene.

Før jeg kan gjøre dette, må jeg imidlertid definere hva jeg forstår med en antropologisk innfallsvinkel til stoffet. For det første vil en slik innfallsvinkel bety at man må se på stoffet utenfra. På den måten ser man helsevesenet i sammenheng med resten av samfunnet. Helsevesenet eksisterte ikke i et vakuum, men ble påvirket fra flere hold i samfunnet. Staten

kom med direktiver for hvordan helsevesenet skulle drives, men allmuens holdninger og vaner var også med på å forme helsevesenet. Også legene selv påvirket sitt felt. Ut fra sin kulturelle bakgrunn, som en del av de kondisjonerte i samfunnet, hadde de visse forutinntatte måter å se ting på.

Når jeg ser på helsevesenet som en del av samfunnet som helhet, blir det klart at legenes sykdomsforståelse er like kulturelt betinget som de fleste andre deler av samfunnet. Selv om legene på 1800-tallet så på seg selv som objektive innehavere av sann kunnskap, kan vi i ettertid konkludere med at de i stor grad var styrt av de forutsetningene som fantes i deres samtid. Med andre ord kan man si at helsevesenet i seg selv er et kulturelt system (Kleinmann 1980:24), det vil si at det er bygget opp rundt visse forestillinger om sykdom og sunnhet som er gjeldende blant ekspertene i samfunnet.

For i det hele tatt å forstå et felt, må dets komponenter settes inn i forståelige og avgrensede kategorier, dette gjaldt også for legene. De fordelte og kategoriserte sykdom opp i forskjellige kategorier, som gav mening ut fra deres begrepsunivers. Legenes sykdomsforståelse dreide seg i stor grad om å forstå de biologiske prosessene. For at en person skulle kunne kategoriseres som syk, var de helt avhengig av å finne symptomer som passet inn i deres kategorier. Legene tok i liten grad hensyn til sosiale faktorer som kunne ha innvirkning på sykdommen. Allmuen hadde en lignende framgangsmåte, men deres fordeling hadde utgangspunkt i et helt annet begrepsunivers enn legenes, hvor de sosiale faktorene var langt mer framtrædende. Legene og allmuens sykdomsforståelse var altså bygget på vidt forskjellige kriterier, noe som var nødt til å føre til konflikter når legene kom inn med sine reformer. Disse konfliktene og deres årsaker, vil jeg særlig komme inn på i kapittel fire, hvor jeg vil ta for meg forholdet mellom legene og allmuen.

Jeg vil bruke to begreper for å forklare forskjellen mellom legenes og allmuens sykdomsforståelse. På engelsk blir de kalt "illness" og "disease". Jeg har funnet en oversettelse i en dansk bok, som jeg mener også kan brukes på norsk (Sygdomsbilleder 1986). "Illness" blir oversatt med "lidelse" og "disease" med "sykdom". Lidelse brukes om allmuens oppfattelse av sykdom, mens sykdom brukes om legenes (Sygdomsbilleder 1986:10-11). Disse to kategorier er delvis overlappende, men har områder som ikke er forenlige. Disse ikke-forenlige områdene var nok i enda større grad framtrædende på 1800-tallet, på grunn av de store kulturelle forskjellene som rådet mellom de kondisjonerte og allmuen på den tiden. Mer om dette i kapittel fire.

## Kvalitativ og kvantitativ metode

I min oppgave bruker jeg begge disse metodene. På en måte blir det litt feil å snakke om metoder i denne sammenheng, da det i stor grad er kildenes innhold som bestemmer om man skal bruke den ene eller den andre (Grønmo 1982:95). Mine kilder er både kvalitative og kvantitative. De kvantitative kildene har jeg i form av tabeller over spedalske fra årsberetningene, og fra folketellingene. Det er først og fremst i kapittel én jeg bruker kvantitativt materiale. Dette kapitlet er ment å gi et bilde av spedalskhetens utbredelse i Norge, både geografisk og sosialt, noe som best kan gjøres med tall og tabeller. Men selv i dette kapitlet kommer jeg inn med kvalitative elementer, i form av eksempler, og analyse av tallene.

I de påfølgende kapitlene vil kvalitative kilder spille den vesentligste rollen, selv om kvantitativt materiale vil komme inn der det passer.

Jeg har valgt å bruke både kvalitativt og kvantitativt materiale, fordi de utfyller hverandre på en god måte. Der den ene har sine svakheter har den andre sin styrke. Kvalitativt materiale er spesielt godt egnet til å ta grundig for seg noen få begrensede områder. Det er få enheter som blir undersøkt, men det blir tatt opp mange sider ved disse enhetene (Grønmo 1982:108). Dette gjør det imidlertid vanskelig å se utover det området man tar for seg, det blir vanskelig å få med seg helheten. Her er det kvantitativt materiale kommer inn. Dette materiale omhandler mange enheter, men tar for seg bare noen få egenskaper ved disse (Grønmo 1982:109). Dette gir god oversikt, men lite detaljkunnskap.

Så i min oppgave brukes det kvantitative materialet først og fremst som en innledning og som en støtte for det kvalitative, som skal stå i sentrum.

## Hva er spedalskhet?

Her vil jeg gi en beskrivelse av spedalskhet, slik den blir beskrevet i dag. Kildene jeg bruker er medisinsk leksikon fra 1993, samt flere sider på nettet om spedalskhet<sup>4</sup>.

Spedalskhet er en kronisk infeksjonssykdom, som forårsakes av en stavformet bakterie kalt *Mycobacterium Leprae*. Spedalskhet er lite smittsom, og blant de aller fleste som blir smittet, er det svært få som utvikler sykdommen. Forskerne har beregnet at omkring 95 % av verdens befolkning er immune mot spedalskhet. Hvordan sykdommen smitter er ikke sikkert, men dråpesmitte blir i dag sett som den mest sannsynlige smitteveien. Huden blir også sett på som en mulig vei for smittespredning. Det blir imidlertid trodd at smittestoffet bare trenger inn i kroppen gjennom sår og sprekker i huden.

---

<sup>4</sup> Disse sidene står gjengitt etter litteraturlisten bak i boken

I tillegg til smitte er det i dag en utbredt oppfatning at andre faktorer også spiller inn. Levekår er spesielt trukket fram. Det kan virke som fattige mennesker generelt sett er mer utsatt for spedalskhet enn andre. De er mer utsatt for smitte ved at de lever tett på hverandre, og de er mer mottakelig gjennom et svekket immunforsvar. Det har blant annet blitt hevdet at proteinfattig kost kan gjøre mennesker mer mottakelig for spedalskhet.

Spedalskhet har en særdeles lang inkubasjonstid, som kan strekke seg over flere år. Den korteste jeg har hørt om har ligget på noen uker, mens den lengste har vært på over 30 år. Gjennomsnittlig inkubasjonstid er det noe uenighet om, jeg har funnet tall som ligger på alt fra 3 år og opp til 10.

De første symptomer på spedalskhet er forholdsvis lette å oppdage, hvis man vet hva man skal se etter. Misfargete flekker rundt på kroppen, med nedsatt følelse, er noen av de første tegnene. Videre kan oppsvulmede sener, ofte på baksiden av albue eller knærne, være et tegn på spedalskhet. Det fins også tester som kan tas i tvilstilfeller, for definitivt å få klargjort om en person er spedalsk eller ikke.

Hvis sykdommen ikke blir behandlet vil det etter hvert utvikle seg forskjellige lidelser, som kan føre til misdannelser og handikap. De fleste misdannelser og handikap kommer imidlertid som en følge av noe som kalles en leprareaksjon. Dette oppstår når kroppens immunforsvar angriper leprabasillene. Kroppen reagerer med å bli betent. Denne betennelsen kan deles i to former: mild og sterk. I den milde formen er det som regel bare hudflekkene som blir påvirket ved å hovne opp. Dette kan være vondt og plagsomt, men sjeldent farlig. Milde reaksjoner i ansiktet blir imidlertid sett på som sterke. Med den sterke formen kan også nervene, øyne, og i enkelte tilfeller indre organer bli påvirket.. Dette kan få dramatiske følger. Hvis nervene blir skadet, er det stor fare for at det kan oppstå misdannelser og handikap. Det kan også være svært smertefullt. Reaksjoner i øynene kan i verste fall føre til blindhet. Det finnes også en variasjon som kalles generalisert betennelse. Da er det store deler av kroppen som er blitt betent. Den rammede vil da raskt kunne bli alvorlig syk. I verste fall kan det være fare for livet til den rammede.

Hvis man ser bort fra de sterkeste leprareaksjonene er spedalskhet sjeldent dødelig i seg selv. Faren ligger i den svekkelse av kroppen sykdommen fører til, noe som gjør den spedalske mer mottakelig for andre sykdommer. Følelsesløsheten i armer og bein gjør at spedalske blir uforsiktige og lett får sår. Disse sårene kan få så alvorlige infeksjoner at det kan være dødelig. Utstøtelse fra samfunnet tvinger også mange spedalske til å leve på gaten, og livnære seg som tiggere. Alle disse faktorene fører igjen til at de lidende av spedalskhet som regel har en høyere dødelighetsrate enn andre i samme område.

Over har jeg gitt en felles gjennomgang av hvordan spedalskhet kan utvikle seg. Men ikke alle spedalske får de samme lidelsene, og langt fra alle blir like hardt rammet. Spedalskhet utløser forskjellige reaksjoner hos de smittede, alt etter hvor mye smittestoff de har fått i seg, og hvor motstandsdyktig kroppen deres er mot basillene. Grovt sett kan sykdommen deles i to former, tuberkuloid og lepromatøs, men det er glidende overganger mellom dem. Mange av de spedalske har lidelser fra begge formene. Tuberkuloid og lepromatøs spedalskhet kan best beskrives som ytterpunkter i en skala som går fra den mildeste versjonen av sykdommen, til den hardeste.

Den mildeste av de to formene er den tuberkuloide. De med størst motstandskraft utvikler ikke mer enn små flekker og sår med nedsatt følsomhet. De med lavere motstandskraft får flere av de samme flekkene og sårene, men i tillegg får de også nerveskader, i form av nedsatt følsomhet og muskelsvinn. Her er hender og føtter særlig utsatt, men også ansiktet kan bli angrepet. Den nedsatte følsomheten gjør ofte leddene stive og vanskelige å bevege, og kan føre til misforminger. Klohånden er vel den mest kjente her, men også føttene kan bli vridde, noe som gjør det vanskelig å gå på dem. Flere med denne lidelsen må bruke krykker for å gå, mens de fattigste er begrenset til å slepe seg fram etter armene.

Den andre formen kalles lepromatøs spedalskhet. De som angripes av denne formen har svært lite, eller ingen motstandskraft mot sykdommen. Her sprer basillene seg uhemmet. Det dannes mange knuter i huden rundt på kroppen, med ansikt og hender som de mest synlige steder. I tillegg kan huden i ansiktet bli fortykket og foldet, noe som får selv unge mennesker til å se gamle ut. Øyenbrynene faller ofte av, og blir erstattet med en rad av knuter. Uten behandling vil det også kunne danne seg store saktegroene sår rundt på kroppen.

Spedalskhet er fremdeles i dag et problem flere steder i verden. Sørøst Asia, Afrika og Latin-Amerika er de hardeste rammete. Hvis noen enkeltland skal trekkes fram, vil India, Brasil, Indonesia og Myanmar ha en selvskreven plass.

I dag er det mulig å kurere spedalskhet forholdsvis enkelt ved hjelp av en pillekur kalt Multi-Drug Therapy (MDT). Med denne kuren blir de fleste pasienter friske i løpet av seks måneder. De med lavest motstandskraft mot sykdommen (lepromatøse pasienter) må imidlertid belage seg på å bruke 12 måneder. Dessuten er det viktig å få startet kuren tidlig, for å unngå at det skal utvikle seg misdannelser og handikap. Det fins fremdeles ingen effektiv vaksine mot spedalskhet, men BCG-vaksinen, som brukes på tuberkulose, har vist seg å ha en viss positiv effekt.

Det er nesten umulig å si hvor mange spedalske som fins i verden i dag, siden så mange av dem lever i fattige land med dårlig registrering av innbyggerne. Men å si at det er minst en million vil ikke være å overdrive, sannsynligvis er det langt flere. Da er det lettere å si hvor mange som har blitt helbredet for spedalskhet. Fra begynnelsen av 1980-årene har mer enn ti millioner mennesker rundt om i verden blitt friske. Allikevel er det mange spedalske igjen, og det kommer stadig flere tilfeller. Beregninger som er gjort de siste årene, har fastslått at det vil komme omkring 650 000 nye registrerte tilfeller hvert år i uoverskuelig framtid.

Det største problemet ligger i å nå fram til alle som trenger behandling. Spedalskhet er også i dag mange steder en sosialt stigmatiserende sykdom, noe som gjør at flere som lider av spedalskhet ikke tør å stå fram, av frykt for å bli utstengt fra samfunnet.



# KAPITTEL 1: DE SPEDALSKE I NORGE: EN PROFIL

I dette kapittelet vil jeg gi et bilde av de spedalske i Norge på 1800-tallet. Jeg vil se på deres utbredelse, både geografisk og sosialt. Var det store geografiske forskjeller? Hvilken del av befolkningen var det de spedalske tilhørte? Var det forskjeller mellom kjønnene, eller var alder mer utslagsgivende? Jeg vil også se på spedalskes familieforhold, for å se hvordan det var i forhold til samfunnet generelt.

Dette er viktige punkter som jeg mener det er passende å ta opp her, fordi de gir grunnleggende kunnskaper om spedalskhetens utbredelse i Norge og om de spedalske selv, og vil fungere som en bakgrunn til det som kommer senere i oppgaven.

## Spedalskhetens geografiske utbredelse i Norge

Mye tyder på at det var en sterk økning av spedalske i Norge på første halvdel av 1800-tallet. På det meste var det noe over 2800 spedalske her i landet. Men dette antallet var ikke jevnt fordelt. Det var en sterk konsentrasjon av spedalske langs vestkysten, med hovedvekt på Nordre og Søndre Bergenhus amt, men også Stavanger, Romsdals, Søndre Trondhjems, Nordre Trondhjems og Nordlands amt var hardt rammet. På Østlandet derimot, var sykdommen så godt som ukjent. For å illustrere hvor store forskjellene var har jeg satt opp en tabell som viser antall spedalske i hvert amt i Norge i 1860:

Tabell: 1.1

|                            |     |                       |     |
|----------------------------|-----|-----------------------|-----|
| Finnmarkens og Tromsø amt  | 44  | Stavanger amt         | 150 |
| Nordlands amt              | 180 | Lister og Mandals amt | 4   |
| Nordre Trondhjems amt      | 131 | Nedenæs amt           | 1   |
| Søndre Trondhjems amt      | 133 | Christians amt        | 17  |
| Romsdals amt               | 257 | Hedemarkens amt       | 4   |
| Nordre Bergenhus amt       | 419 | Buskeruds amt         | 0   |
| Bergen by (med stiftelser) | 449 | Akershus amt          | 2   |
| Søndre Bergenhus amt       | 277 |                       |     |

(Tallene er hentet fra Overlegens årsberetning fra 1860)

Tallene i denne tabellen er noe lave i forhold til det egentlige antall spedalske på den tiden, da registreringen fremdeles var ufullstendig, men den fungerer for å understreke det jeg vil fram til.

Det var også store forskjeller på hvor hardt ulike områder på Vestlandet var angrepet. Noen områder var gått helt fri for spedalskhet, mens andre var hardt angrepet. Men generelt var

sykdommen mest utbredt langs kysten. Jo lenger inn i fjordene eller opp mot fjellene man kom, jo færre spedalske var det (1860:35). Dette blir bekreftet av dr. med. Lorentz M. Irgens sin forskning på de spedalske pasientregistrene. Han hadde funnet ut at spedalskhet var langt mer utbredt i kystdistriktene enn i innlandet (Irgens 2002 (1979):3).

Irgens tar opp en hypotese til denne skjeve fordelingen i landet. Gjennom forskning har det blitt vist at det i enkelte typer myrer kan leve en basill, som selv med de mest avanserte metoder ikke lar seg skille fra leprabasillen. Hvis dette er tilfellet, vil det ytre miljøet ha innvirkning på spedalskhetens utbredelse (Davidsen 2004 (1995):2). Undersøkelser på Vestlandet støtter opp om dette, for basillen har vist seg å ha særlig gode vekstbetingelser i myrer som lå i nærheten av gårder med spedalskhet (Irgens 2002 (1979):4). Dette kan være en forklaring på hvorfor sykdommen var så lite utbredt andre steder i landet. Imidlertid kan ikke for mye trekkes ut av denne hypotesen, da man ikke vet sikkert hvordan basillen innvirker på mennesker.

En faktor som imidlertid styrker hypotesen, er at det i Østerdalen, hvor det eksisterer lignende myrer, fantes en liten gruppe med spedalske (Davidsen 2004 (1995):2). Også overlege Høegh hadde observert at det fantes spedalske der. I årsberetningen fra 1861 forteller han at det hadde vist seg å være spedalske i Elverums prestegjeld i søndre Østerdalen (1861:21-22). Han hadde planlagt å ta en tur dit dette året, men ble hindret på grunn av sykdom. Overlegen kom ikke med noen forklaring på hvorfor det fantes spedalske i Elverum. Men han nevnte at hvis han fikk en anledning til å ta en tur senere, ville han undersøke innbyggernes levesett og forhold, samt studere spedalskhetens etiologi.

I årsberetningene fra overlegen, ser vi at Elverum hadde en liten gruppe med spedalske. I 1862 var det registrert syv stykker i prestegjeldet. Tallene over resten av perioden gikk noe opp og ned. I 1880 var det seks spedalske, i 1885 to, så steg tallet til fem i 1890, før det i 1895 hadde falt til to igjen.

Søndfjord, i Nordre Bergenhus amt, hadde i sin samtid rykte på seg for å ha spesielt mange spedalske. Overlegene for den spedalske sykdom<sup>5</sup> kom til stadighet inn på dette området i sine årsberetninger, og i 1860 kunne overlege Løberg konstatere at dette var et av de verste steder i Norge når det gjaldt antall spedalske. Hvis Ytre og Indre Søndfjord legedistrikter legges sammen for dette året, viser det at det levde 246 registrerte spedalske i området (1860:7). Hvis vi ser på tabellen over er dette mer enn halvparten av hele amtets antall. Til sammenligning

---

<sup>5</sup> Stillingen som overlege for den spedalske sykdom ble opprettet i 1854, som et tiltak mot sykdommens sterke økning i landet. Den første overlegen var Ove Guldberg Høegh (1814-1863). I 1858 ble stillingen delt mellom ham og Timandus Løberg (1819-1882). For mer om overlegen og hans arbeidsoppgaver henviser jeg til kapittel to.

var det på samme tid 51 spedalske i ytre og indre Nordfjord til sammen (1860:7). Fra folketellingen i 1865 var det registrert 27 601 individer i Søndfjord og 21 759 i Nordfjord (Folketellingen 1865:16). Selv om det var flere innbyggere i Søndfjord, var ikke forskjellen så stor at det oppveier for forskjellen i antall spedalske.

I det nordenfjelske var det Nordre og Søndre Fosen legedistrikter i Søndre Trondheims amt som hadde flest spedalske, med til sammen 111 individer (1860:5). Det var nesten alle spedalske i hele amtet.

Det var ikke bare mellom amt og legedistrikter det var forskjeller, antall spedalske kunne også variere mye innad i legedistriktene. Hvis vi går tilbake til Søndfjord i 1860 så kan vi der se at det var store forskjeller. Lavest antall hadde Jølster prestegjeld med 6 individer, høyest hadde Kinn med 70 (1860:7).

## **Spedalskhetens sosiale fordeling**

I forhold til andre deler av landet, var ikke de sosiale forskjellene på vestkysten av Norge så store på 1800-tallet, særlig ikke på landsbygda. Dette gjaldt også til en viss grad for Nord-Norge. I disse delene av landet var gårdene generelt små, noe som gjorde forskjellene mellom gårdbrukere og husmenn mindre. Siden vestlandsgårdene var små, hadde de heller ikke så stort behov for husmannens arbeidskraft (Hovdhaugen 1975:97). Etter å ha betalt en engangssum ved overtakelsen av plassen, trengte husmannen bare å betale en mindre sum hvert år, gjerne i form av noen dagers arbeid hos gårdbrukeren (Hovdhaugen 1975:30). Dette gav den vestlandske husmannen en friere stilling enn mange av husmennene i andre deler av landet, særlig blant de som bodde på de østlandske flatbygdene. I tillegg var fiske en utjevne faktor langs kysten av Vestlandet og Nord-Norge, noe som gjorde forskjellene mellom bønder og husmenn mindre.

Husmennene tilhørte allikevel underklassen i samfunnet, også på Vestlandet, og generelt sett var de dårligere stilt enn bøndene. Husmennene hadde mindre og dårligere bygninger, mindre jord og færre dyr, noe som gjorde at de fleste av dem var helt avhengig av andre inntektskilder. Husmenn med jord var generelt sett bedre stilt enn de uten. Denne siste gruppen kunne til tider lide under svært dårlige levevilkår. De hadde ofte fiske som eneste næringsvei, så hvis dette skulle slå feil et år, fikk de store problemer med å livberge seg.

Fra den vestlandske bonden og husmannen med jord, og ned til hjemløse og tiggere kunne den sosiale forskjellen være stor. Disse laveste av de lave i samfunnet var helt avhengig av andres velgjørighet for å klare seg. Dette var også hovedfaktoren som skilte dem ut som en

egen gruppe, at de ikke, eller i liten grad, drev med produktivt arbeid, og dermed var avhengig av støtte fra familie, bekjente eller fattigvesen.

Ut fra vårt ståsted var de aller fleste av Norges befolkning på 1800-tallet fattige. For mange av dem var det en daglig kamp for å holde seg over sultegrensen. Det var ikke mye som skulle gå galt før sulten og armoden rammet gården. En feilslått avling, dårlig fiske og sykdom, var alle konstante trusler som hang over folk. Men i samtiden oppfattet nok ikke folk flest seg som fattige. Livet kunne til tider være hardt, men slik var det bare. Bønder, og i mindre grad husmenn, utgjorde flertallet på 1800-tallets landsbygda, de var normalen når det gjaldt leveforhold. Grensen mellom vanlige folk og fattige gikk i stor grad ved arbeid, men jord var også viktig. De som kunne arbeide for å forsørge seg selv og sine holdt seg over fattiggrensen. Unntaket her var gamle som levde på kår. Disse hadde inngått en avtale som sikret dem en viss økonomisk trygghet i alderdommen.

Jeg har tatt med denne oversikten for å gi et bilde av forholdet mellom samfunnsklassene på den vestlandske landsbygda. Nå vil jeg fortsette med å se på i hvor stor grad disse ble rammet av spedalskhet.

Blant de spedalske som levde på hospitalene mot slutten av århundret var det en overvekt av bønder. Fra beretningene i femårsperioden 1886-90 er det blitt regnet ut hvor mange som kom fra de forskjellige klassene på landsbygda (1886-90:48). Ved utgangen av 1890 var det 509 spedalske på hospitalene, 498 av disse er med i beregningene gjort under.

Når kvinner og menn blir sett under ett viser det at 29,9 % hørte til gårdbrukerne. Den nest største gruppen var husmannsklassen med 26,9 %. Videre kom de tjenesteytende med 17,3 % og fiskere eller sjømenn med 8,4 %. Denne fordelingen kan imidlertid være misvisende. Hvor mange gårdbrukere var det for eksempel i samfunnet? Hvis disse var i klart flertall blant befolkningen, vil det forklare hvorfor de utgjorde en så stor gruppe av de som ble innlagt på hospitalene. For å belyse størrelsen på folketallet til de forskjellige gruppene, har jeg satt sammen en tabell fra folketellingen i 1891. Jeg konsentrerer meg om de hardest rammede områdene i Norge. Bare landsbygda er tatt med i tallene nedenfor, byene er dermed utelatt. Tallene gjelder for det "Samlet Antall Persone der leve af vedkommende Erhverv", som det står i tabellen. Det inkluderer husholdets overhode hans familie og tjenerne<sup>6</sup>, hvis de hadde noen.

---

<sup>6</sup> Det vil si at tallene over gårdbrukere og i mindre grad husmenn vil være noe for høye, siden tjenerne er tatt med. Dette kan imidlertid rettes opp ved å trekke fra det antall tjenerne som står i rubrikken under. De fleste kan trekkes fra gårdbrukere, mens en mindre del kan trekkes fra husmenn. Dette vil bare bli omtrentlige tall, men det er bra nok i denne sammenheng.

Tabell: 1.2

| Amt<br>Livsstilling | Stavanger                            | Søndre<br>Bergenhus                    | Nordre Bergenhus                     | Romsdal                          |
|---------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Gårdbrukere         | M: 16 463<br>K: 9347<br>Tils: 25 810 | M: 22 706<br>K: 12 836<br>Tils: 35 542 | M: 15 624<br>K: 9059<br>Tils: 24 683 | M: 18 769<br>K: 10 464<br>29 233 |
| Husmenn             | M: 1946<br>K: 1015<br>Tils: 2961     | M: 2475<br>K: 1258<br>Tils: 3733       | M: 3885<br>K: 2026<br>Tils: 5911     | M: 3797<br>K: 1916<br>Tils: 5713 |
| Tjenere             | M: 1077<br>K: 1785<br>Tils: 2862     | M: 1401<br>K: 4157<br>Tils: 5558       | M: 1738<br>K: 3828<br>Tils: 5566     | M: 2348<br>K: 3229<br>Tils: 5577 |
| Fattige             | M: 742<br>K: 906<br>Tils: 1648       | M: 996<br>K: 1123<br>Tils: 2119        | M: 479<br>K: 639<br>Tils: 1118       | M: 667<br>K: 848<br>Tils: 1515   |
| Fiskere,<br>sjømenn | M: 1325<br>K: 508<br>Tils: 1833      | M: 1940<br>K: 480<br>Tils: 2420        | M: 615<br>K: 56<br>Tils: 671         | M: 1125<br>K: 306<br>Tils: 1431  |

| Amt<br>Livsstilling | Søndre<br>Trondhjems                  | Nordre<br>Trondhjems                 | Nordland                             | Til sammen                              |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| Gårdbrukere         | M: 13 425<br>K: 7 247<br>Tils: 20 672 | M: 10 165<br>K: 5577<br>Tils: 15 737 | M: 10 545<br>K: 6054<br>Tils: 16 599 | M 107 697<br>K: 60 584<br>Tils: 168 281 |
| Husmenn             | M: 3838<br>K: 2054<br>Tils: 5892      | M: 5308<br>K: 2558<br>Tils: 7866     | M: 2616<br>K: 1394<br>Tils: 4010     | M: 23 865<br>K: 12 221<br>Tils: 36 086  |
| Tjenere             | M: 1525<br>K: 1891<br>Tils: 3416      | M: 1262<br>K: 1701<br>Tils: 2963     | M: 836<br>K: 2629<br>Tils: 3465      | M: 10 187<br>K: 19 220<br>Tils: 29 407  |
| Fattige             | M: 1276<br>K: 1361<br>Tils: 2637      | M: 798<br>K: 985<br>Tils: 1783       | M: 826<br>K: 848<br>Tils: 1674       | M: 5784<br>K: 6710<br>Tils: 12 494      |
| Fiskere,<br>sjømenn | M: 1623<br>K: 252<br>Tils: 1875       | M: 896<br>K: 223<br>Tils: 1119       | M: 6031<br>K: 230<br>Tils: 6261      | M: 13 555<br>K: 2055<br>Tils: 15 610    |

(Tallene er hentet fra Folketellingen i 1891, s. 115, 122, 124, 127, 156 og 166. Statistisk sentralbyrå.)

Her ser vi at gårdbrukerne er klart i flertall. Dette passer med tallene over, som viser at det var flest spedalske blant denne klassen. Men når vi ser på antall gårdbrukere i forhold til de andre gruppene, var det faktisk relativt få spedalske innen denne klassen. Den nest største gruppen er husmennene, selv om tjenerne er i flertall i de to sydligste amtene. Her kan det allikevel se ut som om forskjellen mellom husmenn og tjenere var større når det gjaldt antall spedalske enn folketallet totalt sett. En mulig forklaring kan være at tallene fra folketellingen viser at kvinnene generelt var i flertall når det gjaldt tjenere.

Hvis tallene over spedalske deles opp i kjønn ser vi at det stemmer bedre: 26,7 % av de spedalske kvinnene var oppført som tjenesteytende, mens bare 6,5 % av mennene var det. Dette kan være en forklaring på uoverensstemmelsen, fordi det generelt var færre kvinner enn menn som ble spedalske<sup>7</sup>.

I forhold til gårdbrukerne hadde imidlertid både husmenn og tjenere et uforholdsmessig høyt antall spedalske, 26,9 og 17,3 % mot gårdbrukernes 29,9 %. Hva som kan være forklaringen på dette, er det ikke så godt å si, men det kan henge sammen med deres dårligere leveforhold og kosthold enn bøndene, og dermed dårligere motstandskraft mot smittestoffer.

I tallene over spedalske kan vi se at fattige ikke en gang er nevnt. Var det fordi de utgjorde en så liten del av de spedalske at de ikke ble tatt med? Det er ikke utenkelig, for når disse 498 ble delt opp etter kjønn, kom fattiglemmer med blant kvinnene, som en liten gruppe på 4,9 %. Dette tallet stemmer ikke helt overens med hvor mange fattige det var i samfunnet ellers. I tabellen over ser vi at fattige utgjorde den minste gruppen i alle amtene, men forskjellen var ikke så stor som tallene over spedalske fattiglemmer skulle tilsi<sup>8</sup>. Grunnen til dette er ikke klar, men muligens kan det henge sammen med forskjellige inndelingsmåter på de to tellingene. Jeg har valgt å ikke gå dypere inn i dette, fordi det ikke er sentralt for oppgaven min. Tallene fra folketellingen dekket nok heller ikke alle fattige i samfunnet, betlere og tiggere kom høyst sannsynlig ikke med. Dermed var det enda flere fattige enn tabellen over viser. Også i samtiden var det generelt vanskelig å si noe sikkert om hvor mange tiggere og betlere det fantes. Fra folketellingen i 1875 kom noen få av disse i en egen kategori, men det ble ment at de fleste nok havnet under kategorien ”Utilstrækkeligt betegnede Livsstillinger” (Folketellingen 1875:95).

Disse tallene gir bare en overfladisk skisse av sykdommens fordeling blant befolkningen på den vestlandske landsbygda, men i denne sammenheng mener jeg det er tilstrekkelig. Det jeg vil vise er at alle deler av befolkningen kunne bli angrepet, fra gårdbrukere til fattiglemmer.

Borgerskapet er ikke tatt med i denne oversikten. Dette har høyst sannsynlig to årsaker. For det første var det svært få innen denne klassen som ble rammet av spedalskhet. Årsaken til dette vites ikke sikkert, men det kan ha noe å gjøre med deres bedre levekår, særlig i form av boligforhold, kosthold og renslighet. Blant annet blir det i dag hevdet at dårlig kosthold, og særlig proteinfattig kost, kan føre til større mottakelighet for spedalskhet (Davidsen

---

<sup>7</sup> Mer om dette under neste overskrift: ”Spedalskhetens fordeling når det gjaldt kjønn”

<sup>8</sup> Definisjonen på ”fattig” i denne sammenheng var et menneske som fikk mesteparten av sitt livsgrunnlag fra offentlig understøttelse, og dermed ikke eller i liten grad hadde produktivt arbeid (Folketellingen 1891, volum om Livsstillinger: s. 166).

1995/2004:2). For det andre var borgerskapet en så liten gruppe i seg selv, sett i forhold til resten av befolkningen, at de ikke ville gitt særlig utslag uansett.

Blant legene som jobbet med spedalske, var det ikke en eneste som hadde blitt smittet av spedalskhet, selv om flere av dem prøvde å overføre sykdommen både på seg selv og andre ved innpodning av smittestoff. Heller ingen av de ansatte på hospitalene ble smittet. Dette viser hvor lite smittsom sykdommen er, og at det høyst sannsynlig er flere indre og ytre faktorer som spiller inn for om man blir smittet eller ikke, for eksempel arvelig disposisjon, kosthold, renslighet og boligforhold.

Årsberetningene og de tilhørende tabeller for perioden jeg studerer, viser at det utenfor hospitalene var få spedalske i byene. Spesielt i Bergen var dette tilfellet. Her levde bare et fåtall i selve byen, og de fleste av disse var innflyttere fra landsbygda. Overlegen for den spedalske sykdom kunne i 1863 fortelle at med unntak av to var alle spedalske i byen kommet fra landsbygda (1863:16a). Lorentz M. Irgens har kommet fram til samme konklusjon gjennom sin forskning. Han kan fortelle at sykdommen var svært sjelden i byene (Irgens 1979:3-4). Hvis hypotesen Irgens tar opp om tilstedeværelsen av lepralignende basiller i myrer stemmer, kan dette også være en forklaring på hvorfor det var så få spedalske i byene, siden de var mindre i kontakt med myr.

## **Spedalskhetens fordeling når det gjaldt kjønn**

Hva så når det gjaldt kjønn? Hvordan var antall spedalske fordelt mellom kvinner og menn? I overlegens femårsberetning fra 1891-95, ble det satt opp en oversikt over antall registrerte spedalske i tidsrommet 1856-1895. Her ble også kjønnene delt. I hele perioden hadde det blitt registrert 4294 menn og 3226 kvinner. Altså en betraktelig overvekt av menn.

For å vise utviklingen, har jeg satt opp en tabell for tidsperioden 1856-1895. Den tar for seg alle spedalske i landet, men tallene fra de første tiårene er for lave i forhold til det egentlige antall spedalske. Dette skyldes at alle spedalske enda ikke var registrert. Det eksakte antall ble regnet ut senere. Jeg mener allikevel at tallene viser det riktige forholdet mellom kjønnene, kanskje med unntak av 1856, men det kommer jeg tilbake til senere:

Tabell: 1.3

| Årstall | Utenfor hospitalene | På hospitalene   | Til sammen         |
|---------|---------------------|------------------|--------------------|
| 1856    |                     |                  | M: 1055<br>K: 1024 |
| 1865    | M: 768<br>K: 598    | M: 370<br>K: 400 | M: 1138<br>K: 998  |
| 1875    | M: 638<br>K: 510    | M: 310<br>K: 313 | M: 948<br>K: 823   |
| 1885    | M: 355<br>K: 295    | M: 253<br>K: 269 | M: 608<br>K: 564   |
| 1895    | M: 190<br>K: 138    | M: 263<br>K: 273 | M: 453<br>K: 411   |

(Tallene er hentet fra de respektive femårs- og årsberetningene fra overlegene for den spedalske sykdom)

Vi kan se at spedalske menn var i flertall under hele perioden. Forskjellen var minimal i 1856, mens den var langt større bare et tiår senere. Denne forskjellen holdt seg så mer eller mindre proporsjonalt med antall spedalske i resten av perioden. Grunnen til at antall spedalske menn i forhold til kvinner, slik det blir presentert i tabellen, økte så kraftig det første tiåret er jeg ikke sikker på. Det er nærliggende å tro at det kan skyldes mangelfulle og feilaktige opplysninger fra den første tellingen. Det virker imidlertid rart at det skulle få store utslag på forholdet mellom kjønnene. En annen hypotese er at forskjellen kan ha noe å gjøre med at de tre nye pleiestiftelsene kom i løpet av dette tiåret. Ved at mange av de sykeste spedalske ble innlagt på pleiestiftelsene, ble kvinnene mindre utsatt for smitte, siden det var de som hadde ansvaret for hjemmepleie av de svakeste spedalske. Dette blir styrket av hva Irgens skriver. Han mener at menn var mer utsatt for smitte når sykdommen avtok, fordi da vil smitte utenfor hjemme få større betydning. Gjennom sin større omgangskrets og deltakelse på fiskerier, ble menn mer utsatt for smitte (Irgens 1979:6). At forskjellen skulle bli så stor så fort, passer imidlertid dårlig med sykdommens lange inkubasjonstid, som kunne strekke seg fra tre år og oppover til over ti (Medisinsk leksikon 1993:122). Så jeg må bare konkludere med at jeg ikke har noen god forklaring på dette.

Selv om antallet spedalske synker jevnt og trutt fra 1865 til 1895, kan vi se at forholdet mellom kvinner og menn holder seg nokså konstant i hele perioden. Det virker som forskjellene i forhold til antall spedalske blir noe mindre mot slutten av århundre. Denne forskjellen er imidlertid så liten at den ikke er av betydning i denne sammenheng, hvor det ikke er nødvendig med eksakte tall, siden jeg bare er ute etter tendenser.

Legger man imidlertid sammen antall spedalske i hospitalene, viser tallene at de hadde kvinneoverskudd. Unntaket er Reitgjerdets pleiestiftelse, her var det flertall av menn i hele perioden.



Overlege Løberg hadde en teori om hvorfor det var flest kvinner på hospitalene. Han mente menn hadde lettere for å sørge for seg selv etter at de var blitt syk, så deres sykdom var kommet lenger i utviklingen før de kom på hospitalene (1859:28). Dette igjen førte til at de ikke ble der så lenge som kvinnene før de døde.

Overlege Høegh påstod i sin årsberetning fra 1857 at landet sett under ett var kjønnsfordelingen nokså lik, men at det gikk et skille nord og sør for Romsdal amt. Nordenfor var flere menn spedalske, mens kvinnene var i flertall sør for grensen (1857:5). Overlegen forklarte denne forskjellen med at kvinnene sør for grensen hadde tyngre byrder, og slet mer enn sine menn, mens det var omvendt i nord. Her var det mennene som slet mest, og de var mer utsatt for det harde klimaet, særlig gjennom fisket (1860:24).

Kanskje var dette noe av grunnen til at det var flertall av menn på Reitgjerdet pleiestiftelse i Trondheim? Tallene for 1870 viser at det var 133 menn og 96 kvinner på stiftelsen. I 1880 var tallene 104 og 77. Selv om antallet hadde minket på disse 10 årene hadde forholdet mellom kjønnene holdt seg nokså stabilt.

Lege og forstander på Reitgjerdet pleiestiftelse, Anton Julius Sand (1844-1916), skrev i 1885 om den samme overvekten av menn på stiftelsen. Han mente torskefiskeriene spilte en vesentlig rolle (1885:79). Der ble mennene samlet tett på hverandre over lengre tid. Dette var ugunstig både ut fra et smitte- og et miasmeteoretisk ståsted.

At overlege Høegh i 1857 mente at forholdet mellom spedalske menn og kvinner var så godt som likt, er i samsvar med tallene for 1856 i tabell 1.3. Dette styrker sannsynligheten for at disse er riktige.

For hele perioden jeg tar for meg er det imidlertid, som nevnt over, flertall av spedalske menn. Fra overlegen for den spedalske sykdom sin femårsberetning fra 1895, har jeg en tabell som viser prosentforholdet mellom registrerte spedalske menn og kvinner samt hvilken form de led av. Jeg har satt opp de hardest rammede amtene i tidsrommet 1856-1895:

Tabell: 1.4

| Amt                  | Knutet form |         | Glatt form |         |
|----------------------|-------------|---------|------------|---------|
|                      | menn        | kvinner | menn       | kvinner |
| Stavanger            | 34,9        | 25,9    | 21,1       | 18,2    |
| Søndre<br>Bergenhus  | 34,0        | 33,9    | 15,6       | 16,5    |
| Nordre<br>Bergenhus  | 34,5        | 32,1    | 17,2       | 16,1    |
| Romsdal              | 44,4        | 30,0    | 14,7       | 10,9    |
| Søndre<br>Trondhjems | 48,1        | 25,4    | 17,3       | 9,2     |
| Nordre<br>Trondhjems | 47,1        | 23,8    | 17,1       | 12,0    |
| Nordlands            | 44,3        | 27,2    | 17,3       | 11,2    |
| Hele landet          | 40,2        | 29,2    | 16,9       | 13,7    |

(Tallene er hentet fra femårsberetningen fra overlegen for den spedalske sykdom, 1891-95:117)

Denne tabellen viser at i perioden jeg tar for meg var spedalske menn i flertall i alle de hardest rammede amtene. Forskjellen var størst fra Romsdal og nordover, men selv i de tre sørligste amtene var mennene i flertall. Forskjell i antall spedalske menn og kvinner var størst når det gjaldt den knutete formen. For den glatte form var forskjellene mindre, men også her var mennene i flertall, unntatt i Søndre Bergenhus hvor det var 0,9 % flere kvinner. Denne forskjellen mellom kjønnene blir styrket av Irgens forskning (Irgens 1980:54). I hele perioden han hadde undersøkt, fra meldeplikten for spedalskhet ble innført i 1856 til den siste spedalske døde i 1970-årene, har han vist at det i "høyfrekvens" områdene var overvekt av menn. Gjennomsnittet for perioden var på 139,4 menn per 100 kvinner. Høyfrekvensområdene han snakker om, er de områder i Norge som var hardest rammet av spedalskhet.

Så når hele perioden jeg tar for meg blir sett under ett, var menn i flertall i alle de hardest rammede amtene. Det er vanskelig å si noe sikkert om grunnene til denne skjeve fordelingen mellom kjønnene. Det er imidlertid mulig at mennenes viere omgangskrets, og deltakelse på fiskeriene, har vært en medvirkende årsak. Denne faktoren må i så fall ha vært så stor at den oppveide for den smittefaren kvinnene var utsatt for gjennom stell og pleie av spedalske i hjemmet. Imidlertid har smittefaren for kvinnene sannsynligvis minket betraktelig etter at de nye pleiestiftelsene ble bygget (se over).

Det neste jeg vil ta for meg er spedalskes gjennomsnittsalder og sykdomsvarighet, sett i forhold til kjønn. Jeg vil også se på om det er noen forskjell mellom knutet og glatt form på disse punktene.

Jeg har en tabell fra Reitgjerdet pleiestiftelse, som tar for seg forholdet mellom kjønnene, fra den åpnet i 1861 til slutten av perioden jeg tar for meg, 1895. Tallene gjelder for de som døde på stiftelsen i denne perioden:

Tabell: 1.5

|                 | Knutet form              | Glatt form                 | Begge former               |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sykdomsvarighet | M: 8,91 år<br>K: 9,90 år | M: 13,62 år<br>K: 18,10 år | M: 10,07 år<br>K: 12,00 år |

(Tallene er hentet fra femårsberetningen fra overlegen for den spedalske sykdom, 1891-95, s. 98)

Som tallene viser levde kvinner lenger med spedalskhet enn menn. Forskjellen var størst når det gjaldt den glatte formen, med omkring fire og et halvt år, mens det for den knutete formen var en forskjell på ett år. Samtidens leger hadde ikke noen gode forklaringer på denne fordelingen, de gikk bare ut fra at kvinner var mer motstandsdyktige mot sykdommen. Legene hadde også observert at kvinner generelt fikk sykdommen i yngre alder enn menn (1891-95:95). Dette gjaldt for både knutet og glatt form. Samme tabell fra Reitgjerdet viser dette forholdet:

Tabell: 1.6

|                          | Knutet form         | Glatt form           | Begge former         |
|--------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Alder ved sykdomsutbrudd | M:30,50<br>K: 27,66 | M: 36,23<br>K: 32,42 | M: 31,91<br>K: 28,88 |

(Tallene er hentet fra femårsberetningen fra overlegen for den spedalske sykdom, 1891-95, s.98)

Når det gjaldt forholdet mellom knutet og glatt form, uavhengig av kjønn, viser tallene at spedalske med den glatte form, levde betydelig lenger enn de med den knutete. Danielssen og Boeck hadde til sin bok *Om Spedalskhet* regnet ut hvor lenge pasientene ved st. Jørgens hospital i gjennomsnitt hadde levd med sin sykdom. Tallene deres kunne fortelle at de med knutet form hadde levd i 9,5 år før de døde, mens de med glatt form hadde levd med sykdommen i hele 18,5 år i gjennomsnitt (Danielssen og Boeck 1848:259). Disse tallene blir støttet av senere beretninger fra overlegene for de tre pleiestiftelsene. I beretningen fra Reknes pleiestiftelses forstander og lege Fredrik Christian Sand (1813-1871) i 1869, forteller han at blant de som hadde dødd på stiftelsen i løpet av året, hadde de med den glatte form gjennomsnittlig levd med sykdommen i 18,9 år, mens de med den knutete form hadde levd med den i 5,5 år (1869:23). Grunnen til denne forskjellen er rett og slett at knutet spedalskhet er den mest ondartete formen for spedalskhet, som angriper de med liten eller ingen motstandskraft mot sykdommen (Medisinsk leksikon 1993:123).

Av de to formene, var den knutete mest vanlig. Dette kommer fram av tabell 1.4. Her ser vi at i alle amtene var denne formen for spedalskhet mest utbredt. Vi kan også se at den knutete formen har en større prosentandel i de nordlige amtene, som alle har over 70 % knutet

spedalskhet. De tre sydligste amtene lå alle mellom 60 og 68 %, lavest var Stavanger amt med 60,8 %.

Hvorfor var knutet spedalskhet mest utbredt? Det har jeg ikke funnet noe godt svar på, men det kan ha sammenheng med at den er mest vanlig der folk blir utsatt for store mengder smittestoffer over lengre tid. På denne måten blir kroppens motstandskraft svekket (Irgens 1979:6). Mangelfull og ensidig mat kan også ha hatt en negativ innflytelse på folks motstandskraft.

## Aldersfordeling

Det neste jeg vil ta for meg er de spedalskes aldersinndeling, for å få et overblikk over hvilke aldersgrupper som var hardest rammet. Tallene er hentet fra overlegens årsberetning i 1857. Jeg har plukket ut de hardest rammede amtene, siden antallet der er stort nok til å minimalisere tilfeldighetenes spill.

Tabell: 1.7

| Amt               | Alder   |          |          |          |     |
|-------------------|---------|----------|----------|----------|-----|
|                   | 0-10 år | 10-20 år | 20-30 år | 30-50 år | 50+ |
| Stavanger         | 0       | 22       | 32       | 80       | 51  |
| Søndre Bergenhus  | 2       | 33       | 90       | 146      | 83  |
| Nordre Bergenhus  | 13      | 89       | 182      | 228      | 96  |
| Romsdals          | 2       | 17       | 67       | 88       | 59  |
| Søndre Trondhjems | 2       | 22       | 40       | 49       | 16  |
| Nordre Trondhjems | 1       | 21       | 43       | 41       | 32  |
| Nordlands         | 0       | 25       | 60       | 77       | 51  |
| Til sammen        | 20      | 229      | 414      | 609      | 388 |

(Tallene er hentet fra overlegen for den spedalske sykdom sin årsberetning i 1857, s.19)

For å sammenligne dette med hvor mange mennesker det var i hver aldersgruppe, vil jeg sette opp en lignende tabell for amtenes totale folketall i 1865<sup>9</sup>:

<sup>9</sup> Jeg valgte denne tellingen fordi tellingen fra 1855 ikke hadde noen tabeller som passet.

Tabell: 1.8

| Amt                  | Alder   |          |          |          |         |
|----------------------|---------|----------|----------|----------|---------|
|                      | 0-10 år | 10-20 år | 20-30 år | 30-50 år | 50+ år  |
| Stavanger            | 19 740  | 17 647   | 11 903   | 17 544   | 13 305  |
| Søndre<br>Bergenhus  | 27 151  | 23 551   | 16 537   | 26 582   | 19 582  |
| Nordre<br>Bergenhus  | 21 362  | 16 996   | 12 916   | 20 027   | 15 156  |
| Romsdals             | 22 418  | 18 069   | 13 912   | 22 774   | 16 131  |
| Søndre<br>Trondhjems | 20 816  | 16 749   | 13 566   | 21 870   | 16 835  |
| Nordre<br>Trondhjems | 18 700  | 14 958   | 11 557   | 19 240   | 14 678  |
| Nordlands            | 22 774  | 17 413   | 13 932   | 21 679   | 13 351  |
| Til sammen           | 152 961 | 125 383  | 94 323   | 149 716  | 109 038 |

(Tallene er hentet fra Folketellingen i Norge 1865, s.70)

Tallene over spedalske er ikke fullstendige, siden ikke alle var registrert enda, men forskjellen er så pass liten, at det fremdeles viser forholdet til befolkningen ellers i de angitte aldersgrupper. Dessuten er det ikke det totale antall spedalske som er interessant i denne sammenheng. Det jeg er ute etter er fordelingen mellom de forskjellige aldersgruppene.

I tabellen over spedalskes aldersfordeling ser vi at de fleste ligger mellom 10-30 og 30-50 år. Av barn opp til 10 år er det svært få spedalske, selv om de utgjorde den største gruppen i befolkningen. Hovedgrunnen til dette er høyst sannsynlig sykdommens lange inkubasjonstid, som kunne strekke seg over flere år. Dette forklarer hvorfor så få småbarn var blitt syke. Når det gjelder de over 50 år, så er det blant dem en god del færre spedalske enn blant de to foregående gruppene. Grunnen til dette kan være at de som hadde levd hele sitt liv i områder med spedalske, ville blitt syke før hvis de hadde vært mottakelige for smitte. Dette gjaldt nok for flertallet av befolkningen på Vestlandet og områdene nordover. Men som vi ser av tabellen over folketallet i de to amtene, var det et mindretall som var over 50 år, noe som også kan være med på å forklare det lave tallet. Antakeligvis er det lave antall spedalske i denne aldersgruppen et resultat av begge disse faktorene.

## Familieforhold

Jeg vil begynne med å se på landet under ett, og det første jeg vil ta for meg er ekteskap. Tabellene som kom ut sammen med overlegen for den spedalske sykdoms årsberetning for 1857 har et unikt innhold, som ikke ble tatt med i senere år. Tabellene viser hvor mange av de spedalske som levde sammen med en ektefelle, og hvor mange av disse som hadde giftet seg etter at de var blitt spedalske. Først vil jeg sette opp en oversikt over hvor mange spedalske

som levde i ekteskap dette året, sett i forhold til hvor mange de var totalt sett. Jeg vil bare ta med de hardest rammete amtene:

Tabell: 1.9

| Amt                            | Totalt antall spedalske | Antall spedalske med friske ektefeller | Antall spedalske med spedalske ektefeller |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| Stavanger                      | 185                     | 94                                     | 6                                         |
| Søndre Bergenhus m. hospitaler | 523                     | 203                                    | 17                                        |
| Nordre Bergenhus               | 606                     | 190                                    | 27                                        |
| Romsdals                       | 234                     | 100                                    | 6                                         |
| Søndre Trondhjems              | 130                     | 43                                     | 6                                         |
| Nordre Trondhjems              | 138                     | 43                                     | 2                                         |
| Nordland                       | 213                     | 80                                     | 5                                         |
| Til sammen                     | 2029                    | 753                                    | 69                                        |

(Tallene er hentet fra overlegens årsberetning for 1857, side 19)

Som tallene viser var det mange av de spedalske som levde i ekteskap. De aller fleste av disse hadde en frisk partner, noe som ble naturlig tatt i betraktning hvor få spedalske det var i forhold til hele befolkningen. Og siden sykdommen er lite smittsom, var det få som ble smittet av sin syke ektefelle etter at de var gift.

Men hvor mange var tydelig spedalsk da de inngikk ekteskap? Tallene her er langt lavere. I Nordre Bergenhus var det kun 16 av de 217 som var gift som var åpenbart spedalske. I Søndre Bergenhus var det 16 av 186, mens i Nordlands amt var det 10 av 85 (1857:19). Denne tendensen fortsetter i alle amtene. Dette viser at det var uvanlig at folk inngikk ekteskap med partnere som var åpenbart spedalske, men at det hendte. Da var det nok vanligere å gifte seg inn i spedalske slekter. Mer om dette kommer i kapittel fire.

## De spedalskes barn

Spedalske fikk barn, som de fleste andre mennesker på den tiden. Under har jeg satt opp en tabell over hvor mange barn spedalske fikk.

Tabell: 1.10

| Amt                            | Antall spedalske | Friske barn | Spedalske barn |
|--------------------------------|------------------|-------------|----------------|
| Stavanger                      | 185              | 328         | 10             |
| Søndre Bergenhus m. hospitaler | 523              | 580         | 25             |
| Nordre Bergenhus               | 606              | 506         | 39             |
| Romsdals                       | 234              | 268         | 8              |
| Søndre Trondhjems              | 130              | 132         | 3              |
| Nordre Trondhjems              | 138              | 160         | 4              |
| Nordlands                      | 213              | 218         | 5              |
| Til sammen                     | 2029             | 2192        | 94             |

(Tallene er hentet fra Overlegen for den spedalske sykdoms årsberetning fra 1857, side 19)

For å sammenligne antallet barn av spedalske i forhold til resten av befolkningen, har jeg laget en tabell som tar for seg forholdet mellom antall barn totalt i amtene, i forhold til folkemengden. Tallene gjelder bare for landdistriktene:

Tabell: 1.11

| Amt              | Folketallet | antall barn (0-15år) | Amt               | folketallet | antall barn (0-15 år) |
|------------------|-------------|----------------------|-------------------|-------------|-----------------------|
| Stavanger        | 80 139      | 28 996               | Søndre Trondhjems | 89 836      | 29 546                |
| Søndre Bergenhus | 113 403     | 39 556               | Nordre Trondhjems | 79 133      | 26 676                |
| Nordre Bergenhus | 86 457      | 30 382               | Nordlands         | 89 149      | 32 148                |
| Romsdal          | 93 304      | 31 773               | Til sammen        | 631 421     | 219 077               |

(Tallene er hentet fra folketellingen i 1865, side 36)

Ut fra disse to tabellene kan man se at spedalske hadde mange barn, og at de aller fleste av dem var fri for spedalskhet. Dette igjen viser hvor lite smittsom sykdommen var. Grunnen til det høye antall barn blant spedalske i forhold til resten av befolkningen, har nok sammenheng med at de fleste spedalske var voksne, og dermed i reproduktiv alder. Som jeg har vist i tabell 1.7, var det svært få spedalske barn.

## Konklusjon

Så spedalskhet var en sykdom som kunne angripe alle lag av befolkningen på landsbygda, fra storbonden til fattiglemmet. Byene ble angrepet langt svakere enn landsbygda, det på tross av at det i flere av dem lå hospitaler. Bergen hadde hele tre stykker. Når det gjaldt fordeling mellom kjønn for hele perioden, var det overvekt av menn, men forskjellene var størst nord for Romsdal.

Jeg viste at spedalske med den glatte form levde i gjennomsnitt rundt dobbelt så lenge som de med den knutete, og at spedalske kvinner som regel levde lenger enn menn. Når det gjaldt aldersinndeling kom det fram at de fleste spedalske befant seg i de to aldersgruppene 20-30 og 30-50 år. Det stemte med at størstedelen av befolkningen også befant seg i de samme aldersgrupper. Nå utgjorde barn fra 0-10 år også en vesentlig del av befolkningen, men disse var bare angrepet i liten grad, trolig grunnet sykdommens lange inkubasjonstid.

Videre viste jeg at opp til 1/3 av de spedalske var gift. For de fleste amtene hadde hver spedalsk i gjennomsnitt noe over ett barn, enkelte steder to. De aller fleste av disse barna led ikke av spedalskhet.

Det er ikke alt jeg har forklart i dette kapitlet, eller gått i dybden på. Det skyldes to hovedgrunner. For det første har jeg ikke sett det som nødvendig å forklare hver minste lille detalj, siden det som tas opp her bare er ment å gi en generell oversikt over spedalskhetens utbredelse og hvem som ble rammet. For det andre er det mye man fremdeles ikke vet om sykdommen. Særlig innenfor områder som hvordan den smitter, hvorfor noen områder blir angrepet hardere enn andre, og hvorfor kvinner lever lenger med sykdommen enn menn. Jeg mener også at det kjeder både leseren og meg med alt for mange tall og tørre fakta. Så med dette går jeg over til de neste kapitlene, som utgjør hoveddelen av oppgaven.



## KAPITTEL 2: LEGENE OG DEN SPEDALSKE SYKDOM

Legene hadde en sentral posisjon i kampen mot spedalskhet. Det var lagt på deres skuldre å beskytte befolkningen mot denne mystiske sykdommen. Legene skulle avsløre dens hemmeligheter, finne kurer og lindre de sykes lidelser.

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på hvordan legene så på denne sykdommen. Det innebærer hva de mente førte til spedalskhet, og hvordan de mente den kunne stoppes. Først vil jeg imidlertid si litt generelt om leger på 1800-tallet.

### 1800-tallets leger

Ved århundrets start var legene en liten og marginal gruppe i Norge. I hele landet var det ikke mer enn omkring 100 leger, og det fantes ikke tegn til noen organisert legestand. Legene var en del av embetsstanden, men hadde lav rang. De hadde lite å si når det gjaldt styre og stell, og hadde generelt liten innflytelse i samfunnet. Noe av grunnen var at legene på denne tiden ikke var kommet langt i vitenskapelig og medisinsk utvikling. Fremdeles var det humorallæren som regjerte<sup>10</sup>, og smitte ble noe flytende forklart ved at sykdom kom med bedervet luft (miasmer). Men hele svaret på legenes svake innflytelse i samfunnet lå ikke her. Fra det offentliges side var det liten interesse for helsetilstanden i befolkningen, og derfor var det heller ikke stor interesse for å forbedre den. Bare i perioder med store epidemier ble interessen vekket, og da bare så lenge epidemiene herjet i befolkningen.

På begynnelsen av århundret hadde ikke legene mye tillit i befolkningen. De få legene som fantes rundt i landet, slet med å nå fram til folk. Siden legevitenenskapen var kommet så kort, var det heller ikke mye de kunne gjøre for å helbrede og forebygge sykdommer. Det ble heller ikke lettere av at folk flest på landsbygda var vant til en stor grad av selvforsyning. Det de ikke produserte selv, byttet de til seg. Dette gav dårlig grunnlag for leger som var avhengig av betaling for sine tjenester, helst i klingende mynt. I tillegg var mange folk fattige, og hadde ikke råd til legenes tjenester.

Utover på 1800-tallet skulle imidlertid legenes posisjon i samfunnet endre seg betraktelig. Flere nye medisinske oppdagelser førte til at legene etter hvert fikk kontroll over en god del av de epidemiske sykdommene. Ved å ha fått ny og bedre kunnskap om sykdommer og

---

<sup>10</sup> De fire kroppsvæsker: blod, slim, svart og gul galle, og hvordan disse var styrende for kroppens helse.

smitteveier, kunne det settes i verk mer effektive tiltak for å begrense sykdommenes spredninger. Cellulærpatologien, som ble innført av patologen Rudolf Virchow (1821-1902), var en av forutsetningene for bakteriologiens gjennombrudd i 1870- og 1880-årene. Dette erstattet den tidligere miasmeteorien, som påstod at sykdom kom fra bedervet luft (Schiøtz 2003a:21). Dermed var bakteriene avslørt, og sykdommer kunne forklares som angrep fra små selvstendige livsformer. Rundt 1900 var mesteparten av det sykdomsforebyggende arbeid rettet mot bakteriene. Tiltakene bestod av isolering og desinfeksjon, men kurer ble også brukt. På disse områder var legene tidlig ute i kampen mot spedalskhet. Etter at Armauer Hansen i 1873 hadde funnet ut at sykdommen skyldtes en basill, ble alle videre tiltak satt i verk ut fra den oppfatning at sykdommen var smittsom. Flere av disse tiltakene kom senere til å stå som modell for bekjempelse av andre sykdommer, deriblant tuberkulose.

Mot slutten av 1800-tallet steg legenes status. Da omfattet de over 1000 stykker, og hadde en sentral posisjon i samfunnet. Dette var ikke bare på grunn av de medisinske nyvinningene, men også fordi legene hadde fått en mer sentral rolle i samfunnsdebatten (Schiøtz 2003a:272). De ble sett på som eksperter på helse, hygiene og sosiale problemer, og ble stadig spurt til råds på disse feltene. Legene hadde nå fått en svært viktig oppgave: de skulle øke kvaliteten på folks liv og skape et bedre samfunn.

En annen viktig grunn til at legene hadde gått fra maktesløshet til makt, var at de hadde organisert seg. I 1886 dannet de den norske legeförening. Noe av bakgrunnen for dannelsen var grunnet i misnøye med hvordan staten behandlet dem. Særlig ønsket legene mer innflytelse på offentlige saker. De mente at gjennom den kunnskapen de hadde, burde deres meninger i større grad bli hørt. Gjennom å danne en forening ville det være lettere for legene å kjempe for egne rettigheter og interesser. Dannelsen av foreningen skapte også en fellesskapsfølelse legene imellom, på tvers av faglige felt.

Legene hadde i løpet av de siste tiårene av 1800-tallet sakte men sikkert oppbygget seg en tillit i befolkningen. På denne tiden var det en stor optimisme for fremtiden, og en stor respekt for de boklærde. For folk ble legene stående som representanter for framskritt og fornuft. Legene selv oppfattet seg mer og mer som folkeopplysere fra midten av 1800-tallet. De samfunnsmedisinske oppgavene ble stadig viktigere. Dette gjaldt også for kampen mot spedalskhet. Det ble satt i verk flere tiltak for å bekjempe sykdommen, blant disse var opplysning av allmuen en av de viktigste. Mer om dette kommer i kapittel fire.

Legene fikk også autoritet på flere områder av samfunnslivet som ikke var direkte knyttet til deres profesjon. Dette gjaldt særlig områdene moral og politikk. De hadde blitt bærere av en

kulturell autoritet (Schiøtz 2003a:21), noe som innebar at de kunne definere hva som var rett og galt på mange områder, og at de kunne forvalte samfunnets normer og verdier.

Så fra å ha hatt en marginal plass i samfunnet på begynnelsen av 1800-tallet, hadde de fått en svært så sentral posisjon ved inngangen til det nye århundret. Denne prosessen vil komme fram i min oppgave, for kampen mot spedalskhet var en viktig faktor i utviklingen av den norske medisin, med ringvirkninger utover hele den vestlige verden. Flere norske leger ble internasjonale eksperter på spedalskhet. De var blitt anerkjent gjennom sin forskning og sine utgivelser av viktige verk innen feltet. Gjennom deres arbeid, og gjennom de tre spedalskhospitalene i byen, ble Bergen et internasjonalt forskningssenter på spedalskhet. Leger fra hele den vestlige verden kom til byen for å studere sykdommen.

## **Kampen mot spedalskhet begynner**

De som led av spedalskhet hadde tidligere blitt sett på som uhelbredelige, fordi det ble trodd at sykdommen kom fra Gud eller den onde (Hjort 1871:7). Av den grunn var det drevet lite forskning på dette området. I Norge, til forskjell fra flere andre land, var ikke de spedalske blitt forfulgt og plaget, men opp til flere tiår ut på 1800-tallet var de blitt oversett og forsømt. Som en konsekvens av dette fantes det lite kunnskap om spedalskhet i Norge, og hvor utbredt den var kunne det bare gjettes på. Selv legene hadde lite kunnskap om spedalskhet, og forvekslet den ofte med andre sykdommer. Men forandringer var i emning, for det var blitt en økt interesse for forbedring av helsetilstanden i befolkningen.

Spedalskhet kom for alvor fram i det offentlige lys på begynnelsen av 1830-årene, nærmere bestemt 1832. Dette året gjorde en lege ved navn Jens Johan Hjort (1798-1873), etter egen ansøking til staten, en reise rundt på Sørlandet og Vestlandet, for å gjøre seg kjent med de hudsykdommer som fantes i disse deler av landet (Hjort 1871:9). Før han dro fikk Hjort et tilleggsoppdrag av daværende statsråd Diriks. Han ville at Hjort skulle undersøke de spedalskes tilstand på Vestlandet, og om de fikk tilstrekkelig hjelp fra det offentlige.

Dette viser at det offentliges interesse for spedalskhet startet før de visste omfanget av sykdommen. Dette følger den generelle utviklingen i interessen for forbedring av helsetilstanden i samfunnet.

På sin reise hadde Hjort vært rundt til de spedalskes hjem, for så å avslutte turen med et besøk på st. Jørgens hospital for spedalske i Bergen. Hjort måtte bare konkludere med at det fra statens side ble gjort alt for lite for de spedalske. Overalt var spedalske forsømt og overlatt til seg selv, mye grunnet stor mangel på sykehus og anstalter. Imidlertid hadde han tidlig på sin reise blitt klar over at spedalskhet kunne kureres. Ved det sivile sykehus i Bergen hadde

herr Wisbech klart å kurere flere spedalske, men Hjort måtte legge til at flere av disse dessverre hadde fått tilbakefall senere. Han mente at tilbakefallende som regel var kommet etter at lemmene hadde vent tilbake til sine tarvelige levemåter på landsbygda. På st. Jørgen hadde Hjort sett en 70 år gammel kone som hadde klare spor etter spedalskhet, deriblant arr etter absorberte knuter. Ut fra disse observasjonene mente Hjort det kunne være mulig å kurere flere av de spedalske, bare forholdene ble lagt til rette. Det kunne best gjøres ved å opprette helbredelsesanstalter og pleiestiftelser på passende steder i de områder av landet som var hardest angrepet. Hjort mente det ville bli billigst og mest praktisk å forene disse to typer anstalter til én.

I årene etter Hjorts reise ble problemet rundt de spedalske tatt opp flere ganger, mye på grunn av de manglene han hadde påpekt. Det ble tidlig foreslått å bygge flere helbredelses- og pleieanstalter. Blant annet ble det fra Bergen bys representanter lagt fram et slikt forslag på stortinget i 1836. Forslaget gikk så til regjeringen, som påla kirke- og undervisningsdepartementet å gjøre undersøkelser angående hva som kunne gjøres. Departementet mente det først måtte kartlegges hvor mange spedalske som fantes i landet. Derfor henvendte de seg til landets prester, for å få de til å foreta en telling. Samme år kom resultatet tilbake. Etter prestenes tellinger, var det 659 spedalske i landet. Flere mente at dette tallet var alt for lavt, deriblant Hjort. På sine reiser hadde han fått inntrykk av at antallet var langt høyere. Men én viktig ting kom det fram av prestenes tellinger, det kunne virke som antallet spedalske hadde økt i løpet av det siste tiåret. Dette var nok til å sette i gang videre tiltak.

Året etter, i 1837, ble det så på kongelig initiativ satt sammen en kommisjon bestående av folk med spesialkompetanse innen feltet. Hjort var en av medlemmene. Denne kommisjonen skulle komme fram med en detaljert plan for hvilke tiltak som skulle settes i gang for å bekjempe sykdommen. Blant annet skulle de finne ut hvordan pleie- og helbredelsesanstaltene mest hensiktsmessig kunne bygges, og gi et overslag på hvor mye det ville koste (Hjort 1871:15).

Etter litt over ett år kom kommisjonens rapport. Den konkluderte med at det ville være mest hensiktsmessig å bygge fire kombinerte helbredelses- og pleiestiftelser, fordelt utover landet på egnede steder. Kommisjonens forslag var å opprette en stiftelse i hver av de følgende byer: Bergen, Molde, Bodø og Tromsø.

Forslagene fra kommisjonen ble lagt fram på stortinget i 1842 (Irgens 1989:210). Det kan virke som det ble ansett for dyrt å bygge fire stiftelser, i hvert fall ble det vedtatt at det bare skulle bygges et forskningsssenter for spedalskhet. Der skulle det forskes på sykdommen og

utprøves behandlingsmetoder. Det ble bestemt at forskningssenteret, som ble kalt Lungegårdshospitalet, skulle legges til Bergen. Det stod ferdig i 1849.

Stortinget kom også fram til at for å øke legenes kunnskaper, var det nødvendig å finansiere studieturer, både i inn- og utland. Det ble satt av penger for leger til å reise rundt i Bergen stift for å studere spedalske. Studieturer til utlandet ble finansiert for at legene skulle få studere hudsykdommer, og hvordan disse ble behandlet i andre land. Berglege Carl Wilhelm Boeck (1808-1875) var en av de første som fikk finansiert en slik tur, året var da 1840. Han dro først til Bergen, for å tilegne seg grunnleggende kunnskaper om spedalskhet, før han så dro på en lengre utenlandstur som varte litt under ett år. Resultatet av studiereisen hans kom i form av en bok kalt *Om den spedalske Sygdom: Elephantiasis Graecorum*. Boken ble en slags forløper til det storverket han noen år senere (1847) kom til å utgi sammen med legen Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894), nemlig boken *Om Spedalskhed*, som fikk stor anerkjennelse i vitenskapelige kretser langt utenfor landets grenser. I boken stod Boeck for den historiske delen, mens Danielssen stod for den vitenskapelige.

Danielssen ble etter hvert en sentral skikkelse innen forskningen på spedalskhet, både i Norge og i utlandet. Han ble ansett som en av verdens ledende eksperter innen feltet, og var høyt respektert. Det var han, sammen med Boeck, som for første gang gav en grundig klinisk beskrivelse av spedalskhet. Deres bok fjernet det meste av tidligere tvil og usikkerhet rundt diagnostiseringen av sykdommen. Danielssen var overlege ved st. Jørgens hospital fra 1839, og ble i 1846 også den første overlege ved Lungegårdshospitalet, en stilling han hadde til sin død i 1894.

I årene etter stortinget i 1842, kom det flere forslag til foranstaltninger mot sykdommen (Hjort 1871:21-26). De første foranstaltningene bar preg av den rådende oppfatningen om at spedalskhet ble overført ved arv. Derfor var det viktig at de spedalske ikke fikk avkom. I denne sammenheng kom det fram forslag om å forby spedalske å gifte seg, og at de med spedalske foreldre ikke skulle få gifte seg før de var 30 (menn) eller 25 (kvinner). De som hadde vært løsaktige, inngått ekteskap før denne tid, eller fått barn utenfor ekteskap, skulle øvrigheten kunne tvinge inn i en pleiestiftelse. Det kom også forslag som var mer ekstreme enn disse, blant annet ble det foreslått å isolere alle spedalske i stiftelser, for der å separere kjønnene. Andre forslag gikk på å isolere alle mellom 18 og 50 år, isolere bare spedalske menn, eller kastrere dem. Heldigvis var det krefter som var i mot disse forslagene. Fra flere hold ble de sett på som inhumane og lite verdige. Det ble også kommentert at det ville bli altfor dyrt å isolere alle spedalske i pleieanstalter. Dessuten ville det vært nødvendig å bruke

tvang for å få innlagt alle sammen, da mange av dem heller ville være hjemme. Forslagene ville også innebære at gifte måtte leve resten av livet separert fra hverandre.

Utover i 1850-årene kom det så inn flere forslag som ble vedtatt. Ett av de viktigste vedtakene var å bygge en pleiestiftelse i Bergen, som kunne ta i mot et stort antall spedalske. Dette var Pleiestiftelse nr.1. Videre la regjeringen ned et forslag til stortinget i 1854 om å opprette to stillinger som overlege for den spedalske sykdom. Stortinget mente dette var en god idé, men nøyde seg med å gi penger til én stilling. Stillingen ble besatt samme år av legen Ove Guldberg Høegh. På stortinget i 1854 ble det også vedtatt å opprette pleiestiftelser i Molde og ved Trondheim. Disse pleiestiftelsene, som ble kalt henholdsvis Reknes og Reitgjerdet, ble bygget ut fra samme begrunnelse som Pleiestiftelse nr.1 i Bergen. Denne begrunnelse gikk ut på at pleiestiftelsene skulle være steder hvor spedalske kunne få hjelp og lindring for sine plager, og få leve resten av sine liv i trygge omgivelser med nok mat og tak over hodet. Tankene om å isolere spedalske, for å hindre overføring av sykdommen, kom dermed mer i bakgrunnen.

Et annet ambisiøst prosjekt som ble satt i gang, var opprettelsen av sunnhetskommisjoner. Disse var kommet i gang på initiativ fra den nye overlegen for den spedalske sykdom, Høegh, og ble startet i 1857 (1858:13). Det ble opprettet sunnhetskommisjoner i amtene Stavanger, Søndre og Nordre Bergenhus, Romsdal, Søndre og Nordre Trondhjem, Nordland og Finnmark. Det skulle ikke opprettes sunnhetskommisjoner over alt i disse amtene, bare i de formannskapsdistrikter hvor spedalskhet var utbredt. Sunnhetskommisjonene skulle bestå av områdets distriktslege, og så mange av formannskapetets medlemmer som mulig. Hovedoppgaven til sunnhetskommisjonene var å opplyse folk om hvordan de best kunne beskytte seg mot spedalskhet. Mer om dette kommer litt senere i kapittelet.

Med disse tiltakene var kampen mot spedalskhet kommet i gang for alvor. Den fattige norske stat hadde vist stor vilje til å grave fram de nødvendige pengemidler, noe som tyder på at den økende spedalskheten ble sett på som et stort problem. Av det jeg har skrevet kommer det også fram at de foranstaltninger som ble satt i verk, var humanrettet. Tiltakene ble først og fremst satt i gang for å hjelpe de spedalske, og ikke for å isolere og utestenge dem fra samfunnet. Det var leger som stod bak flere av disse tiltakene, så det er tydelig at mange av dem hadde de spedalskes beste i tankene.

Fra midten av 1800-tallet begynte antallet spedalske å synke. Det er litt usikkert om dette skyldtes tiltakene som var satt i verk, eller om det bare var tilfeldigheter. Det kan i hvert fall virke som antallet begynte å synke før tiltakene var kommet ordentlig i gang. Men uansett var

tiltakene til stor hjelp for mange av de spedalske som slet mest. Særlig hospitalene lettet livene deres. Der fikk de pleie, legetilsyn og nok mat. Så ut fra et humant synspunkt var hospitalene en suksess.

I den perioden jeg tar for meg kom det ingen store forandringer til de tiltakene som var satt i gang i 1850-årene. Hovedgrunnen til dette var at disse tiltakene så ut til å fungere bra, siden antallet spedalske hadde sunket jevnt og trutt i hele perioden. Den største forandringen kom med spedalskloven av 1885. Da kunne spedalske som ikke ble forsvarlig isolert i sitt hjem bli tvangsinnlagt på hospital. Dette kom som en følge av Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i 1873, som beviste at sykdommen er smittsom.

I 1895 hadde antallet spedalske sunket til 688. Dette var en stor nedgang fra 1856, hvor det hadde vært registrert 2858 spedalske i landet. Etter hvert som sykdommen kom under kontroll, ble det klart at den en gang i framtiden kom til å bli utryddet. Nedleggelsen av to spedalskhospitaler i 1895 kan stå som et symbol på sykdommens retrett. Disse var Lungegårdshospitalet i Bergen og Reknes pleiestiftelse i Molde. Det skulle imidlertid ennå drøye mange år før sykdommen ble helt utryddet i Norge. Det skjedde først i 1970-årene. Sannsynligvis lever det også mennesker i Norge i dag som har hatt spedalskhet, men som ble kurert før noen av misdannelsene satte sine umiskjennelige spor på kroppen<sup>11</sup>.

## **Legene og deres arbeidsoppgaver**

I denne sammenheng er det legenes arbeid og forskning på spedalskhet som vil bli tatt opp. Noen av legene drev nesten utelukkende med oppgaver relatert til spedalskhet, som overlegen for den spedalske sykdom og hospitallegene, mens det hos andre bare var en del av jobben, som hos distriktslegene. Når det gjelder distriktslegene, vil jeg spesielt se på deres arbeid innen sunnhetskommisjonene. De første sunnhetskommisjonene, som kom i 1857, var begrenset til områder med utbredt spedalskhet, så jeg vil se spesielt på disse. Fra 1860 kom det sunnhetskommisjoner i alle formannskapsdistrikter i Norge, og fra da av skulle de konsentrere seg om å forbedre folks helse generelt, og ikke bare bekjempe spedalskhet. I områder med mange spedalske, fortsatte selvfølgelig kampen mot denne sykdommen å ha høy prioritet, så det vil også være mulig å følge den etter 1860.

I dette kapitlet vil jeg ta for meg overlegen og distriktslegene. Hospitallegene vil jeg vente med til kapittel tre, da det er mer naturlig å omtale dem der.

---

<sup>11</sup> Det ble funnet en effektiv kur mot spedalskhet i 1947.

## Overlegen for den spedalske sykdom

Som nevnt tidligere ble denne stillingen vedtatt opprettet i 1854, men kom ikke ordentlig i gang før 1856. Fra dette året av kom det inn årlige rapporter fra overlegen til Departementet for det indre. Her skulle han gi rapport over hva som var blitt gjort i arbeidet med spedalskhet i det foregående år, både fra egen side, fra sunnhetskommisjonene og fra hospitalene. Årsrapportene er derfor en god kilde til legenes syn på, og arbeid med sykdommen.

Fram til 1858 var det bare én overlege, men fra dette året ble det opprettet en stilling til. Overlegene ble nå fordelt på to stillinger: en som tok for seg de sørlige områder, og en som tok for seg de nordlige. O. G. Høegh, som hadde hatt stillingen siden 1854 skulle ta seg av den nordlige delen, med sete i Trondheim, mens den nye overlegen, Timandus Løberg, skulle ta seg av den sørlige delen, med sete i Bergen. Denne delingen varte fram til 1863. Det året døde Høegh som offer for en Tyfus epidemi mens han var på et besøk i hovedstaden. Løberg overtok da også det nordlige området. Han satt så som overlege frem til Gerhard Henrik Armauer Hansen overtok stillingen i 1875. Armauer Hansen beholdt så stillingen til sin død i 1912.

Overlegen var, som navnet tilsier, den øverste leder for alt arbeid med spedalskhet. Han var overbestyrer for alle de tre nye pleiestiftelsene, og han var leder for alt arbeid som ble foretatt i distriktene. Distriktslegene skulle årlig gi ham rapporter om spedalskhetens utvikling i sine distrikter, og komme med en redegjørelse for hva som var blitt gjort, både av dem selv og av sunnhetskommisjonene.

Mye av overlegens arbeidsoppgaver bestod av reising, både rundt i distriktene og til de forskjellige pleiestiftelsene. Flere måneder hvert sommerhalvår gikk med til reisevirksomhet. Særlig reisene rundt i distriktene tok mye tid. Dampskipene fikk på denne tiden stadig flere ruter, så det gikk forholdsvis greit å komme seg fra byene og ut til områdene langs kysten. Men når en skulle reise mellom bygdene og innover i landet, var kommunikasjonen langt dårligere, noe som ofte førte til lange og strabasiøse reiser for overlegene. Jeg vil her gi en beskrivelse av Løbergs reiser i 1859, for å vise hvor omfattende de kunne være.

Den første reisen la han ut på i slutten av mai. Den gikk til Stavanger amt. Der var han med på tre sunnhetskommisjoner i Ryfylke. Han var både i vestre og søndre Ryfylke legedistrikter, som lå ute ved kysten, og i nordre Ryfylke, som lå lenger innover i fjorden. Fra denne første reisen vendte han tilbake til Bergen i juli. Etter kort tid dro han så ut igjen, denne gangen til Nordfjord. Derfra vendte han hjem i august, for så å dra videre til Voss, Aurland og Lærdal. Den siste reisen for året gikk igjen til Nordfjord. Fra den turen var han tilbake i midten av september. På grunn av værforhold og klima reiste han ikke sent på høsten og om vinteren.



En av de viktigste oppgavene på disse reisene var å holde foredrag om forskjellige relevante temaer, deriblant spedalskhet. De fleste av disse foredragene foregikk på sunnhetskommisjonene. På sine reiser skulle overlegen også bistå distriktslegene med å diagnostisere spedalskhet i tvilstilfeller, og han skulle skaffe seg oversikt over spedalskes levekår på landsbygda. Hvis han hadde tid, skulle overlegen besøke spedalske i deres hjem, og undersøke dem der.

En annen viktig oppgave var overoppsynet med pleiestiftelsene. Særlig i årene før de åpnet, og de nærmest påfølgende år var det mye å gjøre. Overlege Høegh hadde spesielt mye å gjøre med disse. I årene før den andre stillingen ble opprettet, måtte Høegh reise rundt i begge områdene. I løpet av en sommer var han både i Bergen, Molde og Trondheim for å overse arbeidet (1856:33-4. Men på tross av at det tok mye tid med pleiestiftelsene, mente Høegh at det var vel så viktig å få sunnhetskommisjonene godt i gang. Det var gjennom dette arbeidet han håpet å nå fram til allmuen, og få dem til å forbedre sine levekår (1856:5).

## **Distriktslegene**

Distriktslegene var en del av den gruppen som ble kalt offentlige leger. Dette var leger som fikk fast inntekt fra staten. I tillegg til distriktslegene rommet denne gruppen stadsleger, stadsfysici og amtsleger (Schiøtz 2003a:12). Distriktslegene var imidlertid i stort flertall i den perioden jeg tar for meg.

Alle disse legene hadde forpliktelser innen offentlig helsearbeid. Oppgavene bestod ikke bare i å yte hjelp til syke, i tillegg drev de med forebygging, kontrollering og administrering av helsearbeidet i sitt område, enten det gjaldt landsbygda, by eller amt (Schiøtz 2003a:12). Jeg skal imidlertid konsentrere meg om distriktslegene og den delen av arbeidet deres som omhandlet spedalskhet. Siden dette arbeidet kommer klarest fram gjennom distriktslegenes innsats i sunnhetskommisjonene, vil jeg konsentrere meg om disse.

## **Distriktslegene og sunnhetskommisjonene**

Som jeg har nevnt over, var sunnhetskommisjonenes hovedoppgave opprinnelig å opplyse folk om hvordan de best kunne beskytte seg mot spedalskhet. Direktivene for dette hadde kommet fra kongelig resolusjon om sunnhetskommisjoner, som ble vedtatt 29. august 1855, men kommisjonene kom i gang først i 1857 (1858:13).

Men siden det var en del uklarheter blant distriktslegene om hvordan denne resolusjon skulle oppfattes, skrev begge overlegene egne utredninger på hva det ble forventet at sunnhetskommisjonene skulle gjøre. Siden distriktslegene var ordførere i disse kommisjonene, ble utredningene sendt til dem. Løberg sendte ut en lengre utredning i 1858, mens Høegh fulgte opp

med en kortere versjon året etter. Begge mente at distriktslegene trengte mer informasjon om sunnhetskommisjonene, og sin egen rolle i det hele. Disse utredningene ble skrevet fordi det var så viktig å få med distriktslegene i arbeidet. Sunnhetskommisjonenes suksess var helt avhengig av deres innsats.

Disse utredningene gir et godt bilde på hva overlegene mente burde gjøres for å forebygge spredning av spedalskhet. Begge overlegene la mer eller mindre vekt på det samme, så det er ikke noe poeng i å skille dem.

Den grunnleggende tanken bak sunnhetskommisjonene var at de skulle være et forum for legene til å nå ut til folket med sin kunnskap. Sunnhetskommisjonene skulle fungere som informasjonsspredere om hvordan man best kunne beskytte seg mot spedalskhet og andre smittsomme sykdommer. Gjennom kommisjonene ville folk også få informasjon om hvordan de kunne forbedre sine levekår, noe som begge legene så som essensielt for å forebygge sykdommer.

Men sunnhetskommisjonene skulle også fungere som kontrollorganer. De skulle blant annet holde oversikt med hvor mange spedalske som fantes i hvert distrikt, og de skulle passe på at de instruksjoner som gjaldt for behandling av spedalske ble overholdt.

Som allerede nevnt hadde distriktslegene en sentral rolle i dette arbeidet. Det var deres oppgave å videreformidle den kunnskap de hadde tilegnet seg, slik at den kom allmuen til gode. Det beste stedet å gjøre dette, var på møtene i sunnhetskommisjonene. Der kunne distriktslegene overføre sin kunnskap til medlemmene, som så kunne ta med det de hadde lært, og videreformidle det til sitt lokalmiljø. På den måten mente legene det ville foregå en effektiv spredning av kunnskap fra sentrum og ut til periferien. Overlegene kom fram til at den beste måten å opplyse allmuen på var ved å overbevise dem om det hensiktsmessige ved tiltakene, og på den måten vekke deres interesse (1859:15a, 1867:13a). Høegh mente dette best kunne gjøres med vennlige advarsler og oppmuntring, i stedet for å rakke ned på alt som var galt. Når folk først var blitt overbevist, ville de selv føre kunnskapen videre til sine granner. Tvang, hån og påbud førte derimot sjeldent fram, og kunne i flere tilfeller gjøre vondt verre. I kapittel fire skal vi imidlertid se at det var mange leger som ikke delte denne oppfatningen.

Sunnhetskommisjonene skulle ideelt avholdes hver gang kommunerepresentasjonen var samlet. Det var viktig å avholde møtene jevnlig for å opprettholde interessen. Medlemmene av kommisjonen skulle bestå av distriktslegen, og alle eller så mange som ble utvalgt av distriktets formenn og representanter. Ellers var det meningen at møtene skulle være mest mulig offentlige. Alle som ville, og viste interesse for å fremme sunnhetspleien i sitt nærmiljø,

burde ha en mulighet til å delta. Særlig skolelærere, prester og lensmenn ble oppfordret til å komme, sikkert på grunn av den sentrale posisjon de hadde i sitt lokalmiljø. Ellers var det åpent for alle til å overvære møtene.

Hvilke retningslinjer for forbedringer var det så sunnhetskommisjonene la fram for allmuen? Selv om hovedvekten fram til 1860 lå på bekjempelse av spedalskhet, var det mange emner som ble tatt opp. De fleste av dem var praktisk rettet, og gikk på hvordan allmuen kunne forbedre sine levekår. Spesielt hygiene og boligforhold ble vektlagt. Ikke så rart kanskje, siden legene mente at forbedring av disse to faktorene ville virke forebyggende mot sykdommer, deriblant spedalskhet.

Mat var et annet område som ble tillagt mye vekt. Legene mente at allmuens dårlige matvaner førte til svekket motstandskraft mot sykdommer.

Riktig bekledning ble sett som en beskyttelse mot klimaets innvirkning på kroppen, og dermed også som beskyttelse mot sykdom. Derfor var også dette et viktig område.

Legene oppfattet bøndene som svært konservative og opphengt i gamle tradisjoner. På møtene i sunnhetskommisjonene kunne distriktslegen, sammen med de andre medlemmene, ha mulighet til å vise at forfedrene ikke alltid visste best. Det var mange feil og mangler ved bøndenes levevis som kunne rettes på. Det gjaldt områder som åkerbruk, fedrift, fiskeri, mat og drikke, bare for å nevne de viktigste (1858:36b). Overlege Løberg mente også at sunnhetskommisjonene kunne påvirke og forbedre bøndenes åndelige kvaliteter, forbedre sedeligheten, og hjelpe til med å få bukt med drukkenskapen. I tillegg var det viktig å påvirke allmuen til å passe på at barna fikk god nok utdanning. Lærerne kunne få bedre lønn og skolene bli bedre vedlikeholdt. For å øke barnas kunnskaper var det også viktig å gi dem tilgang til annen litteratur enn den religiøse. For eksempel kunne Danielssens folkeskrift om spedalskhet bli delt ut. Distriktslegene kunne søke sitt lokale formannskap om penger til dette.

Det var viktig å informere allmuen om det hensiktsmessige med kuranstalter og pleiestiftelser, for å få dem til å skjønne at det var til det beste, både for de spedalske selv og for samfunnet rundt, at de ble innlagt. Sunnhetskommisjonene var et egnet sted for dette. Som jeg skal komme mer inn på i senere kapitler, var det en utbredt motvilje mot å la seg innlegge på pleiestiftelsene, så det var viktig å forandre denne holdningen.

Det ble også gitt informasjon om hvordan folk skulle behandle spedalske (1858:31a). Ut fra innholdet, kan det virke som overlegene ikke så helt bort fra at smitte kunne være en faktor, selv om den rådende oppfatningen på denne tiden var arv. Spesielt mente de hygiene var viktig. Rommet den spedalske oppholdt seg i skulle rengjøres og luftes daglig. Spedalske skulle også vaske seg jevnlig. Ansikt og hender skulle vaskes hver dag. Om sommeren skulle

hele kroppen vaskes minst tre ganger i uken, enten i sjø eller ferskvann. Om vinteren skulle kroppen vaskes eller bades en gang i uken (1858:30b). Dette gjaldt imidlertid ikke bare for spedalske. De to overlegene mente dette burde bli vanlig praksis for allmuen. Videre skulle de spedalske ha dobbelt sett med klær og sengetøy. Det ene skulle vaskes, mens det andre var i bruk. Hvis det var mulig skulle spedalske bo i egne rom forsynt med ovn. I det minste burde de alltid ha egen seng. Spedalske skulle heller aldri brukes som ammer eller barnepassere, og de skulle ikke sendes på omgangslegd.

Det skulle også holdes oversikt over hvor mange spedalske det var i distriktet til enhver tid. Var det tvil om en person var spedalsk, skulle han tas med til neste møte i sunnhetskommisjonen. Alle forsømmelser i stell og håndtering av spedalske skulle også rapporteres dit. Dette skulle gjøres uavhengig av om det var private eller fattigkommisjonen som hadde ansvaret. De som ikke rettet seg etter sunnhetskommisjonens beslutninger skulle anmeldes.

Etter at sunnhetsloven av 1860 kom i gang, ble det opprettet sunnhetskommisjoner over hele landet. Overlegen for den spedalske sykdom fikk mindre å gjøre med kommisjonene etter dette, fordi flere andre felt enn spedalskhet fikk større plass på møtene. Men helt borte ble overlegen ikke. I de distriktene hvor spedalskhet var utbredd, holdt han seg oppdatert på hva som skjedde på sunnhetskommisjonene, og han var fremdeles innom en del av møtene, når han var ute på reise.

## **Legenes beskrivelse av spedalskhet**

Den første grundige og detaljerte beskrivelse av spedalskhet ble gitt av Danielssen og Boeck i deres store bok *Om spedalskhet* fra 1847. Siden deres beskrivelse av sykdommen var utgangspunktet for senere legers arbeid, er det naturlig å bruke den her. Andre leger kunne være uenige med noen av punktene i Danielssens og Boecks bok, men disse gjaldt bare mindre viktige deler, og røkket ikke ved hoveddelene av de to legenes beskrivelser.

Det er altså de to legenes beskrivelse av spedalskhet som jeg skal ta for meg, og ikke min egen.

De to legene delte spedalskhet inn i to former, den knutete og den glatte. Senere ble spedalskhet delt inn i en form til, den blandete. Som det går fram av navnet var dette en slags mellomform, med symptomer fra både knutet og glatt form.

Før selve sykdommen brøt ut mente de to legene at det kom et forstadium. Dette var nokså likt for begge former. Kuldegysninger forekom ofte, kroppsdelene ble tunge og den syke var konstant trøtt. Matlysten var også dårlig, men den syke følte stadig trang til væske. Hos noen

kunne også ansiktet hovne opp og få en blålig farge. Sterke smerter var også vanlig. Danielssen og Boeck beskrev smertene som rivende, slitende og gnagende, farende gjennom armer og bein, uten egentlig å feste seg noe sted. I tillegg til alt dette, eller kanskje som en konsekvens av det, var flere deprimerte. Den største forskjellen på disse to formenes forstadium mente de to legene var at den glatte formen kom mer snikende enn den knutete, noe som gjorde det enda vanskeligere å fastsette når den startet. I tillegg var ofte den sykes ansikt blekt og bekymringsfullt.

Etter dette forstadiet, som kunne vare alt fra noen måneder til flere år, brøt selve sykdommen ut. Her kunne de to formene lettere skilles fra hverandre.

## Den knutete form



Her ser vi et bilde av en gutt med den knutete formen for spedalskhet. Det er ikke vanskelig å skjønne hvorfor sykdommen har fått dette navnet. (Bildet er hentet fra lepraarkivets hjemmeside på Internett)

Den knutete form ble først synlig ved at det dannet seg flekker i forskjellige farger rundt på kroppen. De vanligste stedene var øyenbrynene, kinnene, haken, skuldrene, og de utvendige flater av armer og lår. Som oftest var flekkene blålige med en rød glans, men de kunne også være brunlige, eller ytterst sjeldent brunsort. Flekkene var glinsende og hevet seg noe over hudens overflate. I form var de som regel avlange eller runde. De kunne også være sammenvokste, og på den måten dekke store deler av huden. Flekkene kunne komme og gå en periode, før de til slutt ble permanente, eller gikk over til små knuter, som lett kunne føles med fingrene. Knutene vokste så over tid. Noen av dem kunne også sprekke, og danne dype

væskende sår. Væsken som rant ut størknet så etter hvert og lagde skorper. Under dette stadiet av sykdommen hadde den syke ofte en glinsende farge i huden, som om han var innsmyrt med fett.

Utdunsting fra både hud og pust fikk etter hvert en eiendommelig lukt. Stemmen begynte så å bli hes, og åndedrettet besværlig. Både flekker og knuter kunne nå sees i munn og i svelg, især på tungene, kinnene, ganen, drøvelen og mandlene. Den hese stemmen og pustebesværet skyltes at strupen ble angrepet av knuter og sår. Dette kunne føre til kvelningsanfall, ved at det dannet seg slimpropper.

Knuter kunne også dannes i nesens slimhud. Disse knutene ble ofte til væskende sår, som senere dannet hornaktige skorper. Disse skorpene kunne bli så store at de fullstendig tettet igjen nesen. I de verste tilfellene ble hele nesen ødelagt, slik at det til slutt bare var to hull tilbake.

Øynene ble heller ikke spart. Disse ble som regel angrepet tidlig i sykdomsforløpet. Ofte dannet det seg en gul flekk inne på selve øyet, som senere gikk over til en knute. Den syke klagde ofte over smerter i øyet. Synet ble så gradvis verre, for til slutt å gå helt tapt.

## Den glatte form



Her ser vi en mann med den glatte formen. Også her er det lett å se hvorfor den har fått et slikt navn (Bildet er hentet fra lepraarkivets hjemmeside på nettet).

Når det gjaldt den glatte formen, så var dens utvikling vesentlig forskjellig fra den knutete på flere områder. De første symptomene på denne formen kom som regel ved at det et eller annet sted på kroppen dannet seg en eller flere store blærer. Som regel dannet blærene seg på fotsålene eller i håndflatene, sjeldent i ansiktet. Disse oppstod plutselig, og ofte merket ikke den syke dem før de sprakk. Etter dette gikk blæren over til et væskende sår. Dette såret kunne i enkelte tilfeller vare bare i noen dager, men det vanligste var at det tok flere måneder før det grodde. I denne tiden dannet det seg brunlige skorper. Disse ble aldri tykke, og falt raskt av for så å bli erstattet av nye. Så snart sårene var grodd, dukket det opp nye blærer, som så sprakk og dannet nye sår. Sånn kunne det holde på i flere år. Der sårene hadde grodd, dannet det seg hvite arr. Følelsen i arrene var redusert. I denne perioden var den syke som regel i god form.

Til slutt forsvant imidlertid blærene helt. Nå oppstod det i stedet flekker rundt på kroppen. Disse forårsaket en mild kløe. I størrelse kunne de variere fra en kobberskilling til en håndflate. De var som regel uregelmessige i formen og hadde en hvitere farge enn huden rundt. Føleligheten i disse flekkene var også noe nedsatt. Etter hvert begynte så den sykes hud å bli ømfintlig for berøring. Denne ømfintligheten kunne variere i utstrekning fra bare å være på flekkene, til å dekke hele armer og bein eller deler av ansiktet. Smertene kunne øke i den grad at den syke skrek til ved den minste berøring. Det var som om tusenvis av nålestikk stakk gjennom huden. Bare ved å ligge rolig i sengen kunne smertene holdes på avstand. Hvis armene ble angrepet klarte ikke den syke å spise selv lenger. Smertene stjal også nattesøvnen og matlysten.

Ømfintligheten kunne vare i flere år. I denne tiden gikk den gradvis bort, og ble i stedet erstattet med en økende grad av følelsesløshet. Huden ble så etter hvert blek og tørr, noen steder hard, og den mistet all sin elastisitet. Svettingen hadde helt stoppet opp ved dette stadiet i sykdommen.

Etter hvert økte følelsesløsheten i omfang, i de verste tilfellene kunne den dekke store deler av kroppen. Følelsesløshet i beina førte ofte til at den spedalske fikk en noe vaklende gange, da han ikke kunne føle når fotsålen traff bakken. Det ble til at den syke på en måte slengte hele fotsålen ned i bakken på en gang. Der følelsen forsvant, ble bevegeligheten også som regel redusert. Dette var spesielt synlig på hendene. Håndledd og fingre ble trege og krumme. Når denne krummingen hadde vart en stund, ble den så sterk at det ble umulig å rette leddene ut igjen.

En fare ved følelsesløsheten var at den syke ble uforsiktig med kroppen sin. I et uoppmerksomt øyeblikk kunne han for eksempel ha stukket armen inn i et bål, og brent seg til

forkulling uten å ha merket noe. Danielssen og Boeck hadde også sett spedalske amputere sin egen finger, for så å stikke den gjenværende stumpen ned i kokende bek for å stoppe blødningen, alt dette uten å ha følt noe som helst.

Nervelidelser kunne også angripe ansiktet og gi den spedalske et fordreid utseende. Det var ikke uvanlig at det nederste øyelokket begynte å synke sammen, og dermed blottla øyeeplet, selv når øyelokkene var lukket. Etter en kortere eller lengre tid med plager, kunne så den syke miste synet. Underleppen kunne også falle nedover og blottlegge tannkjøttet. På begge disse steder mistet den syke følelsen i huden.

Når følelseløsheten i hud og vev på armer og bein var komplett, hovnet ofte fingre og tær opp, som regel bare en om gangen. De fikk da en fiolett farge. Den syke begynte så å klage over borrene smerter som satt i selve beinet. Etter hvert dannet det seg et væskende sår. Beinsplinter begynte så å bli støtet ut av såret, før det grodde sammen igjen. Fingeren eller tåa ble etter dette betydelig forkortet. Til slutt kunne det ha godt så langt at alle tær og fingre var borte. Da var som regel også hender og føtter blitt krummet. Danielssen og Boeck syntes utseende til hendene og føttene lignet labbene til grønlandsselen.

I enkelte tilfeller kunne også hele foten dø bort og bli utstøtt. Det begynte som regel med at foten krummet seg mer og mer, for tilslutt å vri seg ut av leddet. Til slutt ble den bare hengende fast i litt hud og noen sener, som lett kunne klippes av. Når først foten var borte, grodde såret sammen igjen (Danielssen og Boeck 1847:212-213). Dette var mer sjeldent for hender, Danielssen og Boeck hadde bare sett det en gang.

## **Dødelighet**

Legene mente spedalske kunne dø av mange ulike årsaker, ikke alle av dem var direkte forbundet med spedalskhet. En vanlig dødsårsak, særlig blant de med den knutete formen, var kvelning. Som nevnt over var det vanlig å få knuter og sår i halsen, noe som gjorde pustingens besværlig. Dette, sammen med slim, kunne til tider helt stoppe igjen luftrøret. Et eksempel på dette har jeg funnet i boka til Danielssen og Boeck (1847:328-330). Johannes Sivertsen (21 år) var pasient ved st. Jørgen hospital på begynnelsen av 1840-årene. I lengre tid hadde han slitt med tungt åndedrett og en pipende hoste. Stadig vekk følte han det klemte for brystet. Etter hvert kom det flere kvelningsanfall, forårsaket av et seigt slim som tettet igjen luftrøret. Under anfallene svulmet ansiktet hans opp, og fikk en blålig farge. Munnen holdt han åpen, og en kunne se hvordan han regelrett snappet etter luft. Til slutt kom det et anfall som tok livet av ham. Det ble forsøkt opplivningsforsøk, men til ingen nytte.



Andre spedalske bare syknet hen etter hvert som sykdommen skred fram. Kreftene forsvant gradvis, helt til den syke tilslutt sovnet inn. Her har jeg også et eksempel fra Danielsen og Boecks bok (1847:333-335). Denne gangen gjaldt det en 28 år gammel kvinne ved navn Johanne Haraldsdatter. Hun var også pasient på hospitalet da hun døde. Tilstanden hennes hadde over lengre tid vært dårlig, men fra den 14. mai 1841, begynte det å gå raskt nedover. Jeg vil la legene selv beskrive det som skjer:

[Mai] 14. [...] I dag klager hun over Klemmelse for Brystet , Dyspnoe, en tör, hæs, pibende Hoste, der stundom er ledsaget af et mucöst Expectorat, som hun har megen Vanskelighed for at faae op. Stemmen er meget hæs; Pulsen er lille og debil. [...]

15. Natten har været sövnlös. Klemmelsen har tiltaget; Hosten er fremdeles besværlig og uden Expectorat; stærk Dyspnoe. Desforuden har hun siden igaar havt Diarrhoe. Pulsen er yderst debil og frequent. Kræfterne ere temmelig sjunkne, dog kan hun selv hjælpe sig ud af Sengen. [...]

16. Tilstanden omtrent som igaar, kun at Pulsen idag neppe er fölelig.

17. Hun döde igaar Eftermiddag, aldeles rolig.

Fra Reitgjerdets pleiestiftelse ble det i 1864 rapportert at dette året hadde 21 pasienter dødd etter økende avkretelse (1864:45). Så dette var ikke uvanlig.

Det var heller ikke uvanlig at spedalske døde av andre sykdommer enn spedalskhet. På grunn av sin svekkete tilstand var spedalske ofte mer utsatt for å bli alvorlig syke. Rosen, kolera, dysenteri, feber og diaré var hyppig forekommende sykdommer, ikke minst på hospitalene. Andre lidelser som kunne være dødelige var nyrebetennelse, infeksjoner og meningitis<sup>12</sup>, bare for å nevne noen. Siden spedalske kunne leve lenge med sin sykdom, døde også en del av alderdom.

## Diagnostisering

Hvor dyktige var så legene til å diagnostisere spedalskhet? Mye tyder på at i årene etter utgivelsen av Danielssens og Boecks bok *Om Spedalskhed* i 1847 var det svært få feildiagnoser av sykdommen. Sykdommen var der blitt grundig beskrevet, og sammen med omstendelig opplæring, førte dette til at legene hadde gode kunnskaper om sykdommen og dermed gode forutsetninger for å kjenne igjen symptomene.

Dette vises blant annet i hvor få som ble feildiagnostisert som spedalske. Fra tabellene over Nordre og Søndre Bergenhus for 1860 ble det opplyst om 29 feilaktig oppførte spedalske til

---

<sup>12</sup> Meningitt: betennelser i hjernens eller ryggmargens hinner.

sammen (1860:7-8). I Nordre og Søndre Trondhjems amt var det samme år ikke mer enn to som var oppført feilaktig (1860:4-5). Fra 1870 sank dette enda mer. Da var antallet for de to Bergenhus-amtene én (1870:7-8). Nordre og Søndre Trondhjems amt hadde også bare én dette året (1870:4-5). Disse tallene sier ikke noe om hvor lenge et menneske kunne leve med spedalskhet før vedkommende ble registrert, men det viser at få ble feilaktig diagnostisert når de først ble undersøkt av en lege.

## **Legenes sykdomsforståelse**

Forskningen på spedalskhet var av forholdsvis ny dato rundt midten av 1800-tallet. Det første store forskningsverket om sykdommen hadde kommet ut bare noen år tidligere. Det var ingen store tradisjoner å bygge på, ingen profiler å se til. Når det gjaldt å få kunnskaper om spedalskhet var legene den første tiden i stor grad avhengig av egen forskning og observasjoner. Dette gav muligheter for refleksjon og egen tankevirksomhet, noe som i mange tilfeller var av det gode.

Den første store autoritet på spedalskhet i Norge var Daniel Cornelius Danielssen. I de første tiårene etter 1850, var det hans syn på sykdommen som regjerte, selv om det fantes motstandere. Gjennom sin forskning mente Danielssen å ha funnet ut at sykdommen ble overført ved arv. I sitt folkeskrift om spedalskhet, skrev han selv i 1854: ”Der gives ikke nogen Sygdom om hvilken man med den Sikkerhed kan sige, at den gaaer i Arv fra Slægt til Slægt, som netop Spedalskheden” (Danielssen 1854:7).

Synet på spedalskhetens årsaker kunne etter hvert deles inn i tre grupper. Den første gruppen mente spedalskhet skyldtes arv, den andre mente sykdommen oppstod som en følge av ytre faktorer, mens den tredje mente smitte var sykdomssprederen. Nå var ikke disse tre gruppene helt ekskluderende når det gjaldt hverandre, blant annet mente mange av legene innen både arve- og smitteteorien at ytre årsaker også kunne ha innflytelse.

For å belyse disse tre områdene vil jeg ta for meg de største profilene innen hver gruppe: Daniel Cornelius Danielssen for arv, Jens Johan Hjort for ytre påvirkninger, og Gerhard Armauer Hansen for smitte. Jeg vil også ta med overlege Ove Guldberg Høegh, og Michael Krohn, en distriktslege fra ytre Nordhordland legedistrikt. Høegh vil jeg ta med for å vise at ikke alle holdt seg til ett syn, mens jeg tar med distriktslegen for å vise hvordan legenes syn kunne bli påvirket av lokale forhold.

## **Arv: Daniel Cornelius Danielssen**

Danielssen hadde stor innflytelse i sin samtid, så det vil være naturlig å begynne med ham. Som allerede nevnt, var han overbevist om at arv spilte en sentral rolle i spredningen av spedalskhet (Danielssen og Boeck 1847:260). Gjennom sin forskning mente han selv gang på gang å ha sett bevis for dette. Hovedargumentet hans gikk ut på at så få av de som hadde levd tett på spedalske over lengre tid var blitt syke, et argument som ble brukt av alle tilhengere av arveteorien. Dessuten hadde Danielssen observert at spedalskhet hadde en tendens til å holde seg innen enkelte slekter. Disse slektene hadde hatt spedalske i flere generasjoner, mens naboen kanskje aldri hadde hatt noen i sin slekt. Av denne grunn mente Danielssen det var svært viktig at man ikke giftet seg inn i spedalske slekter, eller enda verre, med spedalske selv. Danielssen var opptatt av å få allmuen til å forandre sine vaner på dette punktet, for som vi skal se i kapittel fire, var ikke slike giftemål uvanlige.

Mange av de eksemplene Danielssen og Boeck tok med, inneholdt opplysninger om andre i den spedalskes slekt som også hadde fått sykdommen. Det ble ofte nevnt til slutt, uten å bli forklart noe mer. Allerede i sin bok fra 1842 hadde Boeck begynt med dette. I hvert eksempel listet han opp andre i familien som hadde blitt spedalske, eller hvis det ikke var noen andre spedalske i familien, satte han opp det. På dette stadiet var ikke Boeck overbevist om at spedalskhet var arvelig, men han så det som en mulighet, og ville derfor undersøke det nærmere. Senere ble han en fast tilhenger av arveteorien. Det kan virke som han ble overbevist gjennom den forskningen han gjorde sammen med Danielssen.

I sin bok fra 1847 mente Danielssen og Boeck at spedalskhet kunne oppstå på to måter. Den første og mest vanlige var ved arv. Den andre, som var langt sjeldnere, var at spedalskhet kunne oppstå spontant (Danielssen og Boeck 1847:260). Hvis den oppstod spontant var det som regel som følge av ytre påvirkninger, mente de to legene. Denne oppfattelsen modifiserte Danielssen etter hvert. I sitt folkeskrift fra 1854 hadde han satt opp arv som en bakenforliggende årsak, nesten som en disposisjon for spedalskhet. For at sykdommen skulle bryte ut måtte man ha fått den gjennom arv. De ytre påvirkningene hadde nå fått en noe annen rolle, og ble sett på som den utløsende faktoren, det som førte til at sykdommen brøt ut. Hvis en person hadde fått sykdommen gjennom arv, ville de ytre påvirkningene kunne føre til spedalskhet.

For å finne ut hva de ytre påvirkningene kunne være, tok Danielssen utgangspunkt i det han selv hadde observert. Under sin forskning hadde han oppdaget at spedalskhet var spesielt utbredt i områder som lå nærme store mengder med vann, enten det var ferskvann eller saltvann. Innover i landet fantes sykdommen gjerne langs elver og innsjøer. I Norge var

imidlertid sykdommen mest utbredt langs de dype fjordene og på øyene. Dette var noe de fleste av legene var enige i.

Danielssen mente at det dårlige klimaet langs vestkysten var en av de utløsende årsakene til spedalskhet. Den fuktige luften og all sjødampen hadde en uheldig innflytelse på de som bodde der. Jordbunnen mente han også hadde innvirkning på spedalskhetens spredning. Den var leirholdig og våt, og flere steder fantes det myrer som folk måtte vasse over for å komme fram. All denne fuktigheten mente han var skadelig for folk. Her kommer miasmeteorien til syne. Danielssen så på den tåkete og fuktige luften langs vestkysten som usunn. Derfor mente han den kunne føre til spedalskhet. Men folk var ikke helt fortapt til elementene, det var ting de kunne gjøre for å beskytte seg. Her kom Danielssen inn på det andre området som kunne utløse spedalskhet, nemlig folks levekår.

I sitt folkeskrift om spedalskhet, som var skrevet for å bli utdelt blant allmuen på landsbygda, kommer han med råd og veiledning til hva allmuen kunne gjøre selv for å forebygge spedalskhet (Danielssen 1854). Danielssen kom inn på flere emner, men de kan deles inn i tre hovedområder: Det var boligen, kroppslig pleie, og matstellet.

### **Boligen**

Danielssen hadde flere innvendinger til hvordan allmuens boliger var bygget, hvordan de ble brukt og ikke minst til hvor de lå. Noe av det første bøndene måtte lære seg var å velge gode byggetomter. Det var viktig at bakken var tørr, og den skulle helst bestå av sand eller stein. Hvis jorda var fuktig og myrete måtte den dreneres. I tillegg var det viktig å sette bygningen på en solid grunnmur, og ikke rett på bakken som så mange av bøndene hadde en tendens til.

Når det gjaldt selve boligen var det to områder Danielssen mente var viktig: nok lys og nok luft (Danielssen 1854:23). Dette kunne sikres ved å ha store vinduer som kunne åpnes, og ved å begrense antall mennesker inne i boligen. Danielssen foreslo at for å hindre stuen i å bli overfylt, kunne glasstuene bli tatt i bruk, de stod jo tomme store deler av året uansett. Dette var tiltak som alle tre grupper av leger var enige om, selv om bakgrunnene kunne være forskjellige. Men det var ikke nok at boligen var lys og luftig, den måtte også holdes ryddig og ren. Det burde feies hver dag, mens gulvene skulle vaskes en gang i måneden. Klær burde aldri tørkes inne i stuen, og ikke flere enn to burde ligge i hver seng, da dette gjorde det vanskeligere å opprettholde rensligheten. Ble ikke dette overholdt mente legene at smittsomme sykdommer lettere ville bli overført, særlig skabb.

## Kroppslig pleie

Dette området innbefattet også bruk av hensiktsmessige klær. Det var viktig at klærne ble tilpasset det klimaet en levde i. Danielssen mente befolkningen på Vestlandet ikke var flinke til dette, særlig ikke når det gjaldt barn og ungdom. For kystbefolkningen mente Danielssen det var absolutt nødvendig å ha ull innerst mot kroppen (Danielssen 1854:26), dette gjaldt året rundt. Han mente også at ingen burde gå barbeint, selv ikke om sommeren. Blant de som var gjetere, mente Danielssen det var spesielt viktig å holde seg varm. Særlig siden det ofte var barn og unge som drev med dette, og disse var mindre motstandsdyktige mot klimaets påvirkninger på kroppen. Høst og vår burde de gå med høye støvler, og om sommeren med sko. Hendene måtte også beskyttes, og det ble best gjort med ullvanter. Danielssen henvendte seg i denne sammenheng til husfaderen, og minnet ham på at det var hans ”strænge Pligt” å sørge for at barna var riktig kledd (Danielssen 1854:26). Danielssen advarte også mot å la klærne tørke på kroppen. Soving på marken, en utbredt skikk blant folk på landsbygda, advarte Danielssen sterkt mot, da det kunne frambringe sykdommer. Rundt på Vestlandet hadde han sett flere eksempler på mennesker som hadde fått de første symptomer på sykdom etter å ha tatt seg en strekk på enga. Den utdunstingen som kom fra jorda var spesielt sterk langs bakken, derfor var det så skadelig å legge seg på marken (Danielssen 1854:12).

Videre mente Danielssen at en av de beste måter å beskytte seg mot spedalskhet på var å være renslig, både når det gjaldt kropp og klær. Begge deler burde vaskes jevnlig. Hender og ansikt burde vaskes i rent og kaldt vann et par ganger hver dag. Først om morgenen før frokost, så om kvelden, etter man var ferdig med dagens arbeid. Føtter og hals skulle vaskes en gang i uken, enten i kaldt eller lunkent vann. Når det gjaldt barn, måtte disse vaskes over hele kroppen en gang i uken, fram til de var 14 år. Barna skulle vaskes i en stamp en etter en. Det var viktig å skifte ut vannet mellom vært barn, så alle fikk badet i rent vann. Danielssen skjønte at det var vanskelig for voksne å bade hver uke, så han anbefalte det ikke. Imidlertid mente han at om sommeren burde alle bade i sjøen minst tre ganger i uken, med mindre været var dårlig. De som ikke bodde ved sjøen, kunne bade i innsjøer og elver. Etter et slikt bad var det viktig å raskt få varmen i kroppen igjen. Det kunne gjøres ved å ”bevæge sig sterkt”, eller ta fatt på noe tungt arbeid. Foreløpig var bonden imidlertid ikke særlig glad i å bade, som regel gikk han ikke lenger enn å vasse til knærne. Men Danielssen mente dette ville forandre seg så snart bonden ble opplyst om fordelene med slik bading. Og hvis barn badet jevnlig helt fra de var små, ville de sannsynligvis fortsette med det når de ble voksne.

Klærne var det også viktig å holde rene. Skjorter, serker, underbukser og strømper måtte skiftes hver uke. Bukser, trøyer og skjørturde børstes jevnlig for å bli kvitt all skitt som daglig la seg i klærne.

### **Matstellet**

Dette var det siste hovedområdet Danielssen kom inn på. Han hadde mange innvendinger mot hvordan bøndene forvarte og tilberedte sin mat, og minst like mange forslag til forbedringer. Danielssen begynte med å ta for seg sild, som ble spist daglig langs vestkysten. Både Danielssen og andre leger hadde på sine reiser lagt merke til at allmuen spiste rått fisk, og det med stor vellyst. Legene derimot mistet matlysten bare av lukten. Det var en utbredt oppfatning blant legene at å spise fordervet sild, og fordervet mat generelt, var skadelig. Derfor var det så viktig for dem å forandre allmuens matvaner. Danielssen mente at allmuen helt burde slutte å spise sild hvor kjøttet var løsnet fra beinet, og luktet vondt. Hvis silden skulle kokes måtte den være fersk. Han gikk hardt ut mot allmuens skikk, som var å la silden ligge i flere dager før de kokte den. Skulle silden saltes, måtte dette gjøres mens den var fersk, og det måtte brukes nok salt, så fisken holdt seg, noe bøndene ikke var flinke til.

Melk burde drikkes i fersk tilstand, men da dette ikke var mulig til enhver tid, kunne den drikkes sur. Imidlertid burde det ikke drikkes melk som hadde stått i mer enn åtte dager, for da var den ofte blitt rått.

Når det gjaldt kjøtt, var det viktig at dyrene var godt ernærte før de ble slaktet. Kjøttet måtte så saltes godt, så det ikke råtnet. Saltet kjøtt var bedre enn speket og røkt, da det var lettere å fordøye. Danielssen mente også at det ville være positivt om bonden i større grad begynte å dyrke rotfrukter som neper, gulrøtter og kålrabi, og brukte dette jevnlig i kosten.

Av drikke mente Danielssen at kaffe var sundt for kystbonden. Den gav varme til kroppen og var nærende og oppkvikkende (Danielssen 1854:28). Vann var også bra, men man måtte forsikre seg om at det kom fra en ren kilde.

### **Oppsummering**

Danielssen mente at allmuens levekår var skadelig fordi det svekket kroppens motstandskraft mot spedalskhet, og dermed gjorde at sykdommen kunne bryte fram. Ved å følge de råd han hadde gitt, mente Danielssen at bonden på en effektiv måte kunne bedre sine sjanser til å stå imot spedalskheten. Sykdommen ville fremdeles ligge latent i kroppen deres, men den ville ikke bryte ut, siden de utløsende faktorene manglet. Rådene hans kunne følges av alle, uansett økonomisk situasjon. Det eneste som trengtes var å bli oppmerksom på det som var skadelig for seg og sine, og så følge de overnevnte råd for å bedre levevilkårene. Alt som

behøvdes var litt innsatsvilje. Danielssen var sikker på at så snart allmuen så fordelene med det nye levesettet, ville de få vilje til å gjøre forandringer.

De rådene Danielssen satte opp for allmuen, var nok ikke bare tenkt som en beskyttelse mot spedalskhet. De var også ment som en dannelse av folket, en dannelse som ville bedre deres levekår, men også gi dem de riktige verdiene, nemlig embetsstandens. Mer om dette kommer i kapittel fire.

## **Ytre årsaker: Jens Johan Hjort**

Hjort var tvilende til om arv hadde en så sentral posisjon som flere leger, deriblant Danielssen, ville ha det til (Hjort 1871:24). Hjort mente at spedalskhet tilhørte det han kalte ”ernæringssygdomme”, hvor roten til sykdommen lå i bloddannelsen og ernæringen (Hjort 1871:52). At blodet var den delen av kroppen som ble angrepet først var det bred enighet om blant legene, påstod Hjort. Men når det kom til hvor i blodet sykdommen befant seg, og hvordan den oppstod, var det større uenighet.

Hjort var enig i mange av de ytre årsakene som Danielssen hadde lagt fram, men han mente at det var disse i seg selv som var den grunnleggende årsaken til spedalskhet. Dessuten tillå han kystfolkets spisevaner stor plass når det gjaldt årsaker til spedalskhet. Spesielt fisk var han negativ til, faktisk satte han det opp som en av de viktigste indirekte årsakene til spedalskhet (Hjort 1871:53). Denne påstanden bygget han på at sykdommen var mest utbredt i de deler av landet hvor det ble spist mye fisk. Han mente fisk var så skadelig, fordi kjøttet hadde en mer fremmed sammensetning for mennesker enn kjøtt fra for eksempel ku og gris. Fiskekjøtt inneholdt langt mer eggehvitestoffer, og langt mindre fibrin enn kjøttet til firbente dyr og fugler. Dette førte til et overskudd av eggehvitestoffer i blodet, som var skadelig for kroppen.

Ved å få i seg dårlig og ensidig mat, og drikke urent vann, ville det hope seg opp skadelige avfallsstoffer i kroppen. Dette ble forverret av klimaet, folks manglende bevegelse, dårlig hygiene, og boligforhold. Hvis bøndene hadde oppholdt seg i varm og tørr luft, og drevet med nok kroppslig aktivitet, ville mer surstoff blitt tatt opp i lungene og ført raskt rundt i kroppen. På den måten ville alle kroppens unyttige stoffer fra maten raskt blitt ført ut. Som bevis på dette viste Hjort til at blant folk på Vestlandet som hadde jordbruk som hovednæringsvei, var det svært få spedalske. Grunnen til dette, mente Hjort, var at disse var i mer bevegelse enn de som drev hovedsakelig med fiske.

Når det gjaldt klimaet, så var Hjort enig med Danielssen i at det var flere tiltak allmuen langs vestkysten kunne sette i gang for å beskytte seg mot sykdommen. Men sånn som det var

på hans tid, forverret deres levevis klimaets allerede dårlige innflytelse. De elendige boligforholdene og den bedervete inneluften førte til at de ikke fikk nok oksidasjon av blodet, som var så viktig for å få rensset det for overflødige og skadelige stoffer. Dette kunne, som nevnt, ha blitt kompensert med mye fysisk aktivitet. Fiskerne fikk noe fysisk aktivitet gjennom roing, men dette varte bare i kortere perioder, etterfulgt av lange perioder i ro. Langt fra nok, med andre ord.

Den manglende hygien ble også trukket fram av Hjort. Han fant, som Danielssen, store mangler i rensligheten både når det gjaldt kropp, klær og bolig. All skitten på kroppen hindret dens naturlige utdunstinger, som igjen førte til hudsykdommer. Disse var svært utbredt blant kystbefolkningen, med skabb som den suverene ener. Denne skittenferdigheten førte også til at blodet ikke fikk kvittet seg med nok av sine avfallsstoffer, og dermed var faren for sykdommer større (Hjort 1871:57).

Den abnorme blodblandingen som oppstod som en følge av folks levemåte, så Hjort på som en disposisjon for spedalskhet<sup>13</sup> (Hjort 1871:59). Siden flere kunne ha den abnorme blodblandingen uten å bli spedalske, mente han imidlertid at det ofte måtte en direkte utløsende årsak til for å utvikle sykdommen. Da som regel i form av en sterk fysisk eller psykisk påkjenning, som for eksempel en kraftig forkjølelse, nedkjøling, kjærlighetssorg eller en skrekkopplevelse. Her ser vi altså at en enkelt hendelse blir trukket fram som den utløsende årsaken, en hendelse som i og for seg ikke hørte til det daglige livet. De første symptomene på spedalskhet kom da kort tid etter en slik hendelse.

Så i bunn og grunn mente Hjort at folk kunne få disposisjon for spedalskhet, ved at det hopet seg opp avfallsstoffer i blodet. Her ble altså de ytre årsakene som Danielssen tok for seg ikke sett som den direkte årsak til at spedalskhet brøt ut, men heller som den underliggende disposisjonen. På mange måter fikk de ytre årsakene altså samme plass som arv hadde hos Danielssen.

Hjort hadde i de første årene av sitt arbeid med spedalskhet trodd på arveteorien. Men etter hvert som han fikk mer kunnskaper og erfaring på området, gikk han bort fra denne teorien (Hjort 1871:75). Han begrunnet denne avgjørelsen med at hvis spedalskhet var arvelig ville den ha vist seg hos barna i de første leveårene, noe sykdommen bare unntaksvis gjorde. I det hele var det svært få spedalske blant barn opp til 10 år.

---

<sup>13</sup> Det kan legges til at legene mente at også andre sykdommer kunne komme som en følge av en abnorm blodblending. Hva som var grunnen til at sykdommene varierte var legene imidlertid ikke sikre på. Hjort mente selv at usikkerheten lå i at forskningen på blod og ernæring var kommet så kort (Hjort 1871:62).



Hjort syntes det var rart at Danielssen og Boeck la så mye vekt på arv, da de i sin bok *Om Spedalskhed* hadde gitt så gode beskrivelser av de fysiske forhold (Hjort 1871:59), eller det jeg har kalt ytre årsaker.

Men Hjort var ikke mer positiv til smitte. Han mente at både arv og smitte bygget på svake hypoteser, som var kommet fra ulogiske konklusjoner (Hjort 1871:79). Nå døde Hjort samme år som Armauer Hansen fant leprabasillen, så vi fikk ikke vite om dette ville ha forandret hans syn.

### **Smitte: Gerhard Henrik Armauer Hansen**

Armauer Hansen er nok den legen i Norge som har blitt best kjent internasjonalt, mye grunnet en enkelt hendelse, hans oppdagelse av leprabasillen. Bak denne oppdagelsen lå det mye hardt arbeid, men kanskje enda viktigere, en fast overbevisning om egne kunnskapers riktighet. Selv om det var få som delte hans oppfatning om at spedalskhet var smittsom, fortsatte han utrettelig sitt arbeid.

Allerede i studietiden hadde Armauer Hansen begynt å tenke på om spedalskhet kunne være smittsomt. Han hadde observert at det i leprøse avleiringer var en egen eiendommelig gulfarge, som ikke fantes i friske avleiringer. Armauer Hansen mente dette måtte ha noe med sykdommen å gjøre. Danielssen hadde oppdaget det samme for flere år siden, men han hadde blitt overbevist av patologen Rudolf Virchow, en internasjonal autoritet på celler og mikroorganismer, at det bare var snakk om avleiringer av fettdegenerasjon (Lie 1941:1).

Armauer Hansen tok embetseksamen i 1866, og etter ett år med kandidattjeneste på rikshospitalet, og noen måneder som praktiserende lege under lofotfisket, var han på plass i Bergen i 1868. Han var der blitt ansatt som lege ved Pleiestiftelsen for spedalske nr.1. Fra august samme år ble han også underlege på Lungegårdshospitalet. Noe senere ble han i tillegg lege ved st. Jørgen, og endelig i 1875 overtok han stillingen som overlege for den spedalske sykdom.

Armauer Hansen mente bestemt at spedalskhet hadde én hovedårsak, nemlig smitte. Teorien om arv var ikke blitt bevist, slik han så det. Heller ikke ytre faktorer mente han hadde nevneverdig innflytelse (Lie 1941:3).

Fra hans beretninger som overlege, kommer det klart fram hvordan han bruker eksempler til å underbygge sine teorier om smitte. Han begynte med å vise til at den rammede ikke hadde hatt spedalske i slekten, og går så videre til å forklare hvordan personen hadde fått sykdommen. Som regel hadde vedkommende bodd et sted hvor det fantes spedalske, eller jevnlig vært sammen med en eller flere over tid. Fra Armauer Hansens årsberetning i 1876

som overlege for den spedalske sykdom, har jeg trukket fram et eksempel på dette. (1876:30a-b).

Leonard Lagesen Selnæs, fra Sortlands prestegjeld, hadde blitt innlagt på Reitgjerdet pleiestiftelse 4. juli 1873. Sortland hadde svært få spedalske på den tiden, Leonard visste bare om en gammel mann i bygda som var spedalsk. Han skulle ha hatt sykdommen i mange år, og fått den av sin far. Leonard visste ikke om noen i sin slekt som var blitt spedalske før ham.

Da Leonard var ti år gammel dro han til en gift søster i Øynes prestegjeld, for der å drive med fiske. Noen år senere, da han var blitt 16 år, bodde han en tid sammen med fire spedalske. I den tiden hadde han ikke delt seng med dem, men de hadde spist sammen. Kort tid etter oppholdet ble Leonard selv spedalsk, og omtrent ett år senere ble han sendt hjem til Sortland.

Men historien slutter ikke her. Noen tid etter at Leonard hadde dratt hjem, ble datteren til hans søster spedalsk, hun het Antonette Dreyer. Hun kjente ingen spedalske i slekten utenom onkelen (Leonard). Han hadde oppholdt seg hos dem et halvt års tid etter at han var blitt syk. Under forberedelsene til konfirmasjonen hadde Antonette allerede vært syk omkring to til tre år. Hun var i denne tiden mye sammen med Gjertrud Lassedatter Finvaag. Ett år senere var Gjertrud også blitt syk, hun hadde fått den knutete formen. Gjertrud kunne ikke huske å ha vært sammen med spedalske verken før eller siden., og visste ikke om noen spedalske i slekten.

Nå kunne man imidlertid ikke alltid stole på hva som ble sagt, noe Armauer Hansen fikk erfare året etter. Gjerturd Lassedatter hadde nemlig ikke vært helt ærlig. Hun hadde hatt to spedalske brødre, og det var grunn til mistanke om at hun var blitt spedalsk før hun traff Antonette (1877:30a).

I denne fortellingen ser vi hvordan Armauer Hansen viste sykdommens spredning ved smitte, fra person til person. Flere av hans andre eksempler har lignende struktur. Danielssen hadde brukt en lignende oppbygning i sine eksempler, men der var det sykdommens spredning ved arv som ble fulgt.

Hansen så ikke bort fra at folks skittenferdighet kunne være medvirkende til spedalskhetens spredning, men ikke av de samme grunner som Hjort og Danielssen la fram. Gjennom folks urenslighet kunne smittestoffet bli overført fra en person til en annen. I årsberetningen fra 1878 la Hansen fram et eksempel på dette (1878:14a).

Berit Marie Johansdatter Jørstad, 56 år, fra Snaasen i Grongs legedistrikt, hadde for 15-16 år siden blitt smittet av spedalskhet. Før og under sitt sykdomsopphold hadde hun tjent hos gårdmann Kristoffer Kristensen Klev på Snaasen. Hun sa selv at hun hadde hatt en tung og

streng tjeneste. Hun trodde ikke hun hadde hatt omgang med spedalske. Armauer Hansen ville imidlertid ikke gi opp sin teori om smitte så lett. Han fant etter hvert ut at Berit under sin tjeneste på Klev stadig ble pålagt å sove i de feller som de omreisende benyttet når de overnattet på gården. Grunnen til dette var at hennes husbondsfolk ville finne ut om skinnfellene var befengt med lus. Dette gjorde hun så over lengre tid, til hun tilslutt ikke orket mer og sa bestemt nei, fordi hun stadig vekk fikk lus på seg.

Under denne tiden ble hun spedalsk. Hun fortsatte å jobbe på Klev en tid etter at hun var blitt syk, men tilslutt hadde sykdommen utviklet seg så langt at ingen ville jobbe med henne lenger. Da flyttet hun tilbake til sine foreldre på Løvaasen.

Hansen mente Berit hadde fått spedalskhet gjennom smittestoffer som lå i de skitne skinnfellene. Han mente også det var en mulighet for at sykdommen hadde blitt overført gjennom lusene. Dette viste, mente han, at urensligheten til allmuen kunne øke sykdommens spredning.

I denne sammenheng viste Hansen også til andre eksempler der folk var blitt smittet, etter å ha brukt klær som hadde tilhørt spedalske.

Siden spedalskhet var smittsomt, var det bare én effektiv måte å hindre spredning på, nemlig ved isolasjon. Renslighet spilte også en rolle, men siden legene visste lite om sykdommens smitteveier, var det vanskelig å si hvor stor denne rollen var. Derfor mente Hansen at isolasjon var mest effektivt. Effekten av dette var allerede bevist ved at antall spedalske hadde gått sterkt tilbake etter opprettelsen av pleiestiftelsene (Vogelsang 1968:95).

## **Flere årsaker: Ove Guldberg Høegh**

Høegh var, som nevnt innledningsvis i kapitlet, den første overlegen for den spedalske sykdom i Norge. I kraft av sin stilling, var han en sentral skikkelse innen arbeidet med spedalskhet. Høegh stod bak flere tiltak som ble satt i gang, blant annet opprettelsen av sunnhetkommisjonene rundt i de spedalske distrikter.

Høegh var, som andre leger innen samme felt, opptatt av å finne ut av spedalskhetens hemmeligheter, særlig hvordan den spredte seg. I årsberetningene kom han inn på dette temaet med jevne mellomrom. I motsetning til de tre legene jeg har nevnt over, var ikke Høegh hundre prosent overbevist om noen av de tre hovedårsakene. I årsberetningen fra 1856 stilte han seg tvilende til om spedalskhet var arvelig. Han mente det var mer sannsynlig at man arvet en større mottakelighet for spedalskhet, enn at selve sykdommen ble arvet (1856:16-17). Uansett var Høegh av den oppfatning at det måtte vurderes flere andre årsaksmomenter til sykdommen.

Høegh mente heller ikke at de store fiskeriene og gjetingen var sentrale årsaker til spredningen av spedalskhet (1856:20). Han hadde ikke sett noe som skulle tilsi det. I det hele mente Høegh at ikke én enkelt årsak kunne settes som sykdommens drivkraft. Mange årsaksmomenter hadde spilt inn, og sammen ført til sykdommens spredning.

Høegh mente at perioder med ekstra ugunstig klima, eller år med svært dårlige avlinger kunne etterfølges av perioder med økt hyppighet i nye tilfeller av spedalskhet. For i harde år ble folk mindre påpasselig med rensligheten, både når det gjaldt klær og legeme (1857:11). Manglende hygiene mente han spilte en sentral rolle for sykdommens utbredelse. I tillegg hadde Høegh sett at det ikke var uvanlig at spedalskhet utviklet seg etter perioder hvor en hadde tapt krefter. For eksempel etter hardt slit, sykdom, barnefødsel eller streng kulde. Høegh hadde observert at i de delene av landet hvor menn slet mest og var mest utsatt for klimaet, var det overvekt av mannlige spedalske, mens det var omvendt der kvinner slet mest og hadde de tyngste byrdene (1860:24a).

Høegh delte Hjorts oppfatning om at spedalskhet var en blodsykdom (1857:13b). Siden hva man spiste var styrende for blodets tilstand, mente Høegh at sykdommen kunne begrenses ved hjelp av en hensiktsmessig diett. I kapittelet om hospitalene, skal vi se at riktig kosthold ble tillagt stor verdi også blant hospitallegene.

Siden Høegh trakk fram så mange mulige årsaker til spedalskhet, hadde han også flere forholdsregler som han mente kunne være virkningsfulle. Han mente at spedalske ikke burde gifte seg, siden de da kunne føre arvelig disposisjon over på avkommet. Høegh så ikke på nekting av ekteskap som et stort tiltak, men det var et skritt i riktig retning (1856:22). Høegh var også for byggingen av de nye pleiestiftelsene. Der ville spedalske få den pleie og omsorg de trengte. Som et tiltak for å begrense utbredelsen av sykdommen, mente Høegh det var viktig at spedalske, spesielt de i et tidlig stadium, hadde lett tilgang til lege og behandling. Dette kunne ofte hindre sykdommen i å bryte ut, eller i det minste begrense dens omfang.

Dette var alle forholdsregler som ble satt i verk av det offentlige, men som Danielssen, mente Høegh det var mye allmuen kunne gjøre selv. Særlig var han positiv til forbedring av hygiene og kosthold. Rene klær og ren kropp kunne, sammen med et godt kosthold, motvirke spedalskhet.

Her ser vi hvordan Høegh trakk fram flere momenter til sykdommen. Flere av dem ligner på de momenter som ble brukt av de tre legene nevnt over, særlig Danielssen og Hjort. Den største forskjellen ligger i at Høegh ikke setter noen av dem som hovedårsak. Han tror heller at sykdommen kommer som en følge av et komplekst sett av årsaker.

## **Lokal påvirkning: Distriktslegenes oppfatninger**

Blant distriktslegene kunne oppfatningene variere like mye som hos legene nevnt over, ja i mange tilfeller mer. Siden distriktslegene hadde nær kontakt til et sted over lengre tid, ofte flere år, ble deres oppfatninger i større grad påvirket av de lokale forhold i deres distrikt. Jeg har her tenkt å komme med ett eksempel på hva en distriktslege kunne sette som sykdommens årsaker. Mye tyder på at flere av distriktslegene hadde vel så overveide og gjennomtenkte oppfatninger som de sentrale legene, og dette vil jeg prøve å vise gjennom mitt eksempel. Selvfølgelig var en del av distriktslegenes kunnskaper kommet utenfra, men de blandet denne kunnskapen sammen med hva deres egne observasjoner fortalte dem.

Som eksempel vil jeg bruke Michael Krohn (1822-1897), en lege fra ytre Nordhordland legedistrikt. Krohn fylte stillingen fra 1855-1863. Dette er kanskje ikke så lenge, men han var svært aktiv i den tiden han var der, både i sitt virke som lege, og som ordfører i sunnhetkommisjonene i Lindås og Manger.

### **Michael Krohn**

Krohn var i stor grad styrt av de lokale forhold. I sin medisinalberetning fra 1856 konkluderer han med at de vanligst oppgitte årsaker til spedalskhet ikke passet i hans distrikt. Dette var årsaker som arvelighet, fiske, urenslighet, dårlig kosthold, vading i snøvann, gå barbeint og lidelser generelt. Grunnen til Krohns motvilje mot disse årsakenes gyldighet i hans distrikt, var at det var så mange flere spedalske i Lindås enn i Manger, det på tross av at forholdene for allmuen var mye bedre i Lindås (medisinalberetningene ytre Nordhordland 1856:3). Dette syntes han var merkelig, særlig hvis de overnevnte årsaker skulle være de gjeldende. Også innad i prestegjeldene var det forskjeller. Krohn hadde observert at på de øyene som lå ytterst mot havet, hvor det ble drevet fiske i utbredt grad, var det svært få spedalske. I Fedje sogn på Lindås, var de ekstremt urenslige og drev nesten utelukkende med fiske, men allikevel fantes det ingen spedalske der.

Hva kunne så grunnen til dette være? Det Krohn så var at spedalskheten var konsentrert til spesielle områder i distriktet. Helt ute ved havet var det generelt lite spedalske, mens antallet var langt høyere på enkelte områder innover fjordene, særlig der disse snevret seg inn (Krohn medisinalberetningene ytre Nordhordland 2003 (1856):3). Dette fikk Krohn til å mene at luft og jordforhold måtte ha en sentral rolle. Inne i de trange fjordene ville det være dårligere utskiftning av luft, så uren luft ble liggende lenger. Her er det tydelig at det er miasmeteorien som er gjeldende.

Selve hovedgrunnen til sykdommen mente Krohn skyltes en feilaktig blodbanding (Krohn 1860b:2), som kom av innflytelse på huden i form av urenslighet. Dette igjen førte til at huden

ikke klarte å utsondre alle de skadelige stoffene. Men som vist over, mente Krohn at også flere andre årsaker spilte inn.

Generelt for hele landet mente Krohn at sykdommen var mest utbredt i de områder hvor luften inneholdt mye vanndamp og regn, og hvor folk levde på en slik måte at de utsatte seg for disse skadelige innvirkningene, gjennom blant annet dårlig bekledning (Krohn 1860b:2). Krohn mente altså at hovedårsaken til spedalskhetens utbredelse måtte finnes i det ugunstige kystklimaet. Alle andre årsaker var underordnet dette. Nest etter klima, trakk Krohn fram arvelighet. Dette begrunnet han på samme måte som Danielssen, nemlig ved at sykdommen så ut til å holde seg innen visse familier, og at så få av de som hadde levd tett på spedalske over lengre tid hadde fått sykdommen. Mottakelighet for spedalskhet ble også satt opp som en viktig faktor av Krohn (Krohn 1860b:3). For det var forskjell på hvor mottakelig den enkelte var for spedalskhet, og denne mottakeligheten kunne variere til forskjellige tider og som et resultat av forskjellige kroppslige og følelsesmessige tilstander. Denne mottakeligheten kan minne litt om den arvelige disposisjonen Høegh snakket om noen år tidligere.

Alle andre årsaker så Krohn som utløsende årsaker, eller "leilighedsårsaker", som han kalte dem selv. Disse utløsende årsakene, var svært like det Danielssen satte som ytre årsaker. Det var usunn og råttent mat, uhensiktsmessige klær og manglende skotøy, og små dårlig bygde hus.

Krohn mente også at overdreven tilfredsstillelse av sine lyster var skadelig, enten det gjaldt for mye mat og drikke, eller kjønnslig omgang. Dette tømte kroppen for kraft, som igjen virket inn på blodblandingen og ernæringen. Livskraften ble nedbrutt og kroppen ble dermed mer mottakelig for alt som var skadelig.

Alle former for sinnslidelser kunne også være skadelig. Han trakk spesielt fram bekymringer, sorg, frykt, skrekk og ulykkelig kjærlighet.

Arbeid som utsatte kropp og sinn for påkjenninger, var svært skadelig for helsen. Derfor var det viktig å gjøre alt for å oppveie disse påkjenningene. Her anbefalte Krohn mye av det samme som Danielssen hadde gjort i sitt folkeskrift: kle seg godt, spise sunn mat, være renslig og bo i hensiktsmessige boliger, for å nevne det viktigste. Bare en gangs uforsiktighet kunne være nok til å utløse sykdommen. Å sove ute en natt, gå våt en dag eller ta seg en lur på marken, kunne få skjebnesvangre følger.

Til sist mente Krohn at smitte ikke kunne utelukkes. Han mente den sannsynligvis ikke spilte en stor rolle i spredningen av sykdommen, da det fantes mange eksempler på mennesker som hadde levd tett på spedalske uten å ha blitt smittet (Krohn 1860b:4). Og selv om noen av disse ble spedalske selv, var det ikke sikkert at det skyltes smitte, da de også var utsatt for de

samme ytre og indre påvirkninger som andre. Krohn mente allikevel at det burde fortsettes å forske på smitte som årsak til spedalskhet også i framtiden, for den kunne ikke avskrives helt.

Her ser vi at Krohn både tar med hva han hadde fått av overført kunnskap fra andre leger, og hva han selv hadde observert gjennom sitt arbeid i legedistriktet. Imidlertid fikk hans egne observasjoner forrang når det kom til å forklare spedalskhetens spredning i hans distrikt. Dette var helt nødvendig, fordi det gjeldende syn på spedalskhetens årsaker ikke passet inn med de lokale forholdene. Vi ser også hvor åpen Krohn var for alternative årsaker. Blant annet mente han ikke at hypotesen om smitte kunne legges helt bort, da det ikke med sikkerhet kunne sies at den er feil.

## Konklusjon

Hovedmålet med dette kapittelet har vært å vise forskjellene i legenes forståelse av spedalskhet. Jeg tok også med en liten del om hvordan de beskrev sykdommen, for å sette legenes kunnskapsnivå på dette feltet opp mot deres forståelse av sykdommens årsaker.

Jeg mener å ha vist at legenes beskrivelse av spedalskhet var mer eller mindre lik, med bare små forskjeller. I dette tilfellet er det sannsynligvis et tegn på at de var kommet langt i sin kliniske beskrivelse av sykdommen. Når det gjaldt forståelse for sykdommens årsaker, var legene langt mer uenige. Dette har jeg tolket som manglende kunnskaper på feltet. Det største gjennombruddet når det gjaldt forståelse kom med Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i 1873. Da ble det etter hvert klart at sykdommen ble spredt ved smitte. Men Armauer Hansen kunne ikke komme med noen god forklaring på hvordan sykdommen smittet, og selv om han mente at ingen andre faktorer spilte inn, var det langt fra alle leger som var enig i dette. Oppdagelsen av leprabasillen var imidlertid et skritt i riktig retning, og et symbol på bakteriologiens innmarsj i Norge.

Forskningen på spedalskhet i Norge er også en indikasjon på den utvikling som fag medisinen gjennomgikk på 1800-tallet. Vi er vitne til et viktig paradigmeskifte. Tusenårige gamle oppfatninger rundt sykdom byttes ut i løpet av noen tiår. Legevitenskapen gjennomgikk sin største utvikling noensinne på 1800-tallet. Det vil ikke si at all tidligere kunnskap nå var verdiløs. Legenes nye kunnskap var bygget opp på grunnmuren av den gamle. Og det i den gamle sykdomsforståelsen som passet med den nye ble ført videre. Dette gjaldt blant annet den gode kliniske kunnskapen som var opparbeidet.

Framskrittene vitner også om en ny mentalitet blant legene. De vendte seg nå i mindre grad tilbake til gamle autoriteter og overført kunnskap fra fordums tider. Tendensen gikk mer mot å skape sin egen. Når det gjaldt forskningen på spedalskhet, kan Danielssen stå som en

forløper til denne utviklingen. Han var fortsatt en del av den gamle skole, men han var også et springbrett inn i den nye tid. Gjennom sin forskning på spedalskhet, som hovedsakelig var bygget på egne observasjoner og forskning, la han et solid grunnlag for de framskrittene som kom senere i århundret.

Armauer Hansen kan sees som en pioner på sitt felt i Norge for framveksten av den nye sykdomsforståelsen. Hans oppdagelse av leprabasillen var en viktig faktor for det paradigmeskifte som var i ferd med å skje innen den norske legevitenenskapen. Hans oppdagelse fikk også stor internasjonal interesse, da det var første gang noen hadde klart å vise at bakterier kunne være årsak til sykdom på mennesker.



## **KAPITTEL 3: LEGENE OG SPEDALSKHOSPITALENE**

I dette kapitlet vil hovedtemaet være hospitalene, og hvordan driften av disse var et uttrykk for legenes syn på spedalskhet. Jeg vil legge vekt på tiden etter at de nye pleiestiftelsene kom i bruk, det vil si fra 1857 (Pleiestiftelse nr.1) og 1861 (Reknes og Reitgjerdet), og fram til Reknes ble nedlagt i 1895. Men som en innledning til dette, for å vise hvordan synet på spedalskhet utviklet seg utover på 1800-tallet, vil jeg begynne med å ta for meg tiden før pleiestiftelsene. Hovedvekten her vil bli lagt på Norges to rene spedalskhospitaler på den tiden, St. Jørgen i Bergen og Reknes i Molde. Jeg vil se på disse to hospitalene for å gi en bakgrunn for pleiestiftelsene, og for å vise hvordan forholdene for lemmene ble forbedret etter at disse kom i bruk. De gav en sårt tiltrengt avlastning for de overfylte hospitalene og forbedret dermed kårene både for de lemmene som ble igjen og de som ble overflyttet.

Hoveddelen av kapitlet vil bli konsentrert om de tre nye pleiestiftelsene. Dette skyllens først og fremst min kildesituasjon, da det er om pleiestiftelsene jeg har mest materiale. Men jeg har også valgt å konsentrere meg om disse, på grunn av deres sentrale posisjon i bekjempelsen av spedalskhet. Det store flertall av spedalske som ble innlagt på hospitaler, havnet på disse tre pleiestiftelsene. Ved fullt belegg rommet de til sammen omkring 700 spedalske, mens bare 150-200 fantes på andre hospitaler og sykehus rundt om i landet.

Jeg vil legge hovedvekt på hvordan pleiestiftelsene ble drevet, og på hvordan livet til lemmene ble påvirket av dette. Grunnen til det, er at jeg mener legenes sykdomsforståelse rundt spedalskhet er styrende for driften av stiftelsene og for behandling av lemmene. I denne sammenheng blir det nødvendig å komme inn på hvordan livet på pleiestiftelsene utartet seg for lemmene. Områder av driften, som økonomi, vedlikehold og forholdet til staten, kommer jeg lite inn på, da jeg mener det er mindre relevant for min oppgave.

### **Tiden før pleiestiftelsene**

Før pleiestiftelsene og Lungegårdshospitalet ble bygget, fantes det bare to spedalskhospitaler i Norge. Det var Reknes i Molde og St. Jørgen i Bergen. I tillegg til de to hospitalene fantes det også noen sykehus som tok inn spedalske til kurforsøk, men dette var ikke steder spedalske kunne bli over lengre tid. Dessuten var det få plasser, så det var bare et begrenset antall som kunne få hjelp.

Tilbudet for de spedalske var altså dårlig, noe som samtiden også etter hvert ble klar over. Det var først og fremst legen Jens Johan Hjorts reise til Vestlandet i 1832 som fikk hjulene til å rulle<sup>14</sup>. Men før det ble bedre skulle det imidlertid bli verre. De første tiårene av 1800-tallet var svært harde for de spedalske på hospitalene, med en topp omkring 1813-1814, da Napoleonskrigen i Europa førte til blokade av Norge. Disse harde tidene kom samtidig med at antallet spedalske i landet steg, noe som bare forverret situasjonen. I tillegg til matmangel og prisstigning ble hospitalene, særlig St. Jørgen, overfylt.

Før jeg kommer mer inn på dette, vil jeg imidlertid ta for meg hospitalenes opprinnelse, og litt om deres utvikling fra begynnelsen av 1700-tallet og fram til midten av 1800-tallet.

## **St. Jørgen og Reknes hospital**

### **Opprinnelse**

Reknes hospital ble stiftet 16. august 1713. Det lå på gården Reknes sin grunn ved Molde. Det var den gang beregnet for fattige spedalske i Romsdals amt. Det hadde blitt bygget etter initiativ av kammerrådet og amtmann Nobel (Kaurin 1888:5). Inntektene skulle komme fra ”alle Sigt og Sagefalds Bøder” i amtet. I 1714 fikk hospitalet også en stor gave fra sognepresten til Borgund, Knud Mann, og hans kone Ane Dorothea Mundermann. Gaven kom i form av jordegods. Dette sikret hospitalet en relativt god økonomi.

St. Jørgen hadde vært i bruk i hvert fall siden begynnelsen av 1400-tallet, men akkurat når den ble stiftet vites ikke. Første gang hospitalet ble nevnt, så vidt man vet, var i et testamente fra 1411 (Irgens 2000:60). Noen år senere, i 1416, ble hospitalet nevnt i et annet testament som ”det nye hospitalet”. Dette kan være en indikasjon på at det ikke hadde vært i bruk så lenge, men det kan selvfølgelig også bety at hospitalet bare hadde fått nye bygninger. Den første kilden som omtaler hospitalet som st. Jørgen, er et dokument fra 1438 (Irgens 2000:60). Hvordan hospitalet så ut på denne tiden har vi ingen kilder om. Det ville bare blitt gjetninger ut fra hvordan andre hospitaler i samme tidsperiode så ut. Dette er imidlertid ikke en del av denne oppgaven, så det vil ikke bli tatt opp her.

Den formen st. Jørgen hospital har i dag fikk det etter bybrannen i 1702, med noen modifikasjoner. I 1745 ble det bygget en friskestue, som var beregnet på eldre friske mennesker, og i 1754 kom den siste store forandringen. Da ble hovedbygningen revet fordi den var for liten og i dårlig stand, og i stedet ble det bygget en ny stor bygning i to etasjer. Dette er den bygningen som står i dag.

---

<sup>14</sup> For mer informasjon se kapittel to.

## **Hospitalenes funksjon**

Både st. Jørgen og Reknes hospital hadde lenge som hovedfunksjon å være et oppbevaringssted for spedalske. Dette var i samsvar med samfunnets til tider fatalistiske syn på sykdom. Dette begynte imidlertid å forandre seg fra slutten av 1700-tallet. Fra da av og noen tiår inn på 1800-tallet, ble det bygget en rekke nye sykehus i Norge. Disse sykehusene hadde en ny funksjon i forhold til de gamle, de skulle kurere syke. Reknes var først ute av de to hospitalene. Allerede i 1794 ble det opprettet en kuravdeling, som skulle prøve ut helbredelsesmetoder for spedalskhet og veneriske sykdommer (Kaurin 1888:7). St. Jørgen fikk nok aldri noen direkte kurativ funksjon, men fra 1839 ble det utført omfattende forskning der av legene Daniel Cornelius Danielssen og Carl Wilhelm Boeck. Etter at Lungegårdshospitalet stod ferdig i 1849 og Pleiestiftelse nr.1 i 1857, ble mye av forskningen flyttet til disse. St. Jørgen ble da først og fremst et oppholdssted for gamle og uhelbredelige spedalske (Blom 1991:66).

## **Forholdene på hospitalene**

Hvordan lemmene hadde det på hospitalene var i stor grad avhengig av samfunnet rundt. Staten og legene var foreløpig bare i liten grad inne i bildet. Begge hospitalene fikk en god del av inntektene fra eget jordegods og fra gaver. Som nevnt over fikk i tillegg Reknes inntekter fra diverse bøtter til amtet. Dette gjaldt imidlertid bare så lenge disse ikke var bortforpaktete eller var berettiget noen andre (Kaurin 1888:5).

Lemmene fikk en fast sum penger i uken fra hospitalet. Med disse pengene skulle lemmene selv anskaffe seg alt hva de trengte av både mat og klær. Beløpet var imidlertid så lite at lemmene var helt avhengig av inntekter utenfra. Dette kunne de skaffe seg på to måter. De som var friske nok kunne arbeide, mens resten måtte ty til tigging, og sette sin lit til folks gavmildhet. Arbeidet bestod som regel av tilvirking av diverse gjenstander beregnet for salg. På Reknes bestod arbeidet for det meste av not- og garnbinding, spinning, strikking, lettere snekkerarbeid og den slags (Kaurin 1888:14). På st. Jørgen hadde de et videre repertoar: kvinnene strikket, spant og vevet, mens mennene lagde sjøstøvler og bondesko, svovelstikker, kar og bøtter. I tillegg bant de mye fiske- og sildegarn (Welhaven 1816:213).

Dette var et arbeid som lemmene satte i gang på eget initiativ, for å klare seg i hverdagen. Flere av dem ble også dyktige i arbeidet sitt, noe som folk visste å sette pris på. Ting laget av spedalske ble høyt verdsatt, fordi de var av så god kvalitet.

I gode tider fikk lemmene på hospitalene inn nok penger til å klare seg, enten gjennom arbeid eller gaver. Folk fra bygdene rundt hospitalene kom regelmessig med gaver til lemmene, som regel i form av mat, men penger var heller ikke uvanlig.

I harde tider ble det imidlertid verre. Da hadde folk mer enn nok med å klare seg selv, og hadde dermed lite å gi til andre trengende.

Forholdene på hospitalene kan dermed beskrives med to ord: frihet og avhengighet. Lemmene hadde stor grad av frihet i det daglige livet, ved at de styrte det meste av sin tid selv. De laget sin egen mat, kjøpte selv inn det de trengte, og arbeidet på eget initiativ. Denne friheten gjorde at lemmene generelt trivdes godt. På den andre siden var deres hverdag preget av en stor grad av avhengighet. Siden de fikk så lite penger fra hospitalet, var de helt avhengig av å få inn penger utenfra. De som var for svake til å arbeide, ville ha bukket under uten folks gavmildhet. Dette gjorde lemmene særlig utsatt i harde tider.

Dette sier noe om hvor lite det offentlige tok seg av spedalske. De var mer eller mindre overlatt til seg selv. Reknes var nok på mange måter bedre stilt enn St. Jørgen, noe som høyere ukelønn og opprettelsen av kuravdelingen vitner om. På St. Jørgen fikk de ikke engang egen lege før i 1817. Forholdene på st. Jørgen ble imidlertid ikke akseptable før Lungegårdshospitalet og særlig Pleiestiftelse nr. 1 kom i henholdsvis 1849 og 1857. Da fikk st. Jørgen endelig avlastning, og kunne overføre en del av sine spedalske til disse. Så sent som i 1855 var det 159 lemmer på St. Jørgen, dette var nesten dobbelt så mange som det var beregnet for (Blom 1991:65). Det kan virke som Reknes aldri ble så overfylt som St. Jørgen. I hvert fall var det bare 63 spedalske på hospitalet året før den nye Pleiestiftelsen tok over i 1861(1875:44), noe som tilsvarte omkring fullt belegg, men heller ikke mer.

## **Pleiestiftelsene**

Som nevnt over ble alle stiftelsene bygget tett på hverandre i tid. De fikk til en hvis grad lik utforming, og ble drevet mye etter de samme prinsipper og regler. Dette gjorde at bygningene ble grunnleggende like. Det som skilte dem mest var størrelsen og små variasjoner i plassering av rom. Men bruken av rommene var mye det samme. Jeg vil derfor gi en felles grov oversikt over hvordan pleiestiftelsene så ut.

Alle stiftelsene bestod av en stor toetasjes hovedbygning, og et høyere eller lavere antall mindre bygninger. Reitgjerdet og Pleiestiftelse nr.1 sine hovedbygninger var omtrent like store, med plass til henholdsvis 260 og 280 lemmer. Reknes var noe mindre, med plass til 160. Reknes og Pleiestiftelse nr.1 sin hovedbygning var av tre, mens Reitgjerdets var av stein.

Fra Pleiestiftelse nr.1 er det gitt en god beskrivelse av hvordan rommene til lemmene kunne se ut. I 1889 var en engelsk journalist, Elisabeth Garnett, på besøk der (Garnett 1889:379-380). Det er fra henne beskrivelsen kommer. Rommene var panelt med tre og malt lyst grønne. De hadde enten seks eller åtte senger. Disse var dekket med røde sengetepper. I alle

vinduene var det blomster og planter. Her overgikk mennene kvinnene, flere av mennenes vinduskarmer så ut som rene hager. Rommene var ellers fine og lyse. Men noe Garnett reagerte på var den vonde lukten. Spesielt i rommene hvor de verste tilfellene lå, var lukten ille. Legen forklarte henne at det skyltes lemmenes uvilje mot å luften. Selv på varme sommerdager ble alle vinduene holdt igjen. Ingen av rommene hadde tekster eller bilder hengende på veggene, som hun var vant med hjemmefra, men det fantes flere hyller med bøker.

Menn og kvinner var atskilt på egne avdelinger, men det var ikke strengere enn at de kunne møtes på fellesrommene og i parkene.

I tillegg til soverom for lemmene, inneholdt hovedbygningen blant annet kjøkken, arbeidsrom, spisesal, rom for personalet, badrom, kapell og kontorer. Mange funksjoner var altså samlet under samme tak.

Av andre bygninger på stiftelsenes områder kan nevnes likhus, sjøbod (Reknes), stabbur, funksjonærboliger og verkstedsbygninger for skomaker- og snekkerarbeid (Reknes).

Stiftelsenes utendørsområder ble etter hvert gjort om til parker, åkrer og grønnsakshager. Parkene ble først og fremst laget som rekreasjonsområder for lemmene, hvor de kunne tilbringe varme sommerdager i hverandres selskap. Disse lå innenfor gjerdene som stod rundt eiendommene. Flere av parkene ble etter hvert svært vakre. Pleiestiftelse nr.1 sin park fikk rykte på seg for å være Bergens flotteste, med et stort utvalg av blomster, trær og andre planter.

Åkrene og grønnsakshagene gav et tilskudd til stiftelsenes matforråd, og engasjerte flere av lemmene med arbeid, særlig til innhøstingen. Det ble dyrket mange forskjellige sorter, blant annet havre, bygg, erter, poteter, kålrabi og gulrøtter. Reknes og Reitgjerdet holdt også dyr. I 1863 hadde Reitgjerdet omtrent 20 griser, som ble foret med avfallet fra husholdningen (1863:27b). Begge stiftelsene hadde også egne hester og kjøreutstyr, som ble brukt til frakt.

## **Driften av pleiestiftelsene**

Jeg vil ta utgangspunkt i et regulativ for Reknes pleiestiftelse, som ble levert av Indredepartementet 23. oktober 1860. Her ble det angitt generelle regler for stiftelsen og for ansatte og lemmer. Sammen med denne kom det også instruksjoner for de ansatte, og husordensregler for lemmene. Hovedinnholdet gikk på lemmenes rettigheter og forpliktelser, samt de ansattes arbeidsoppgaver og lønn. Alt dette står gjengitt i pleiestiftelsens lege, Edvard Kaurin, sitt hefte fra 1888 (s. 23-39). Jeg vil bruke dette som utgangspunkt for denne delen av

kapittelet. Jeg mener at det som ble skrevet her også har gyldighet for de to andre stiftelsene, siden disse ble drevet på tilnærmet lik måte.

### **Forstanderen og legen**

På Reknes hadde legen helt fra starten i 1861 også stillingen som forstander. Dette var ikke tilfellet på de to andre stiftelsene, der var stillingene delt. Både på Pleiestiftelse nr.1 og Reitgjerdet var legen oppgitt over at en uten legerfaring skulle være ansvarlig for organiseringen av pleien for de syke. Legen på Pleiestiftelse nr.1, Jens Andreas Holmboe (1827-1876), klaget i 1858 over at det meste av stiftelsens anliggender ble styrt av personer som ikke var legekundige (1858:26b). Det eneste legen var med på å bestemme, sammen med forstanderen, var lemmenes fordeling på stuene. Et av de få områdene legen hadde full kontroll over selv, var behandlingen av andre sykdommer enn spedalskhet. Holmboe mente stiftelsen var og måtte være et rent sykehus for spedalske, og burde derfor ordnes deretter. De spedalske var syke, selv i de tidlige stadier. Derfor mente han at mer av ansvaret burde overtas av legen, særlig på viktige områder som bespisning, bekledning og arbeidsvirksomhet, siden disse faktorene var svært sentrale når det gjaldt å begrense sykdommens videre utvikling.

Reitgjerdet fikk forent stillingene som forstander og lege allerede to år etter åpningen i 1861 (1863:26b). Pleiestiftelsen nr.1 fikk, så vidt jeg vet, ikke forent disse stillingene i den perioden jeg tar for meg. Stillingene var i hvert fall fremdeles delt i 1879, som var det siste året jeg fant noe informasjon om saken.

### **Forstanderens oppgaver**

Alt jeg her skriver om ansattes arbeidsoppgaver tar utgangspunkt i Reknes, hvis ikke annet blir nevnt.

Forstanderen hadde den øverste myndighet på stiftelsen. Han hadde en finger med i det meste, og ingenting kunne bli bestemt uten hans samtykke. Men forstanderen var ikke sin egen sjef, han var igjen underlagt overlegen for den spedalske sykdom, som ble kalt overbestyrer i denne sammenheng. Skulle det tas store beslutninger på stiftelsene måtte disse gå gjennom overbestyreren. Blant annet var det bare han som kunne gi lemmene tillatelse til lengre fravær fra stiftelsen, som for eksempel permisjon til hjemmebesøk (Kaurin 1888:39). Den daglige driften var det imidlertid forstanderen som tok seg av. I tillegg ble driften og bestyrelsen av stiftelsen overvåket av en tilsynskomiteé, bestående av personer bosatt i nærområdet. Disse skulle inspisere stiftelsen jevnlig, minst en gang hver annen måned. Eventuelle bemerkninger de måtte ha, skulle sendes overbestyreren eller det ansvarlige departement

(Indredepartementet). I tillegg skulle de minst to ganger i året gå gjennom stiftelsens regnskap, for å se til at alt var i orden. Bemerkninger skulle sendes til indredepartementet, men først etter at de var vist til overbestyrer.

Blant forstanderens viktigste oppgaver var å passe på at alt gikk som det skulle og å fordele arbeidsoppgaver (Kaurin 1888:25-26). Det ville si å sørge for at de andre ansatte gjorde jobben sin på en forsvarlig måte. Det var også forstanderens oppgave å passe på at god orden og renslighet ble overholdt. Hvert år skulle forstander levere inn rapporter til overbestyrer, for å holde han oppdatert om hva som foregikk på stiftelsen. En annen viktig oppgave var å holde oversikt over lemmenes inntekt til og frafall fra stiftelsen.

### **Legens oppgaver**

Å behandle sykdom hos lemmer og ansatte, var blant legens viktigste oppgaver. Men han skulle også overvåke hygien og passe på at den ble overholdt av alle. Hver dag skulle legen gå gjennom stiftelsens stuer og se til lemmene. Han skulle også når som helst på døgnet være klar til å rykke ut hvis noen av lemmene skulle trenge øyeblikkelig hjelp. Legen skulle ellers være til stede når en av lemmene ville skrive ut testamente, for å passe på at den syke var ved sine fulle fem.

En annen viktig oppgave for legen var å utføre kurforsøk med egnede lemmer. Det var forstander som bestemte hvor mange kurforsøk som skulle utføres, og legen måtte bare rette seg etter dette. Der lege- og forstanderstillingen var forent, var det legen selv som bestemte.

Legen hadde også en del papirarbeid som måtte gjøres. Blant annet skulle han føre journaler over alle syke på stiftelsen og hvilken behandling de fikk. Hvert år, innen utgangen av januar skulle han dessuten sende inn en årsberetning til overbestyreren. Den skulle blant annet inneholde informasjon om sunnhetsforhold og kurforsøk.

Instruksene for disse to stillingene går jeg ut fra i stor grad var lik på alle de tre stiftelsene. Grunnen til dette er at instruksene ble utarbeidet hos et departement, som skulle sette sammen alle retningslinjene for de tre pleiestiftelsene.

### **Stiftelsenes øvrige personale**

Rett under forstanderen stod inspektøren. Han var ansvarlig for den daglige driften på stiftelsen, og for at forstanderens ordrer ble utført. Inspektøren var på en måte stiftelsens indre politi, som passet på at alle fulgte de oppsatte regler. Det var også inspektørens oppgave å informere pårørende om lemmer som hadde dødd. Ellers skulle han sørge for at de syke som ønsket det skulle få alterets sakrament, og det var hans oppgave å passe på at nedskrivning av testamente gikk riktig for seg, i nærvær av lege.

Kasserer og regnskapsfører var også direkte underlagt forstanderen. Det samme var økonomen som var ansvarlig for innkjøpene til stiftelsen. Dette gjaldt matvarer, klær, inventar og materialer, men ikke gårdsredskaper og trematerialer (Kaurin 1888:33). Det han kjøpte måtte alltid godkjennes av forstanderen. I tillegg til innkjøp skulle økonomen også passe på at kjøkkenet var i orden og at de som jobbet der var renslige og sparsomme. Ellers skulle han bistå inspektøren med å opprettholde husorden. Økonomen var også ansvarlig for å skrive opp spiselisten etter diktering fra legen.

I tillegg til disse stillingene var det flere underordnede tjenere. Dette var fyrbøteren og bademannen, begge oppgavene ble utført av en person, ”gårdskarlen” som også var portner, en overkokkepике, to kjøkkenpiker, en linnedpике, tre gangkoner, en vaskepике og to ”vaagekoner”. Disse hadde egne instruksjoner for hva de skulle gjøre. Yrkesbetegnelsene deres var imidlertid bare retningsgivende for hva som var deres plikter. De hadde vide arbeidsoppgaver, og alle var pålagt å utføre de oppgaver som forstanderen satte dem til, selv om de gikk ut over hva som stod i deres instruksjoner.

Pleiestiftelse nr.1 og Reitgjerdet hadde stort sett de samme stillingene som Reknes (1860:46a-b, 1862:27b). Den største forskjellen lå i antallet. For eksempel hadde begge fire gangkoner mot Reknes tre. Pleiestiftelse nr.1 hadde også fire kjøkkenpiker, mens de to andre bare hadde to.

Det fantes noen alminnelige bestemmelser for alle tjenerne på Reknes (Kaurin 1888:34-35). For det første var det viktig at de opptrådte sindig og behersket, og de måtte ikke snakke høyrøstet eller krangle. Alkohol var forbudt, og røyking var bare tillatt på rommene. De skulle være reserverte i sin opptreden overfor lemmene, og ikke gi dem noe uten tillatelse. De skulle heller ikke ta i mot noe fra lemmene. Tjenerne kunne ikke komme og gå fra stiftelsen som de ville. Hvis de av en eller annen grunn skulle forlate stiftelsens område, måtte de ha tillatelse fra enten forstander eller inspektør. De hadde heller ikke lov til å slippe fremmede inn på stiftelsen uten tillatelse fra en av disse to.

Av det som står her kommer det fram at tjenerne hadde lite fritt spillerom, og styrte lite over egen tid. Det var strenge regler for oppførsel og de måtte passe på å være renslige, både når det gjaldt klær og kropp. En av hovedgrunnene til at det var så strengt, tror jeg henger sammen med at tjenerne skulle gå foran som et godt eksempel for lemmene. Jeg synes dette kommer fram i de bestemmelsene som er nevnt over. De skulle oppføre seg ordenlig, passe på sin hygiene og være hjelpsomme. Dette var kvaliteter som forstander ønsket å se hos lemmene. Gjennom tjenernes eksemplariske oppførsel skulle lemmene bli oppfordret til å



gjøre det samme. Hvis på den andre siden, tjenerne oppførte seg dårlig og lagde bråk, kunne dette smitte over på lemmene. Dette var noe forstanderen ville unngå for enhver pris.

## **Legene og lemmene på pleiestiftelsene**

### **Hvem var det som ble innlagt?**

Slik jeg ser det, hadde pleiestiftelsene to hovedformål. For det første skulle de ta i mot og pleie spedalske, for det andre skulle de drive med kurforsøk. Det kan virke som den andre delen var den det ble lagt mest vekt på, særlig i de første par tiårene av driften.

Slik legene så det var det få av de spedalske som kom til stiftelsene som egnet seg til kurforsøk, da de fleste var kommet for langt i sykdomsforløpet. Skulle det være noe reelt håp om helbredelse, var det helt nødvendig at kurforsøkene ble satt i gang så fort som mulig etter at de første symptomene hadde vist seg. Legene var derfor misfornøyde med de søkere de fikk til stiftelsene. Det var for det meste svært syke spedalske som søkte. De var allerede kommet langt i sykdomsforløpet, og lot seg innlegge fordi de ikke klarte å ta vare på seg selv lenger. De som var friskere foretrakk som regel å bli i hjembygda.

Hva var så grunnen til dette? Mye kan tyde på at stiftelsene ikke var særlig populære rundt om på landsbygda. Legene selv kommenterte dette. De mente at flere faktorer spilte inn. Distriktslegen i Ytre Nordhordland legedistrikt fra 1863-1884, Thomas Collett (1835-1898), mente at spedalske fra hans distrikt, ikke ville legge seg inn på stiftelsene fordi det var så vanskelig å få permisjon til å reise hjem på besøk til familien (Collett 1872:2). Selv når en av ens nærmeste lå på dødsleiet var det vanskelig å få tillatelse. Bare når de spedalske var blitt så dårlige at de ikke lenger kunne ta vare på seg selv, lot de seg motvillig legge inn. Collett mente dette problemet lett kunne løses ved å gjøre det lettere for lemmene å få tillatelse til å ta turer hjem. På den måten mente han de ville få et mer positivt syn på stiftelsene, og ta de for den velsignelse som de i sannhet var.

Legene på pleiestiftelsene prøvde ut flere tiltak for å øke stiftelsenens popularitet. I 1858 fortalte overlege Høegh at det var blitt gitt tillatelse for flere av lemmene på Pleiestiftelse nr. 1 til å ta kortere turer hjem. Han håpet at deres beretninger om forholdene på stiftelsene ville være med på å avlive mange av de fordommene som eksisterte rundt omkring på landsbygda (1858:20a-b). For de to andre pleiestiftelsene fikk også flere lemmer tillatelse til å dra hjem på besøk hvert år. Imidlertid ble det etter hvert prøvd å kutte ned på antallet, siden legene mente at flere av lemmene tok skade av det. Det er kanskje derfor Collett i 1872 kunne fortelle at det var så vanskelig for lemmene å få tillatelse til å dra hjem på besøk.

Av andre grunner til stiftelsenes upopularitet, ble særlig den strenge disiplinen trukket fram. Lemmene selv var ofte misfornøyd med at de fikk så liten frihet. For flere var det hovedgrunnen til at de forlot stiftelsene.

Så for å konkludere var det som regel de sykeste som ble innlagt på pleiestiftelsene. Selv om legene ønsket seg flere ”friskere” spedalske, var det så få som søkte, at de ikke hadde annet valg enn å ta inn de spedalske de fikk.

## **Hverdagslivet på stiftelsene**

Jeg tar med dette, fordi det sier en god del om hvordan legene så på spedalskhet. Det var legen og forstanderen som i stor grad styrte hva lemmene skulle gjøre, i hvert fall deler av dagen. Det var legen og forstanderen som passet på at de fikk hensiktsmessig arbeid, at de fikk riktig mat og riktig pleie. Det var også disse to som bestemte hvem av lemmene som egnet seg for kurforsøk.

## **Rutinene og pliktene**

Hver dag var det faste rutiner som lemmene måtte følge. Det var faste tider for når de skulle stå opp, spise og legge seg. Det var ikke snakk om å få sove lenge om morgenen, det var tidlig opp og tidlig i seng. På Reknes, for eksempel, måtte alle lemmene som hadde krefter til det og ikke var blitt fritatt, være vasket og påkledd klokken 7:00 om sommeren og klokken 8:00 om vinteren. Sommertid ble regnet fra 14. april til 14. oktober. Frokost ble servert klokken 7:30 om sommeren og 8:00 om vinteren. Middag ble servert til samme tid hele året, klokken 12:30, det samme ble kaffe, som ble servert 16:00. Aftens ble servert klokken 20:00 om sommeren og 19:30 om vinteren. Det var også faste leggetider: om vinteren måtte alle være i seng til klokken 20:30, mens de om sommeren kunne sitte oppe til 21:00 (Kaurin 1888:39).

Ellers ble det forventet at lemmene skulle oppføre seg bra. De skulle være rolige og lydige overfor stiftelsens ansatte, og ellers følge reglene som var satt opp av stiftelsen. Lemmene skulle også være innstilte på å utføre det arbeidet de ble satt til. Var de misfornøyd med noe skulle klagen rettes til overbestyrer, tilsynskomiteen eller forstanderen. Den som ikke fulgte reglene, skapte uro og var vanskelig å ha med å gjøre, ble straffet av forstanderen. Straffen kunne bestå av mindre mat, eller at den straffede ble nektet å forlate rommet sitt (Kaurin 1888:24-25). Tobakksrøyking var ikke tillatt på rommene, og for å få røyke i forsamlingsrom eller i gangene måtte de få tillatelse fra forstander eller inspektør. Den som ville gå utenfor stiftelsens områder måtte også få tillatelse fra forstander eller inspektør. For lengre fravær, som for eksempel en reise hjem, krevdes det tillatelse fra overbestyrer (Kaurin 1888:39).

## Måltidene

Maten ble innkjøpt av forstander med hjelp av økonomen, for så å bli tilberedt på stiftelsen. Alle måtte spise på matsalene. Det var ikke lov til å ta med seg mat ut fra salene, og heller ikke hjemme mat fra et måltid til et annet. Lemmene skulle heller ikke bytte mat seg i mellom, eller med fremmede (Kaurin 1888:39).

Det ble lagt mye vekt på maten, fordi legene mente den var en essensiell del av kurene. De var overbevist om at riktig kost kunne ha forebyggende virkning når det gjaldt spedalskhetens utvikling. Av den grunn ble lemmene servert den kosten som legen mente var best egnet for dem, ut fra deres tilstand. På Reknes var det fire forskjellige menyer. Den første var hel kost, som var beregnet på de som var i god form. De tre andre var beregnet for spedalske i forskjellige stadier av sviktende helse, det var halv kost, sykekost og diett.

For hel kost ble det hver morgen servert kaffe og smørbrød. Det samme gjaldt for halv kost, men bare halv porsjon, som det går fram av navnet. Sykekost var te og smørbrød. For de som gikk på diett ble ikke dagen delt opp etter måltider på samme måte. På Reknes fantes det to typer dietter: den første bestod av en porsjon byggsuppe tre ganger om dagen, mens den andre bestod av søt skummetmelk og smørbrød tre ganger om dagen. Dette fikk lemmene på diett hele uken igjennom.

Middagen for hel og halv kost bestod mye av fisk, men det ble også servert kjøttsuppe, risengrynsgrot og rumfordsuppe noen dager i uka. Til maten fikk lemmene enten poteter eller brød. Til dessert fikk de av og til noe melkevelling eller melkesuppe. Hver dag året igjennom var det fast meny, med unntak av noen utskiftninger innimellom. For lemmer som gikk på sykekost ble det servert byggsuppe med smørbrød fire dager i uka, mens det de tre andre dagene ble servert middagssuppe med smørbrød.

Kaffe klokken 16:00 ble som regel servert med smørbrød, med mindre legen sa noe annet. For de som gikk på sykekost ble det servert te i stedet for kaffe.

Kveldsmaten bestod av melgrøt og melk på hverdagene og te og smørbrød på søndag og helligdager. Til nyttårs- påske- og pinseaften ble det servert grøt og øl. De på sykekost fikk servert det samme som hel kost på hverdagene, men på søndager og helligdager fikk de te istedenfor kaffe. Kaffe ble nok oppfattet som for kraftig drikke for de som var syke.

Lemmene var imidlertid ikke alltid like fornøyd med maten. Blant annet ble det klaget over at den var for ensformig, og at de fikk mat de ikke likte. På Pleiestiftelse nr.1 ble det i 1861 klaget over at det ble servert så mye klippfisk, som mange av lemmene ikke var glad i. Overlege Høegh mente det måtte være mulig deler av året å skaffe andre typer fiskemat til en rimelig pris, for eksempel salt sild under sildefiskeriene. Rundt på landsbygda gikk det også

rykter om at maten var dårlig på stiftelsene. Garnett, den engelske journalisten nevnt tidligere, syntes imidlertid at maten var upåklagelig da hun besøkte Pleiestiftelse nr.1 i 1889. Den bestod av ferskt kjøtt og fisk med grønnsaker. Det ble også servert saltet fisk, ferskt brød og smør. Øl og vin ble det også gitt, men det var heller sjeldent (Garnett: 1889:383). Overlege Høegh mente at hovedgrunnen til at lemmene var misfornøyd med maten var at de ikke var vant til den. Etter å ha levd en stund på stiftelsen ville de vende seg til maten og lære seg å sette pris på den (1861:28b).

## **Arbeid**

Mye av tiden på pleiestiftelsene ble brukt til arbeid. Legene mente det var bra for lemmene å ha noe å beskjeftige seg med, de lengtet ikke så mye hjem da. Lemmene selv begynte også etter hvert å sette pris på å få arbeide. Det ble en kilde til stolthet og selvrespekt for dem, og fungerte som en motvekt til den fornedring sykdommen påførte dem. Ved å arbeide opprettholdt de noe av det som gjorde dem til mennesker, og de følte seg fremdeles som en fungerende og nyttig del av samfunnet. Det er ingen tvil om at lemmene la ned mye flid og stolthet i arbeidet sitt, dette kommer blant annet fram gjennom folks positive syn på det de lagde.

Lemmenes arbeid kan deles opp i to deler, ut fra hvem de jobbet for. Den ene delen av arbeidet var for pleiestiftelsen de bodde på. Dette arbeidet var det forventet at alle som var friske nok skulle gjøre for å få bo på stiftelsen, så det fikk de ikke noe betaling for. Den andre typen arbeid var rettet mot kjøpere utenfor stiftelsene. Det var fremdeles pleiestiftelsene som organiserte arbeidet, og de som stod for salget. Men som en oppmuntring til lemmene, ble deler av inntektene delt ut til dem.

Hva var det så arbeidet til lemmene bestod av? Legene mente at alle som var friske nok burde jobbe, så de la ned mye energi for å sysselsette lemmene med arbeid tilpasset deres fysiske tilstand. Noe av det letteste arbeidet som lemmene kunne bli satt til var binding av garn. Dette var utbredt på alle de tre stiftelsene, og var det arbeidet som gav størst inntekt. Ellers drev de mannlige lemmene en del med skomakerarbeid. Fra ett år ble det opplyst fra Pleiestiftelse nr.1 at lemmene hadde laget 167 par sko og reparert 401 (1861:38a). De lemmene som var sterke nok drev også med lettere snekker- og hagearbeid. De kunne for eksempel lage hagebenker, nattskrin og sykestuebord, men også mer omfattende ting som for eksempel et skap til regnskapsførerens arkivsaker og en åtringsbåt. For kvinnene gikk det mye i sying, strikking og spinning. De både lagde nye plagg og reparerte gamle og slitte. Det var stor variasjon i hva kvinnene kunne lage, men det gikk mye i klær, blant annet bukser, skjorter, sokker, vester, lommetørkler og forkler.

Fra sitt besøk på stiftelsen skrev Elisabeth Garnett blant annet om lemmenes arbeid (Garnett 1889:379-380). Et av de første rommene hun kom inn i på Pleiestiftelse nr.1 må ha vært et arbeidsrom, for det satt noen lemmer og arbeidet der. Den første var deformert i ansiktet, men ikke direkte stygg. Han drev og festet biter av kork til et garn. Han viste stolt fram arbeidet sitt til Garnett og hennes lille følge. Den andre av dem satt og reparerte sko. Han ville ikke snakke med dem, og prøvde å skjule ansiktet sitt. Den eneste han snakket til var legen, som var med dem på rundturen. Garnett fikk imidlertid et glimt av ansiktet til mannen, det var oppsvulmet og hadde en lilla farge.

Garnett fikk senere vite at alle som var i form til det fikk passende arbeidsoppgaver på stiftelsen. I kvinnes stue ble det strikket strømper, underskjørt og undertrøyer. Disse var av god kvalitet og lemmene viste dem gjerne fram. Kvinnene tilvirket ullen helt fra bunnen av. Garnett beskrev hvordan de kardet den, for så å tvinne det til tråd med et rokkehjul. Både i kvinne- og mannsavdelingen var det egne arbeidsrom. I mannsavdelingen hadde de blant annet eget snekkerverksted, og et rom til garnbinding.

Både kvinner og menn jobbet i stiftelsenes hager og åkrer. Særlig var de med under innhøstingen. Pleiestiftelse nr.1 hadde ikke egen åker, men hadde grønnsakshage og urtehage (1860:44b).

Den generelle tendensen for alle tre stiftelsene var at lemmene hadde en stor arbeidsiver, men noen problemer var det, spesielt i de første årene etter åpningen. Særlig Reitgjerdet slet. Stiftelsens forstander, E. Hauge, klaget i 1862 over lemmenes manglende arbeidsiver (1862:26a-b). De hadde manglende respekt for autoriteter, og flere av dem var late og ville bare lese. Mye av grunnen til den store motviljen mot arbeid på Reitgjerdet lå i problemer med å skaffe lemmene betalt arbeid. Stiftelsen lå så langt fra byen, at det var vanskelig å skaffe dem arbeid derfra. Varene som ble laget ble ofte liggende på stiftelsen, fordi det var så vanskelig å få solgt dem. Dette skapte misnøye blant lemmene, og flere av dem prøvde å få seg jobb utenfor stiftelsen istedenfor. Det ble imidlertid bedre etter hvert. I 1865 var arbeidsvirksomheten kommet inn i fastere og mer ordentlige former, noe som gav ro og velvære, både for ansatte og lemmer. Året etter klarte stiftelsen også å skaffe lemmene betalt arbeid, dette økte arbeidsiveren. I årene som fulgte var det en økende arbeidsvirksomhet på stiftelsen.

På Pleiestiftelse nr.1 var det også problemer med å få lemmene til å arbeide, men ikke i så stor grad som på Reitgjerdet. Reknes så ut til å være den pleiestiftelsen som hadde minst problemer på dette området. Men også her var det litt startproblemer. Vanskeligheten lå ikke så mye i manglende arbeidslyst som i problemer med å finne passende arbeid, spesielt for de

forkrøplede og blinde. Det var ikke så mye de kunne drive med, men litt notbinding, strikking og sying kunne de klare å sysle med.

Etter som årene gikk steg arbeidsiveren på alle stiftelsene. Arbeidet måtte imidlertid for de fleste ikke være for fysisk krevende. På Pleiestiftelse nr.1 hadde de forsøkt det første året å legge ansvaret for vaskingen av stiftelsen på de friskeste lemmene. Dette hadde imidlertid ikke fungert, da selv disse ikke var sterke nok (1860:44b). For flere kunne arbeidet være vanskelig på grunn av fysiske handikapp de hadde. Noen var blinde, mens andre hadde mistet fingrer eller hadde dårlige motoriske evner. Viljen til å arbeide var hos flere allikevel større enn handikappet, noe en historie fortalt av Anna Austestad viser (Austestad 1987:32). Anna var sykepleier på Pleiestiftelse nr.1 i noen år på begynnelsen av 1930 årene, så det er utenfor den tiden jeg tar for meg, men jeg føler allikevel at historien passer inn her. En av pasientene hadde mistet alle fingrene, men dette hindret henne ikke i å fortsette med å hekle. Hun hadde funnet en løsning på problemet, hun bant en lærreim rundt armen og i den festet hun heklenåla. Slik kunne hun hekle i rasende fart. Selv 50 år etter at hun jobbet på stiftelsen, hadde Anna et dobbelt sengeteppe som denne pasienten hadde heklet. Det var et fint minne for Anna.

Etter hvert som tiden gikk var det tydelig at arbeidet ble mer og mer viktig for lemmene. Det ble en sentral oppgave for stiftelsene å finne jobber til dem. Alle stiftelsene hadde fått innredet egne arbeidsrom, og disse ble flittig brukt. I 1868 kommenterte overlege Løberg at det hadde vært ønskelig med større arbeidsrom på Pleiestiftelse nr.1, da disse var overfylte.

Blant de som ble for syke var det et stort savn å ikke kunne arbeide (1868:15a-b). Arbeidet var for lemmene noe som gav livet deres innhold og mening, og var en kilde til selvspekt. De som fant seg til rette med arbeidet fant seg også ofte til rette på stiftelsen. Så snart arbeidet var kommet inn i faste former viser årsrapportene at forholdene også roet seg. Lemmene ble mer tilfredse og oppførte seg bra.

### **Aktiviteter**

Generelt var det en streng disiplin på stiftelsene, men det ble også åpnet opp for sosiale aktiviteter. Disse hadde som regel et religiøst eller dannende innhold. Gudstjenester var nok noe av det mest vanlige, de ble holdt med jevne mellomrom på stiftelsene. Det geistlige tilsyn på Reitgjerdet ble i 1863 utført av den residerende kapellan til Strinden (1863:27a). Sognepresten som hadde tatt seg av dette før, hadde sagt fra seg plikten. Kapellanen holdt gudstjenester annenhver søndag og på helligdager om ettermiddagene. Bibellesning ble holdt annenhver uke, som regel på ettermiddagene. På Reknes var det likedan, der holdt stiftelsens

prest Gudstjeneste annenhver søndag. Når det var tid ble det også avholdt bibellesning på mandager.

Sang ble også tilbudt. På Reknes ble det hver uke fra 1862 gitt to timers gratis sangundervisning for lemmene. Dette var en stor oppmuntring for dem og ble satt umåtelig pris på. Den som stod bak dette var den nye kirkesangeren, som stiftelsen nettopp hadde ansatt (1862:23a).

Når de fikk tillatelse, var det populært blant lemmene på stiftelsene å dra inn til byen. Siden Reitgjerdet lå så isolert til var det sjeldent noen derfra fikk anledning til å dra. På Pleiestiftelse nr.1 fikk små grupper med spedalske lov til å forlate stiftelsen når været var bra. De dro da ofte inn til byen for å gjøre egne ærender (1860:45a).

Det var ikke så ofte lemmer fikk lov til å dra til hjembygda på besøk, men det ble gjort unntak for de som hadde sterk hjemlengsel.

Disse aktivitetene ble tillatt av legene for å øke trivselen til lemmene. Sammen med arbeidet, var det med på å holde lemmene i aktivitet. På den måten holdt de seg i ro, og hjemlengselen ble ikke så stor.

### **Uroligheter på stiftelsene?**

Alt var ikke fryd og gammen på pleiestiftelsene, særlig ikke i den første tiden etter at de hadde åpnet. Da var de fleste lemmene som ble innlagt uvant med å bo på hospital, kanskje med unntak av Reknes, hvor flere kom direkte fra det gamle hospitalet. Flere ble også overført fra st. Jørgen hospital til Pleiestiftelse nr.1, men siden denne stiftelsen var en god del større en Reknes, fikk antakeligvis ikke dette så stort utslag. Det var da naturlig at problemene ble større i begynnelsen, med så mange nyankomne. Dette forstod også legene. På Pleiestiftelse nr.1, var det den første tiden etter åpningen mange klager fra lemmene. Overlege Høegh mente imidlertid at dette ikke skyltes annet enn lemmenes vanskeligheter med å tilpasse seg de nye omgivelsene og den disiplin som pleiestiftelsen krevde (1857:2a). Han mente derfor det ikke var noen grunn til å endre på rutinene og reglene. Det gjaldt bare å gi dem litt tid, så ville alt ordne seg. To år senere, i 1859, kunne da overlegen også konstatere at det ikke hadde vært noen klager dette året (1859:27a). Forbedringene gikk stadig videre, og i 1864 ble det rapportert at det hersket en ro og orden på stiftelsen, som man for noen år siden bare kunne ha drømt om (1864:33a). Og i 1865 kunne overlege Løberg konstatere at det hersket ro, orden og tilfredshet både blant lemmene og tjenestepersonalet (1865:17b). Det var samme utvikling på de andre stiftelsene. Fra Reknes kunne stiftelsens lege, F. C. Sand, i 1863 fortelle at lemmene hadde oppført seg bra, og at det virket som de hadde funnet seg mer til rette. Han mente de var blitt klar over at de hadde det bedre på stiftelsen enn hjemme (1862:23a)

Denne forbedringen mente overlege Løberg skyltes at pleiestiftelsene nå hadde fått en fast stokk av eldre lemmer, som hadde en disiplinerende innflytelse på de nyinnkomne (1863:26a). De eldre lemmene ville også kunne gjøre overgangen lettere, ved raskt å sette de nye inn i stiftelsenes skrevne og uskrevne regler.

Urolighetene viste seg først og fremst gjennom klager, men flere dro også fra stiftelsene hvert år, med eller uten tillatelse. Hovedgrunnene var som regel den strenge disiplinen og vanskelighetene med å få permisjon til å dra hjem. Noen dro også fordi de var skuffet over å ikke ha blitt helbredet, mens andre igjen dro fordi de følte seg litt bedre. Ensformig og dårlig mat ble også nevnt som grunn.

Etter legenes egne utsagn var det ikke mye uroligheter på stiftelsene etter år de første årene var gått. Men årsrapportene deres til overlegen viser at alt ikke var like bra. I disse rapportene ble nå imidlertid urolighetene mer forbundet med individer. I de første årene hadde urolighetene mest blitt forbundet med lemmene som en gruppe. Men etter hvert kan det sees en glidning over mot individuelle beskrivelser. Dette gir et dypere innblikk i de enkelte lemmers skjebner.

Selv mord virker lite utbredt. Jeg har bare funnet to eksempler på dette fra årsberetningene fra overlegen fra den spedalske sykdom. Om det skjuler seg store mørketall her er ikke så godt å si. Legene mente selv at lemmene stort sett trivdes på stiftelsene, når de først hadde vendt seg til å være der. Så hvis vi skal tro på dette, så forekom selvmord svært sjeldent.

Sinnssykdom virker noe mer vanlig, uten at jeg dermed vil si at det var utbredt. I årsberetningene blir det flere ganger nevnt lemmer som led av sinnssykdom i kortere eller lengre perioder, men de blir alltid nevnt som individer, så det var ikke mange totalt sett. På Reitgjerdet ble det opprettet en egen avdeling for sinnssyke i 1880 (1886-90:89). På Pleiestiftelse nr.1 hadde de egne rom for pasienter som var urolige. Der ble de stengt inne til de roet seg, eller til de ble sendt på sinnssykehus.

Tyverier forekom også på pleiestiftelsene. Jeg har sjeldent sett det nevnt i årsberetningene, så jeg går ut fra at det ikke var vanlig. Fra Reitgjerdet fant jeg imidlertid et eksempel. Der ble en mann utvist etter gjentatte tyverier (1881-85:79). Han kom fra en straffeanstalt hvor han hadde vært i tre år. Under oppholdet der hadde han pådratt seg spedalskhet, og ble derfor sendt til Reitgjerdet.

Etter at de første årene var over, kan det altså virke som urolighetene på stiftelsene dempet seg ettertraktelig. Lemmene var stort sett fornøyd, og hvis det var noen klager kom disse som regel i rolige former. Noe av grunnen til dette var nok at de som kunne ha skapt mye bråk på



stiftelsene enten ble kastet ut eller rømte. Det var fremdeles noe uroligheter, men dette var i så liten skala at det ikke var noe problem. Etter hvert som lemmene ble sykere satte de nok også stadig mer pris på den hjelpen de fikk på stiftelsene, og for mange ble det klart at de hadde det bedre der enn hjemme på bygda.

## Sykdom og død

Selv om det ble gjort mye for å bedre livskvaliteten til lemmene, var det ikke til å unngå at flere døde hvert eneste år. Mange av legene mente at en stor del av lemmene døde som en direkte følge av spedalskhet. Men at også andre sykdommer årlig krevde flere liv vitner årsberetningene om. Særlig var epidemiske sykdommer farlige. I perioder kunne disse herje stygt.

Rosen<sup>15</sup> var en av de mest utbredte sykdommene på alle tre stiftelsene. Den var en gjenganger blant lemmene. På Reitgjerdet kom det en kraftig rosenepidemi allerede fra stiftelsen åpnet, og den varte ut året. 43 ble smittet, men heldigvis var sykdommen mild. Så heldige var de ikke på Pleiestiftelse nr.1. I 1860 ble stiftelsen rammet av en kraftig rosenepidemi som krevde 29 liv (1860:50).

Andre sykdommer som gikk igjen i årsberetningene var diaré og kolera. På Pleiestiftelse nr.1 var det i 1866 53 tilfeller av kolera, med hovedtyngden i månedene august, september og oktober, og 69 tilfeller av diaré (1866:19b). Lignende opplysninger kommer fra de to andre stiftelsene i de årene jeg tar for meg. Det var imidlertid også flere år hvor det ikke var noen epidemiske sykdommer i det hele tatt. Særlig så det ut til at Pleiestiftelse nr.1 som regel slapp lett unna, hvis man se bort fra rosenepidemien i 1860.

Av andre lidelser som lemmene led av, var flere forbundet med deres spedalskhet. Feber var svært utbredt blant lemmene. Det var vanlig at de fikk feber før og under akutte utviklingsfaser i sykdommen (1858:25b). Dette skjedde som oftest i vintermånedene, under den skarpe vårluften, samt i overgangen mellom sommer og høst. Feber var også en vanlig ingrediens i mange av de andre sykdommene de spedalske led av, og når feberen først satte inn var det mange som ble rammet. På Reitgjerdet var det 121 tilfeller av feber i 1870 (s.26). Å få feber høres kanskje ikke så ille ut, men flere av lemmene kunne bli svært syke. For enkelte kunne feberen regelrett være fatal. Fra Reknes i 1864 får vi høre at ni lemmer døde under hektisk feber (1864:39b), to år senere får vi høre om 10 til som hadde dødd av samme årsak.

En annen lidelse som også var utbredt blant lemmene var pusteproblemer og kvelning. Spedalske var utsatt for å få knuter, sår og skorper i halsen. Dette førte ofte til pustevansker,

---

<sup>15</sup> Svært smittsom hudsykdom, ofte smertefull

plagsom hoste, og i de verste tilfellene, kvelningsanfall. For flere kunne et slikt anfall få dødelig utgang. Noen døde under det første kvelningsanfallet, mens andre døde etter gjentatte anfall over et kortere tidsrom.

Mange av legene mente at for de fleste av lemmene var det spedalskhet som til slutt førte til døden, enten ved at de ble så svekket at de døde av andre sykdommer, eller at de døde som en direkte følge av spedalskhet. Mange av disse siste døde under kraftig feberanfall. For flere år nevner årsberetningene at de fleste eller alle lemmene hadde dødd som en direkte årsak av spedalskhet. Av de to formene var det den knutete som var mest dødelig, og den flest ble rammet av. Som jeg har vist i kapittel én levde man langt kortere med den knutete enn med den glatte formen.

Andre lidelser trengte i seg selv ikke være dødelig, men førte til store plager. På Pleiestiftelse nr.1 var det 20 lemmer som var sengeliggende i 1863. Årsakene til dette var blant annet at de hadde verkende knuter, lammelser, blindhet, eller åpne sår i fotsålen som ikke ville gro (1863:20a).

Hudsykdommer var flere steder svært utbredt på landsbygda. De vanligste var skabb, psoriasis, og eksem. Dette kan sees på hvor mange av de spedalske som kom til stiftelsene som var utsatt for disse plagene (1857:17a). Å sette lemmene på en kur for å få bukt med hudsykdommene, var ofte noe av det første legen måtte gjøre. Kuren bestod som regel av varme bad og påsmøring med en salve som bestod av like deler tjære og såpe. Til slutt ble lemmene vasket i et "Såpebad". Kuren varte som regel en seks dagers tid (1863:20b). Dette skulle ha god effekt, spesielt mot skabb og hard overhud. For å passe på at hudsykdommene ikke kom tilbake, så legen seg nødt til jevnlig å inspisere lemmene.

Blant de nyankomne var det også flere som måtte ha fra to til åtte ukers opphold i sengen for å innskrenke, lege og rense forskjellige andre hudsykdommer og sår (1863:20b).

For å avrunde, kan man si at legene mente spedalskhet var hovedårsaken til de fleste dødsfall på stiftelsene. En viktig oppgave for dem ble derfor å finne kur for sykdommen, eller i det minste lindre lemmenes lidelser. Men det var også andre sykdommer som rammet de spedalske. Epidemier var de farligste av dem, og kunne kreve mange liv når de først brøt ut.

## **Kurer og pleie**

Som allerede nevnt, hadde pleiestiftelsene to hovedfunksjoner. Det var for det første å drive med kurforsøk av egnete lemmer, for det andre oppbevaring og pleie. Det som fikk mest oppmerksomhet i årsberetningene av disse to var kurforsøkene. Nesten hvert år ble det skrevet

om hva som hadde blitt gjort, hvem som var på kur, og hvem som så ut til å bli helbredet. Pleien av de spedalske får vi høre mindre om, men det blir nevnt innimellom.

Dette kan muligens si noe om hva legene la mest vekt på. Det kan imidlertid også vise til hva mottakerne av årsrapportene var mest interesserte i å høre om. Imidlertid ble kurene sjeldnere nevnt i de senere årsberetninger, og fra 1881 har jeg ikke sett kurene nevnt i det hele tatt. Hadde legene mistet troen på dem?

Hvorfor var kurforsøkene så viktig de første tiårene? Mange av legene var overbevist om at spedalskhet var helbredelig. Derfor var det så viktig å prøve ut nye metoder som muligens kunne fungere. Dette begrunnet de med at det fantes flere eksempler på at spedalske hadde blitt friske, med eller uten kur. Legenes kurer hadde blitt prøvd ut med varierende hell. Noen hadde de virket på, andre hadde ikke fått noen virkning, mens enkelte faktisk var blitt verre. Problemet lå altså i å finne en kur med stabile resultater, som kunne fungere for alle. Metodene bestod av prøving og feiling.

### **Kurmetoder**

Hva bestod så disse kurene av? Medisiner ble generelt sett på som lite virkningsfulle når det kom til spedalskhet. Medisiner ble prøvd ut tidlig i perioden jeg tar for meg, men ble lite brukt senere. Det de fleste av legene etter hvert sverget til var riktig kosthold, god hygiene og jevnlig bading. Det ble også sett på som viktig at pasientene fikk nok hvile og ikke overanstrengte seg. Men det var heller ikke bra å være helt i ro, så riktig mengde mosjon, avpasset etter den enkelte lems helse, var det beste. Hagene til stiftelsene var ypperlige for dette formålet. Lemmene ble også satt til passende arbeid, for at de skulle ha noe å beskjeftige seg med, og dermed bruke kroppen.

Alle disse faktorene var viktige elementer i en eventuell kur. Ved å passe på at lemmene spiste riktig, var renslige, tok sine dampbad, var riktig kledd, fikk nok hvile og tilstrekkelig mosjon ville kroppen bli styrket. Dermed ville den være bedre i stand til å stå imot spedalskhet.

Legen på Pleiestiftelse nr.1, J. A. Holmboe, var, som så mange andre leger, av den oppfatning at sykdommen kunne helbredes hvis den spedalske kom til behandling tidlig i sykdomsforløpet (1860:52b). Jo tidligere man fikk startet, jo større var sjansen for helbredelse. Men dette var bare et godt utgangspunkt. Skulle kuren ha virkning var det helt nødvendig med streng kontroll av levesettet. For at kuren kunne gjennomføres, var det derfor viktig at lemmene viste selvbeherskelse og viljestyrke. Det krevdes hyppige bad, omhyggelig hudkultur og store mengder sunn luft. Det var også viktig å unngå forkjølelser, da dette ville svekke kroppen. Derfor var det om å gjøre å regulere klesdrakten etter årstiden. Det aller beste

var å bruke ull innerst mot kroppen. Når det gjaldt mat var det viktig med en kraftig kost, men den måtte avpasses etter lemmenes helse. Tran var også en nødvendig ingrediens i kuren, og burde tas daglig. I tillegg var det essensielt at lemmene fikk nok bevegelse, helst i den friske luften utendørs. Holmboe hadde imidlertid liten tro på medisinalbehandling, da dette hadde gitt magre resultater så langt (1860:52b). Selv hadde han tidligere prøvd spanskflueplaster rundt på kroppen til lemmene, særlig der hvor det var stor avsetning. Dette hadde imidlertid vist seg å føre til nye knuter og avsetninger, og generelt forverret tilstanden til lemmene (1861:42a-b).

Helt fra åpningen av Pleiestiftelse nr.1, hadde Holmboe ment at bading kunne ha en helbredende, eller i hvert fall lindrende effekt på spedalskheten. Dette fulgte han også opp i praksis. Fra 1857 kunne han fortelle at alle som var i stand til det, ble badet og vasket med grønnsåpe én til to ganger i uken (1857:17b). Året etter etterlyste Holmboe et dampbad, noe som kan tyde på at han trodde dette også kunne ha positiv innvirkning (1858:26a).

På Reitgjerdet fulgte legen overlege Høeghs kurforslag fra 1860. Høeghs kur bygget på oppfattelsen av at spedalskhet skyltes kroppens manglende evne til å produsere varme (1860:21b). Dermed mente han at kulde og nedkjøling var sentrale årsaker til sykdommen. Kuren hans tar derfor for seg måter å hindre langvarig varmetap på. Det var viktig å oppholde seg i varm og ren luft. Når man var ute, var ikke dette alltid mulig. Da var det av stor betydning å beskytte seg på best mulig måte mot klimaet. Riktig bekledning var dermed essensielt. En sentral faktor i en slik bekledning var ull innerst mot kroppen. Varme bad var også en vesentlig del av kuren, etterfulgt av kald skylling. Det neste punktet på listen var kostholdet. Maten skulle være kraftig, men også lett fordøyelig. Tran skulle tas et par ganger om dagen, helst mellom de måltidene som lå lengst fra hverandre i tid. Til sist mente Høegh at noen medikamenter kunne være effektive. De måtte imidlertid ikke gripe for sterkt inn på fordøyelsen, eller organismens virksomhet.

De første årene på Reknes ble det prøvd ut flere typer medikamenter, for å se om det ville ha noen virkning på den spedalske sykdom. I tillegg ble det brukt elektrisitet, diett og bloduttømmelser (1861:44a-45b). De fleste av medikamentene og de andre tiltakene ble imidlertid ikke brukt som en direkte kur mot spedalskhet, men heller for å lindre eller helbrede de lidelser sykdommen kunne føre til.

### **Hadde kurene noen virkning?**

Effekten av kurene kunne være svært varierende. Men generelt kan vi si at legene aldri fant noen som fungerte effektivt på et stort antall spedalske. Resultatene av kurene virket ofte vilkårlige, og det kan være tvil om helbredelsen skyltes kuren, eller andre tilfeldige omstend-

igheter. Legene kjente til at enkelte ganger hadde mennesker blitt helbredet for spedalskhet uten noen som helst form for behandling. Dette kalte legene spontanhelbredelse. Ofte kunne de da imidlertid finne en forandring til det bedre i den sykes levesett. For eksempel at en var kommet i gode kår, hadde fått et lykkelig ekteskap, eller hadde sluttet med en jobb som var skadelig for helsen.

Så det kunne med stor grad av sikkerhet slås fast at det fantes spedalske som ble helbredet for sin sykdom. Flere eksempler fra årsberetningene tyder på dette. Jeg har tenkt å bruke to eksempler for å vise hvordan en slik helbredelse kunne foregå. Disse omhandler to jenter som ble utskrevet fra Pleiestiftelse nr.1 i 1867.

Det første eksempelet omhandler Oline Andersdatter Evjen (1867:19a). Hun kom til stiftelsen i 1857, og var da 11 år gammel. Sykdommen var ikke kommet så langt, men var lett gjenkjennelig ved hennes små tuberkler og sår på lårene og armene. Kuren hennes hadde bestått av bading to ganger i uken, tran, jernmidler og alminnelig fullkost. I tillegg hadde hun brukt undertøy av ull (1863:20b). Etter hvert begynte så sykdommen å gå tilbake. Allerede i 1859 hadde tuberklene forsvunnet og bare etterlatt seg noen små blå flekker. I 1861 var disse blå flekkene blitt mindre og lysere. To år senere, i 1863 var hun imidlertid ikke helt frisk. Hendene og beinene hennes var kalde, klamme og kanskje litt atrofiske<sup>16</sup>. I tillegg så hun svært blek ut og hadde litt smerter her og der. Året etter var hun fremdeles blek, men følte seg ellers bra og arbeidsfør. De neste to årene var hun stort sett frisk, hvis man ser bort fra noen feberanfall. Imidlertid hadde hun en smertelig ømfintlighet på leggene. I 1867 ble hun utskrevet. Hun hadde da et alminnelig godt utseende og var i god form. Siden den tid hadde hun oppholdt seg i byen og ernært seg som syerske. Hennes mor og to søstere hadde også vært spedalske, men disse hadde dødd som en følge av sin sykdom.

Det andre eksempelet omhandler Berthe Olsdatter Holsøer (1867:19b). Hun kom til stiftelsen i 1859, og var da 11 år. Da hun kom, hadde hun enkelte flekker som ved begynnende glatt form, men så ellers godt ut. Sykdommen hadde nylig vist seg da hun ble innlagt, noe som gjorde henne godt egnet til kur. Allerede i 1861 var alle flekkene forsvunnet, og hun bar ikke lenger noen tegn på spedalskhet. I perioden 1865-67 var hun frisk og arbeidsfør, men hadde et anemisk<sup>17</sup> utseende, og led ofte av smerter øverst i underlivet. Da hun ble utskrevet i 1867 hadde hun ingen tegn på spedalskhet, men hadde en blek ansiktsfarge. Hudfølelsen var imidlertid god, og hun var i temmelig god form. Hun hadde oppholdt seg i byen som tjenestepike etter at hun ble skrevet ut. Også Berthe hadde hatt andre

---

<sup>16</sup> Svunnet inn, utviklede.

<sup>17</sup> Blodfattig, blekt.

spedalske i den nærmeste familie. Hennes far og to søstere hadde dødd på stiftelsen, mens hennes bror, Berent Olsen Holsøer, hadde blitt utskrevet som helbredet i 1864. Han hadde blitt lagt inn samme året som sin søster, men til forskjell fra henne hadde han ikke fått noen direkte behandling for sin sykdom. Han hadde imidlertid fått alminnelig god pleie.

Men selv om det var noen som ble helbredet for spedalskhet, må man være klar over at dette hørte til unntakene. De aller fleste som ble satt på kur fikk liten eller ingen virkning. I 1865 ble det på Pleiestiftelse nr.1 satt i gang kurforsøk på seks egnete lemmer som var kommet inn i løpet av året. Av disse var det bare én det så ut til å ha noen virkning på(1865:19b-20a).

Det var heller ikke uvanlig at lemmene som var på kur kunne få en forbedring, for så å få et tilbakefall. Fra Reknes har jeg et eksempel på dette (1873:24a). Salomon Henrik Pedersen Vadsæt fra Kinn var 11 år da han ble innlagt på stiftelsen i 1870. Sykdommen var oppstått et halvt år før han ble lagt inn. Faren hans var spedalsk, mens moren var frisk. Lenge så det ut som Salomon var på bedringens vei, men så 30. desember 1873 fikk han en betennelse i hele ansiktet, etterfulgt av opphovning og knuter. Øyenbrynene var pølseformede, nesen var blitt til en tykk klump, mens leppene var tykke og framstående. Hele ansiktet var oppdunstet og fiolett.

Så for å konkludere, var det lite eller ingenting legene kunne gjøre for å helbrede spedalske. De hadde problemer med å forklare hvorfor kurene så ut til å virke på noen av lemmene, mens den ikke hadde noen virkning på andre. Det kan også være tvilsomt om det var kurene i seg selv som hadde ført til helbredelsen, eller om andre faktorer hadde vært viktigere.

Etter hvert får da også kurforsøkene stadig mindre plass i årsberetningene. En stund virker det som de blir tatt med bare fordi det er påkrevd, mens de etter hvert forsvinner helt. Fra 1881 og ut perioden jeg tar for meg, har jeg ikke sett at kurforsøk har blitt nevnt i det hele tatt. Det eneste som er tatt med er antall personer som hadde blitt helbredet siden forrige årsberetning. Om de var blitt helbredet etter kur, eller om de var blitt friske av seg selv, står det ikke noe om. Dette kan tyde på at kurene hadde fått lavere prioritet, noe som kan bety at legene hadde mistet troen på dem.

### **Pleie og lindring**

På dette området tyder mye på at legene hadde større suksess enn med kurforsøkene. De gode forholdene på stiftelsene førte til at mange spedalske ble bedre etter å ha levd der en stund. Fra Pleiestiftelse nr.1 fortalte hospitallege Holmboe i 1858 at mange av de spedalske som hadde kommet til stiftelsen hadde hatt en merkbar forbedring. Mange som måtte holde sengen

det meste av tiden mens de var hjemme, hadde kommet seg på beina og til og med jobbet litt etter at de var kommet til stiftelsen (1858:25a).

Hva ble så gjort for de spedalske, for at de skulle bli bedre? Som allerede nevnt mente legene kostholdet var viktig i denne sammenheng. Det samme var renslighet. Disse to faktorene kunne i mange tilfeller betydelig heve lemmenes livskvalitet. Flere av de andre tiltakene var også de samme som ved kur. Her var imidlertid ikke hensikten helbredelse men lindring.

En annen viktig faktor ved pleien, var stell av sår. Lemmene var mye plaget av sår, noe som krevde konstant stell for at det ikke skulle oppstå infeksjoner og andre komplikasjoner. En del av stellet var også smertelindring. For å lindre smerter og dekke sårene, ble det brukt blant annet lunkent vann, grøtomslag eller tjæresalve. Dette ble blant annet brukt på sår spedalske hadde fått på beina. Varme grøtomslag var ellers noe som generelt ble brukt som et smertedepende middel.

Det fins også eksempler på at legene kunne gå mer drastisk til verks for å bedre lemmenes kår. Dette har jeg et eksempel på fra Pleiestiftelse nr.1 i 1865 (1865:19b). Dette året kunne stiftelsens lege, Peter Jürgensen (1821-1907), fortelle at det var foretatt tre beinamputasjoner av lemmer med den glatte form. Disse ble utført på grunn av deformerte føtter, som forårsaket store smerter for lemmene. Før operasjonen hadde de vært nødt til å holde sengen hele tiden. Konstante smerter hadde også ødelagt nattesøvnens deres, og ført til at de syknet bort. Livet til de tre ble betraktelig bedre etter amputasjonene. Nå kunne de igjen bevege seg rundt på stiftelsen, og komme seg inn til byen. De tre lemmene var selv svært fornøyde med sin bedrede situasjon, mente Jürgensen.

## Konklusjon

Det som først og fremst kjennetegnet pleiestiftelsene, var deres strenge disiplin og lemmenes begrensede frihet. Det var mange regler de måtte følge, og de styrte i liten grad over eget liv. Dette var en sterk kontrast i forhold til hvordan livet hadde vært på de to gamle spedalskhospitalene st. Jørgen og Reknes, hvor lemmene stort sett var fri til å styre sin egen tid.

Hva kan så grunnen ha vært til denne forskjellen? Noe av svaret må ligge i endrede oppfatninger rundt spedalske og spedalskhet, men også i legenes styrkede posisjon i samfunnet. Før var spedalskhet i stor grad sett på som en sykdom hvor lite eller ingenting kunne gjøres for å bedre de sykes liv. Løsningen ble å plassere de dårligste på hospitaler, slik at de kunne leve ut sitt resterende liv der. Ser vi på st. Jørgen blir denne tenkemåten tydelig.

Helt fram til 1817 fikk ikke lemmene noen som helst form for legehjelp for den spedalske sykdom. Hospitalpresten Johan Ernst Welhaven kunne i 1816 fortelle at spedalske døde av infiserte sår, fordi det ikke var noen der til å stelle dem (Welhaven 1816:210). Spedalske fikk av og til hjelp av leger både på 1700- og 1800-tallet, men denne hjelpen var sporadisk, og satt i gang på initiativ fra den enkelte lege (Blom 1991:32-33). Denne hjelpen kom også ofte i form av kurforsøk, derfor var det bare noen få lemmer som ble berørt. Det ble flere ganger rapportert at kurene hadde vært vellykkede, og at lemmene kunne dra hjem som friske. Dessverre skjedde det så altfor ofte at de fikk tilbakeslag og måtte legges inn på nytt.

Byggingen av de nye pleiestiftelsene kan sees som tegn på en forandring i samfunnet. Legene, som var pådrivere for byggingen, hadde fått mer å si. Dermed fikk deres meninger større gjennomslagskraft. Det var også en økt aksept fra det offentliges side om deres ansvar for undersåttenes helse. Dette innbefattet også de spedalske.

Pleiestiftelsene står som vitnesbyrd for denne endringen. De hadde mer penger og var bedre utstyrt enn de gamle hospitalene, noe som gjorde lemmene uavhengige av gaver fra utenforstående for å klare seg. Flere dyktige leger jobbet på stiftelsene, og på Reknes og Reitgjerdet ble disse etter hvert også forstandere, slik at de hadde full kontroll over den daglige driften. Lemmene fikk, sett med datidens legeøyne, godt stell, og god og sunn mat. De led ikke lenger noen nød utover det spedalskhet og andre sykdommer påførte dem. Faktisk fikk de så godt stell at levestandarden på stiftelsene etter hvert ble høyere enn på landsbygda, noe som blant annet resulterte i høyere levealder blant lemmene, særlig for de med den glatte formen (Davidsen 2004 (1995):5).

I forhold til de gamle hospitalene, ble det på pleiestiftelsene gjort mer aktive tiltak for å hjelpe lemmene. Dette kom i form av kurer, pleie, omsorg og økt økonomisk og medisinsk innsats. Lignende tiltak hadde også vært satt i gang på hospitalene, men var da helt avhengig av enkeltindividers innsats. Hospitalpresten på st. Jørgen, Johan Ernst Welhaven, kan stå som et godt eksempel. På eget initiativ fikk han samlet inn medisiner, bandasjer, mat og klær til lemmene. Og gjennom iherdig arbeid klarte han å få staten oppmerksom på de lidelser som lemmene var utsatt for (Blom 1991:53). Det mest synlige resultatet av dette var at st. Jørgen fikk egen lege i 1817. Men den virkelige store interessen ble ikke vekket før i 1830-årene, som en følge av legen Jens Johan Hjorts reise til Vestlandet<sup>18</sup>.

Så hva kan hospitalene si oss om legers syn på spedalske og deres sykdom? Først og fremst viser de at legene mente helbredelse var mulig i sykdommens tidlige stadier, men at det

---

<sup>18</sup> Se kapittel to for mer informasjon om dette.



krevdes at lemmene nøye fulgte deres instruksjoner. For å passe på at lemmene gjorde det de fikk beskjed om, mente legene det var nødvendig med overvåking og streng disiplin, noe som kommer fram gjennom hvordan de styrte mye av lemmenes daglige virke på stiftelsene. Dette sier noe om legenes syn på spedalske, men også på allmuen som helhet, siden det var derfra det store flertall av spedalske kom. Lemmene hadde ikke viljestyrke og moral nok til å passe på at de gjorde som legene sa. Derfor var det nødvendig, for lemmenes eget beste, å sette i gang slike tiltak.

Her kan det virke som det er legenes kulturelle bakgrunn som skinner igjennom. I kraft av sin posisjon som en del av en fåtallig elite, følte de et visst faderlig ansvar for den uopplyste allmue. Dette kommer til uttrykk i deres syn på spedalske. Siden disse ikke visste hva som var best for egen helse, var det legenes ansvar å rettlede dem. Jeg vil komme mer inn på dette i neste kapittel, men da med hovedvekt på forholdene utenfor hospitalene.

## KAPITTEL 4: LEGENE OG ALLMUEN

### Legenes oppfatning av allmuen

Ureenlighet er en af Kystbefolkningens hæsligste Vaner. Den trænger igjennem allevegne. Det er ikke alene indeni Husene man træffer denne Ureenlighed; men alle Redskaber, Beklædningen, ja selve Legemet er paatrykt dens afskyelige Stempel. (Danielssen 1854:12)

Dette sitatet fra Danielssen sier mye om legenes syn på allmuen. Renslighet var noe legene var svært opptatt av, fordi de mente at det var en viktig faktor i forebyggingen av sykdommer, deriblant spedalskhet. Som jeg viste i kapittel to, la legene i alle de tre gruppene stor vekt på renslighet, om enn av forskjellige grunner. I dette kapitlet vil jeg komme nærmere inn på hvordan de så på allmuen, og hva som lå til grunn for dette synet. Jeg vil også ta for meg hvordan allmuen så på de spedalske, for så å sette det opp som en kontrast til legenes syn. I tillegg vil jeg prøve å forklare hva som lå bak allmuens syn på spedalske. Dette mener jeg vil vise at legene, så vel som allmuen, var styrt av den kulturen de var en del av.

### Allmuens levemåte

Legene var opptatt av folks levekår. De mente leveforholdene var en sentral faktor for spedalskhetens utbredelse, og derfor var det viktig å få i gang reformer. I kapittel to beskrev jeg legenes syn på spedalskhetens årsaker. Et fellestrekk som gikk igjen var allmuens urenslighet og dårlige matstell. Derfor ble det så viktig for legene å bekjempe dette. Fra flere hold kom det beskrivelser av hvor dårlig det stod til. Boligene var små og skitne, avfallsdynger var plassert langs husveggene, og spredde stank både inne og ute. Det ble luftet dårlig, og dyr oppholdt seg i de samme boligene som mennesker. Klær ble sjeldent vasket, selv undertøy kunne bli brukt i flere uker uten å bli byttet. Ytterklær ble så godt som aldri vasket. Kroppslig hygiene var også dårlig. Ansikt og hender ble vasket et par ganger i uken, føttene et par ganger i året, mens resten av kroppen så godt som aldri fikk vann og såpe på seg. Dette gjaldt fra småbarnsalder og fram til døden gjorde sitt inntog (Danielssen 1854:13).

Matstellet var nokså likt langs hele vestkysten. Det var av dårlig kvalitet, ofte ensidig og feil tilberedt. Den daglige føde bestod som regel av sild, poteter, flatbrød, grøt og melk, og suppe. Dette ble innimellom avvekslet med kjøtt, flekk, annen fisk, smør, brød og ost. En til to ganger om dagen ble det spist sild, poteter, flatbrød og melk. Ved de to andre måltidene var

det som regel grøt og melk, eller suppe (mel og vann og litt syre, eller mel og melk) som stod på menyen.

I tillegg til å være dårlig tilberedt, var maten ofte av dårlig kvalitet, ja nærmest halvrått. Dette gjaldt særlig fisk og melk. Det virket nesten som bonden likte det best slik, mente legene. Innenfor legenes egne rekker var det en bred oppfatning om denne skikkens skadelige innvirkning på helsen. Ja, enkelte leger, deriblant Jens Johan Hjort, mente det var en sterkt medvirkende årsak til utbrudd av spedalskhet (Hjort 1871:53).

Urenslighetens skadelighet for helsen var et av få områder hvor Armauer Hansen og Danielssen var enige når det gjaldt spedalskhetens årsaker. Armauer Hansen hadde flere steder sett en nesten utrolig mangel på renslighet, særlig på større tun, hvor flere bondefamilier bodde sammen. Hvis én av bøndene var slapp med rensligheten påvirket det også de andre på tunet, ved at disse da ikke så noen vits i å holde det rent. Den kroppslige pleie var også dårlig, mente de to legene. Det var utrolig hvor mye skitt som fantes på allmuens kropper. Skabb florerte, så vel blant friske som spedalske (Hansen 1909:5). Armauer Hansen hadde knapt sett en spedalsk som kom inn på Pleiestiftelse nr.1 uten skabb. Rapportene fra de andre hospitallegene understøttet hans observasjon. Det var mer regelen enn unntaket at de spedalske som ble innlagt hadde skabb.

For å få bukt med allmuens tarvelige levemåte, var det viktig for legene å nå fram med sine reformer. Sunnhetskommisjonene var, som vist i kapittel to, et hovedorgan for dette. Men det skulle vise seg å bli en vanskelig og langdryg prosess å trenge gjennom allmuens gamle (vrang)forestillinger og skikker. Hovedproblemet lå i legenes manglende forståelse for allmuens kultur, og de sosiale og økonomiske forutsetninger som rådet på den vestlandske landsbygda. Av legene ble allmuens motvilje oppfattet som manglende vilje og interesse for å forbedre sine levekår, og som en likegyldighet overfor sykdommer, deriblant spedalskhet. Dette var det nødt til å bli konflikter av.

## **Likegyldighet og dovenskap**

Fra legenes synspunkt hadde bonden en likegyldig holdning til spedalskhet. Legene mente det skyltes ren dovenskap, eller en fatalisme overfor sykdommer, spedalskhet spesielt. Flere av legene var klar over at det grunnet i bondens oppfattelse av sykdom som gitt av Gud eller som skjebnebestemt. Allmuen hadde noen egne uttrykk som klart viser deres holdning. Disse ble gjengitt av distriktslege Michael Krohn i hans medisinalberetninger fra ytre Nordhordland legedistrikt i 1855. Det første viser klart deres fatalistiske syn: ”Æ da dauen, verte da dauen” (Krohn medisinalberetningene fra ytre Nordhordland 2003 (1855):1). Det andre uttrykket jeg

tar med viser hvordan de la sin tro til Gud, og ikke var interessert i det legene kom med: ”So have forældre vore leva, Vorherre lade nok os leve au, me trengje inkje og fordræ inkje dettane beire” (Krohn medisinalberetningene fra ytre Nordhordland 2003 (1855):1). Han tok med disse for å vise til hvorfor det var så vanskelig å få til forbedringer. Særlig i Manger var det vanskelig å trenge gjennom til befolkningen. Fra samme medisinalberetning som sitatene over, skriver han om formannskapet i Manger:

Alle mine bestræbelser var derimot forgjæves for Mangers vedkommende, hvilket udfald heller ikke kom mig uventet; thi en forsamling bestående af mere conservative elementer og stående på et mer middelalderisk standpunct end Mangers formandskab skal man virkelig have vanskelighed nok for at opvise, [...] (Krohn medisinalberetningene fra ytre Nordhordland 2003 (1855):1)

Denne fatalismen som legene snakket om, kunne vise seg på flere områder av allmuens liv. Et område som legene var spesielt opptatt av mens arv var den rådende oppfatningen, var ekteskap. For å hindre sykdommen i å spre seg, var det svært viktig at folk ikke giftet seg inn i spedalske slekter. Dette var imidlertid ikke uvanlig blant den vestlandske befolkning.

Danielssen klaget i 1854 over allmuens likegyldighet med hvilken familie de giftet seg inn i. De gikk ikke av veien for å gifte seg inn i en spedalsk slekt, så lenge gevinsten var god, da gjerne i form av gård eller penger. Danielssen nevner at folk heller ikke gikk tilbake for å gifte seg med mennesker som var kjente spedalske (Danielssen 1854:21). Det samme fortalte overlege Løberg i 1858 (1858:35). Han mente det var viktig å vekke allmuen fra den sløvhet og likegyldighet de viste overfor sykdommen.

Ut fra dette blir det tydelig at frykten for de spedalske og deres sykdom ikke kan ha vært overhengende på den norske landsbygda. Dette viser igjen til bøndernes fatalistiske syn på sykdommen. Flere eksempler fra årsberetningene støtter opp Danielssens utsagn:

Faren til en spedalsk jente ved navn Marit Oxegrov, hun var 28 år i 1885, skulle mange år tidligere ha giftet seg med en spedalsk kone. Med henne fikk han en spedalsk datter som senere døde på Reknes pleiestiftelse. Da kona også døde, giftet han seg på nytt med en enke. Hun var frisk, men hadde to spedalske døtre fra det forrige ekteskapet. Begge disse døde senere på Reknes. Marit var resultatet av dette andre ekteskapet. Hun vokste opp med de to spedalske stesøstrene, og ble selv syk i sitt trettende år (1881-85:61).

Gjennom denne historien ser vi en mann som store deler av sitt voksne liv levde tett på spedalske. Hva grunnene kan ha vært for at han inngikk disse ekteskapene står det ikke noe om, men det er nærliggende å tro at de kan ha vært av praktisk og økonomisk art. Det viktige

er imidlertid den holdningen som kommer fram. Spedalske kunne være potensielle ekteskaps-partnere, og det trengte heller ikke være noen hindring om de hadde spedalske barn.

Neste eksempel viser også at folk giftet seg med spedalske, selv etter at sykdommen hadde brutt ut. Johan Eriksen Langvig ble spedalsk i 1878. To år etter at sykdommen brøt ut giftet han seg for andre gang (1886-90:84). Hva som ble skjebnen til hans første kone står det ingenting om.

Det var også vanlig at ektepar og familier fortsatte å leve sammen etter at en av dem var blitt spedalsk. Kirsti Hansdatter Borgund fra Lerdals prestegjeld, 50 år gammel, hadde fått sykdommen åtte år tidligere. Hun hadde levd sammen med sin spedalske mann, Jacob Hansen, fram til for fire år siden. Han hadde vært spedalsk i 18 år. I 1840, da hun ble intervjuet av berglege Boeck, bodde hun og mannen hennes på st. Jørgens hospital (Boeck 1842:120).

Husmannen Johan Carlsen Aardals situasjon viser det samme. Johan hadde bodd hjemme på Selø, hos sin kone og sine barn i fire år etter at han var blitt syk. Da han ble sendt til Reknes sammen med den ene av døtrene, Axeline, som nettopp var blitt spedalsk, var hans spedalskhet langt framskreden. Sønnen hans var allerede for noen år siden sendt til st. Jørgen hospital i Bergen. Johan hadde altså lenge bodd hjemme, selv etter at sykdommen hadde satt sine tydelige og umiskjennelige spor på ham. Da Johan og datteren ble flyttet til Reknes pleiestiftelse i Molde, ble hans kone og deres to friske døtre med. De bosatte seg i nærheten av pleiestiftelsen og tok tjeneste i byen (1876:21), sikkert for å være i nærheten av de syke. Familien var altså villig til å strekke seg langt for å holde sammen, selv etter at flere av dem var blitt smittet. Dessuten var det sikkert vanskelig for konen og de to friske døtrene å drive husmannsplassen alene, så det ble naturlig for dem å finne noe annet å leve av.

## **Spedalskhet, en religiøst forbundet sykdom?**

Mye av folks fatalisme rundt spedalskhet var religiøst betinget. Bibelen og dens lære, sammen med folks religiøse tradisjonsoverføringer, må ha hatt en sterk innflytelse på deres sykdomsforståelse.

Det var først og fremst det gamle testamentet som allmuen kjente til. Der blir Gud framstilt som en streng og dømmende gud. Synd og straff var framtrede temaer, noe som nok satte sitt preg på allmuens liv. Dette gir noe av forklaringen på deres fatalistiske holdning til sykdommer, død og ulykker, noe jeg vil komme tilbake til senere i kapittelet. Nå først vil jeg vise hvordan spedalske blir framstilt i bibelen, for å gi en pekepinn til noe av det som lå bak folks oppfattelse av spedalskhet og spedalske.

Bibelen gir et tvetydig bilde av de spedalske og deres sykdom. På den ene siden skulle de ha et spesielt nært forhold til Gud. Gjennom sin isolasjon fra samfunnet og sine lidelser kom de nærmere Ham. På den andre siden ble spedalskhet beskrevet som en straff fra Gud for et syndig liv. De som var for opptatt av verdslige goder kunne bli straffet, det samme gjaldt de som var drevet av for eksempel misunnelse, overmot eller gjerrighet. Historien om Aron og Mirjam er et eksempel på dette. De snakket en gang stygt om Moses fordi han hadde tatt en kvinne fra Nubia som hustru. Som straff kastet Gud spedalskhet over Mirjam. Bare etter at Moses hadde gått i forbønn for dem helbredet Gud henne (4.mos. 12:1-16).

Men alle fortellingene fra bibelen beskriver ikke spedalskhet som en straff. Noen setter de spedalske i et bedre lys. Gud kunne sette spedalskhet på folk for å teste deres tro. Dette kommer fram i fortellingen om Job. Her fikk Gud satan til å gjøre Job spedalsk. Det hjalp ikke hvor mye Job klaget over sine lidelser, Gud gjorde ingenting. Først da Job underkastet seg Guds vilje og erkjente sine synder ble han helbredet (Jobs bok).

I den kanskje mest kjente historien om spedalske fra bibelen, ”Den rike mannen og Lasarus” (Lukas 16:19-31), får vi se den spedalskes nære forhold til Gud. Den rike mannen levde i sus og dus og hadde alt han begjærte. Utenfor hans port lå den fattige Lasarus med verkende sår. Alt han ønsket var å få noen smuler fra den rikes bord, men fikk ingen ting. Noe senere døde både Lasarus og den rike mannen. Mens Lasarus kom til himmelen, ble den rike mannen forvist til evig pine i dødsriket. Da den rike ropte til Abraham, og bad ham om å sende Lasarus ned for å lindre hans lidelser, fikk han som svar: ”Husk, mitt barn, at du fikk dine goder mens du levde, og da fikk Lasarus det som var vondt. Nå trøstes han her, mens du er i pine.” Lasarus verkende sår har i ettertid blitt tolket som spedalskhet. Denne fortellingen har ført til at mange opp gjennom historien har vært svært velvillige til å gi penger til de spedalske, for å redde sin egen sjel.

Å gi gaver til spedalske var også vanlig skikk flere steder langs Norges vestkyst. Sundt forteller om en versjon av dette i sin bok *Harham*. Her skriver han om en forvarsel bøndene i området mente Gud gav dem (Sundt 1971 (1858-59):124-125). Varselet kom i form av et ildtegn over gården til de det gjaldt. Dette var et varsel om at bygninger på gården kom til å brenne i nær framtid, hvis ikke noe ble gjort for å rette opp i de synder som var begått. Løsningen var alltid den samme, å gi gaver til de fattige. Befolkningen på Harham gav sine gaver til de spedalske på Reknes. Gjennom disses forbønner ville Gud tilgi givernes synder og spare gården deres. Hvorfor de spedalske ble valgt, kan ha sammenheng med at folk trodde de hadde et nært forhold til Gud. På Harham ble det i hvert fall sagt at de spedalske ba så vakkert (Sundt 1971 (1858-1859):125).

Overlegen for den spedaske sykdom, Armauer Hansen, kunne fra sin årsberetning i 1880 bekrefte at folk trodde Gud kunne gi dem spedalskhet som straff for synder (1880:18). Dette hadde Armauer Hansen sett gjennom sine reiser rundt i distriktene på vestkysten av Norge. Han sa at bøndenes likegyldighet når det gjaldt å beskytte seg mot den spedalske sykdom grunnet i en fatalisme. De godtok blindt det som skjedde med dem som bestemt av skjebnen eller Gud. Slik allmuen så det, var det ikke noe de kunne gjøre for å beskytte seg mot sykdommen. Det var bare å godta det som skjedde, og legge sin skjebne i Guds hender. Allerede på sine første reiser i distriktene, i perioden 1871-1873, hadde Armauer Hansen begynt å arbeide for å endre på dette synet (Hansen 1910:7). Det var generelt svært vanskelig for ham å overvinne bøndenes treghet og motvilje mot forandringer, men mennene var noe mer mottakelig enn kvinnene. Mennene hadde ofte reist en del og var som regel mer åpen for nye tenkemåter. Kvinnene derimot, var i større grad hengt opp i gamle forestillinger og tradisjoner. De la all sin tro til Gud. Det var han som gjorde dem syke, og det var han som kunne gjøre dem friske igjen. Armauer Hansen syntes det var rørende at kvinnene var så religiøse, men noe måtte gjøres for å nå fram til dem. Løsningen ble en liten løgn, for ikke å krenke deres religiøse tillitt. Han fortalte dem at Gud hadde vist legene hvordan menneskene best kunne beskytte seg mot spedalskhet, og at Han hadde gitt dem oppgaven med å videreformidle dette til folket. Det var kanskje ikke riktig å misbruke Guds ord på den måten, men det fikk kvinnene til å høre på ham. Litt ironisk la han til at Gud dessuten ikke hadde gitt ham noen tegn som tydet på at det var galt. Armauer Hansen hadde først forsøkt å true allmuen med fanden, men det hadde vært lite virkningsfullt, da de ikke hadde noen respekt for ham. Det eneste de brukte fanden til var å banne ved.

## **Allmuen og de spedalske**

Som allerede vist i delen om likegyldighet og dovenskap, var spedalske stort sett en godtatt del av samfunnet på Vestlandet. For å forstå konflikten mellom legene og allmuen, er det viktig å se på hva som lå bak likegyldigheten. Vi har allerede sett på det religiøse. Her vil jeg komme inn på andre årsaker.

Helt fram til slutten av 1800-tallet var det en utbredt oppfatning, både blant leger og allmuen, at den spedalske sykdom ikke var smittsom. Den gamle troen på smitte, som var så utbredt i middelalderen, hadde hos allmuen veket plassen for oppfattelsen av sykdommen som arvelig, at den ble gitt av Gud som straff, eller at den skyldtes skjebnen. Flere steder på landsbygda gikk spedalskhet under navnet arvesyken, noe som viste til folks oppfattelse av den (Danielssen 1854:21). Et eksempel på at smitte ikke ble sett på som en årsak, har jeg fra

Hol i 1875 (1875:25). Der bodde den 21-år gamle Gurianus Korneliussen til han kom til Reknes i 1875. Han hadde tilbrakt ungdommen hjemme hos fattige foreldre, men kunne ikke gi noen grunn for sin sykdom. Senere fortalte han at det hadde vært flere spedalske i bygda hvor han bodde, og at han hadde vært mye sammen med disse. Dette tyder på at han ikke kan ha ment at spedalskhet var smittsom, for da ville han satt opp sitt samvær med dem som grunn. Det fins mange lignende eksempler. Folk kunne bo sammen med spedalske, sove med dem og dra på fiske med dem. Spedalske kunne også bli satt til å passe barn. Enkelte gikk heller ikke av veien for å kjøpe klær som var blitt brukt av spedalske. Jens Arnesen Aandal kunne i 1883 fortelle at han for syv år siden hadde kjøpt en gammel frakk etter en avdød spedalsk. Han hadde brukt den daglig, fram til han selv fikk spedalskhet senere på året. Overlege Armauer Hansen mente at bruken av frakken måtte være grunnen til at mannen ble spedalsk (1881-85:60), siden han ikke hadde hatt omgang med spedalske, og heller ikke hadde noen i slekten. Et lignende eksempel viser det samme. Gregorius Gregoriusen Tveranger, fra Eivindvik i Ytre Sogn, hadde i 1878 kjøpt en brukt bukse av den spedalske Anders Pedersen Tverangen (1880:18). Gregorius hadde siden brukt buksen hyppig fram til 1880, da de første tegn på spedalskhet viste seg.

En annen grunn til at de spedalske ble så godtatt i samfunnet, skyltes til en hvis grad hudsykdommenes sterke utbredelse blant befolkningen på den vestlandske landsbygda, særlig skabb florerte. Dette førte til at de spedalske med sine knuter og sår ikke skilte seg så mye ut som de ville gjort i vårt samfunn. Folk var mer vant til å se mennesker med sykdommer og skavanker, og disse ble derfor i større grad enn i dag sett på som en naturlig del av samfunnet. Mange av sykdommene som florerte på den tiden fantes det ikke effektive botemidler mot, så folk måtte bare lære seg å leve med dem. Dette gjaldt ikke minst spedalskhet. Dette førte til en fatalistisk innstilling, som igjen var en av hovedgrunnene til at spedalske kunne leve som en del av samfunnet. Så lenge man beholdt sin tro på Gud ville alt ordne seg til det bedre, enten i denne verden eller i den neste.

Men selv om det generelt ikke var stor smittefrykt blant befolkningen på Vestlandet, kunne det i spesielle situasjoner spre seg en frykt lokalt. I en rapport fra distriktslege Holm Holmsen (1812-1888) i Nord-Fosen, som han sendte til indredepartementet i 1853, forteller han om en slik frykt som spredte seg (Aune 1985:53). I Brandsfjord, som lå i hans distrikt, hadde sykdommen økt kraftig i de senere år, den hadde nesten fått epidemiske proporsjoner. Brandsfjord hadde 160 innbyggere da rapporten ble innsendt, og blant disse var hver tolvte person spedalsk. Den sterke økningen hadde gjort folk redde. Flere oppsøkte legen med sine spørsmål: var sykdommen smittsom? Hvordan spredde den seg? Hvorfor hadde den økt i den



senere tid? Legen svarte så godt han kunne på alle spørsmålene, men det var ikke mye han kunne gjøre for å berolige befolkningen. En bonde var så redd for sykdommen at han ønsket å flytte, dette på tross av at han hadde en god gård. Han turte rett og slett ikke å bo der lenger. Flere andre fryktet at Brandsfjord ville bli lagt øde av sykdommen.

Dette eksempelet viser at kriser kunne rokke ved folks gamle oppfatninger rundt spedalskhet. Siden sykdommen økte så raskt i omfang, ble det sådd tvil om de gamle oppfatningene var riktige. Den sterke økningen gikk i mot hva de tidligere hadde trodd var grunn for sykdommen, og de ble dermed tvunget til å lete etter andre løsninger, og å søke hjelp andre steder enn de var vandt til. Det er også nærliggende å tro at de kan ha sett på økningen av spedalske som en straff fra Gud. De må i så fall ha lett etter grunner til at akkurat deres bygd ble rammet så hardt. Hadde de begått noen forferdelige synder som kvalifiserte dem for straff? Troen på straff fra Gud kan være årsaken til at flere trodde Brandsfjord ville bli lagt øde.

I områder hvor nøden var stor, kan det altså virke som folk ble åpnere for nye forklaringer på gamle spørsmål. I slike områder var det ofte lettere for legene å komme gjennom med sine tiltak. Folk var mer åpne for nytenkning når selve eksistensgrunnlaget var truet. Overlege Høegh kommer inn på dette i sin årsberetning fra 1856 (s.7). Han mente det ville være lettest å få gjennom tiltak i områder hvor tilstanden var svært dårlig. Her var levekårene ofte så harde at allmuen var mer interessert i forandringer. I andre områder hvor forholdene var bedre, ville det være vanskeligere å nå fram.

Mye kan tyde på at det tok lang tid før smitteteorien vant innpass blant folk. Fra minnematerialet ved iks, har jeg noen kilder fra årene rundt århundreskifte som omhandler informantenes forhold til spedalske (Minnematerialet iks: Sykdom og helse, 1964 nr.2. s.28-29). Peder, som var født og oppvokst i Bergen, husket godt de spedalske i byen. De fleste av dem var kommet fra landdistriktene nord og sør for byen, for å bli innlagt på Pleiestiftelse nr.1. Peder kunne ikke huske å ha hørt at spedalskhet var særlig smittsomt, men de spedalskes uhyggelige utseende hadde vært mer enn nok til å holde ham og de andre barna på avstand. Peder gav en beskrivelse av hvordan de så ut: Flere av de spedalske hadde amputerete bein, et trebein var satt inn i stedet. De hadde sammenkrokkede hender, skjeve lepper med stygge utvekster og åpne sår i ansiktet. Hos flere hadde sykdommen tært bort nesen, så det bare var to åpne hull igjen. Det var ikke rart barna var redde for dem.

Peder hadde i sin barndom hatt en spedalsk som vanket i deres hus. Dette hadde vært en mann ved navn Gunnar Espeland, som kom fra Naustdal i Søndfjord. Peder hadde vært livende redd for denne mannen, men dette skyltes hans uhyggelige utseende og ikke smitte.

Gunnar hadde blant annet hatt en trefot. På den tiden bodde Peder sammen med familien i en leilighet i andre etasje av en bygård. Hver gang Gunnar kom for å besøke dem, kunne Peder høre hans karakteristiske gange opp trappen: et hardt dunk fra trefoten og et mykere fra det friske beinet. Etter hvert som Peder ble eldre mistet han imidlertid mye av frykten for den spedalske Gunnar, og de pratet ofte sammen. Ved en anledning hadde Peder spurt om det hadde vært vondt å få saget av beinet. Gunnar svarte at det ikke hadde vært så ille da de saget gjennom kjøttet, men da de kom til beinet ”var jeg åt og skreik”, som han selv sa det. På den tiden hadde de ikke effektive bedøvelsesmidler.

En annen mann fra Bergen, Erlend, hadde i voksen alder besøkt flere av de spedalske og fått noen gode venner blant dem (Minnematerialet iks: Sykdom og helse 1964. nr.28. s.5). Dette viste at folk omgikk de spedalske selv så sent som godt inn på 1900-tallet, sannsynligvis fra mellomkrigstiden (Erlend var født i 1890).

Men kildene mine er ikke entydig på dette området. Jeg har også eksempler på smittefrykt. På Lungegårdshospitalet hadde det lenge vært kvinnenens arbeid å spinne ull og strikke (1879:18), men i den senere tid hadde salget av de ferdige produktene fra dette arbeidet nesten opphørt. Folk hadde nemlig fått vite at produktene hadde begynt å bli vasket på selve hospitalet. Det ble blant byens innbyggere trodd at stoffet hadde smitte i seg, selv om det var innleid hjelp som stod for vaskingen.

Dette var riktignok et eksempel fra en by, men det fins lignende eksempler fra landsbygda. Thore Knudsen Bogge ble i 1874 tatt opp på Reknes med svært tvilsomme symptomer på spedalskhet (1881-85:61). I 1882 ble han utskrevet som frisk og kunne reise hjem. Men det skulle vise seg at det ikke ble lett for ham å få jobb. På grunn av hans lange opphold på Reknes og det faktum at hans mor hadde vært spedalsk, var det ingen som ville ansette ham, selv ikke blant gamle naboer i hjembygda. Dette betydde ikke at smitte var blitt en utbredt oppfattelse på landsbygda, men det kan være et tegn på at det var i ferd med å komme. En annen mulig grunn til at han ble avvist, kan være hans lange opphold på Reknes. Hans opphold hadde kanskje fremmedgjort ham, og ført til at han ble oppfattet som en annen enn den han var da han dro?

Generelt skapte nok spedalske mest frykt hos barn, og heller ubehag hos voksne. Flere hadde nok også medlidenhet med de spedalske, mens andre viste avsky og unngikk dem så mye som mulig. Uansett var spedalske en del av mange folks hverdag på 1800-tallets vestlandsbygder og byer. Dette vil si at folk var vant til dem og godtok dem. Bare i sykdommens verste stadier ble spedalske isolert fra samfunnet, og da mer på grunn av det ubehag utseende og lukt

skapte, enn noen direkte frykt for smitte. For legene var denne mangelen på frykt et stort problem.

### **Liten grad av frykt**

Ut fra det jeg har skrevet over, har jeg kommet til den konklusjon at spedalske på landsbygda kan deles i to grupper: de ”friske” og de ”syke”. Hvordan spedalske ble sett på av samfunnet rundt, var avhengig av hvilken gruppe de tilhørte. De ”friske” bestod av spedalske som klarte å ta vare på seg selv, og som levde et så godt som normalt liv. Disse forsvarte sin plass i samfunnet gjennom sin arbeidsevne.

Mye av svaret på hvorfor arbeidsevnen var så viktig, ligger i de livsbetingelser som rådet på 1800-tallet. På den tiden levde store deler av befolkningen ned mot et eksistensminimum. Hvis en av de voksne på gården ble syk og ikke klarte å arbeide lenger, kunne det få alvorlige konsekvenser for alle. Dette skapte en mentalitet, og et sett med verdier i befolkningen som var essensielle for å overleve. Å være arbeidsom og flittig ble en dyd og en viktig kvalitet. Det samme ble det å tåle smerter, og å klare å fortsette arbeidet selv om man ble syk (Djupedal 1987:65).

De ”syke” var de som var blitt for dårlige til å gjøre sin del av arbeidet på gården, eller som hadde fått et så heslig utseende og en så vond lukt at folk skydde dem. Sykelighet og utseende hang imidlertid ofte sammen. De ”syke” spedalske ble i mye større grad sett på som avvikere enn de ”friske”. En av grunnene til dette var at sykdommen hos dem var blitt så synlig, men kanskje like viktig var det at de nå skilte seg ut fra andre gjennom måten de levde på. Deres levemåte avvek fra det normale, noe som skilte dem ut, på lik linje med andre syke og forkrøplede mennesker. Gjennom deres avvikende livsform ble deres spedalskhet tydeliggjort, og på den måten mer synlig for samfunnet rundt.

At spedalske kunne bli oppfattet som friske så lenge de klarte å gjøre sin del av arbeidet, er noe av det som skiller allmuens sykdomsforståelse fra legenes. For legene var en person syk så snart han eller hun viste de første tegn på spedalskhet. Deres sykdomsforståelse rundt spedalskhet var altså bygget på helt andre rammevilkår enn allmuens.

Man kan kanskje spørre seg om i hvor stor grad folk kjente igjen spedalskhet, særlig hos de ”friske”, og i sannhet kunne spedalskhet bli forvekslet med andre sykdommer. Men ut fra det jeg har sett i mine kilder forekom dette sjeldnere og sjeldnere i den tidsperioden jeg tar for meg. Selvfølgelig var det også lokale forskjeller på hvor godt folk kjente til spedalskhet. Disse forskjellene hadde sammenheng med antall spedalske i området, og graden av opplysning fra sunnhetskommisjonene. I de distrikter hvor det var mange spedalske, fikk folk etter hvert god kjennskap til sykdommen og dens symptomer. Sunnhetskommisjonene, som i

utgangspunktet ble dannet for å bekjempe spedalskhet, satte også fokus på sykdommen, og hadde som mål å opplyse folk om hvordan de kunne gjenkjenne og beskytte seg mot den. Disse faktorene gjorde at spedalskhet overraskende sjeldent ble forvekslet med andre sykdommer.

Det var imidlertid ett problem som distriktslegene slet med når det gjaldt dette. De hadde, på grunn av store avstander og manglende ressurser, vanskelig for selv å dra rundt på gårdene for å undersøke om noen var spedalske, og var derfor avhengige av at folk kom til dem med sine mistanker, noe de ikke alltid var like villige til. Flere steder rundt på landsbygda var det utbredt mistro til legene, folk oppsøkte heller lokale kloke folk, eller en bygdelege<sup>19</sup>. Det var derfor viktig for legen å vinne folks fortrolighet, slik at de ville komme til ham.

Som det går fram av det jeg har skrevet over, ble ikke spedalske automatisk utestengt fra det samfunnet de hadde vært en del av før de ble syke. Dette tyder på at smittefrykten ikke var spesielt utbredt i de områdene jeg tar for meg. Det var selvfølgelig regionale forskjeller på hvordan spedalske ble oppfattet, og i spesielle situasjoner, som for eksempel ved sterk økning av antall syke, kunne smitte bli sett på som en mer sannsynlig grunn. Dette viste jeg et eksempel på med Brandsfjord, som ble nevnt i distriktslege Holmsens rapport fra 1853.

Ellers, hvis spedalske ble isolert, skyltes det i mindre grad frykt for smitte og mer at sykdommen var kommet så langt at de hadde fått et uhyggelig utseende og hadde stinkende sår, som gjorde det svært ubehagelig å være i nærheten av dem. På dette stadiet av sykdommen klarte de fleste heller ikke å gjøre sin del av arbeidet på gården, noe som videre skilte dem ut fra friske mennesker.

## **Folkelig helbredelse og lindring**

Jeg har tidligere vist hva som var årsaken til at folk hadde en slik likegyldig oppfating til spedalskhet. Men var det slik overalt? Fantes det ikke noe som folk trodde kunne helbrede, eller i det minste lindre de spedalskes lidelser? Her har jeg funnet lite stoff, men om dette grunner i mangelfulle opplysninger i kildene, eller at det ikke fantes en utpreget folketro på dette området, er jeg ikke sikker på. Ut fra det jeg har funnet kan det imidlertid virke som om den siste grunnen er den riktige. Folk trodde ikke det var noe å gjøre med sykdommen. Enten ble den oppfattet som arvelig, eller så var den gitt av Gud eller bestemt av skjebnen. Hvis man trodde på dette var det ikke så mye man kunne gjøre. Det var bare å legge sin tro til de høyere makter.

---

<sup>19</sup> Dette var en lokal mann fra bygda som hadde skaffet seg noe kunnskap om legekunsten, men var ikke utdannet. Han eller hun hadde fått lærdommen enten fra en lærer, eller gjennom lesning av bøker. For mer informasjon om bygdelegen, se Olav Bø sin bok *Folkemedisin og lærd medisin*, Oslo 1986.

Fra en kilde har jeg også funnet utsagn som støtter opp teorien om at spedalskhet var ulegelig. Reichborn-Kjennerud forteller at i nyere folketro ble spedalskhet for det meste regnet som ulegelig (Reichborn-Kjennerud 1940:40).

Allikevel fantes det enkelte botemidler. Ormekjøtt ble sett på som spesielt virksom mot spedalskhet. Fra 1800-tallet nevnes i denne sammenheng særlig Oppdal i Nord-Trøndelag. Akkurat som ormen la av seg sitt gamle skinn, ville en spedalsk som spiste ormekjøtt kvitte seg med sin sykdom. Folk flest trodde at spedalskhet var en hudsykdom, derfor satte de den i sammenheng med ormen og dens kasting av skinnen (Reichborn-Kjennerud 1940:40).

Hvalsauke, eller ambra som det også ble kalt, hadde helt fra middelalderen vært kjent som et middel mot blant annet spedalskhet. Hvalsauke er et gammelt navn på et voksaktig og velluktende stoff som kan dannes i spermasethvalens tarm (Holck 1996:84).

Enkelte planter ble det trodd kunne ha en helbredende virkning på spedalskhet, særlig kvann og bukkeblad ble trukket fram i denne sammenheng (Reichborn-Kjennerud 1940:40). Kvae skulle også ha en viss lindrende effekt når det ble smurt på de spedalskes sår. Denne skikk er særlig kjent fra Sør-Trøndelag (Reichborn-Kjennerud 1940:40).

## **Kulturkonflikter**

### **Hva styrte legenes syn?**

For å forstå legenes oppfattelse av allmuen må vi se på legenes egen kultur, som var rotfestet i embetsmannsstanden. Legene kom fra denne standen, og de hadde vokst opp innenfor dens kulturelle grenser. Embetsstanden hadde sine egne normer og regler, som hadde mer til felles med egen klasse i andre europeiske land, enn med allmuen i sitt eget. Embetsmennene så på seg selv som tilhørende landets elite. De mente at de i form av sin posisjon hadde et ansvar for å oppdra allmuen, etter egne modeller selvfølgelig. De så sine egne idealer og normer som gjeldende for hele samfunnet, noe som alle burde strebe etter (Schiøtz 2003b:18). De overså at allmuen hadde en egen kultur, som var vesensforskjellig fra deres egen.

Legene var altså en del av denne fåtallige eliten. De hadde en høy formell utdanning, og en levemåte som skilte dem fra allmuen. De så også på sin egen kultur som en rettesnor for resten av befolkningen. Dette gav dem dårlige forutsetninger for å forstå allmuens kultur.

Ulikhetene mellom legene og allmuen var nødt til å føre til konflikter. Legenes syn på hva som var et godt liv, og hva som var god helse, var på flere viktige områder vesentlig forskjellig fra allmuens. Disse forskjellene vil jeg prøve å belyse her. Jeg vil også se på den konflikten forskjellene skapte, og hvordan det påvirket de to gruppene.

## **Forskjeller i syn på spedalske**

Allmuen hadde en helt annen forståelse av sykdom enn legene. Både hvordan sykdommer ble klassifisert og hvem som ble oppfattet som syk, varierte mellom de to gruppene. De engelske begrepene "illness" og "disease" viser til denne forskjellen i sykdomsforståelse. Jeg har ikke funnet noen gode norske oversettelser for disse begrepene, men lidelse og sykdom er brukt som oversettelse i en dansk bok (Sygdomsbilleder 1986:10-11). Begrepet "disease" blir brukt til å dekke legenes sykdomsforståelse. Denne var styrt av deres syn på sykdommer som forstyrrelser i kroppens biologiske prosesser (Djupedal 1987:70). Hver sykdom ble klassifisert innenfor fastsatte rammer, som i større eller mindre grad ble godtatt av alle legene. Allmuen, på sin side, var i mindre grad opptatt av selve sykdommen, de var mer opptatt av å finne en mening bak den. Hva var det som hadde ført til at nettopp de var blitt syke? Svaret var ofte styrt av subjektive oppfattelser knyttet til det enkelte individs lidelser (Sygdomsbilleder 1986:11). Men disse subjektive oppfattelser fungerte innen en fast ramme, satt av den kultur og det sosiale miljø som individet var en del av. Man kan altså si at individets begrepsverden fikk sine retningslinjer av den kulturen han eller hun tilhørte.

Som nevnt tidligere, var allmuens likegyldighet overfor spedalskhet styrt av et fatalistisk syn. Dette var noe legene ønsket å få forandret på. Men på tross av deres innsats holdt troen på arv, sammen med Gud og skjebnen, seg lenge blant befolkningen. Danielssen nevnte denne troen i sitt folkeskrift fra 1854 (s.21). Han sa at sykdommen flere steder ble kalt arvesyken. Så sent som 1884 kunne distriktslege Thomas Collett fra Ytre Nordhordland legedistrikt konstatere at allmuen fremdeles mente sykdommen var arvelig (Sandvik 2003 (1992):3). De trodde den ble overført fra foreldre til barn, men at det ofte trengtes en ytre årsak for at den skulle bryte ut. Hva denne ytre årsaken var kunne variere, men som regel var den forbundet med en sterk fysisk eller psykisk påkjenning. Her var det altså de enkelte individer som trakk fram årsaker som passet til deres sykdomsutbrudd. Men siden det er enkelte årsaker som går igjen, må en kunne anta at det var en folkelig trosoppfatning også rundt spedalskhetens utløsende årsaker.

En utbredt tro, som jeg har funnet igjen flere steder, var at spedalskhet kunne bryte fram etter at en hadde vært på fiske. Det var ikke fisket i seg selv folk trodde førte til spedalskhet, men de lidelser fiskerne ble utsatt for i denne tiden. Særlig vårsildfisket ble trukket fram. Det foregikk hovedsakelig i månedene januar og februar. I denne tiden bodde fiskerne sammenpresset i små boliger som de eide selv, eller som lokale bønder leide ut. At boligene var overfylte førte til at det ble trangt, fuktig og dårlig luft der inne. Som regel bestod boligene bare av ett enkelt rom hvor mennene både sov og lagde mat. Etter en lang dag på sjøen var

fiskerne ofte gjennomvåte og stivfrosne. Men på grunn av trangboddheten og fuktigheten, var det dårlige vilkår for tørking av tøy. I tillegg hadde flere av fiskerne dårlig med halm og tepper til sengene, og siden de færreste hadde med ekstra skift av klær, måtte de ofte legge seg våte. Kort sagt var det en hard tid for mennene mens de var på fisket.

Når det gjaldt spedalskhet, ble det flere steder påstått at frost man hadde fått på seg under fisket, særlig på hender og føtter, hadde vært den utløsende årsak. Dette har jeg funnet eksempler på både fra Tysvær (1859:18) og Karmøys distrikter (1859:16). Tysvær ble av overlege Høegh beskrevet som et avsidesliggende sted hvor utviklingen var kommet kort, og bøndene der hadde lite kunnskap om spedalskhet og dens årsaker. De så faktisk på sykdommen som en frost de fikk på seg under fisket. Ellers ble spedalskhet der, som så mange andre steder, ofte forvekslet med andre sykdommer, som for eksempel skabb, hudtuberkulose eller syfilis. Denne forvekslingen mellom spedalskhet og andre sykdommer kan skyldes at folk ennå ikke hadde fått så mye informasjon om spedalskhet. Sunnhetskommisjonene hadde bare vært i gang i to år, og det var langt fra alle steder den var kommet ordentlig i gang.

Karmøy var senteret for vintersildfisket i de søndre distrikter. Bøndene her tjente godt på fisket og bodde i gode og romslige hus. Overlege Løberg syntes imidlertid det var negativt at bileggerovnen ble brukt i så stor grad. Den førte til mindre sirkulasjon av luft i stua og dermed til dårligere inneklimate. På Karmøy mente beboerne at de harde forholdene under fisket var hovedårsaken til spedalskhet, særlig frost på hender og føtter ble trukket fram. Overlegen mente imidlertid at også levemåte og kår resten av året spilte en stor rolle for hvor sterkt utbredt sykdommen var. Han begrunnet dette med at det fantes så få spedalske på Karmøy, på tross av at de led mye under fisket. Han mente at de gode forhold befolkningen levde under resten av året, veide opp for disse lidelsene.

I distriktslegens protokoller fra Steigen står det om en 41 år gammel spedalsk mann som mente han hadde fått sykdommen under vinterfisket i Lofoten (Lund 1983:65). Han hadde vært med siden han var 12 år. Hver dag under fisket hadde han sittet gjennomvåt i båten og frosset. Da han var ferdig for dagen hadde han, på grunn av dårlig økonomi, ingen tørre klær å skifte til, så han måtte la de våte klærne tørke på kroppen. Disse lidelsene satte han som grunn for sin sykdom.

Det var imidlertid ikke bare menn som led under fisket. Kvinner og barn kom ofte for å tilvirke fisken som var fanget. Under arbeidet stod de nede i fjæren. Det kalde vannet gjorde at de frøs mye på armer og bein.

Distriktslege Jacob Reinholdt Lossius (1832-1888) kunne fortelle at fra hans tid som lege i Nordre Fosen legedistrikt hadde han merket at deltakelse i fiskeriene ble av allmuen gitt som en utløsende årsak til spedalskhet (1875:62).

Fra Voss kunne overlegen fortelle om lignende årsaker til spedalskhet. De spedalske der trodde de var blitt rammet av sykdommen etter i lang tid å ha blitt påvirket av kulde og fuktighet (1859:21). Her var ikke fiskeriene med i bilde, men de grunnleggende årsakene var de samme, nemlig kulde og fuktighet. Som vi har sett i kapittel to, ble disse utløsende årsakene trukket fram som noen av hovedgrunnene også av legene.

Flere har også oppgitt lidelser i barndommen som grunn for sin sykdom. Ofte ble det ikke nevnt hva disse lidelsene var, som regel får vi bare vite at de levde i trange kår og hadde lidt mye vondt . Men når lidelsene ble nevnt ble de ofte satt i sammenheng med gjeting.

Gjeting var en arbeidsoppgave for svært mange barn på denne tiden, både gutter og jenter. De fleste var i alderen 10 til 16 år, men de kunne være både eldre og yngre. Noen var ikke mer enn 7-8 år da de første gang ble sendt ut for å passe dyrene. Gjetingen begynte som regel i april og varte til oktober. I denne tiden måtte de ut i nesten all slags vær, alt fra stekende sol til regn og sludd måtte de tåle. Dessverre var mange av de små dårlig rustet for kulde og uvær. Bekledningen var mangelfull og de gikk som regel barbeint. Det er lett å forstå hvor ubehagelig dette kunne være når det var ned mot null grader og sludd. I tillegg hadde de fleste av dem ikke ekstra klær med seg når de var på setra. Hvis de ble våte i løpet av dagen måtte de la klærne tørke på kroppen. På kalde netter måtte gjeterbarna ofte legge seg med de våte klærne på, for å prøve å holde den verste kulda på avstand.

Her vil jeg trekke fram Rachel Olsdatter som et eksempel. Hun var 35 år i 1841 da denne informasjonen ble skrevet ned i hennes journal (Danielssen og Boeck 1847:375-376). Hun bodde da på St. Jørgens hospital i Bergen. Hennes foreldre hadde vært svært fattige da hun var liten. De hadde bodd i en ussel hytte rett ved sjøen og manglet det meste. Hytten skulle ha vært både kald og fuktig. Siden foreldrene var så fattige hadde de ikke hatt råd til å kle sin lille jentunge ordentlig. Dette gjorde at gjetingen kunne bli svært ubehagelig på kalde og regnfulle dager. Hun sa selv at hun ofte hadde blitt utsatt for forfrysninger, og da særlig av føttene. Ofte måtte hun gå til sengs med våte klær.

Berthe Olsdatter Holsøer, som vi kjenner fra kapittel tre, kunne fortelle det samme (1867:19b). I 1859 hadde hun kommet inn på Pleiestiftelse nr.1 i Bergen, med begynnende spedalskhet. Hun var da 11 år. Grunnen for hennes sykdom skulle være lidelser hun ble utsatt for under gjeting. Særlig skulle hun ha frosset mye.



Johannes Sivertsen mente i 1841 bestemt at gjetingen var den direkte årsaken til hans sykdom (Danielssen og Boeck 1847:328). Han hadde arbeidet som gjeter fra han var 11 til han var 15 år. I denne tid skulle han ofte ha blitt utsatt for forfrysninger på armer og bein, og han måtte jevnlig vasse barbeint i snø.

Gjennom eksemplene som er gitt her blir det tydelig at kulde og fuktighet har blitt sett på som viktige årsaker til utbrudd av spedalskhet. Hva slags aktivitet som ble bedrevet hadde mindre betydning, det var lidelsene under aktivitetene som var det avgjørende.

Men ikke bare kulde kunne gis som grunn, sterk hete ble også nevnt. Fra Danielssen og Boecks bok *Om spedalskhet* er det en beskrivelse av en spedalsk som mente hete var årsaken til hans sykdom (Danielssen og Boeck 1847:418). Mannen het Jørgen Olsen, og han var 36 år i 1841 da dette ble skrevet ned. Han hadde da vært syk i 8 år. Han kunne fortelle at kort tid før han ble syk hadde han jobbet med noen svært varme steinheller. De hadde vært så varme at han ikke klarte å holde i dem med hendene uten beskyttelse. Etter hvert som disse hellene hadde blitt lagt utover hadde han måtte gå over dem for å få lagt ut resten. Han mente selv at dette hadde vært årsaken til hans sykdom. I mine kilder har jeg bare funnet en til som har påstått at hete var årsaken til sykdommen, så jeg går ut fra at det ikke var en utbredt tro. Dette andre tilfellet stod i medisinalberetningene fra ytre Nordhordland i 1863, der var det en spedalsk som mente sykdommen hadde blitt utløst av sterk solvarme (Krohn medisinalberetningene fra ytre Nordhordland 2003 (1863):2).

En kraftig skrekkopplevelse har blant enkelte spedalske blitt nevnt som årsaken til sykdomsutbruddet. Christine Hansdatter, 56 år, fra Haugs prestegjeld kunne i 1840 fortelle at en "heftig Skræk" var opprinnelsen til hennes sykdom (Boeck 1842:34). Hva skrekkopplevelsen var, ble ikke nevnt. Fra ytre Nordhordland distrikt, kunne distriktslege Michael Krohn fortelle at dette året hadde to gitt en skrekkopplevelse som grunn for sin sykdom (Krohn medisinalberetningene fra ytre Nordhordland 2003 (1863):2).

Kjærlighetssorg har også vært nevnt som årsak (1859:26). Randi Andersdatter fra Lindås, ble første gang spedalsk vinteren 1853-54. Grunnen til sykdommens utbrudd skulle ha vært at kjæresten hadde brutt med henne. Etter sykdomsutbruddet kom hun raskt inn på Lungegårdshospitalet for behandling. Denne må ha vært en suksess, for hun kom hjem derfra som helbredet allerede etter ett år, i 1855. Men det skulle dessverre ikke vare. Sykdommen kom på nytt i 1859, også denne gangen ble den utløsende årsaken satt til å være kjærlighetssorg. Fra ytre Nordhordland hadde Michael Krohn et lignende eksempel, for også der var det en som hadde oppgitt kjærlighetssorg som grunn (Krohn medisinalberetningene fra ytre Nordhordland 2003 (1863):2).

En årsak som imidlertid ofte ble nevnt som årsak til spedalskhet var kraftig forkjølelse. Sønneva Hansdatter Qvernæs fra Ous prestegjeld, kunne i 1840 fortelle at kort tid før hun var blitt syk hadde hun lidt av en sterk forkjølelse (Boeck 1842:37-38). Det samme får vi høre fra Hans Jacobsen fra Fjeldbergs prestegjeld. I 1834 hadde han vært på vinterfisket. Der hadde han fått en heftig forkjølelse etter i lengre tid å ha stått med bare føtter i det iskalde vannet. Rett etterpå fikk han de første symptomer på spedalskhet i form av følelsesløshet i nederste del av leggene. (Boeck 1842:49).

Det er flere eksempler på det samme: Christian Axelsen fra Kinds prestegjeld hadde tolv år tidligere blitt forkjølet under vintersildfisket (Boeck 1842:60). Kort etter kom de første tegn på spedalskhet. Peder Kolbeinson Hauglandson fra Ytre Holmedal prestegjeld, kunne ikke sette én forkjølelse som grunn til sin sykdom, men han hadde som barn vært mye forkjølet (Boeck 1842:63).

Det var også andre sykdommer som ble nevnt som utløsende årsaker til spedalskhet. Fra 1857 kunne overlege Høegh fortelle at flere spedalske hadde sagt at de første symptomer kom etter at de hadde hatt meslinger (1857:11).

### **Årsaker spesielt for kvinner**

Her er det to årsaker som ofte ble nevnt, nemlig graviditet og fødsler. Flere kvinner kunne fortelle at sykdommens første symptomer var kommet etter en fødsel. Marte Engelsdatter Trængereide fra Ous, kunne i 1840 fortelle bergslege Boeck at hun hadde fått de første symptomene etter sin første fødsel for 8 år siden (Boeck 1842:35). Synneva Simonsdatter Frøien, fra Kind fortalte det samme: kort tid etter sin første fødsel hadde sykdommens symptomer vist seg, men i tillegg la hun til at den ikke hadde forverret seg etter den andre fødselen (Boeck 1842:40). Margrethe Marja Jensdatter Liset fra Ladevig fikk hevelser i føttene mens hun gikk gravid, så her kom symptomene før selve fødselen. Men straks etter fødselen ble hennes tilstand forverret, da brøt sykdommen også ut i ansiktet. Det merkelige med Margrete var at etter sin andre fødsel følte hun seg bedre og friskere enn på lenge (Boeck 1842:45).

Av eksemplene over kan vi se at det ble trodd at fødsler hadde innvirkning på sykdommen. Den første fødselen ble ofte sett på som en utløsende årsak til spedalskheten, mens fødsler som kom etter at sykdommen hadde brutt ut som regel ikke forverret tilstanden, og kunne til og med forbedre den.

Om denne troen på fødsel som en utløsende årsak var reell vet jeg ikke, og det er heller ikke så viktig i denne sammenheng. Det viktige er at det var noe det ble trodd på i samtiden. At folk trodde blindt på denne ene årsaken er imidlertid lite sannsynlig, antakeligvis ble det sett

på som en av flere mulige årsaker som ble overveid. Hva som ble sett på som hovedgrunn kunne også variere fra sted til sted.

## Konklusjon

Jeg har i teksten over tatt for meg mange synspunkter på spedalskhetens årsaker. Disse spriker i alle retninger og noen av dem er direkte motstridende til hverandre. Dette må være et bevis på at det ikke var ett syn som dominerte på den vestlandske landsbygda. Høyst sannsynlig har hva man så på som årsak vært avhengig av hvor man bodde, og de oppfattelser som hadde utviklet seg der opp gjennom generasjonene.

Det virker som om synet på spedalskhet som arvelig, skjebnebestemt, eller gitt av Gud har vært det dominerende på den vestlandske landsbygda, helt opp til de siste tiårene av 1800-tallet. Grunnen til at enkelte spedalske ble utstengt fra samfunnet var nok derfor mer en følge av deres groteske utseende og stinkende utdunstinger, enn av noen direkte frykt for smitte. Men det var ikke entydig slik. Det fins eksempler på smittefrykt, særlig fra slutten av århundret. Dette har jeg kommet med eksempler på tidligere i kapittelet, og som jeg nevnte der, kan det virke som om kildene mine er delte i sine oppfatninger på dette området. Men det trenger i og for seg ikke bety at de er motstridende. Det er mer sannsynlig at det faktisk var en delt oppfatning blant befolkningen angående sykdommens årsaker. Slik hadde det vært også før smitteteorien ble bekreftet av Armauer Hansen. Folks oppfatninger hadde altså aldri vært entydige. Det nye med smitteteorien var at den førte til en endring i folks måte å tenke rundt sykdommer på. De gamle oppfatninger måtte i stor grad vike, noe som førte til en mentalitetsendring i befolkningen. Denne mentalitetsendringen kom imidlertid ikke på samme tid over hele landet. Og flere steder kom ikke endringen før etter den tidsperioden jeg tar for meg.

I denne sammenheng blir det nærliggende å se på legenes rolle. Mot slutten av århundret kan det sees, som nevnt over, en endring i folks holdninger til sykdommer generelt. Et nytt fenomen kom inn i deres begrepsverden: smitte. Allmuen hadde også tidligere hatt smitte som begrep, men da mer i religiøs betydning.

Mye tyder på at den nye forståelsen av smitte kom raskt ut til allmuen, etter at bakteriologien som teori slo igjennom blant legene i 1870- og 1880-årene (Schiøtz 2003b:51-52). Dette stemmer imidlertid ikke helt med hva jeg har funnet andre steder. Der kan det virke som allmuens gamle oppfatninger rundt spedalskhet holdt seg helt opp til århundreskiftet. Grunnen til forskjellen kan nok være at her snakkes det om sykdommer generelt, mens de andre stedene var det spedalskhet spesielt jeg tok for meg. Kanskje den gamle troen var mer

seiglivet når det kom til spedalskhet, siden denne sykdommen hadde så sterk tilknytning til det religiøse?

Som det går fram av det jeg har skrevet tidligere i kapittelet, ble det av allmuen gitt mange årsaker til spedalskhet. Disse kan imidlertid deles i to hovedgrupper: de underliggende årsaker og de utløsende årsaker. De underliggende årsakene måtte være der for at de utløsende årsakene skulle finne sted. De underliggende årsaker som var mest utbredt var, som nevnt tidligere, Guds straff for synder, skjebnen og arv. Hvis ingen av disse lå til grunn, ville ikke de utløsende årsakene finne sted.

De utløsende årsakene kunne igjen deles i to: indre og ytre årsaker. De indre gikk på personen selv. Her var det snakk om lidelser som kom innenfra, som for eksempel kjærlighetssorg eller frykt. Disse kom som en reaksjon på hendelser rundt personen, men det var personens reaksjon til disse hendelsene som ble trukket fram som årsaken.

De ytre årsakene derimot, skyltes helt og holdent fysiske faktorer. Hardt slit, kulde og forfrysninger, soving på marken, forkjølelse, fødsler og sterk varme hadde alle blitt gitt som utløsende årsaker.

Det som var felles for de utløsende årsakene var at de alle hadde utgangspunkt i en sterk påkjenning, enten den var fysisk, psykisk eller begge deler.

På mange måter kan folks syn på spedalskhet ligne litt på legenes gamle sykdomsforståelse, som ble presentert i kapittel to, gjennom Danielssen, Hjort og til dels Høeghs syn. Særlig oppbygningen var lik. Begge grupper trodde at det lå en underliggende grunn i bunn, mens en utløsende årsak var det som satte sykdommen i gang. Som hos legene, var flere av årsakene allmuen gav, særlig de utløsende, styrt av hva de hadde erfart empirisk. De lidelser og sterke påkjenninger som hadde funnet sted rett før spedalskheten brøt ut, ble ofte sett på som sykdommens utløsende årsak. Disse kunne både være av fysisk og psykisk art. I motsetning til legene, så imidlertid ikke allmuen på sine levekår som utløsende årsaker. Det var bare i situasjoner med sterke påkjenninger at de mente sykdommen kunne bryte ut.

Folks oppfattelse av spedalskhet gikk både på det oversanselige og det sanselige. Det sanselige gikk på det som kunne observeres på det empiriske plan. Hvis for eksempel de første symptomer på spedalskhet kom etter en forkjølelse ville det være nærliggende for dem å sette denne som utløsende grunn. Det oversanselige gikk mer på det de hadde fått med seg gjennom tradisjonen, og da i hovedsak om religion og det overnaturlige, altså de underliggende årsakene.

At antallet årsaker var så stort, og spriket så mye som det gjorde, kan være et tegn på at det i befolkningen hersket mye usikkerhet rundt spedalskhet. Det var en mystisk sykdom som man

ikke helt ble klok på. Den hadde en svært lang inkubasjonstid, og etter at sykdommen hadde brutt ut kunne man leve med den i mange år. Det var derfor ikke alltid like lett å finne sykdommens årsaker. Denne mystikken rundt spedalskhet vedvarte for store deler av befolkningen på landsbygda i hele perioden jeg tar for meg. Folk bodde så spredt og det var så få leger, at det var umulig å nå ut til alle. Flere steder var befolkningen også skeptiske til legen, noe som gjorde det vanskelig for ham å nå fram med sitt budskap. Mot slutten av 1800-tallet var det allikevel tegn på at legene var i ferd med å trenge gjennom til allmuen, som vist tidligere.

Den største forskjellen mellom folks og legers sykdomsforståelse var hva de la vekt på i sine forklaringer. Legenes syn var i større grad en allmuens preget av hva de selv observerte og erfarte i henhold til sykdommen. Det erfarte spilte også en rolle for allmuen, men da i større grad i den enkeltes subjektive oppfattelse av egen sykdom. Allmuen som en kollektiv gruppe baserte i langt større grad enn legene, sin sykdomsforståelse rundt spedalskhet på gamle oppfatninger rundt religion og overtro, overført fra tidligere generasjoner.

Men hva da med deres tro på arv? Det virker som denne troen var utbredt allerede før legene, med Danielssen i spissen, kom fram til det samme. Danielssen kommer inn på denne oppfatningen blant allmuen allerede i sitt folkeskrift fra 1854 (1854:21). Altså er dette sannsynligvis en tro allmuen kom fram til på egenhånd. Antakeligvis hadde folk opp gjennom generasjonene sett at spedalskhet hadde en tendens til å holde seg innen enkelte familier. Ut fra denne observasjonen hadde de etter hvert kommet fram til at sykdommen ble overført fra foreldre til barn. Nå er det imidlertid lite sannsynlig at deres versjon hadde en like vitenskapelig forklaring som legenes. Jeg mener det er mer nærliggende å forstå dette som tro på en form for arvesynd. Den spedalske kunne ha blitt rammet som en straff for noe tidligere generasjoner hadde gjort. Dette gjaldt sikkert i særlig grad hvis små barn ble rammet. Det ville i så fall passe bra inn med troen på spedalskhet som gitt av Gud, enten som en straff for synder, eller som en prøvelse på ens hengivenhet til Ham. Det forklarer også hvorfor allmuen hadde et slikt fatalistisk syn på spedalskhet.

## **Legenes reformer overfor allmuen: hva de førte til**

I kapitell to har jeg beskrevet flere av de tiltak og foranstaltninger som legene satte i gang for å bekjempe spedalskhet. Legene hadde forskjellig utgangspunkt og forskjellige hensikter med sine utspill, men de resulterte ofte i de samme tiltakene: Forbedring av allmuens levekår og levevis, og av deres moral og kultur. For å klare dette var legene helt avhengige av å få

allmuen med på notene, noe som imidlertid skulle vise seg å være vanskelig. Hva disse vanskelighetene skyltes, er tema for denne delen av kapittelet.

## **Innføring og fortrenning**

Blant de viktigste og mest omfattende tiltak som ble satt i verk i kampen mot spedalskhet, var opprettelsen av sunnhetskommisjonene, og byggingen av hospitalene. Kommisjonene skulle drive opplysende og forebyggende arbeid, mens hospitalene skulle ta seg av syke og drive med forskning og kurforsøk. Fra legenes side var tiltakene sikkert satt i verk i beste hensikt, men de ble allikevel møtt med motstand fra allmuen. Hva kan grunnene til dette ha vært? Flere faktorer spilte nok inn. Noe av det har jeg allerede vært inne på, som de to gruppens forskjellige bakgrunner og kulturer. Her vil jeg imidlertid gå dypere inn i konflikten.

Det kan trekkes fram tre hovedgrunner til konfliktene mellom legene og allmuen (Schiøtz 2003b:92). For det første var det allmuens manglende økonomiske forutsetninger til å følge legenes råd. For det andre hadde allmuen en annen måte å oppfatte helse på enn legene. Allmuens syn på helse innebar mer enn bare fravær av sykdom, som var legenes definisjon. For allmuen kom faktorer som godt forhold til høyere makter, nok føde, nære forhold til slekt og venner, og mest mulig fravær av fysiske plager, inn i bildet. Som vi ser dekket legenes definisjon bare en liten del av dette. For det tredje hadde legene ofte en overlegen holdning overfor allmuen. De mente at de selv stod på et langt høyere kulturelt trinn, og at deres levemåte skulle være veiledende for resten av befolkningen.

Så alt i alt var ikke dette det beste utgangspunktet. Legene så ikke tregheten i allmuens kultur, derfor skjønnte de heller ikke hvorfor det var så vanskelig å forandre på deres levemåter (Schiøtz 2003a:201). Dermed fikk legene en tendens til å se på allmuen som likegyldige, motvillige og uforstandige. Hva legene ikke så var at allmuen hadde sine egne svar og løsninger på felt som renslighet, næringsmidler og sykdommer, løsninger som var godt plantet i tradisjonen (Schiøtz 2003a:199-200), og som hadde vært rådende i mange generasjoner.

En annen faktor som legene bare i liten grad tok hensyn til, var hvor store forandringer flere av reformene deres krevde av allmuen. Flere av reformene var rett og slett urealistiske, sett ut fra allmuens økonomiske og sosiale forutsetninger. Dette gjaldt først og fremst på områdene boligforhold og boligvaner, men også på områder som personlig hygiene og matstell. Løberg skrev i sin instruks til sunnhetskommisjonene i 1858, at allmuen burde bade, eller i det minste vaske kroppen en gang i uken om vinteren (1858:30b). Dette var nok mindre realistisk i en tid hvor alt vann måtte hentes enten fra brønnen eller en bekk, og så varmes opp. Det skal ganske store mengder til for å vaske alle på gården, for ikke å snakke om alt brenselet det krevde.

Daniel Cornelius Danielssen så at dette ville bli vanskelig for bonden, så han anbefalte ikke ukentlig bading av hele legemet for voksne mennesker. Barn fram til 14-årsalderen skulle imidlertid bli vasket i stamp en gang i uken. Det var viktig å skifte ut vannet mellom vært barn, så alle ble ordentlig rene (Danielssen 1854:30). Dette virker heller ikke helt realistisk, spesielt ikke hvis det var mange barn på gården.

Når det gjaldt matstellet, klaget mange av legene over at de vestlandske bøndene spiste råttan fisk, og over deres manglende vilje til å bruke nok salt til lagring av mat. Noe de kanskje ikke tenkte over, var at allmuen ikke hadde råd til mer salt. Legene var også bekymret over at allmuen spiste for mye fisk på bekostning av annet kjøtt og grønnsaker (Hjort 1871:53). Dette mente legene var sunnere og gav et mer variert kosthold. De tenkte nok ikke godt nok over at kjøtt fra andre dyr var dyrt. Grønnsaker kunne nok allmuen ha dyrket mer av, men deres gamle tradisjon med å dyrke korn begrenset dette. Imidlertid ble potetdyrking mer og mer vanlig utover på 1800-tallet.

Legene var også opptatt av å forbedre allmuens boliger. Husene skulle være større og romsligere, med flere vinduer og flere senger. Disse kravene var ofte urealistiske, og var vanskelige å utføre for allmuen på grunn av manglende økonomisk evne. Av samme grunn var det vanskelig for allmuen å etterleve kravene om bekledning, særlig av barna (Hjort 1871:55). Legene påpekte at barn ble for dårlig kledd, tatt i betraktning at de tålte klimaet dårligere enn voksne. Men uten en økonomisk forbedring ville det bli vanskelig for allmuen å forandre på dette.

Nå var ikke alle legene totalt uvitende om allmuens forutsetninger og begrensninger. Overlege Løberg skrev allerede i 1858 at sunnhetsskommisjonene ikke kunne bedre folks levekår nevneverdig, hvis ikke de økonomiske kår ble forbedret først(1858:23a). Disse forbedringene kostet penger, noe som var avhengig av større materiell velstand blant bøndene, og at de fikk økonomisk veiledning. Overlegen så også at gamle tradisjoner og skikker holdt igjen for framskrittet (1859:23b). Han, som så mange andre leger, så imidlertid ikke egenverdien disse tradisjonene og skikkene hadde for allmuen. I stedet så han på dem som overføringer fra en svunnet tid, som nå bare stod i veien for framskrittet, og måtte fjernes for å nå fram til bøndene.

Hvordan legene gikk fram for å nå ut til allmuen kunne variere. På den ene siden stod de som rakk ned på hver minste lille ting, og ikke hadde annet enn forakt for deres levesett. På den andre siden var de som mente at den beste måten å nå fram til allmuen på var gjennom å vinne deres tillit. Overlegene Høegh og Løberg hørte til den siste av disse gruppene.

Armauer Hansen hadde også, gjennom sine reiser på den vestlandske landsbygda, fått en viss innsikt inn i allmuens egen kultur. Det første ordentlige møtet med allmuen fikk han under sitt to måneder lange opphold i Lofoten i 1868. Her virket han som lege under fisket. Noe av det viktigste han lærte i denne korte tiden, var hvordan han skulle takle befolkningen (Vogelsang 1968:26-27). Tålmodighet var svært viktig, noe han også fikk erfare på sine senere reiser. I begynnelsen hadde Armauer Hansen gått rett på sak med sine spørsmål til allmuen, noe som sjeldent førte fram. Imidlertid lærte han raskt at for å komme noen vei, måtte han først småprate litt med dem om løst og fast, for at de skulle bli kjent med ham. Så kunne han forsiktig begynne å lirke seg inn på de områdene han ville prate om (Hansen 2003 (1909):5). For dem var han jo en fremmed fra en annen kultur som kom busende inn på deres område, og begynte å spørre om de mest intime ting. Denne framgangsmåten krevde stor tålmodighet fra Armauer Hansen. For som han selv skrev:

Det er en yderlig slet økonomi med tiden, men jeg fandt ogsaa gennemgaaende at den norske, ialfald den vestlandske, bonde kun har litet begrep om hvad tiden er værd, og jeg blev formelig opbragt over hans langsomthet og træghet (Hansen 2003 (1909):5).

I begynnelsen av sine reiser hadde Armauer Hansen ikke hatt annet enn forakt for den norske bonde. Men etter hvert som han lærte dem bedre å kjenne, oppdaget han at de innehadde en stor mengde sunn fornuft. Fortsatt var det mye overtro og gammel tradisjon som hang igjen, men mange viste også et overraskende fritt og sunt syn på livet. Flere av bøndene han hadde møtt, var også svært dyktige til å uttrykke seg diplomatisk. En evne som ble brukt i bygda for å overgå naboene i klokskap, og for å få fram sine meninger (Hansen 2003 (1909):6).

Som med Høegh, virker det også som Armauer Hansen mente at bøndenes gamle skikker og tradisjoner var et hinder for framskrittet. Grunnen til at bøndene dvelte ved de gamle fordommer, mente han skyltes mangelfull opplæring i emner utenfor det religiøse. Her er det hans idealer fra embetsmannsstanden som kommer inn. Det var viktig å opplyse og utdanne allmuen, så den kunne komme opp på et høyere kulturelt nivå.

Som en konklusjon på det hele, kan jeg avrunde med å si at flere av legene så det særegne i allmuens kultur, men var uvillig til å tillegge den noen verdi i seg selv. For at framskrittet skulle fortsette, måtte allmuens gamle levesett forandres. For å få gjennomført forbedringene trengtes det først og fremst en økonomisk bedring av deres kår, men også en velvilje overfor forandringer, og en tillitt til legene og deres kunnskaper. Dette viste seg å være en langdryg prosess, som ikke ble fullendt innenfor den tidsperioden jeg tar for meg. Det kom noen



forbedringer i boligforholdene og den personlige hygienen mot slutten av 1800-tallet. Dette skyldtes til en viss grad bedring i kår og en større smittefrykt. De store forbedringene kom imidlertid først utover på 1900-tallet (Schiøtz 2003b:95).

Hva var så grunnen til den manglende forståelsen mellom legene og allmuen? Jeg har allerede vært inne på det, men vil oppsummere det her. Legene og allmuen tilhørte to vidt forskjellige kulturer, med sine egne forståelser og oppfatninger rundt hva som var et godt liv. De hadde sine egne begrepsverdener, som på flere områder var uforenlige med hverandre. Derfor var det lett for at konflikter oppstod når legene beveget seg inn på allmuens områder. Fra allmuens side kom konflikten til uttrykk gjennom mistro til legene og deres kunnskaper. Denne mistroen ble forsterket av legenes nedverdiggende syn på allmuen og deres levesett. Det var to poler som stod mot hverandre, på hver sin side av en mur bestående av manglende forståelse. Det var ytterst få som klatret opp på muren for å ta en titt ned på den andre siden.

### **Var det så galt som legene ville ha det til?**

I samtiden var presten og samfunnsforskeren Eilert Sundt en kritisk røst til legenes syn på og framgangsmåte overfor allmuen. Han mente kort og godt at leger flest ikke hadde satt seg godt nok inn i allmuens levesett. Legene hadde, mente Sundt, trukket fram noen få eksempler på dårlig stell, og generalisert ut fra det. Selv mente Sundt å ha samlet et mer representativt materiale, ved å ha tatt for seg hundrevis av eksempler fra den gjennomsnittlige allmennmann (Sundt 1975 (1869):11). Det var hans håp at boken hans *Om renlighetsstellet i Norge*, kunne bidra med å gi legene en bedre forståelse av folkelivet (Sundt 1975 (1869):23-24).

Legen Daniel Cornelius Danielssen hadde i 1854 gitt ut et folkeskrift om spedalskhet. Her gikk han hardt ut mot allmuens skittenferdighet og manglende vilje til å beskytte seg mot sykdommen. Sundt mente Danielssens folkeskrift sa lite om hvordan folk egentlig levde. Det som kom fram var hans mening og dom over saken. Dette var en framgangsmåte som gjaldt for de fleste leger, mente Sundt (Sundt 1975 (1869):144).

Et eksempel på dette er Søndfjord, beliggende i Nordre Bergenhus amt. Dette var et område legene trakk fram som særdeles dårlig når det gjaldt renslighet og boligforhold. Fra årsberetningene til overlegen for den spedalske sykdom, blir Søndfjord flere ganger satt som eksempel på et sted med dårlig stell:

De hygieniske Forholde i Søndfjord ere af alle tidligere Iagttagere beskrevne som yderst mislige, og jeg kan ikke andet end istemme den samme Dom (1860:35a).

Søndfjord var et av de hardest rammede områder i Norge når det gjaldt spedalske, noe legene blant annet tillå innbyggernes levemåte. Våningshusene beskrev de som små og dårlige, og det var mangel på alminnelig renhet og orden. Dette igjen virket fordervende på folkets moralske karakter.

Grunnene til at det var så mange spedalske akkurat i Søndfjord ble oppsummert av overlege Løberg (1860:36a). Til nylig hadde dette distriktet vært isolert fra omverdenen, noe som hadde ført til mange innbyrdes giftermål. Siden mange av legene på den tiden mente arv var en medvirkende faktor til spedalskhet, var ikke dette positivt, da slekter med spedalske stadig ble utvidet. Den andre grunnen var de store manglene i det daglige stell, både når det gjaldt jordbruk, fedrift, renslighet, boligforhold og matstell. Jordbruket gav bare en brøkdel av den avkastningen den kunne gi, mens utbyttet av fedriften var dårlig på grunn av sulteføringen om vinteren. Boligene var små og dårlige, og ble satt opp uten tanke for planering og drenering av tomten. Kostholdet var dårlig, både når det gjaldt valg av mat, tilberedning og renhold. En tredje grunn, som Løberg tillå mye vekt, var at så store deler av befolkningen deltok i vårsildfisket.

Gjeting var også svært vanlig i Søndfjord. Nesten alle hadde drevet med dette i sine yngre år. Løberg så ikke bort fra at dette kunne være en medvirkende årsak til spedalskhetens utbredelse i distriktet. Til slutt trakk Løberg fram det ugunstige klimaet, med mye regn, fuktighet og tåke.

Men alt var ikke negativt. En positiv utvikling som overlege Løberg hadde sett, var innbyggernes økende vilje til å kvitte seg med skabb (1860:35a). Han håpet dette var en utvikling som ville fortsette.

Hvorfor spedalskhet hadde økt så kraftig de siste 20 til 30 årene var overlegen imidlertid ikke sikker på (1860:36a). Det hadde vært en sterk avskoging i distriktet i denne tiden. Løberg mente dette kanskje kunne hatt en innvirkning på klimaet. En ting var i hvert fall sikkert, tømmer hadde blitt mangelvare, noe som hadde ført til små og dårlige hus, og mangel på ved til brensel. Dette igjen hadde gjort befolkningens muligheter til å beskytte seg mot det ugunstige klimaet dårligere.

Da Sundt besøkte Søndfjord i 1864 fikk han et helt annet inntrykk enn legene. Han fant at legenes negative beskrivelser slett ikke stemte. Han fant en utbredt renslighet, noe som overrasket ham. Det var bygdeskikk å skure<sup>20</sup> gulvet hver lørdag og til helligdager. Lørdagskveld etter vasken gikk alle i sokkelesten innendørs, for de ville at det skulle være

---

<sup>20</sup> Det vil si at man satt på knærne og skrubbet gulvet for hånd.

rent og fint til søndag. Denne vaskingen ble utført av både fattig og rik. Når det gjaldt området rundt boligen, ble dette sopet hver lørdag forutsatt at klimaet var bra. Grunnen til at det allikevel kunne se urenslig ut rundt huset måtte tillegges været. Det var vanskelig å få det til å se fint ut når det til stadighet regnet. I forhold til den personlige rensligheten mente Sundt legene stilte urimelige krav. Å ta kalde bad flere ganger i uken mente han ville være direkte skadelig (Sundt 1975 (1869):328) Avkjølingen ville ta på allmuens krefter, og kunne føre til svekket helse. Å daglig vaske seg i ansiktet ville nok ikke være skadelig for helsen, men heller ikke forbedre den nevneverdig.

Når det gjaldt Sogn, var Sundt og legene igjen uenige. Legene mente at på de fleste områder var forholdene bedre i Sogn enn i Søndfjord. Dette gjaldt særlig for de indre deler av Sogn. Her var jordbruket bra, og fedriften gav et vesentlig bedre utbytte enn i Søndfjord. Kostholdet var også bedre, med mer smør, melk og kjøtt. Generelt kunne overlege Løberg konstatere at forholdene i distriktet hadde blitt vesentlig forbedret de siste 15 til 20 årene (1860:37b).

Rensligheten var imidlertid dårlig i Sogn, som i de andre vestlandske distriktene. Imidlertid mente han det stod bedre til enn i Søndfjord, dette gjaldt særlig for indre Sogn.

Sundt derimot var ikke enig med Løberg, og med ham en stor del av legene. Sundt mente at vaskestellet var dårligere i Sogn enn i Søndfjord. I Sogn ble gulvene bare sopet, mens de ble vasket for hånd i Søndfjord. Nå stod det ikke like dårlig til overalt i Sogn heller, noen grender hadde tatt opp den nye vaskeskikken, blant annet Kaupanger. Som regel ble det også vasket jevnlig på de store gårdene med nye hus. Men som en generell regel for distriktet, stod det dårlig til.

Sundt mente imidlertid at forskjellene i gulvvaskingen ikke bare skyltes forskjellige holdninger, han mente også at klimaet spilte inn. I Søndfjord regnet det mye, noe som gjorde at våt leire og skitt ble dratt med inn på stuegulvet, og la seg som et fuktig belegg. I Sogn derimot var det lite regn, spesielt i de indre deler. Der var det varmt og tørt om sommeren, noe som gjorde at den skitten som ble trukket inn der var tørr, og dermed mindre plagsom. I tillegg var den lettere å få ut ved soping. Av samme grunn ville ikke gårdsplassen se så skittenferdig ut som i Søndfjord, hvor det var mer regn.

Hva ville så Sundt oppnå med sin kritikk av legenes syn på allmuen? Først og fremst ville han vise at det ikke stod så dårlig til på landsbygda som mange av legene ville ha det til. Det gjaldt bare å se på rensligheten og husstellet ut fra de forutsetningene som folket levde under, både sosialt og økonomisk (Sundt 1975 (1869):18). Det var viktig å trekke fram det som var positivt, og ikke bare se på manglene. Gjorde man det ville det raskt bli klart at det ikke stod

så dårlig til på landsbygda, og at det hadde vært betydelige forbedringer, selv før legene kom inn i bildet. Sundt skrev at i så godt som alle bygder han hadde vært, hadde han sett framskritt når det gjaldt folks boliger. Husene var begynt å bli bygget på kjellermur, de var blitt høyere, større og luftigere. Vinduene var også blitt større, og de hadde fått klarere glassruter. Disse forbedringene var flere steder satt i gang før legene kom med sine reformer (Sundt 1975 (1869):33).

Sundt mente imidlertid ikke at alt var bra på den norske landsbygda. Det var rom for forbedringer på flere områder, men disse måtte settes i verk ut fra en inngående forståelse av allmuens behov og muligheter.

Nå var det ikke alle leger som var like uforstandige når det kom til allmuen og hvordan den skulle behandles. En av disse var overlege Høegh. Sundt var enig med ham i at det ikke nyttet med sunnhetskommisjoner og andre ytre pålagte foranstaltninger, hvis ikke allmuen frivillig ville gå med på forandringene. Først måtte det altså skapes en vilje til forbedring hos folk (Sundt 1975 (1869):12). For å skape denne viljen var det viktig å ikke hele tiden legge vekt på det som ble gjort feil. En bedre framgangsmåte var å bygge opp under det positive folk allerede gjorde, rose dette, for så å foreslå hvordan det kunne gjøres enda bedre.

Så for å gå tilbake til overskriften for dette avsnittet, ”Var det så galt som legene ville ha det til?”, må svaret, etter Sundts mening, være nei. Sundt kom fra samme klasse som legene, noe som gjorde ham fremmed for allmuen. Men etter å ha studert befolkningen og deres skikker i flere år, hadde han skaffet seg en unik forståelse for deres levesett og deres kultur. Dette gjorde ham i stand til å se allmuen ut fra en mer nøytral og objektiv synsvinkel. Sundt hadde også en egen evne til å komme i kontakt med folk, og ofte brukte han lokalkjente til å hjelpe seg i sine undersøkelser. På den måten kunne han for eksempel lettere finne ut om en gård hadde godt stell, ut fra de forutsetningene som rådet i området. Sundt hadde også et annet utgangspunkt enn legene, han var ute etter å forstå allmuen og forklare deres levesett. Legene derimot var ute etter å forklare spredningen av spedalskhet. Siden de mente urenslighet og dårlige boligforhold var en sentral del av forklaringen, er det ikke så merkelig at de la vekt på det som var negativt. Det er bare å se på Søndfjord som jeg har brukt som eksempel over. Det ville ikke være mulig å oppfatte dette distriktet så forskjellig hvis det ikke lå ulike holdninger og motiver bak. Forskjellene kommer også fram gjennom hvordan Sundt og legene presenterer allmuens levekår i sine skrifter. I sin bok *Om renlighedsstellet i Norge*, kommer Sundt med grundige beskrivelser av hva som ble gjort på dette området rundt i landet. Han legger vekt på det som er positivt og på den utviklingen som har funnet sted. Legene derimot,

legger vekt på det som ikke ble gjort, og på alt som ble gjort feil. De kommer med detaljerte skildringer av allmuens urenslighet, både når det gjaldt bolig og personlig hygiene.

I ettertid kan vi se at Sundt nok hadde rett i mye av det han sa. Det blir allikevel ikke rettferdig å kritisere legene. De må sees som barn av sin tid og av sin kultur. De fleste av dem jobbet ut fra et ønske om å forbedre det samfunnet de var en del av, og i form av sin posisjon følte de en særlig plikt til å oppdra og utdanne allmuen. De gjorde med andre ord det de mente var til det beste, både for samfunnet som helhet, og for den enkelte allmenmann.

## Oppsummering

Formålet med dette kapitlet har vært todelt. Den første delen gikk ut på å beskrive legenes syn på allmuen, og i forlengelse av dette, hvordan allmuen forklarte sitt syn på spedalske og spedalskhet. Den andre delen gikk mer direkte på konflikten som oppstod mellom legene og allmuen, og hva som lå bak.

Disse to delene henger i stor grad sammen. For å forstå konflikten kreves det innblikk i de bakenforliggende årsakene. I denne sammenheng var legenes og allmuens vidt forskjellige kulturer sentrale. Deres forskjellige begrepsverdener skapte uoverensstemmelser i forhold til hva som var god helse, og hvor grensen mellom syk og frisk skulle gå.

De som tilslutt gikk ”seirende” ut av konflikten var legene, men det var en langdryg prosess som ikke ble fullført i den perioden jeg tar for meg. Legene så det som en plikt å omvende allmuen til den ”rette tro”, det var helt nødvendig for at samfunnet skulle fortsette å vokse. En frisk befolkning var en ressurs for landet. Men legene var også overbevist om at det de gjorde, i det lange løp ville være til det beste for allmuen selv, i form av høyere dannelsesnivå, bedre boligforhold og bedre helse.

## KAPITTEL 5: AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg gitt et bilde av legenes syn på spedalskhet og spedalske. Dette har først og fremst kommet fram gjennom legenes sykdomsforståelse og deres oppfattelse av allmuen og deres levemåter. Grunnen til at jeg har gjort det på denne måten kan deles i to.

1) Jeg har sett på legenes syn på spedalskhet som et uttrykk for den generelle sykdomsforståelsen som rådet blant de lærde i samfunnet. Dette har jeg gjort for å vise at synet på spedalskhet og sykdom generelt, var den gang som i dag kulturelt styrt. Dette påpeker jeg som en begrunnelse for at min oppgave kan forsvares som kulturhistorisk.

2) Legene så på allmuen og deres levemåte som en vesentlig faktor for spedalskhetens spredning. Derfor har dette fått en sentral plass i min oppgave. Gjennom sin manglende hygiene og sitt fatalistiske syn på spedalskhet, mente legene at allmuen langs vestkysten av landet var særlig utsatt for sykdommen. Det harde klimaet på denne kanten av landet forverret også effekten av allmuens allerede skadelige levemåte.

Jeg har også sett på hva som lå bak legenes syn på spedalskhet. Det som først og fremst har kommet fram her, er at legene i stor grad var styrt av sin egen kultur og sitt begrepsunivers. Dette satte begrensninger for legenes sykdomsforståelse, og for deres oppfattelse av allmuen. Dette igjen begrenset effekten av legenes arbeid med å bekjempe spedalskheten. Særlig hadde de vanskelig for å trenge gjennom til allmuen med sine reformer. Legene tilhørte en kultur som var vidt forskjellig fra allmuens, noe som måtte føre til konflikter.

I den perioden jeg tar for meg var det også en rivende utvikling innen medisin som fag, en utvikling som førte fram til den sykdomsforståelsen som råder i dag. Dette har også påvirket legenes syn på spedalskhet. Fra en tro på at miasmer og ubalanse i kroppens væsker førte til sykdom, har legene funnet ut at sykdommer skyldes små levende organismer som trenger inn i kroppen og gjør den syk. Dette er til dags dato den største utviklingen som har skjedd innen legevitenenskapen.

Denne utviklingen kommer kanskje klarest fram gjennom de to lovene om spedalskhet som kom i 1877 og 1885. Disse lovene var et produkt av troen på spedalskhet som smittsom, et syn som hadde vokst sterkt etter Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i 1873. Lovene vitner også om den innflytelsen legene var i ferd med å opparbeide seg i samfunnet. Lovene var diktert av Armauer Hansen selv, og han var også en av hovedpådriverne for å få

dem vedtatt. At han lyktes, på tross av sterk motstand, viser tydelig den posisjon legene hadde fått i samfunnet.

Innenfor arbeidet med spedalskhet, betydde denne utviklingen innen legevitenenskapen først og fremst at man fikk et endelig svar på hvordan sykdommen spredte seg. Alle leger godtok ikke denne teorien sånn uten videre, men over tid ble det klart for de fleste at smitte gjennom basiller var i det minste en av hovedårsakene til spredningen av spedalskhet. Armauer Hansen var selv overbevist om at smitte var den altoverveiende årsaken, men senere forskning har vist at det høyst sannsynlig er flere andre faktorer som spiller inn, deriblant levekår. Det er ikke uten grunn at spedalskhet i dag sees på som en fattigdomssykdom. Dette viser at leger som Danielssen, Boeck, Høegh og Hjort sannsynligvis hadde rett i flere av sine teorier omkring spedalskhetens årsaker, men at disse teorier var bygget på feilaktig grunnlag.

En annen viktig utvikling som kom på 1800-tallet, var at legene i økende grad bygget sin sykdomsforståelse på egne observasjoner og forskning. Danielssen var en av de første i Norge som gjorde dette på spedalskhet. Gjennom sin forskning la han grunnlag for alt videre arbeid med spedalskhet her til lands. Direkte arbeid i laboratoriet hadde ennå ikke fått en sentral plass i forskningen, men det skulle bli viktigere og viktigere utover i århundret. Armauer Hansen tilbrakte mye tid i laboratoriet sitt, og det var der han tilslutt oppdaget leprabasillen.

De fleste leger mente at spedalskhet kunne kureres hvis kurforsøkene kom i gang tidlig i sykdomsforløpet. På pleiestiftelsene, og særlig på Lungegårdshospitalet som var en ren kuranstalt, kommer dette synet til uttrykk. Det kan imidlertid virke som denne optimismen ble dempet etter hvert. Kurforsøkene får mindre og mindre plass i årsberetningene, for så å forsvinne helt fra 1881.

Når det gjelder allmuens syn på spedalskhet og spedalske, er dette tatt med i oppgaven først og fremst for å se det i forhold til legenes syn. Allmuens syn var i stor grad preget av resignasjon, eller kanskje heller aksept. De mente det var lite eller ingenting de kunne gjøre for å beskytte seg mot sykdommen. Dette synet var rotfestet i religiøsitet og troen på en allmechtig Gud som hadde en plan med alt. Dette var en stor hindring for legene i deres opplysningsarbeid. Slik de så det, måtte de trenge gjennom et tykt lag med gammel tradisjon, ”vrangforestillinger” og religiøs fatalisme og fanatisme, for å nå fram med sine råd og foranstaltninger. Det de ikke så var at deres framgangsmåte og kulturelle ballast var en viktig årsak til problemene.

Eilert Sundt mente at legene hadde et for negativt syn på allmuen. Han gikk ut med kritikk mot legene, og mente at de trakk fram bare det som var dårlig, og overså det som var bra. Han

mente også at legene ikke hadde satt seg godt nok inn i hvordan allmuen levde på den vestlandske landsbygda. De hadde tatt for seg noen områder, gjerne de dårligste, og generalisert ut fra disse.

Hvis man i vår tid ser tilbake på denne debatten, blir det klart hvorfor legene svartmalte allmuens levemåte. Jo verre forholdene var på landsbygda, jo mer ville det være bruk for deres innsats. Jeg vil med dette ikke påstå at alle leger gikk bevisst inn for å beskrive situasjonen som verre enn den var. Det er mer sannsynlig at de ut fra sitt ståsted hadde en tendens til å se det som var galt, og overse det som var bra.

Synet på spedalskhet i perioden jeg har tatt for meg kan beskrives som dynamisk. Den var i stadig endring, noe som vitner om den raske utviklingen som fant sted. Legene fikk en stadig mer sentral posisjon i samfunnet, samtidig som de opparbeidet seg mer kunnskap og ekspertise. Disse to utviklingene gikk hånd i hånd og var gjensidig styrkende. Det var også en viktig faktor at staten fikk en økende interesse for folkets helse, og dermed bevilget mer penger til legenes arbeid.

I min oppgave har vi altså vært vitne til en utvikling, men denne utviklingen kom ikke uten konflikter. For det første var det konfliktene legene imellom når det gjaldt spedalskhetens årsaker. Dette ble nok sett på som en konstruktiv konflikt, som førte til ny kunnskap og økt forståelse for sykdommen.

For det andre var det konflikten med allmuen. Denne ble sett på som skadelig for arbeidet med å bekjempe spedalskhet, siden det forvansket legenes jobb. Legene mente allmuen måtte læres opp og dannes etter de borgerlige idealer. På den måten mente de allmuen ville få den rette innsikt og den rette holdning som skulle til for å få bukt med spedalskheten.

Så hva er det i bunn og grunn som har blitt vist i denne oppgaven? Som allerede nevnt har det vært min hensikt å gi et bilde av legenes syn på spedalskhet og spedalske. Men på et dypere nivå har jeg også skildret et møte mellom natur og kultur, mer spesifikt mellom sykdommen spedalskhet, den biologiske kroppen, og legenes og allmuens kulturelle forståelse av disse. For som jeg også var inne på i innledningen, er menneskenes oppfattelse av natur styrt av de kulturelle briller de ser gjennom.

I en oppgave som dette, med et begrenset omfang, er det flere ting jeg ikke har fått mulighet til å komme inn på. Her vil jeg sette opp en liten oversikt over noen områder det kunne være av interesse å se nærmere på.

En idé kunne være å ta for seg et mindre område, for eksempel ett eller flere legedistrikter. Det kunne være av særlig interesse å sammenligne to eller flere distrikter, for å se hvor stor



innflytelse de lokale forholdene hadde på distriktslegenes syn på spedalskhet og dens årsaker. En annen vinkling kunne være å sammenligne distriktslegenes forståelse av spedalskhet med de store profilenes? Da kunne man kanskje fått innblikk i hvor stor grad distriktslegene bygget sitt syn på spedalskhet på egne observasjoner, eller om de stolte mer på det forskerne kom fram til.

Man kan også ta for seg statens endrede oppfatning overfor spedalske og deres sykdom, og hvordan dette kom til uttrykk gjennom stortingsmeldinger, lovforslag og andre tiltak som ble satt i gang. De lokale myndigheter på Vestlandet kan også trekkes med i denne sammenheng. Hvordan prøvde de å påvirke sentralmakten, hva slags virkemidler tok de i bruk? Dette ville ikke bare si noe om sentralmaktens endrete syn på spedalskhet, det ville på et større plan også fungere som et eksempel på det nye synet på sykdom og helse som var på vei inn.

En siste interessant innfallsvinkel som jeg vil ta med, kan være å ta for seg 1700-tallet og de små bygdehospitalene for spedalske som fantes rundt på Vestlandet på den tiden. Høyst sannsynlig ble de satt opp på privat initiativ av bygdas bønder, eller av fattigkommisjonen i området. Hvorfor ble de bygget, og hvorfor ser de ut til å ha forsvunnet på begynnelsen av 1800-tallet? Et problem her kan imidlertid bli å finne kilder. Jeg fant hospitalene nevnt de første årene av årsberetningene, men har ikke funnet mer noe annet sted.

## LITTERATURLISTE

- Aune, Kolbjørn: "Dei spedalske i Brandsfjorden: Ein rapport frå 1853". I: *Årbok for Fosen*, nr. 24, 1985. s. 51-54.
- Aune, Kolbjørn: "Spedalsk sykdom og levekår i Bjørnør og Åfjorden". I: *Årbok for Fosen*, nr. 20, 1981. s. 81-84.
- Austestad, Anna: "Da vi ennå hadde leprapasienter i Norge". I: *Sykepleien*, nr. 6, 1987. s. 30-32.
- Austveg, Inger: *Utstøtt og uren: Spedalskhet- en svøpe for millioner*. Bergen 1987.
- Bibelen*: Det gamle og nye testamentet. Oslo 1992.
- Bjørge, Ivar: "St. Jørgens hospital i Bergen" I: *Norges apotekerforenings tidsskrift*, nr. 7, 1992. s. 187-191.
- Blom, Kari, Egil Ertresvaag, Kjell Harald Irgens og Svein Aage Knudsen (red). : *De fattige Christi lemmer: Stiftelsen st. Jørgens historie*. Bergen 1991.
- Boeck, Carl Wilhelm.: *Om den Spedalske Sygdom: Elephantiasis Graecorum*. Christiania 1842
- Brøgger, Jan: *Epidemier: En natur og kulturhistorie*. Oslo 2002.
- Bø, Olav: *Folkemedisin og lærd medisin*. Oslo 1986.
- Collett, Thomas: "Medisinalberetninger fra Ytre Nordhordland 1863-1884". Funnet på institutt for samfunnsmedisinske fags hjemmeside, Universitetet i Bergen.  
<http://www.uib.no/isf/hist/beret/beret029.htm> [Lesedato: 1.10.2003]
- Danielssen, Daniel Cornelius: *Den spedalske sykdom, dens aarsager og dens forebyggelsesmidler*. Bergen 1854
- Danielssen, Daniel Cornelius og Carl Wilhelm Boeck: *Om Spedalskhed*. Christiania 1847
- Davidson, Bjørn: "Lorentz Irgens – dagens lepra-ekspert". I: *Doktor Hansen og hans basill*. Funnet på Foreningen Norges døvblindes hjemmeside. (Er opprinnelig et intervju fra høsten 1995.)  
<http://home.online.no/~fndbred/hansen.htm> [Lesedato: 3.3.2004]
- Djupedal, Knut: "Sykdomsbegrepet på landsbygda i 1890-årene". I: *Tradisjon*, nr. 17, 1987. s. 63-76.
- Douglas, Mary: *Rent og urent: En analyse over forestillinger omkring rent og urent*. Oslo 1997

Drakos, Georg: *Makt över kropp och hälsa: Om leprasjukas självförståelse i dagens Grekland*. Stockholm 1997.

Feide, Peder Olsen: *En klagesang*. 1835. Funnet på hjemmesiden til lepramuseet i Bergen. <http://www.lepra.no/default.asp?kategori=125&artikkel=483> [Lesedato 10.2.2003]

Finnanger, Inger: "Spedalskhet også i Namdalen i 1800-årene". I: *Årbok for Namdalen*, nr. 30, 1988. s. 33-35.

Forsdahl, Anders og Tore Dahl: "Spedalske i Brønnøy legedistrikt i forrige århundre". I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 30, 1983. s. 2024-2027.

Garnett, Elisabeth: "The leper hospitals of Bergen". I: *Glimpses of Europe*. W. C. Proctor (red.). London 1889. s. 369-384.

Goffman, Erving: *Anstalt og menneske*. København 1967

Grønmo, Sigmund: "Forholdet mellom kvalitative og kvantitative metoder i samfunnsforskningen" I: Harriet Holter og Ragnvald Kalleberg: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. S: 94-122. Oslo 1982.

Hansen, Gerhard Armauer: "Nutidens hygiene" I: *Naturen*, Årg. 125, nr. 4, 2001 (opprinnelig fra 1901). s. 190-192

Hansen, Gerhard Armauer: "Kapittel 5: leprabasillem" I: *Livserindringer og betraktninger*. Kristiania 1910. Funnet på Foreningen Norges døvblindes hjemmeside. <http://home.online.no/~fndbadm/ghah5.htm> [Lesedato 15.1.2003]

Hansen, Gerhard Armauer: "Lidt om disposition til sygdomme" I: *Medicinsk Revue*, 1889a. Funnet på Foreningen Norges døvblindes hjemmeside. <http://home.online.no/~fndbadm/usa5.htm> [Lesedato: 3.3.2004]

Hansen, Gerhard Armauer: "Om sygdommes arvelighed" I: *Medicinsk Revue*, 1889b. Funnet på Foreningen Norges døvblindes hjemmeside. <http://home.online.no/~fndbadm/usa4.htm> [Lesedato: 3.3.2004]

Hansen, Gerhard Armauer: "Spedalskhedens arvelighed". I: *Nordiskt Medicinskt Arkiv*, nr. 4, 1889, Stockholm. Funnet på Foreningen Norges døvblindes hjemmeside. <http://home.online.no/~fndbadm/speusa.htm> [Lesedato: 3.3.2004]

Hjort, Jens Johan: *Om Spedalskheden i Norge og Foranstaltninger imod Samme*. Christiania 1871

Holck, Per: *Norsk folkemedisin: Kloke koner, urtekurer og magi*. Oslo 1996

Hovdhaugen, Einar: *Husmannstida*. Oslo 1975

Irgens, Kjell H., Lorentz M. Irgens: "St. Jørgens hospital: Institusjons- og bygningshistorie" I: *Årbok for Foreningen til norske fortidsminnesmerkers forening*, 2000. s. 58-76.

Irgens, Lorentz M.: "Folkesykdommen Lepra" I: *Naturen*, nr. 6, 1989. s. 207-213.

Irgens, Lorentz M.: "Leprosy in Norway: an epidemiological study based on a national patient registry". I: *Leprosy review*, nr. 51, supplement 1. 1980.

Irgens, Lorentz M.: "Lepra i Norge – en epidemiologisk studie basert på et nasjonalt pasientregister. Et kort sammendrag". Bergen 1979. Funnet på Lepraarkivets hjemmeside. <http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/webmeny.exe?slag=visside&kat=lepra&n1=5&n2=5&dok=irgens06.htm> [Lesedato 28.09.2003]

Johannisson, Karin: *Kroppens tunna skal: sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm 1997

Kaurin, Edvard: *Reknæs Hospital og Reknæs Pleiestiftelse for Spedalske*. Kristiania 1888

Kleinmann, Arthur: *Patients and healers in the context of culture*. California 1980.

Krohn, Michael: "Medisinalberetninger fra Ytre Nordhordland 1855-1863". Funnet på hjemmesiden til institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. <http://www.uib.no/isf/hist/beret/beret013.htm> [Lesedato:18.9.2003 og 1.10.2003]

Krohn, Michael: "Om spedalskheden I" 1860a. Funnet på hjemmesiden til institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. <http://www.uib.no/isf/hist/for10.htm> [Lesedato:18.9.2003]

Krohn, Michael: "Om spedalskheden II" 1860b. Funnet på hjemmesiden til institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. <http://www.uib.no/isf/hist/for11.htm> [Lesedato:18.9.2003]

Lie, H. P.: "Armauer Hansen (1841-1912) – leprabasillens oppdager". I: *Nordisk medisin* 1941. Funnet på Lepraarkivets hjemmeside. <http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/webmeny.exe?slag=visside&kat=lepra&n1=5&n2=6&dok=omArmauer.htm> [Lesedato:9.12.2002]

*Lov angaaende Spedalskes Afsondring og Indlæggelse i offentlig Pleie- eller Helbredelsesanstalt av 6 Juni 1885*. Norsk Lovtidende. Funnet på Lepraarkivets hjemmeside. <http://digitalarkivet.uib.no/lepra/bilete/lov1885a.jpg> [Lesedato: 3.3.2004]

*Lov om Forsørgelsen af fattige Spedalske av 26 Mai 1877*. Funnet på Lepraarkivets hjemmeside. <http://digitalarkivet.uib.no/lepra/bilete/lov1877a.jpg> [Lesedato: 3.3.2004]

Lund, Per Joachim: "Spedalskhet i Steigen". I: *Årbok for Steigen*, Årg. 8, 1983. s. 63-66.

Lærum, Ole Didrik: "Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912)" I: *Årbok 2001, for det Norske Videnskaps-Akademi*, Oslo 2003. s. 336-349

*Medisinsk leksikon*: Volum fem. Oppslagsord: Spedalskhet. Oslo 1993 (Kunnskapsforlaget) (gitt ut første gang i 1989)

Mellemgaard, Signe: *Kroppens natur: Sundhedsopplysning og naturidealer i 250 år*. København 1998.

Moseng, Ole Georg: *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Bind én av *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo 2003

Patix, Johanne-Margrethe: *Gerhard Armauer Hansen: Leprabasillens oppdager*. Bergen 1997

Reichborn-Kjennerud, I.: *Vår gamle trolldomsmedisin*. Bind tre. Oslo 1940.

Richards, Peter: *The medieval leper and his northern heirs*. Suffolk 2000

Sandvik, Hogne: "Spedalskhet og arv. En distriktsleges betraktninger fra 1884". I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1992, nr. 112: 3799-3801. Funnet på institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

<http://www.uib.no/isf/hist/artikler/lepra.htm> [Lesedato:6.1.2003]

Schiøtz, Aina: *Distriktslegenes historie 1900-1984*. Oslo, 2003a

Schiøtz, Aina: *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Bind to av: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo 2003b

Skogheim, Dag: *Sanatorieliv: Fra tuberkulosens kuturhistorie*. Oslo 2001

Stang, Fredrik: *St. Jørgens Hospital i Bergen: Er det rettslig Adgang til at omdanne denne Stiftelse til et Hospital for Tæringssyge?* Kristiania, 1895.

Sundt, Eilert: *Harham: Et eksempel fra fiskeridistriktene*. Oslo 1971 (Opprinnelig gitt ut i Folkevennen 7 og 8, 1858-1859)

Sundt, Eilert: *Om renlighetsstellet i Norge*. Oslo, 1975. (Opprinnelig gitt ut 1869)

*Sygdomsbilleder: Medicinsk antropologi og psykologi*: Peter Elsaas og Kirsten Hastrup (red.) København 1986

Sæther, Per: "Reknæs hospital for spedalske" I: *Tidsskrift for Sunnmøre historielag*, 1988. s. 41-45.

*The shaping of a profession: physicians in Norway, past and present*. Øyvind Larsen, Bent Olav Olsen (red.). Canton, Mass. 1996

Tuft, Guri: *Epidemier før aids: Farsottenes kulturhistorie*. Oslo 1989

Vogelsang, Thomas M.: *Gerhard Henrik Armauer Hansen, leprabasillens oppdager. Hans liv og hans livsverk*. Oslo 1968.

Vogelsang, Thomas M.: *Justisråd dr. med. J. A. Buchner*. Bergen, 1966

Welhaven, Johan Ernst: "Beskrifning öfver de Spetälske i St. Jörgens Hospital i Staden Bergen i Norrige". *Svenska Läkare-Sällskapets Handlingar*, 3, 1816. S.188-220.

## Arkivkilder

Resultaterne af Folketællingen i Norge 1 Januar 1866. Udgivne af Departementet for det Indre. Christiania 1868-1869. Statistisk sentralbyrås bibliotek, Oslo. Hylle: (31)313.13 S79

Bidrag til en norsk Befolkningsstatistikk: Indledning til Tabeller indeholdende Resultaterne af Folketællingen i Norge 1 Januar 1876. Kristiania, Det statistiske Centralbureau, 1882. Statistisk sentralbyrås bibliotek, Oslo. Hylle: (31)313.13 S79

Folketællingen i Kongeriget Norge 1 Januar 1891: Beboede Huse og Husholdninger samt Folkemængde fordelt efter Kjønn, Alder og ægteskabelig Stilling. Udgivet af Det statistiske Centralbureau. Kristiania 1895. Statistisk sentralbyrås bibliotek, Oslo. Hylle: (31)313.13 S79

Folketællingen i Kongeriget Norge 1 Januar 1891: Folkemængde fordelt efter Livsstilling. Udgivet af: Det statistiske Centralbureau. Kristiania 1896. Statistisk sentralbyrås bibliotek, Oslo. Hylle: (31)313.13 S79

Årsberetningene fra overlegen for den spedalske sygdom, 1856-1880. Statistisk sentralbyrås bibliotek, Oslo. Hylle: (31)313.8 M48s

Femårsberetningene fra overlegen for den spedalske sygdom, 1881-1895. Statistisk sentralbyrås bibliotek, Oslo. Hylle: (31)313.8 M48s

Minnematerialet iks: Sygdom og helse 1964. Spørrelistes fra Bergen. Nr.2, nr.28.

## **Nettsteder om spedalskhet i dag**

Infolep: informasjonsside om spedalskhet: <http://infolep.antenna.nl/leprosy/index.html>

Leprosy Relief Association: <http://www.lepra.org.uk/home.asp>

The Leprosy Mission International: <http://www.leprosymission.org/web/>

World Health Organization: <http://www.who.int/lep/>