

«En Trusel for selve Samfundene»

Venerisk sykdom: tiltak, medisinsk forståelse og moraldebatt
i Norge 1880-1927



Hovedoppgave i historie

Elisabeth Koren



Våren 2003

Forord

Mens jeg har jobbet med denne oppgaven, har det inntruffet en rekke heldige hendelser. Først lykketreff var at Astri Andresen gjorde meg oppmerksom på temaet for oppgaven, og sa seg villig til å veilede meg. Hun har vært til uvurderlig hjelp for meg hele veien, og lagt ned mye mer arbeid enn en student kan forvente av veilederen sin. Jeg er dypt takknemlig.

Andre lykketreff var at Rökkansenteret utlyste et hovedfagstipend i medisinsk historie, og at jeg fikk en porsjon av dette. Jeg synes det er flott at universitetet på denne måten hjelper studenter så de kan konsentrere seg fullt ut med oppgaven, og jeg håper de vil gi andre studenter samme sjanse senere. Tusen takk!

Tredje lykketreff var at jeg har studert sammen med fantastisk flotte mennesker. Det er inspirerende å jobbe sammen med så hyggelige, dyktige folk som har evnen til å oppmuntre og (der det behøves) kritisere. Jeg ønsker spesielt å trekke fram deltagerne på det fremragende manuskriptseminaret til Hovland og Scröter.

Fjerde lykketreff er selvsagt Edgar Hovland og Harm Scröter selv. De har laget en stemning på seminarene der studentene har fått lov til å prøve seg på å gi og få tilbakemelding i en uformell situasjon. Jeg har også opplevd at resten av instituttet har vist stor velvilje og tålmodighet overfor studentene.

Femte lykketreff er at det arbeider mange hyggelige og hjelpsomme mennesker på arkiv og biblioteker. Spesielt Mona Nilsen på Bergen Byarkiv bør nevnes.

Sjette lykketreff er at jeg har mange snille venner og en flott familie som har støttet meg underveis. Dere vet hvem dere er!

Så om denne oppgaven ikke har blitt så bra som de overnevne har ønsket, kan jeg ikke skylde på noen andre enn meg selv.

Elisabeth Koren
Juni 2003

Bildet på forsiden: *Piken og døden* ca. 1893 av Edvard Munch.
Tittelsitatet: «En Trusel for selve Samfundene» er hentet fra Getz 1892:9.

Innhold

FORORD	1
KAPITTEL 1: INNLEDNING	4
<i>Samfunnets karakter</i>	6
<i>Norsk forskning</i>	7
<i>Forskning om legevitenenskapen</i>	9
<i>Risikogrupper og kontroll</i>	10
<i>Problemstillinger og avgrensning</i>	12
<i>Kilder</i>	15
DEL I: DEN NASJONALE KONTEKSTEN	18
KAPITTEL 2: KUNNSKAP OM MEDISIN OG SYKDOMMENES UTBREDELSE	19
<i>Begrepet venerisk sykdom</i>	20
<i>1800-tallet: kategorisering av sykdommene</i>	20
<i>Bakteriologien</i>	22
<i>Venerologien i Sverige og Norge</i>	23
<i>Det veneriske</i>	25
<i>Insons, skyld og uskyld</i>	26
<i>Kjønns sykdommene og barna</i>	28
<i>Syfilis og arvesynd</i>	29
<i>Barn med ervervet kjønns sykdom</i>	30
<i>Behandling</i>	31
<i>1900-tallet: nye behandlingsmåter</i>	32
<i>Profylakse</i>	33
<i>Utbredelse av venerisk sykdom</i>	34
<i>Omfanget av behandlingen</i>	37
<i>Konklusjon</i>	41
KAPITTEL 3: POLITIKK OG JUSS	43
<i>Sunnhetsloven</i>	43
<i>Paragraf 21</i>	44
<i>Reglementeringen</i>	46
<i>Motstanden mot systemet</i>	47
<i>Reglementeringen utenfor Kristiania</i>	48
<i>Kristiania etter 1888</i>	49
<i>Forsøkene på å lage en særlov</i>	50
<i>Getz' lovutkast</i>	50
<i>Et nytt lovforslag - og et til</i>	52
<i>- og enda et</i>	54
<i>Gjeldende lover</i>	55
<i>Ekteskapsloven</i>	56
<i>Konklusjon</i>	56
DEL II: HELSERÅDET I BERGEN OG DE VENERISK SYKE	59
KAP. 4: SYKEHUSINNLEGGELSE	1
<i>Helserådets oppgaver</i>	60
<i>Smittefare og sosial kontroll</i>	62
<i>Sykehusene</i>	62
<i>Sykehusinnleggelsene</i>	64
<i>Tvangsinnleggelse</i>	66
<i>Betalingen for behandlingen</i>	68
<i>Fattigkassen</i>	69
<i>Mellom kommuner</i>	69
KAPITTEL 5: BEHANDLING UTENFOR SYKEHUS	72

<i>Ambulatorisk behandling</i>	72
<i>Poliklinikken</i>	74
<i>Welandershjem</i>	77
<i>Konklusjon</i>	79
KAPITTEL 6: JAKTEN PÅ DE SYKE.....	81
<i>Prostitusjonskontrollen</i>	82
<i>Undersøkelse av prostituerte i Bergen</i>	82
<i>Veien til behandlingen</i>	84
<i>På «Kuren»</i>	85
<i>Prostitusjonskontrollen i Bergen og den nasjonale debatten i 1880-årene</i>	86
<i>1890-årene</i>	87
<i>Kontroll og avmakt</i>	88
<i>Avviklingen av reglementeringen</i>	89
<i>Redningshjemmene</i>	91
<i>Smittesporing generelt</i>	92
<i>Smitteanmeldelser fra private leger</i>	92
<i>Helserådets smittesporing</i>	94
<i>Smittesporing og de prostituerte etter 1909</i>	96
<i>Konklusjon</i>	97
KAPITTEL 7: AVSLUTNING	99
<i>Tiltakene</i>	100
<i>Frihet og kontroll</i>	102
<i>Lokalt, nasjonalt og europeisk</i>	103
<i>Det private</i>	104
LITTERATUR OG KILDER.....	106
VEDLEGG I: GRUNNLAGSTALL FOR FIG. I-VI	115
VEDLEGG II: GRUNNLAGSTALL FOR FIG. VII-X	117

Kapittel 1: Innledning

«Imidlertid gjorde jeg engang bekendtskab med en vakker liden sypige, som jeg omgikkes min natur... krav, tro, bare idet det aldrig kunde falde mig ind at være hende utro, og så var jeg naiv nok til at tro, at hun var af samme sort, men se det var løgn, ti hun gav mig syfilis.»
Gerard Armauer Hansen 1889.¹

I 1865, da han studerte medisin i Kristiania, fikk Gerhard Armauer Hansen syfilis.² Dette må ha gått dypt inn på ham. Syfilis var ikke bare skammelig, men også farlig og smittsomt. Muligheten til å gifte seg og få friske barn sto på spill. På 1860-tallet var det ikke klart hvordan syfilis ble overført til barna. En legestudent visste at sykdommen kanskje var arvelig, og at mange av barna med medfødt syfilis døde kort tid etter fødselen. Sykdommen var også en trussel for Armauer Hansens egen helse: i tredje stadium kunne syfilis føre til lammelser, sinnssykdom og kroniske skader på indre organer. Det var usikkert hvilke medisiner som virket best, og hvor lenge man måtte vente med å gifte seg for ikke å utgjøre en fare for hustru og barn.

Etter å ha konferert med forskjellige leger, konkluderte imidlertid Armauer Hansen med at han hadde fått tilstrekkelig behandling og at han ikke lenger utgjorde noen smittefare. Han giftet seg to ganger og han fikk friske barn. Til tross for dette hadde ikke syfilisens grep om Armauer Hansens liv sluppet taket. I 1877 fikk han et hjerneslag som ble satt i forbindelse med sykdommen han hadde fått i ungdommen. Dette gikk tungt inn på hans kone, Hanne. Syfilis var en uverdigg sykdom, knyttet til usadelighet og umoral og hun ble sjokkert over å ha den i familien. Det var ikke bare den rent medisinske siden av saken som uroet Hanne. Hun hadde lest Bjørnstjerne Bjørnsons *En hanske*, og inspirert av skuespillet ble hun opptatt av de moralske sidene ved sykdommen. Ektemannen hadde pådratt seg syfilis i et seksuelt forhold før ekteskapet, og slike forhold var i noen grad sosialt akseptabelt for menn. Mange kvinnesakskvinner ved slutten av 1800-tallet mente derfor at syfilis var forbundet med den seksuelle dobbeltmoralen: Om menn hadde avstått fra å ha seksuelle forbindelser før ekteskapet, hadde ikke syfilis og de andre kjønnssykdommene hatt så gode muligheter til å spre seg. Siden menn ikke kom «rene» og friske inn i ekteskapene kunne de smitte både hustru og barn. Som en følge av Armauer Hansens sykdom ble ekteskapet med Hanne kjølig. Armauer Hansen skrev at han «blev

¹ Brev fra Armauer Hansen til Bjørnstjerne Bjørnson datert 9/6 1889. Gjenngett i Patrix 1997:225.

² Det følgende bygger på Patrix 1997.

aldeles usmaglig for min hustru og siden har været det».³ Syfilisen ødela familielykken og ektefellene stolte ikke lenger på hverandre.

På mange måter er historien om Armauer Hansen illustrerende for hvordan man så på de veneriske sykdommene på slutten av 1800-tallet. Det var usikkerheten rundt effekten av behandlingsmåtene, sykdommene fikk konsekvenser for ekteskapsinngåelse og forholdet mellom kjønnene og det var en utbredt engstelse for smittefare. Det spesielle med Armauer Hansen er at han var en berømt lege som oppdaget leprabasillen. Han må ha visst mer om syfilis enn de fleste andre som fikk sykdommen, og han må ha reflektert rundt spørsmål om syfilis' smittsomhet og behandling.

Det var ikke bare Armauer Hansen som hadde syfilis. I 1880 ble det behandlet 2848 tilfeller av sykdommen.⁴ Også andre veneriske sykdommer var utbredt, og til sammen utgjorde disse en trussel mot folkehelsen og dermed et samfunnsproblem. Men det var ikke først og fremst de syke selv man var opptatt av, det var smittefare de utgjorde overfor andre som var det sentrale. Fram til 1910 hadde man ikke virksomme medisiner mot syfilis, og gonoré kunne ikke sikkert helbredes før 1930-tallet. Siden man ikke kunne kurere sykdommene, ble forebyggingen det sentrale medisinske og politiske virkemiddelet.

Samtidig ble kjønnssykdommene assosiert med umoral, prostitusjon og modernitet. De veneriske sykdommene hadde i høyeste grad en moralsk side, ikke bare en medisinsk. Derfor ble det vanskelig å diskutere hvordan de skulle forebygges, en slik diskusjon måtte berøre temaene seksualitet og forholdet mellom kjønnene. Alle var enige om at kjønnssykdommene måtte bekjempes, men det var uenighet om hva som var den beste forebyggende strategien. Var løsningen en moralsk opprustning, slik at enhver avsto fra å ha seksuelle forhold utenfor ekteskap? Eller måtte man regne med at menneskenaturen ikke lot seg endre, og heller arbeide for at dens utfoldelse skulle føre med seg minst mulig smittefare?

Jeg har studert debatten om de veneriske sykdommene i perioden 1880 til 1927, spesielt hvordan fagmedisinerne argumenterte. Legene hadde en spesiell rolle, de leverte de «vitenskaplige» premissene for debatten og de sto for det daglige forebyggingsarbeidet. Også dette arbeidet har jeg studert, for å finne ut hvilke avveininger som ble gjort i praksis.

³ Patrix 1997:225.

⁴ NOS Beretning om Medicinalforhold og Sundhetstilstanden i Norge 1880.

Samfunnets karakter

Historien om de veneriske sykdommene dreier seg om legevitenenskapens utvikling og om enkeltmenneskers skjebner. Samtidig er den interessant: Moralske oppfatninger, vurderinger av tvangsbehandling, forholdet mellom kjønnene og forestillinger om klasse møtes her. Myndighetene satte i gang tiltak for å hindre at kjønnsykdommene spredte seg. Men disse tiltakene var ikke universalistiske. Tvangsbehandling og ekteskapsforbud var utenkelig å benytte overfor en mann som Armauer Hansen, det var overfor personer fra andre samfunnslag dette ble brukt.

Flere forskere har interessert seg for hvordan tiltak mot smittsomme sykdommer har vært preget av – og selv preget – statens karakter. Spesielt har vurderinger om tvang og frivillighet blitt studert. En av de første som presenterte en teori om sammenhengen mellom forebyggingspolitikk og statens karakter, var Erwin Ackerknecht.⁵ Han pekte på at det var korrelasjon mellom hvilken grad forskjellige stater har brukt tvangsmessige tiltak i forebygging av sykdom, og statens generelle karakter. Liberale stater har brukt frivillige tiltak i smitteforebygging, og lagt vekt på å etablere helsefremmende tiltak i lokalmiljøene. Rent vann, en effektiv renovasjon og sunne boforhold har blitt brukt i stedet for karantene og tvangsmessige undersøkelser. Å bruke de siste tiltakene har imidlertid vært mer naturlig for autoritære stater.

Peter Baldwin har grepet tak i denne tesen, og studert den nærmere. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930* er et komparativt verk der han har tatt for seg hvordan en rekke land har forholdt seg til smittsomme sykdommer, blant annet syfilis.⁶ Baldwin konkluderer med at det er en overensstemmelse mellom statens karakter og sykdomsbekjempelse, men han har en annen årsaksforklaring enn Ackerknecht. I følge Baldwin er nemlig de politiske tradisjonene et resultat av strategier i sykdomsbekjempelse, ikke omvendt. Hvilke strategier statene har valgt, har vært avhengig av det Baldwin har kalt de geoepidemiologiske forhold. Dette begrepet inkluderer sykdomsforhold, geografisk plassering og topografi.

Baldwins årsaksforklaring er radikal, og det er ikke overraskende at mange har vært uenige med ham. En av dem er den skotske historikeren Roger Davidson.⁷ Davidson er enig i at man i forskjellige land og til forskjellige tider har valgt varierende strategier i arbeidet mot venerisk smitte. Årsakene til dette er sammensatte, mener Davidson, det har

⁵ Det følgende bygger på Baldwin 1999.

⁶ Baldwin 1999.

⁷ Davidson, foredrag i Bergen 28.02.03.

vært en rekke forhold som har spilt inn. Av slike forhold legger Davidson særlig vekt på graden av sosial og økonomisk stabilitet, styrken til feministiske bevegelser, teorier om smitte og forandringer i medisinsk og moralsk epidemiologi, kirkens rolle, borgelig moral, politisk kultur og samfunnsmessige følger av kriger. Davidson mener altså at den politiske kulturen kom først, tiltakene mot venerisk sykdom kom etterpå, som en følge av det politiske klimaet.

Jeg vil ikke gå nærmere inn på diskusjonen om forholdet mellom politisk kultur og forebygging av smitte i denne omgangen. Her er det viktigst å slå fast at historien om tiltak mot smittsomme sykdommer også kan si noe om samfunnets karakter generelt. Disse tiltakene er en del av større politiske tradisjoner, og i avveiningene mellom den enkeltes frihet og fellesskapets helse har samfunnets prinsipper blitt synliggjort. Tiltak mot veneriske sykdommer er spesielt godt egnet for å avdekke disse spenningene. Siden disse sykdommene har hatt lav status og vært forbundet med umoral, kommer for eksempel myndighetenes vurdering av risikogrupper og hvor det har vært akseptabelt å gripe inn, tydelig til syne.

Norsk forskning

Det er mange fenomener som krysses i tiltakene mot de veneriske sykdommene, så en skulle tro at dette var noe norske historikere hadde interessert seg for. I Norge har det imidlertid blitt skrevet lite historisk litteratur om veneriske sykdommer. Dette må sees i sammenheng med at medisinsk historie tradisjonelt har vært et lite felt.

Det finnes to populærhistoriske bøker om smittsomme sykdommers historie: *Epidemier før AIDS* av Guri Tuft og *Epidemier* av Jan Brøgger.⁸ Begge disse bøkene har ett kapittel om syfilis. Som populærhistorie er begge disse kapitlene gode, men de presenterer egentlig ikke ny forskning. De to forfatterne bygger blant annet fremstillingene sine på en artikkel den norske venerologen Fredrik Grøn skrev i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* i 1912. Dessuten legger både Brøgger og Tuft vekt på tiden før 1900, selv om syfilis var et problem for myndighetene (og ikke minst for de syke) også etter det.

I Norge førte AIDS til en revidering av smittvernbestemmelsene. I den forbindelse skrev juristen Asbjørn Kjønstad og legen Fredrik Mellbye boken *Aids og juss* i 1987. Dette er en historisk gjennomgang av lovgivning omkring smittsomme sykdommer. Boka er ment å være en oversikt, og forfatterne peker ut mulige forbedringer og forslag til

forandring i (den da) gjeldene lov. Boken handler imidlertid lite om de politiske og kulturhistoriske sidene ved smittevernet, og den går ikke så mye inn på hvordan de forskjellige lovene faktisk har blitt praktisert. *Aids og juss* gir en oversikt over det juridiske rammeverket rundt smitteforebygging. Praktiseringen av dette, og eventuelle uoverensstemmelser rundt lovene, står det lite om i boken.

Ved slutten av 1800-tallet var ekteskapsmønsteret og seksualmoralen i endring. Den danske litteraturforskeren Elias Bredsdorff har skrevet boken *Den store nordiske krig om seksualmoralen*, og her hevder han at man i Norden var tidlig ute med å debattere spørsmål omkring seksualitet i det offentlige rom.⁹ Bredsdorffs bok handler om kulturdebatten rundt seksualitet og ekteskap. Den tar for seg kulturpersonligheter og kunstneres syn på seksualmoral og forholdet mellom kjønnene. Sentralt i disse debattene sto spørsmålet om hvordan samfunnet og den enkelte skulle forholde seg til prostitusjon. Noen mente at prostitusjonen var nødvendig i et samfunn hvor menn giftet seg sent. De veneriske sykdommene var en del av debatten, og de fikk en symbolkraft i ordvekslingen. Boken gir bakteppet for moraldiskusjonene i Norden ved 1800-tallets avslutning, gjennom referat fra bøker og brev. Når det gjelder tiltak mot kjønnssykdommer og hvilke holdninger som fantes til seksualitet utenfor en liten gruppe kunstnere og kulturpersonligheter, står det lite. Slike spørsmål ligger også utenfor det Bredsdorff har definert som sitt tema.

Det arbeidet som mest inngående belyser kjønnssykdommens historie i Norge, er Kari Melbys hovedoppgave fra 1977: *Prostitusjon og kontroll*. Oppgaven handler om reglementeringssystemet i Kristiania mellom 1860 og 1900. I dette systemet måtte prostituerte møte til medisinske undersøkelser med jevne mellomrom, for å hindre at de skulle spre venerisk smitte. Om legene fant symptomer på kjønnssykdom, måtte de prostituerte legges inn på sykehus. Prostitusjon var ulovlig, men man legitimerte systemet med at man ved hjelp av medisinske kontroller kunne minske smittefaren. Motstanderne av systemet oppfattet det imidlertid som en aksept av at prostitusjon var nødvendig og uunngåelig.

Melby mener at Bredsdorff har lagt for mye vekt på den kulturelle siden ved kjønnsdebatten ved århundreskiftet, at han har vært for opptatt av kulturpersonligheter og elitens synspunkt.¹⁰ Som et alternativ til dette, legger Melby et uttalt feministisk perspektiv

⁸ Tuft 1989; Brøgger 2002.

⁹ Bredsdorff 1973:7.

¹⁰ Melby 1977:74.

på historien om kjønnsdebatten.¹¹ Hennes overordnede mål har vært å avdekke maktforholdet mellom kjønnene. Hun har vært opptatt av å vise dobbeltmoralen samfunnet la til grunn for kontrollen med de prostituerte, og at denne dobbeltmoralen var tuftet på menns ønske om seksuelle forhold utenfor ekteskapet uten risiko for smitte.

I en hovedoppgave om kjønns sykdommenes historie i Norge, må *Prostitusjon og kontroll* ha en sentral plass i litteraturen. Debatten rundt reglementeringen og de forskjellige aktørenes meninger er inngående studert her. Allikevel er det mange tema som ikke blir tatt opp. For det første har Melby begrenset sin studie til Kristiania. Selv om hovedfokus i den nasjonale debatten om reglementeringssystemet var på hovedstaden, var det ikke bare der myndighetene undersøkte de prostituerte.

For det andre har Melby rettet blikket mot de prostituerte, ikke mot kjønns sykdommene. Historien om prostitusjon og venerisk sykdom er sammenvevd, men ikke så sammenvevd at de ikke kan – og bør – skilles. Det var ikke bare i prostitusjonsmiljø det fantes veneriske sykdommer, og det var flest menn som var smittet. Så selv om Melby har skrevet en del av historien rundt forebygging av venerisk sykdom, er det mye som er helt ubeskrevet i Norge. Dette gjelder spesielt tiden etter 1900, tiltak mot ikke-prostituerte og forebygging av kjønns sykdommene utenfor hovedstaden.

Forskning om legevitenenskapen

Det har altså ikke blitt skrevet noen oversikt over veneriske sykdommer i Norge. I flere andre land har det derimot blitt gjort forskning på feltet. Theodor Roseburys *Microbes and Morals* fra 1971 var en av de første bøkene som tok for seg temaet.¹² Boken er et oversiktsverk over de kulturelle og spesielt de medisinske sidene ved kjønns sykdommene gjennom historien. Boken til Rosebury ble gitt ut før AIDS igjen satte uhelbredelige kjønns sykdommer på dagsordenen. Den er preget av en optimisme på vegne av legevitenenskapens muligheter til å bekjempe kjønns sykdommene. Roseburys konklusjon munner ut i et ønske om at folks holdninger til veneriske sykdommer som skitne og skamfulle må endres, slik at de tekniske og medisinske tiltakene kunne settes ut i livet uten moralske hindringer.¹³

¹¹ Melby 1977:2 og 17-18.

¹² Rosebury 1971.

¹³ Rosebury 1971:327.

En annen bok, med en lignende innfallsvinkel er *Från Fransoser till AIDS*, skrevet av Nils Thyresson.¹⁴ Boken handler om de veneriske sykdommenes historie i Sverige fra middelalderen til i dag, med særlig vekt på den medisinske utviklingen. Både Rosebury og Thyresson beskriver den medisinske utviklingen sett fra legevitenenskapens ståsted. Begge bøkene gir oversikt over hvordan legene har forholdt seg til kjønnsykdommer i henholdsvis USA og Sverige, og hvilke tiltak som har blitt brukt for å hindre spredning av sykdommene. Ingen av forfatterne går noe særlig inn på hvorfor man har gjort som man har gjort, eller hvordan legene og myndighetene har tenkt rundt seksualitet, sykdom og kontroll

Risikogrupper og kontroll

Andre forskere har lagt vekt på at legenes rolle i arbeidet mot de veneriske sykdommene ikke bare har handlet om rasjonalitet versus overtro. Forskere som står utenfor det medisinske miljøet har rettet et kritisk blikk mot legenes rolle, og vist at også de var preget av sin tids samfunn og moral. Legevitenenskapen har ikke vært verdinøytral. Claude Quételet har skrevet *History of Syphilis*, der han har vist hvilken påvirkning syfilis har hatt på fransk kultur og tenkning. Han har gått igjennom mye skjønnlitteratur som omhandler syfilis og vist hvilket symbol sykdommen har vært; syfilis har vært forbundet med galskap, det syke geniet, synd og motkulturer. *History of Syphilis* handler også om den medisinske utviklingen og tiltak mot syfilis fra 1495, da man regner at syfilis opptrådte i Europa for første gang etter å ha blitt brakt tilbake fra Amerika med Columbus' menn, fram til 1990-tallet. Boken handler særlig om reglementeringen av prostituerte, som har vært spesielt utbredt i Frankrike. Quételet har ikke skilt så skarpt mellom de kulturelle og de medisinske måtene å forholde seg til syfilis på. Begge deler har inngått i et repertoar av strategier menneskene har brukt for å møte sykdom.

Anna Lundbergs doktoravhandling fra 1999 handler om veneriske sykdommer og det svenske helsevesenets strategier for å motarbeide dem mellom 1785 og 1903.¹⁵ Det som er spesielt interessant med Lundbergs avhandling er at hun også har sett på hvordan det har gått med de veneriske pasientene etter tiden på sykehus, hun har studert om sykdommen og den påfølgende behandlingen endret deres «essential demographic life-course». Mange studier handler om det offisielle synet på kjønnsykdommer, hvordan

¹⁴ Thyresson 1991.

¹⁵ Lundberg 1999.

myndighetene har forholdt seg til dem, uten å komme under huden på pasientene. Lundberg makter imidlertid å gi et bilde av hvilke konsekvenser et sykehusopphold fikk å si for de sykes livsløp. Det hun har funnet, er at venerisk sykdom ved begynnelsen av 1800-tallet påvirket personenes livsløp: disse pasientene levde kortere og fikk færre barn enn resten av befolkningen. Ved slutten av 1800-tallet hadde dette endret seg, da påvirket ikke et sykehusopphold folks levealder og mulighet til ekteskap, familie og nettverk i noe særlig grad.

Avhandlingen til Lundberg heter *Care and coercion*, omsorg og tvang. Lundberg mener at man ikke må forstå det svenske arbeidet mot venerisk sykdom enten som «slem» tvang, eller som «snill» omsorg. Arbeidet var en kombinasjon av dette, den eneste mulige i den historiske konteksten med de rådende forestillingene om klasse og kjønn.¹⁶ Tiltakene som ble brukt var reglementering av prostituerte og å innlegge syke på sykehus, om nødvendig med tvang.

Lundberg har også skrevet to artikler om behandling av kjønnsyke i tiden etter 1903. Den ene handler om debatten i forkant av Sveriges kjønnsykelov, *Lex Veneris* som trådte i kraft første januar 1919,¹⁷ den andre tar for seg hvordan loven ble praktisert i Norrbotten mellom 1932 og 1935.¹⁸ Lundberg har funnet at tiltakene mot venerisk sykdom i Sverige før 1919 i stor grad var bestemt av forestillinger om kjønn og klasse. Det var kvinner og menn fra arbeiderklassen som ble lagt inn på sykehus med venerisk sykdom, og fram til 1919 hadde man reglementering av prostituerte.

I 1918 ble en kjønnsnøytral lov om veneriske sykdommer vedtatt. I følge denne var alle som var smittet av kjønnsykdom forpliktet til å la seg behandle, til gjengjeld skulle dette være gratis. Den behandlende legen skulle anmelde alle tilfellene av kjønnsykdom til distriktslegen (länets første provinsialläkare), og navngi alle som var oppgitt som smittekilde.¹⁹ Når Lundberg har studert praktiseringen av *Lex Veneris*, har hun imidlertid funnet at denne ikke alltid ble praktisert slik den var ment, også etter 1919 gjorde den enkelte legen forskjell på pasientene ut fra kjønn og klassetilhørighet.²⁰ Spesielt har Lundberg funnet at kvinner relativt sett oftere ble anmeldt til distriktslegen når de hadde venerisk sykdom. Dette forklarer Lundberg med kvinners svake tilknytning til arbeids-

¹⁶ Lundberg 1999:268.

¹⁷ Lundberg 2001a.

¹⁸ Lundberg 2001b.

¹⁹ Lundberg 2001b:636-637.

²⁰ Lundberg 2001b:641.

markedet og deres sosiale utsatthet.²¹ Kvinner hadde ofte en svakere økonomisk og sosial posisjon enn menn i samfunnet og ble derfor lettere utsatt for innrapportering.

I *Dangerous Liasons: a social history of venereal disease in twentieth-century Scotland*, har Roger Davidson studert tiltak mot venerisk smitte på 1900-tallet.²² Davidson legger vekt på at disse tiltakene var formet av forestillinger myndighetene og helsevesenet hadde om seksualitet og umoral. Noen grupper ble antatt å utgjøre mye større risiko enn andre, dette gjaldt spesielt kvinner man antok at var prostituerte, eller oppfattet som løse på tråden. Lovgivningen var kjønnsnøytral, men praktiseringen av den var det ikke. Selv om det ikke var reglementering av prostituerte i Skottland på 1900-tallet, var myndighetenes blick rettet mot kvinner som utfordret den borgerlige moral. Antagelser om smittefare ble formet på grunnlag av mer eller mindre tilfeldige opplysninger om kvinnens livsførsel. Trusselen var den utsvevende kvinnen, i holdningskampanjer avbildet i rød kjole. Dette var stereotypien myndighetene ønsket å kontrollere. For å hindre spredning av smitte regulerte myndighetene blant annet iskremutsalg og markedet for utleiehybler.²³ Dette var steder hvor de mente at umoral og dermed venerisk smitte hadde utspring.

Davidson har lagt vekt på de antagelsene som helsevesenet gjorde om pasientenes moralske standard, både i den ovennevnte boken og i en artikkel fra 2001. Den handler om forbygging av kjønns sykdommer etter annen verdenskrig og fram til 1980-tallet.²⁴ I Davidsons framstillinger fra Skottland har dette en mer sentral plass enn i Lundbergs forskning fra Sverige. Myndighetene i Skottland hadde blikket rettet mot prostituerte, og dette virket inn på språkbruken rundt kvinnene i risikogrupper. På 1960 tallet skilte helsedepartementet i Edinburgh mellom tre måter en kvinne kunne få venerisk sykdom: gjennom prostitusjon, promiskuøs amatør-kontakt og innen ekteskap.²⁵ De kalte altså seksuelle forbindelse utenfor ekteskapet for amatør-prostitusjon, dette viser i hvor stor grad de var opptatt av prostitusjon som årsak til venerisk smitte.

Problemstillinger og avgrensning

På bakgrunn av litteraturen som har blitt presentert kan en slå fast at historien om bekjempelsen av venerisk sykdom vil belyse flere samfunnsmessige forhold. Hvilke valg

²¹ Lundberg 2001b:640.

²² Davidson 2000.

²³ Davidson 2000:29-31.

²⁴ Davidson 2001.

²⁵ Davidson 2001:223.

det offentlige har gjort i forebyggingen av disse sykdommene sier noe om hvor langt samfunnet har vært villig til å gå for å kontrollere enkeltindivid, om hvilke forestillinger om klasse og kjønn som har dominert, og hvordan det offentlige har forholdt seg til seksuelle forbindelser utenfor ekteskap. Samtidig fikk disse valgene konsekvenser for de sykes livsforhold.

I Norge mangler det imidlertid litteratur om emnet, og denne oppgaven vil være et forsøk på å bidra til ny kunnskap om disse sidene ved norsk historie. Siden det er gjort så lite på dette feltet, må en slik oppgave først og fremst kartlegge hvordan ting har vært. Hovedmålet blir derfor å finne ut *hvilke tiltak som har blitt benyttet for å hindre spredning av de veneriske sykdommene i Norge og hvilke prinsipper sykdomsbekjempelsen har bygget på*. For å få svar på dette, er det imidlertid nødvendig å dele opp problemstillingen i flere spørsmål.

Det første angår den medisinske siden ved kjønnssykdommene. Medisinerne hadde en sentral rolle i utformingen av det forebyggende arbeidet, som utøvere av det, og som kunnskapsmessige premissleverandører i debatten. Derfor må jeg finne ut:

1. Hvordan så legeviteneskapen på de veneriske sykdommene, og hvordan påvirket dette politikken på området?

Allikevel var det ikke slik at legenes mening om forebygging automatisk ble satt ut i livet. For å se hvilke tiltak som har blitt bruk må en også ha klart for seg:

2. Hvilke juridiske rammer og politiske oppfatninger lå til grunn for forebyggingen?

Disse to spørsmålene vil bli studert og besvart i oppgavens først del, *Den nasjonale konteksten*.

I hele perioden jeg skriver var politikken mot de veneriske sykdommene regulert av sunnhetsloven. Loven inneholder generelle bestemmelser, så man kan ikke finne ut hvilke tiltak som ble brukt ved å studere lovteksten alene. I del to, *Helserådet i Bergen og venerisk sykdom*, har jeg derfor sett nærmere på det forebyggende arbeidet i Bergen for å finne ut:

3. Hvilke tiltak ble satt i gang for å hindre utbredelsen av kjønnssykdommer?

I litteraturen fra andre land har jeg sett at arbeidet mot kjønnssykdommene flere steder var spesielt rettet mot det man antok var risikogrupper, først og fremst prostituerte. Derfor vil jeg også finne ut:

4. I hvilken grad utpekte man risikogrupper i Norge? Var dette prostituerte, eller også andre?

Oppgaven tar for seg perioden 1880 til 1927, og har et spesielt fokus på tiltakene i Bergen. En studie av tiltak mot veneriske sykdommer bør ha et lokalt perspektiv, siden lovgivningen overlot stor makt til de lokale myndighetene. Lovene og bestemmelsene rundt det forebyggende arbeidet er interessant, det kan si hvordan myndigheter har tenkt rundt forebygging. Det er først når man studerer praksisen nærmere at man får et riktig bilde av hvilke tiltak som faktisk ble brukt. Davidson har vist at det var stor forskjell i Skottland mellom de kjønnsnøytrale lovene og praksisen der man utpekte «utsvevende» kvinner som de mest smittefarlige.

I Norge var arbeidet mot kjønnssykdommer regulert gjennom sunnhetsloven fra 1860. Etter denne var det de enkelte helserådene i hver kommune som hadde ansvar for det forebyggende arbeidet. Fram til 1912 het disse rådene riktig nok sunnhetskommisjoner, men jeg har valgt å benytte det mer moderne begrepet helseråd i hele perioden.

For å finne ut hvordan det forebyggende arbeidet ble iverksatt, må man se på arbeidet på kommunenivå. Det er flere grunner til at jeg har valgt å se på Bergen. For det første er det praktisk, siden både kildematerialet og jeg er samme sted. For det andre har tidligere forskning hatt fokus på hovedstaden, og det virker som man har regnet med at funnene der har vært representative for hele landet. Men helserådene har ført selvstendig politikk og hatt forskjellig syn på kjønnssykdommene. Spesielt når det gjelder kontrollen med de prostituerte, vil man se at det har vært større lokale forskjeller enn det som tidligere har vært antatt. En tredje grunn til å studere Bergen er at helsemyndighetene her regnet kjønnssykdommene for et betydelig problem og de var opptatt av å bekjempe dem. Dette gjør det mulig å finne svar på problemstillingene. Samtidig er ikke byen større enn at det er mulig å få et godt grep om kildene.

I 1880-årene sto reglementeringen sentralt. Framstillinger av reglementeringen slutter gjerne i 1888, da ordningen ble avskaffet i Kristiania. Man har antatt at dette systemet ble avskaffet i resten av landet samtidig, men dette var ikke tilfellet. Ved å begynne i 1880 kan kontinuiteten i reglementeringen i Bergen undersøkes, siden perioden

både før og etter avviklingen i Kristiania blir dekket. Den nasjonale debatten satte spor i Bergen, og dette gir et bilde av hvordan myndighetene her så på det som hendte i Kristiania.

Gjennom hele perioden finner man gradvise overganger, en sakte flytting av fokus og mentalitet. Uansett hvordan man avgrenser, vil temaene i oppgaven peke både framover og bakover i tid. En sentral kilde er Bergen helseråds kjønnsykeprotokoller, som dekker årene 1914 til 1927. I 1927 begynte helserådet i Bergen å legge inn veneriske syke på Haukeland sykehus. Både av hensyn til kildesituasjonen og av hensyn til endringene i kjønnsykearbeidet i 1927, vil oppgaven slutte her.

Siden oppgaven slutter i 1927 er det en del tema som må utelates. Oppgaven handler ikke om kjønnsykeloven som kom i 1947. Heller ikke om det internasjonale arbeidet som begynte tidlig på 20-tallet,²⁶ og som ledet fram til en avtale om behandling av kjønnsyke sjømenn i utlandet. Norge ble med på avtalen i 1935.²⁷ Oppgaven handler heller ikke om kondomet, som i dag er det primære tiltaket mot kjønnsykdommer. Debatten om andre remedier for individuell forebygging, blir heller ikke grundig studert. Pakker med «selvdesinfeksjonsmiddel» ble solgt på apotek i Norge fra 1930-tallet.²⁸ Både avtalen om behandling av sjømenn og salg av midler til personlig profylakse var viktige tiltak mot kjønnsykdommene. Men disse temaene ble ikke sentrale i debatten før etter min periode, og vil derfor kun bli summarisk omtalt her.

Kilder

For å finne ut hvordan legene så på venerisk sykdom i Norge i perioden, har jeg studert *Tidsskrift for den norske Lægeforening* (fra 1881 til 1890 *Tidsskrift for praktisk Medicin*). Dette tidsskriftet var ikke det eneste tidsskriftet for leger i perioden, men det var det største. Tidsskriftet hadde også som mål å dekke områder innenfor sosialmedisin, forebyggende medisin og politiske tema.²⁹ De veneriske sykdommene, og forebygging av disse ble nokså hyppig diskutert i dette forumet. Dette gir et bilde av hvilke problemstillinger legene var opptatt av og uenige om. En annen kilde til kunnskap om legenes syn på kjønnsykdommene er bøker skrevet av medisinere om temaet. Disse presenteres etter hvert som de benyttes.

²⁶ Lundamo 1937:156. Temaet ble diskutert på flere internasjonale konferanser fra 1920.

²⁷ Lundamo 1937:157.

²⁸ Evang 1933:263.

²⁹ Nylenna 1996.

I *Prostitusjon og kontroll* har Kari Melby brukt kilder fra en rekke grupper og organisasjoner for å analysere debatten rundt reglementeringssystemet. Det har ikke vært hensiktsmessig å gå gjennom dette kildemateriale på nytt, siden det allerede er studert så inngående. Derfor har jeg bare brukt to typer kilder i forbindelse med de politiske diskusjonene om reglementeringen og forsøkene på å lage en egen lov om kjønns-sykearbeidet: Stortingsdokumenter og artikler fra *Tidskrift for den norske Lægeforening*. Ellers har jeg henvist til Melbys arbeid.

Et problem med å legge så stor vekt på kilder skrevet av leger, er at det blir fokus på én yrkesgruppes syn på problemet. Nå spilte imidlertid medisinerne en viktig rolle i det forebyggende arbeidet som stadsfysici og distriktsleger. Selv om påvirkningen ikke på noen måte bare gikk fra det medisinske miljøet til det politiske, taler tidligere forskning for at legenes rolle var sentral.

En måte de offentlige legene påvirket de sentrale helsemyndighetene på, var gjennom *Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge*. Beretningen ble gitt ut årlig av medisinaldirektøren. Her meldte distriktslegene årlig inn om forekomsten av sykdom og hva som var blitt gjort for å forhindre smitte. Tallmaterialet herfra har jeg brukt som grunnlag for statistikk over de veneriske sykdommene i Norge.

I del to, om det forebyggende arbeidet i Bergen har jeg brukt andre kilder enn i oppgavens første del. Siden helserådet hadde ansvaret for det forebyggende arbeidet, er kilder fra helserådet og stadsfysikatet sentrale. De kildene som finnes fra Bergen helseråd er årsberetninger, kopibøker, brevjournaler og forhandlingsprotokoller. Forhandlingsprotokollene finnes på Bergen byarkiv, men de er såpass ufullstendige at jeg har valgt ikke å benytte meg av dem.

Bergen helseråd begynte å gi ut trykte årsberetninger i 1892, og de gir en oversikt over helsemyndighetenes aktiviteter det foregående året. Fram til 1906 ble disse årsberetningene gjengitt i *Medisinsk Revue* som er tilgjengelig på Universitetsbiblioteket i Bergen. Årgangene fra 1900 og fram til 1965 er på Bergen byarkiv, med unntak for årene 1903 og 1906 som er tapt. For perioden før 1891 har jeg lest de utrykte innberetningene som helserådet sendte inn til Medisinaldirektøren.³⁰ Innberetningene fram til 1900 har vært brukt for å supplere de trykte beretningene.

Andre kilder som har vært sentrale i oppgaven, er helserådets kopibøker, der all utgående post fra stadsfysikatet er kopiert. I brevjournalene finner man et sammendrag av

³⁰ RA: Medisinalinnberetninger (Justisdepartementet, Medisinalkontoret M), katalog nr. 1263/30.

all inngående post og hva som har blitt gjort i sakens anledning. Denne kilden har vært spesielt verdifull for å studere hvilke smitteanmeldelser helserådet fikk, og hva de gjorde med dem.

En annen verdifull kilde er helserådets kjønnssykeprotokoller. Her ble opplysninger om de kjønnssyke som ble undersøkt på stadsfysikatets kontor notert av legene: alder, yrke, medisinske opplysninger, smittetidspunkt og hvilken behandling de fikk. På Bergen byarkiv finnes disse protokollene fra 1. desember 1913 til 31. desember 1927. Protokollene er klausulbelagt og ikke tilgjengelig uten tillatelse fra Sosial- og helsedirektoratet. Protokollene har kun vært bruk til kvantitative analyser, og alle opplysninger om enkeltpersoner er anonymisert.

Kildene fra helserådet i Bergen kan til sammen gi et godt bilde av hvordan det forebyggende arbeidet ble utført. Helserådets syn på forebygging av de veneriske sykdommene har nedfelt seg i brev og årsberetninger. Smitteanmeldelser og korrespondanse med andre kommuner kan leses i kopibøkene og brevjournalene. Behandlingsmåte og opplysninger om pasientene finnes i kjønnssykeprotokollene.

Siden jeg skriver om helserådets arbeid, har det vært naturlig å benytte helserådets kildemateriale. Med et slikt materiale, er det imidlertid en del tema som ikke blir belyst. Det største savnet har vært at jeg ikke har hatt mulighet til å finne ut hvordan de syke selv så på sin situasjon, alle beskrivelsene av de syke er ført i legenes penn. Denne oppgaven handler dermed om hvordan de velutdannede så på venerisk sykdom, og hvilket syn legene hadde på pasientene. Hvordan pasientene så på legene og hvordan de opplevde sitt møte med helsevesenet, har jeg ikke hatt mulighet til å studere.

En annen ting som ikke blir belyst, er hvilken behandling alle de som gikk til private leger fikk. Det var bare de færreste med venerisk sykdom som hadde noe med helserådet å gjøre, men det er bare disse som har satt spor i kildene. På en måte er ikke dette et så stort problem, siden denne oppgaven handler om det offentlige helsevesenets arbeid mot venerisk smitte, ikke om privatbehandling av disse sykdommene. På den annen side hadde det vært interessant å se på forskjellen mellom de som gikk til privat lege og de som kom under helserådets kontroll. Slik kunne en sett hva som skilte de to gruppene. Med det kildematerialet som er tilgjengelig er altså en slik undersøkelse ikke mulig.

Del I: Den nasjonale konteksten

- Vitenskapen, kunnskapen og de politiske rammene

Forebyggingen av de veneriske sykdommene var et felt der flere interessegrupper og profesjoner hadde innflytelse. Leger, jurister, politikere og interesseorganisasjoner hadde meninger om hvordan arbeidet skulle organiseres og hvilke prinsipper det skulle bygge på. I denne delen blir først den medisinske siden ved sykdommene diskutert. Målet er å vise hvordan legene så på de veneriske sykdommene, og hvordan dette påvirket praksis. Også den rådende kunnskapen om utbredelsen av de veneriske sykdommene, og hvilken behandling de som led av disse fikk, blir belyst.

I delens andre kapittel går jeg gjennom hvilke lover som lå til grunn for forebyggingen av kjønnssykdommene. I perioden ble det gjort flere forsøk på å vedta en særlov som skulle regulere dette arbeidet, men ingen av lovforlagene ble satt ut i livet. Det var flere årsaker til dette, først og fremst svak offentlig økonomi og ideologiske motsetninger i samfunnet.

Kapittel 2:

Kunnskap om medisin og sykdommenes utbredelse

«De er av lumsk og snikenede karakter, kan ødelegge livslykke og arbeidskraft, forkorte livet og nedbryte sine ofre sjelelig og legemlig, så de blir totale vrak.»
Medisinaldirektøren 1928.³¹

Legene hadde en sentral rolle i det forebyggende arbeidet. For det første la legevitenskapen en del premisser for forebyggingen ved at de hadde kunnskap om kjønnsykdommene. Kunnskap om smitteveier og farlighet påvirket hvilke tiltak som ble ansett som effektive. For det andre sto legene for utøvelsen av forebyggingsarbeidet, og de tok dermed de daglige vurderingene. For det tredje var flere distriktsleger og stadsfysici også politisk engasjerte. Jacob Sparre, stadsfysikus i Bergen mellom 1875 til 1889 var representant på Stortinget.³² Dagny Tyvold, som behandlet de kvinnelige veneriske pasientene i samme by, var kommunestyrerepresentant mellom 1914 og 1917.³³ Legene holdt ikke sine kunnskaper og oppfatninger om kjønnsykdommene for seg selv, men var aktivt med i politiske debatter.

Selv om medisinen var med på å påvirke politikken, var det også andre faktorer som spilte inn, økonomisk handlingsrom, politisk klima, andre organisasjoners og profesjoners interesser og moralske forestillinger. Påvirkningen mellom medisin og politikk gikk ikke bare én vei. Den medisinske kunnskapen var i høyeste grad påvirket av de politiske forholdene og den rådende moralen. Allikevel må vi gå ut fra at legene hadde en spesiell plass i utformingen av forebyggingspolitikken.

En annen faktor som spilte inn på forebyggingsstrategiene var hvor utbredt man regnet med at de veneriske sykdommene var. Senere i kapitlet blir dette belyst. Hvor mange som ble behandlet for sykdommene, og hvem som mottok slik behandling, har også blitt studert.

³¹ Medisinaldirektøren i skriv av 30. mars 1928. Gjengitt i SF 1928. St. med. nr. 32:6.

³² Larsen 1996b. Bind V:166.

³³ Larsen 1996b. Bind V:472.

Begrepet venerisk sykdom

Uttrykket «venerisk sykdom» er avledet av Venus, kjærlighetens gudinne, og betyr sykdommer som blir overført ved seksuell kontakt.³⁴ Ordet kjønnssykdom betyr det samme som venerisk sykdom, i en mer norsk form, og jeg bruker de to uttrykkene om hverandre. «Kjønnssykdom», eller «venerisk sykdom» er imidlertid et problematisk begrep, som trenger avklaring.

Begrepet blir altså definert som sykdommer som smitter ved seksuell kontakt. Men denne definisjonen er ikke entydig. For hvordan sykdommene smitter, er avhengig av hvordan folk lever. Mikrobene som forårsaker sykdommene er ikke nødvendigvis avhengig av *seksuell* kontakt. De overføres mellom to individ gjennom slimhinnene deres, i vår kultur skjer det oftest i forbindelse med sex. Det er uenighet om hvordan syfilis forholder seg til beslektede hudsykdommer som finnes i tropiske strøk, om dette er snakk om én eller flere sykdommer. Det trengs ikke en så intim kontakt for at de tropiske variantene av syfilis overføres mellom personer.³⁵ Og da blir det problematisk, i hvert fall lite presist, å omtale syfilis som en venerisk sykdom.

Begrepet veneriske sykdommer er kulturelt betinget, det er en tolkning av hvordan man tenker seg at flere forskjellige sykdommer smitter. Det er ingen andre sykdommer som blir slått sammen slik, og konsekvent omtalt som en gruppe etter smittemåte.³⁶ At man allikevel omtaler disse sykdommene som veneriske, etter smittemåte, viser at det seksuelle aspektet ved dem har vært uhyre viktig.

I det følgende blir begrepet venerisk sykdom brukt som samlebetegnelse på *syfilis*, *gonoré* og *ulcus molle* (veneriske sår). Dette var de sykdommene som ble omtalt som veneriske i perioden. Med denne definisjonen tar jeg ikke stilling til hvorvidt disse sykdommene «egentlig» smittet på flere måter, og i hvilken grad betegnelsene venerisk sykdom er en hensiktsmessig merkelapp. I denne oppgaven er ikke slike problemstillinger sentrale. Hovedsaken er at disse sykdommene ble antatt å smitte primært ved seksuell kontakt, og at dette preget forebyggingsstrategiene.

1800-tallet: kategorisering av sykdommene

Syfilis spredde seg epidemisk i Europa ved inngangen til 1500-tallet. Siden dette sammen-

³⁴ Ascehougs og Gyldendals store norske leksikon. Bind 15:264.

³⁵ Watts 1999:165; Brøgger 2002:125.

³⁶ Quétel 1996:3.

faller med Columbus' oppdagelse av Amerika, mener mange at sykdommen kom derfra.³⁷ I Norge har syfilis vært utbredt siden begynnelsen av 1500-tallet³⁸, mens gonoré antagelig har vært i Europa siden antikken.³⁹

Lenge ble alle de tre veneriske sykdommene oppfattet som syfilitiske lidelser. Man kan tro at mange var smittet av flere sykdommer samtidig, dette gjorde det vanskelig å skille symptomene fra hverandre. Dessuten kan syfilis ha mange forskjellige symptomer, som kan variere fra person til person. Sykdommen har attpåtil flere perioder der den syke ikke framviser noen symptom. For legene på 1700-tallet må symptomene og sykdomsforløpene ha virket individuelt forskjellige og vanskelig å klassifisere.

På 1700- og 1800- tallet forsøkte legene å finne ut hvilke kjønnsykdommer som hadde hvilke symptom, og hvordan syfilis og gonoré forholdt seg til hverandre. For å finne ut dette, ble det blant annet brukt inokulasjon, overføring av smittestoff mellom personer.⁴⁰ I 1838 påviste Philippe Ricord (1800-89) at syfilis og gonoré var to forskjellige sykdommer. Ricord var overlege i Paris og en anerkjent syfilog, og hans mening om de veneriske sykdommenes natur ble toneangivende for leger i hele Europa. Ricord var den første som inndelte syfilis' sykdomsforløp i tre faser.⁴¹ I den første fasen fikk den smittede de første symptomene i form av et sår på smittestedet. Senere kunne pasienten få utslett over hele kroppen, ledsaget av feber og smerter i hodet, armer og bein. I den tredje fasen angrep syfilisen de indre organene. Dette kunne føre til lammelser, hjertestans, sinnssykdom og invaliditet. Mellom de tre fasene kunne de syke være symptomfrie i lengre tid. Det var heller ikke alltid at sykdommen brøt ut i den siste fasen, etter de sekundære symptomene kunne sykdommen ligge latent, uten plager for den syke.

Denne inndelingen av sykdommens forløp har legene beholdt til i dag. Det man derimot ikke har holdt fast på, er Ricords påstand om at syfilis kun var smittsom i det første stadiet. På 1800-tallet var dette imidlertid allment akseptert, man regnet med at syfilis var smittsom i mye kortere tid enn vi regner med i dag.⁴²

Ulcus molle var den neste sykdommen som ble atskilt fra syfilis. Det var den franske legen Leon Bassereau som først framla bevis på at ulcus molle var en selvstendig sykdom.⁴³ Men det var ikke alle som ble overbevist, og fra 1852 var det to skoler innen

³⁷ Quetél 1992:kap.2.

³⁸ Brøgger 2002:130.

³⁹ Porter 1997:167.

⁴⁰ Thyresson 1991:123; Porter1997:281.

⁴¹ Quetél 1992:112.

⁴² Thyresson 1991:124.

⁴³ Thyresson 1991:124.

syfilisforskningen.⁴⁴ Dualistene mente at syfilis og ulcus molle var to forskjellige sykdommer. Unisistene mente det var samme sykdom, med samme årsak, men at de som hadde symptomer på ulcus molle, var lettere angrepet av den.

I Sverige ble gonoré regnet som en selvstendig sykdom i den offentlige statistikken fra 1870. Ulcus molle ble skilt ut i 1896.⁴⁵ I de norske medisinalberetningene ble gonoré en egen kategori fra 1878, men uttrykket gonoré ble brukt i innberetningene fra Kristiania og Bergen helt fra den første beretningen fra 1853.⁴⁶ Ulcus molle ble skilt ut som en egen kategori i statistikken fra 1891.⁴⁷ Men også lenge etter dette sto ulcus molle og syfilis i samme tabeller.

Bakteriologien

Mot slutten av 1800-tallet endret fagmedisinen seg mye. Mikroskopet, oppdagelsen av mikrobene og deres betydning for smittespredning, markerer et skille i den medisinske historien. Bakteriologien endret ikke bare måten medisinerne tenkte om sykdom og smitte på, den fikk også konsekvenser for den medisinske praksis.⁴⁸ For de veneriske sykdommene betydde dette at forholdet mellom de forskjellige sykdommene ble avklart, og det ble lettere å studere hvordan de ble overført mellom mennesker.

Gonokokken, bakterien som forårsaker gonoré, ble funnet i 1879 av tyskeren Albert Neisser (1855-1916). Smitteagenten til ulcus molle ble funnet i flere uavhengige undersøkelser i 1890-årene, men det er gjerne Paul Gerson Unna man knytter til denne oppdagelsen. I 1905 oppdaget Fritz Schaudinn (1871-1906) og Erich Hoffmann (1868-1959) smitteagenten til syfilis: *treponema pallidum*. Året etter fant August von Wassermann (1866-1925) en metode for å påvise sykdommen ved en blodprøve, kalt Wassermanns reaksjon.⁴⁹ I Norge ble det utført wassermannstester på Rikshospitalet og fra 1912 på F. G. Gades patologiske institutt i Bergen.⁵⁰

Mellom 1879 og 1905 hadde dermed medisinerne funnet hvilke bakterier som forårsaket de vanligste veneriske sykdommene. Når det gjaldt syfilis, hadde man også et verktøy for å diagnostisere pasientene. Samtidig ble sykdomsforløpene kartlagt, og legene

⁴⁴ Quetel 1992:112.

⁴⁵ Thyresson 199:125-126.

⁴⁶ NOS Beretning om Medicinalforhold og Sundhetstilstanden i Norge 1853:5.

⁴⁷ NOS Beretning om Medicinalforhold og Sundhetstilstanden i Norge 1891.

⁴⁸ Porter 1997:428.

⁴⁹ Porter 1997:452.

⁵⁰ *T.f.n.L.* 1912:388.

fikk mer kunnskap om de forskjellige symptomene. Dette førte til større oppmerksomhet på hvilke senskader syfilis førte med seg: skader på indre organer, hjertesvikt og sinnsykdom. Det viste seg også at syfilis var smittomt mye lengre enn man tidligere hadde antatt. Gonoré ble derimot oppfattet som en mindre alvorlig lidelse, selv om den kunne være mer komplisert og farlig hos kvinner enn hos menn.⁵¹

Selv etter at skillet mellom de forskjellige sykdommene var etablert, var det ikke sikkert man diagnostiserte de forskjellige symptomene akkurat slik man gjør i dag. I 1893 skrev Bergen helseråd at det ikke var mulig å vite om en pasient hadde syfilis eller ulcus molle før sykdommen hadde forløpt en stund.⁵² Selv om legene fikk et praktisk verktøy gjennom Wassermanns reaksjon, var det ikke enighet om hva blodprøven egentlig viste. I 1923 var det en lengre debatt i *Tidsskrift for den norske Lægeforening* om hva en Wassermannstest egentlig påviste, målte den sykdom, symptomer, smittsomhet eller mengde bakterier i blodet?⁵³

Men disse uenighetene rokket ikke ved at legene i større grad fikk et ideal om vitenskaplighet ved slutten av 1800-tallet, hvor sykdom ble sett på som følge av spesifikke mikrober som kunne kartlegges og bekjempes. Det fant sted en vitenskapliggjøring av medisinen, med økt bruk av instrumenter og bakteriologiske undersøkelser. Med dette fulgte høyere status for fagmedisinen og høyere forventninger til hva den kunne utrette.⁵⁴

Venerologien i Sverige og Norge

Anna Lundberg mener at legene i Sverige fikk et nytt vokabular i løpet av 1860-tallet. Uttrykk som *venerisk sykdom*, *saltfluss* og *store byller* ble byttet ut med nye, medisinske termer.⁵⁵ Lundberg mener dette henger sammen med en profesjonalisering blant legene, og en økt innflytelse fra europeisk legevitenskap.⁵⁶

Den neste endringen i svensk legevitenskap mener Lundberg fant sted i 1880 og 90-årene i det svenske legetidsskriftet *Hygiea*, der det i løpet av 1880-tallet ble stadig flere artikler om veneriske sykdommer. Samtidig ble det trykket flere artikler som presenterte svensk forskning og teorier på feltet, inntil da hadde tidsskriftet bare trykket sammendrag

⁵¹ Lundberg 1999:166-174.

⁵² Bergen helseråd årsberetning 1893:7.

⁵³ *T.f.n.L.* 1923.

⁵⁴ Rosenberg 1988:20.

⁵⁵ Lundberg 1999:67.

⁵⁶ Lundberg 1999:85-86.

av utenlandsk forskning.⁵⁷ De svenske legene observerte sykdommene, og publiserte sine undersøkelser og erfaringer. Svensk venerologi ble utviklet fra 1880-tallet og fra da har Lundberg funnet en stadig økende vitenskaplighet og profesjonalitet blant legene i hele perioden fram til 1903, da hennes avhandling slutter.

I Norge var utviklingen noe annerledes. Her publiserte de to legene Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) og Carl Wilhelm Boeck (1808-1875) bøker med eget forskningsmateriale om syfilis allerede på 1850-tallet. Norge hadde dermed leger som spesialiserte seg og forsket på veneriske sykdommer før Sverige. Men Lundbergs framstilling om vitenskapliggjøring av medisinen, spesialisering innen forskjellige medisinske disipliner og en økende påvirkning fra resten av Europa, er også gyldig for Norge. Over tid utviklet det seg en større spesialisering og mer kontakt med forskningsmiljø i andre land. Oppdagelsene av mikrobene ga legevitenskapen rimelige forklaringer på sykdommenes årsaker. Dette førte til et felles språk og referanseramme som konsoliderte legestanden som en gruppe med felles kunnskaper og klare profesjonsinteresser.

Det er i lys av dette vi må se innholdet i de medisinske tidsskriftene. I Norge ble det første medisinske tidsskriftet, *Eir*, startet i 1826, men det gikk inn allerede i 1837 på grunn av mangel på skribenter.⁵⁸ I 1840 ble *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* opprettet, og i 1881 kom *Tidsskrift for praktisk Medisin* ut i et opplag på 450 eksemplarer.⁵⁹ I 1886 ble *Den norske Lægeforening* stiftet, og tidsskriftet ble samme år organ for foreningen. *Tidsskrift for praktisk Medisin* (fra 1890 *Tidsskrift for den norske Lægeforening*) virket konsoliderende på det medisinske miljøet i Norge. Her fikk legene i hele landet den samme informasjonen om de veneriske sykdommene. Nye behandlingsmåter ble omtalt, og norske legers erfaringer ble trykket og delt med kolleger. Internasjonal forskning ble ofte referert i tidsskriftet, og fagbøker ble anmeldt. I debattene rundt tiltak mot de veneriske sykdommene trykket tidsskriftet også artikler om politikk fra andre land.⁶⁰

Når det gjelder fagspråk, økte bruken av medisinske termer i tidsskriftet. Mangel på medisinsk utdannelse har ikke hindret meg å forstå hovedinnholdet i de eldre artiklene i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*. Men fra rundt 1910 er det flere og flere artikler som er spekket med faguttrykk og medisinske termer. Jeg har ikke sett det hensiktsmessig å gå metodisk til verk for å påvise dette, men mitt inntrykk er at det fant sted en økning av bruk i ord som ikke-leger ikke umiddelbart forstår. Dette stemmer med Lundbergs funn i

⁵⁷ Lundberg 1999:179-180.

⁵⁸ Schiøtz 2003:139.

⁵⁹ Nylenna 1996:239.

Sverige.

Det veneriske

1800-tallets medisinere debatterte ikke bare spørsmålet om hvordan man skulle skille de forskjellige sykdommene fra hverandre og hvilke mikrober som forårsaket dem. Også sykdommenes smitteveier var gjenstand for diskusjon.

Ved 1880-tallet, inngangen til den perioden jeg skriver om, virker det som forståelsen av at gonoré, ulcus molle og syfilis smittet ved seksuell kontakt, i det store og hele var etablert. Men legene var opptatt av unntakene fra dette. I *Tidsskrift for den norske Lægeforening* fikk det kuriøse, det som avvek fra den kjønnslige smitteoverføringen, oppmerksomhet. På 1880 og -90-tallet ble det påpekt i flere artikler at syfilis kunne smitte på andre måter enn ved seksuell kontakt. I 1883 skrev Cæsar P. Møller Boeck (1845-1917), en av tidsskriftets redaktører, en lengre artikkel med tittelen: «4 Tilfælde af syfilitisk Infektion gennem Tonsillen».⁶¹ To år senere kom artikkelen «Fremdeles 3 Tilfælde af syfilitisk Infektion gennem Tonsillerne».⁶² Her presenterte han enkelte case hvor han hevdet at smitte var overført fordi folk delte spiseredskap. Dette var ikke forårsaket av det han kalte unaturlig seksuell omgang.⁶³

Interessen for alternative smitteveier kom også til syne i andre artikler i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*. Tidsskriftet trykket en årlig rapport fra sunnhetsinspektøren for veneriske sykdommer i Kristiania. I alle årene beretningen ble trykket, fra 1895 til 1916, inneholdt den en tabell over hvor de første symptomene på syfilis hadde vist seg, i de tilfellene det ikke var på kjønnsorganene. Siden symptomene på syfilis viser seg først på smittestedet, sa dette hvordan de var smittet. I 1895 kunne man for eksempel lese at helserådet i Kristiania hadde behandlet 24 pasienter som var smittet med syfilis andre steder enn på kjønnsorganene. Blant disse var en pike som var smittet i munnen, en mann som var smittet i bakhodet, tre kvinner som var smittet i tonsillene (mandlene) og en gutt som hadde munnviken som infeksjonssted.⁶⁴

Det står ikke noe sted hva som var målet med oversikten. Heller ikke hva sunnhetsinspektøren mente om disse tilfellene. I dag vil man vel tenke at barna hadde blitt utsatt for

⁶⁰ Færden 1900.

⁶¹ Boeck 1883:193.

⁶² Boeck 1885:311.

⁶³ Boeck 1885:330.

⁶⁴ Berner 1895:162.

seksuelle overgrep, men det ser ikke ut til at legene som har laget oversikten tenkte på dette. Jeg tror heller vi må se interessen for disse ekstragenitalt smittede som et uttrykk for interesse for de mange veiene smitte kunne overføres, for å kunne ta de rette forholdsreglene. Det er også verdt å merke seg at legene ikke etterprøvde de opplysningene pasientene ga om smittemåte. Tvert om, de aksepterte forklaringene de fikk om hvordan pasientene var smittet.

I *Helsestatistikk 1992-2000* utgitt av Statistisk sentralbyrå finnes det en lignende tabell over AIDS-smittede.⁶⁵ De Hiv-positive er inndelt etter om de er smittet heteroseksuelt, homoseksuelt, gjennom sprøytemisbruk, blodoverføring eller fra mor til barn. Oversikten er nok utarbeidet for at helsemyndighetene skal få kunnskap til å drive forebyggende arbeid. Vi må anta at helseinspektøren i Kristiania hadde lignende motiver.

Insons, skyld og uskyld

Insons er et begrep som dukker opp i de medisinske kildene. Ordet ble brukt om dem som var smittet med kjønnssykdom (oftest syfilis) på annen måte enn ved seksuell omgang. Samtidig var det et flertydig begrep. Noen ganger ble *insons* brukt generelt om dem som var smittet av syfilis uten at å ha de primære symptomene på kjønnsorganene, de var smittet ekstragenitalt. Yngvar Ustvedt, sunnhetsinspektøren i Kristiania, la dette i uttrykket.⁶⁶ Andre ganger fikk ordet *insons* en tilleggsbetydning, da det betød uforskyldt smittet. Disse to betydningene av uttrykket hang selvsagt sammen. Det var en sammenheng mellom hvordan man hadde fått sykdommen, og i hvilken grad man selv var skyldig for å være syk.

Legene var opptatt av de såkalt uskyldig syke. I *Tidsskrift for den norske Lægeforening* ble det fra flere hold påpekt at det var viktig ikke å stigmatisere dem som led av uforskyldt syfilis.⁶⁷ I 1913 kom boken *Om syfilis og kjønnssygdomme*, skrevet av Rudolf Krefting (1860-1942). I forordet skrev han at han med vilje hadde skilt mellom syfilis og kjønnssykdom i boktittelen, av hensyn til alle dem som var smittet av syfilis på uskyldige måter:

⁶⁵ NOS *Helsestatistikk 1992-2000*. 2002:49.

⁶⁶ Ustvedt 1900:626.

⁶⁷ Se for eksempel Hiorth 1890.

«Vistnok er det saa at syfilis ogsaa i de fleste tilfelde overføres ved kjønslig omgang, men af hensyn til alle de medfødte og alle de extragenitalt og de inden ægtenskapet erhvervede er det grund til ikke at opprettholde den gamle odiøse gruppering.»⁶⁸

I dette sitatet har Krefthing regnet de som var smittet innen ekteskap som eksempler på «uskyldige». Graden av skyldighet handlet ikke bare om hvordan smitten var overført, for skylden var mindre for dem som var smittet innenfor et formalisert seksuelt forhold enn utenfor. Det var ikke det seksuelle i seg selv som var skyldig, det var den utenom-ekteskapelige seksualiteten. Innenfor ekteskap skulle kjønns sykdommer kalles noe annet.

Selv om Krefthing skilte mellom pasientene etter moralske kriterier, ligger det også et ønske om å avstigmatisere pasientene i sitatet ovenfor. Hans ville unngå at folk ble dømt fordi de hadde en kjønns sykdom, fordi dette ikke nødvendigvis betydde at de hadde gjort noe umoralsk. Det lå en dobbelthet begrepet *insons*. Utrykket ble brukt til å skille mellom pasientenes moralske standard og verdighet. I disse sammenhengene var det knyttet en fordømmelse av dem man mente hadde seg selv å takke for å ha blitt syk. Samtidig var dette en måte å avstigmatisere sykdommene og gjøre dem mer akseptable. Et motiv for dette kan også ha vært å øke de behandlende legenes status og rolle i forebyggingen. Ved forrige århundreskiftet var det ikke mulig å gjøre de veneriske sykdommene mer stuerene ved å påstå at alle som var rammet av dem fortjente medfølelse i stedet for moralisering. Man kunne bare påpeke at det var en del av de syke som var blitt det helt uten å gjøre noe galt. En slik strategi kunne imidlertid føre til en større aksept og respekt for alle som var smittet, uavhengig av smittevei. I våre dager har det funnet sted en lignende utvikling: AIDS ble en mindre stigmatiserende sykdom da det ble kjent at flere hadde fått sykdommen gjennom blodoverføringer.

Det var ikke bare i ordbruk man skulle ta hensyn til de uskyldige. Medisinerne legitimerte også forebyggingstiltak med å hindre uskyldig smitte. I 1917 ble det vedtatt at venerisk syke i Høyanger skulle tvansinnlegges. I *Tidsskrift for den norske Lægforening* forklarte distriktslege R. M. Bergh dette med at man ønsket å hindre «lues insons»⁶⁹. Han mente at hvis man ikke la de syke inn på sykehus, kunne de lett smitte de andre anleggsarbeiderne i de trange brakkene.⁷⁰

⁶⁸ Krefthing 1913:V.

⁶⁹ Bergh 1918:400. Lues er et annet ord for syfilis.

⁷⁰ Bergh 1918:400-401.

Kjønnsykdommene og barna

Beslektet med oppmerksomheten rundt de uskyldig smittede, var bekymringen for barna med medfødt syfilis. Denne lidelsen ga korte, smertefulle liv. Syfilis førte også til avbrutte svangerskap og dødfødte barn. Men det var vanskelig å forhindre dette, siden man ikke visste hvordan syfilis ble overført til barnet. Ble smitten overført fra moren eller arvet barnet syfilis fra far? Hvor lenge måtte foreldrene være symptomfrie før det var forsvarlig å få barn?

Slike spørsmål strevde europeiske leger med på 1800-tallet. Den anerkjente franske syfilogen Alfred Fournier hadde flere eksempler på barn som ble født med syfilis uten at moren var smittet,⁷¹ og syfilis ble lenge oppfattet som en *arvelig* sykdom, som kunne overføres fra far til barn. Hvilke betingelser som skulle til for at barna skulle arve sykdommen var imidlertid uklart og gjenstand for diskusjon. Fournier listet opp en del regler for hvordan syfilis smitter til barn. Det uttalte målet var å hjelpe leger med å gi syfilispasienter gode råd om hvorvidt de kunne stifte familie eller ikke.⁷²

Det var en utbredt oppfatning at moren til et syfilitisk barn alltid ville være immun mot sykdommen, selv om hun aldri hadde vært smittet av den.⁷³ Sammen med annen kunnskap om syfilisoverføring, utgjorde dette et innviklet system av regler om syfilis hos barn. I dag vet vi at syfilis blir overført fra mor til barn i 4. svangerskapsmåned. Hvis et barn er født med syfilis må moren ha sykdommen. Hun kan imidlertid være symptomfri. Grunnen til at hun vil virke immun er at det ikke går an å bli smittet av syfilis når man allerede har sykdommen.⁷⁴ Tidlig på 1900-tallet ble det slått fast at syfilis bare kunne overføres fra mor til barn under svangerskapet. Ved hjelp av Wassermann-testen ble det mulig å si om moren kunne smitte fosteret, fordi man kunne stille en diagnose selv om moren var fri for symptomer. Fra 1940-tallet ble det vanlig å ta blodprøve av gravide kvinner,⁷⁵ og i kjønnsykeloven fra 1947 ble Wassermann-test under svangerskapet påbudt.⁷⁶

Også gonore hos gravide kunne få konsekvenser for barnet. Under fødselen kunne nemlig barnet få gonore-infeksjon i øynene, som igjen kunne føre til blindhet. For å for-

⁷¹ Fournier 1882:41-42.

⁷² Fournier 1882:4.

⁷³ Thyresson 1991:102.

⁷⁴ Man kan imidlertid godt bli smittet på ny etter å ha blitt helbredet for syfilis. Så dette er ikke snakk om en reel immunitet.

⁷⁵ Helserådet i Bergen skrev i 1944 at det ble tatt blodprøve av 860 gravide kvinner. De 10 som testet positivt ble behandlet. Helserådets årsberetning 1944:4.

⁷⁶ Kjønstad og Mellbye 1987:57.

hindre dette ble det vanlig å dryppe desinfiserende lappedråper i øynene på spedbarn.⁷⁷ Behandlingen ble beskrevet i *Tidsskrift for praktisk Medisin* i 1881,⁷⁸ men jeg har ikke funnet ut når dette ble vanlig praksis ved fødsler i Norge. I Sverige var dette vanlig fra slutten av 1880-tallet,⁷⁹ det kan hende at lappedrypningene ble vanlig i Norge omtrent samtidig.

Syfilis og arvesynd

Med tanken om at syfilis var arvelig, kom redselen for at sykdommen kunne degenerere arvestoffet. Flere leger mente at syfilitisk arv indirekte gjorde en mer disponert for andre sykdommer.⁸⁰ At sen syfilis kan bryte ned så mange viktige livsfunksjoner kan ha bidratt til tanken om at dette også kunne videreføres til senere slektsledd. Syfilis kan sakte bryte ned de som lider av den, assosiasjonen at sykdommen kunne bryte ned arvematerialet og etterkommerne ligger ikke langt unna.

I 1923 skrev distriktlegen Eilert Størens en artikkel i *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* om syfilisbehandling på 1800-tallet.⁸¹ Dette interesserte ham fordi han, inspirert av arvehygiene, ville studere hvordan det gikk med etterkommerne av syfilis-pasienter, for å finne ut om denne gruppen var mer disponert for sykdommer, spesielt tuberkulose, enn resten av befolkningen. Også etter at muligheten for at syfilis var arvelig var avvist, var noen leger opptatt av mulige arvelige følger av sykdommen. Dette hang sammen med sosialdarwinistiske og arvehygieniske teorier, som var utbredt i Europa, særlig i mellomkrigstiden.⁸²

Legene mente også at syfilis kunne overføres mer enn en generasjon, i medisinsk litteratur var det eksepler på tredje generasjon med medfødt syfilis.⁸³ Ubehandlet syfilis kunne føre til sinnssykdom og skade på indre organer. Om syfilis spredte seg ukontrollert, ville samfunnet oversvømmes av gale, degenererte og arbeidsudyktige personer. I en slik tankegang ble syfilis en trussel for flere enn dem den rammet direkte, den fikk konsekvenser for hele slekten, og dermed for samfunnets orden og økonomi. At kjønns sykdommene ble antatt å ha så vidtrekkende konsekvenser, var med på å begrunne at myndig-

⁷⁷ Lundberg 1999:173.

⁷⁸ *T.f.p.M.* 1881:271.

⁷⁹ Lundberg 1999:173.

⁸⁰ Boeck 1881:292.

⁸¹ Støren 1923:827.

⁸² Westlie 1995:kap. 3.

⁸³ Krefting 1913:142-143.

hetene og legene måtte forebygge dem. Alvoret i situasjonen legitimerte også at man kunne benytte seg av ganske dramatiske tiltak, der man anså det nødvendig.

Tanken om at det var en sammenheng mellom syfilis og degenerering henger sammen med at syfilis er en venerisk sykdom. Fedrenes synder ble antatt å påføre slekten sykdom på kropp og sinn. Nettopp dette var temaet i Henrik Ibsens stykke *Gjendgangere*, som kom i 1881. I dette stykket ble Oswald født med syfilis som han arvet av sin far, mens Oswalds mor var frisk. Stykket ender med tragedie: den tidligere så livlige Oswald sykner hen og dør samtidig som familieførmuen går tapt i en brann. Munchs bilde *Arv* viser et syfilitisk barn som ligger på sin gråtkvalte mors fang.⁸⁴ At fedres seksuelle løssluppenhet kunne få livsødeleggende konsekvenser for barna, var et mektig symbol i samtiden, der også de bibelske overtonene var tydelige. At kjønns sykdommene hadde vidtrekkende konsekvenser også lenge etter at de syke selv døde, manet til innsats mot dem.

Barn med ervervet kjønns sykdom

Barna som hadde medfødt syfilis var blitt smittet i mors liv. Men det hendte også at barn ble smittet av venerisk sykdom på andre måter. Det virker imidlertid å ha vært noe uklart for legene hvordan dette skjedde. I 1926 ble en jente på fire år undersøkt på stadsfysikatets kontor i Bergen, og det viste seg at hun hadde gonoré. Foreldrene hadde ikke sykdommen, og kjente heller ikke noen som hadde det. Den behandlende legen konkluderte med at dette «Utelukker absolutt kriminell smitte».⁸⁵ Også Krefting skrev om barn med gonoré. Han mente at sykdommen stort sett ble overført ved seksuell kontakt.⁸⁶ Unge jenter var som oftest blitt smittet slik, men ikke alltid. Unge jenter kunne nemlig smittes med gonoré på andre måter enn andre, dette gjaldt spesielt på institusjoner som barnehjem og sommerleirer:

«De fleste tilfælde af infektion af smaa piger skyldes tilfældig berøring med dryppertsekret, enten ved at de dele seng med inficerede eller ved svampe, haandklæder og lignende brugsgjenstande, som er tilsmudset med gonorrhoeus.»⁸⁷

I dag virker dette underlig, siden det skal veldig intim kontakt til for at gonoré skal overføres mellom to personer. Det kan hende at jenter på leir var så intime, men for at dette

⁸⁴ *Arv*, 1897-99. Munchmuseet, Oslo.

⁸⁵ BBA: Helserådets kjønns sykkeprotokoll 1926:44.

⁸⁶ Krefting 1913:213.

skulle spre sykdom, må det først ha vært smitte tilstede. Gonorébakterien oppstår heller ikke uten videre i underlivet til fire år gamle jenter. Karen J. Taylor har studert hvordan leger i England og USA på 1800-tallet forsto kjønnssykdommer hos bar.⁸⁸ Hun har funnet en mengde tilfeller i historiske kilder der barn var smittet av kjønnssykdom, men veldig få av disse tilfellene ble i samtiden satt i forbindelse med seksuell smitte. Legene forklarte sykdomstilfellene med generell urenslighet og smitteoverføring via spiseredskaper, håndklær og sengetøy. Taylor benekter ikke at den slags smitteoverføring kunne ha funnet sted, men mener at dette ikke forklarer hvorfor så mange av barna hadde de primære symptomene på kjønnsorganene. I følge Taylor må smitten i de fleste tilfellene ha vært en følge av seksuelt misbruk. Datidens leger tolket det imidlertid ikke slik, fordi de ikke kunne innse at slike ting fant sted. 1800-tallets leger lukket øynene for at voksne mennesker misbrakte barn seksuelt, og lagde mer eller mindre fantasifulle forklaringer på hvordan barna var smittet.

Behandling

Syfilis har tradisjonelt blitt behandlet med kvikksølv. Smørekurer ble brukt fra 1500-tallet⁸⁹, og de ble fortsatt benyttet på 1930-tallet, etter at man hadde fått nye medisiner.⁹⁰ Kvikksølv var det eneste man mente hadde effekt mot syfilis, og det var det vanligste behandlingsmiddelet i flere hundre år. Det var flere måter å bruke kvikksølv på, utvortes og innvortes. Ofte ble kvikksølvbehandling brukt i kombinasjon med varmebehandling.

Til tross for at kvikksølv lenge var det eneste anerkjente middelet mot syfilis, ble bruken av metallet kritisert. Anti-merkuralistene, de som var mot å bruke kvikksølv, mente mange symptom som ble sett på som senskader av syfilis, i virkeligheten var tegn på kvikksølvforgiftning. Denne oppfatningen var utbredt i England.⁹¹ Mot dette synet sto merkuralistene. Fournier mente det var riktig å gi syfilispasienter langvarig behandling med kvikksølv. Behandlingen skulle gis i intensive perioder, og gjentas over flere år. Bare slik kunne syfilitikerne bli kurert og få friske barn.⁹²

I Norge sto antimerkuralismen sterkt, representert blant annet ved Carl Wilhelm Boeck og hans nevø Cæsar Boeck. Da Cæsar Boeck var overlege ved Rikshospitalets

⁸⁷ Krefing 1913:220.

⁸⁸ Det følgende bygger på Taylor 1985.

⁸⁹ Porter 1997:175.

⁹⁰ Bruusgaard 1930: 117.

⁹¹ Thyresson 1991:137.

⁹² Fournier 1882.

hudsykeavdeling på 1890-tallet, behandlet man ikke pasientene med kvikksølv, Boeck mente at nærende kost og hvile var bedre for syfilispatientene.⁹³ Journalene til de nærmere 2000 syfilispatienter som ikke fikk behandling har senere vært gjenstand for en undersøkelse om ubehandlet syfilis, og syfilissmittedes livsutsikter. Undersøkelsen, som ble publisert i 1955, har dannet grunnlag for mye av dagens kunnskap om sykdommen.⁹⁴

1900-tallet: nye behandlingsmåter

Ved begynnelsen av 1900-tallet skjedde en rekke oppdagelser som forandret mulighetene til å diagnostisere syfilis. Også behandlingen ble bedre: i 1909 kom det første arsenproduktet, Salvarsan. Senere kom nye og forbedrede salvarsanprodukter på markedet. Dette betydde at legene kunne tilby en behandling som var mye mer effektiv enn de gamle kvikksølvkurene. Utviklingen av Salvarsan blir betraktet som en milepæl i syfilis' historie. Preparatet har blitt kalt «the magic bullet», fordi Salvarsan raskt skulle uskadeliggjøre syfilisen, uten å skade pasienten. Dette preparatet inneholdt arsen, et metall som i likhet med kvikksølv er skadelig for mennesker, og salvarsan hadde alvorlige bivirkninger.⁹⁵ Til tross for dette fikk innføringen av salvarsan stor betydning for livsutsiktene til de som led av syfilis, sykdommen var ikke lenger uhelbredelig.

Salvarsan var effektiv mot syfilis i et tidlig stadium. I de tilfellene hvor sykdommen i den tredje fasen hadde angrepet hjernen, hjalp middelet derimot ikke. Bakterien som forårsaker syfilis er veldig skjør, og tåler ikke høye temperaturer. På 1920-tallet ville man benytte seg av dette og det ble eksperimentert med å behandle (hjerne og nerve-) syfilis ved å gi pasienten høy feber. En måte å oppnå dette var å smitte pasienten med malaria,⁹⁶ et arbeid J. Wagner von Jauregg fikk nobelprisen for i 1927.⁹⁷

Etter andre verdenskrig kom penicillin i vanlig, sivilt bruk, og penicillin kurerer syfilis hvis pasienten får behandling tidlig i sykdommen. Behandling sent i sykdommen kan stoppe sykdomsforløpet, men ikke reversere skader som allerede har oppstått.

Da det ble klart for legene at gonorré og syfilis var to atskilte sykdommer, ble det utviklet egne behandlingsmåter for gonorré. Denne sykdommen ble behandlet med innsprøytninger og penslinger av forskjellige syrer. Det var imidlertid knyttet usikkerhet til

⁹³ Rosebury 1971:77.

⁹⁴ Thyresson 1991:138.

⁹⁵ *Cappelens leksikon* 1983. Bind 1:160.

⁹⁶ Rosebury 1971:217.

⁹⁷ Thyresson 1991:141.

effekten av disse preparatene. I 1913 mente legen Rudolf Krefting at rundt halvparten av menn som fikk behandling for gonoré ble helbredet innen kort tid, for de øvrige var prognosene usikre.⁹⁸ Gonoré har også blitt behandlet med strøm mot kjønnsorganene⁹⁹ og meget varme bad¹⁰⁰. Sistnevne metode mente legene var spesielt egnet for å kurere barn med gonoré. På 1930-tallet kom sulfapreparater som kurerer gonoré, senere har penicillin overtatt som viktigste behandlingsmåte for denne sykdommen også.¹⁰¹

Profylakse

Det fantes noen salver som kunne beskytte menn mot veneriske sykdommer, om de ble brukt like etter samleie, dette ble omtalt som individuell profylakse. I 1904 trykket *Tidsskrift for den norske Lægeforening* en lengre artikkel om slike middel og hvordan de skulle brukes, skrevet av hudlegen Kristian Grøn. I artikkelen ble også kondomet omtalt, selv om Grøn mente at det ga en lite effektiv beskyttelse mot smitte.¹⁰² Legen og sedelighetsmannen August Koren var ikke begeistret for omtalen av disse måtene å forebygge sykdom på.¹⁰³ Han mente at opplysning om slike middel var med på å bryte ned sedeligheten og gjøre det lettere for unge menn å oppføre seg umoralsk. I følge Koren var den beste måten å forebygge sykdom å advare menn mot å ha utenomekteskapelige forhold og «støtte den unge mands etiske personlighed»¹⁰⁴.

Grøn mente at man ikke kunne regne med at unge menn unnlot å ha utenomekteskapelige forhold. Hans løsning var å minimere smitterisikoen i disse. Koren mente derimot at en slik pragmatisk holdning ville føre til en større aksept for at menn hadde seksuelle forhold utenfor ekteskap. Denne debatten tydeliggjør et dilemma som var sentralt i den perioden jeg studerer, og som fortsatt er det: skal man godta en viss grad av «umoral» og heller arbeide for å minske farene forbundet med det? Eller skal man ha en konsekvent holdning, og forsøke å trekke problemet «opp med roten»? Som vi skal se var det først og fremst det pragmatiske synet som var det dominerende i forebyggingen av de veneriske sykdommene. Men akkurat når det gjaldt den personlige profylaksen, var det Korens syn som vant frem: midler for personlig forebygging av venerisk sykdom var ikke i handel i

⁹⁸ Krefting 1913:182.

⁹⁹ *T.f.nL.* 1890:490.

¹⁰⁰ *T.f.nL.* 1916:1141.

¹⁰¹ Thyresson 1991:142-143.

¹⁰² Grøn 1904:490-491.

¹⁰³ Koren 1904.

¹⁰⁴ Koren 1904:738.

Norge før 1930-årene.¹⁰⁵ At slike midler likevel ble omtalt i medisinske tidsskrift viser at noen leger mente det var riktig å sette seg ut over moralske hensyn, for å hindre smitte.

Utbredelse av venerisk sykdom

Den statistiske kunnskapen om de veneriske sykdommene inngikk i debatten om sykdommene. I diskusjonen rundt reglementeringssystemet ble opplysninger om utbredelsen av sykdommene brukt til å underbygge argumentene.¹⁰⁶ Tilhengerne av reglementeringen ville vise at det var en sammenheng mellom visitasjon av prostituerte og hyppigheten av sykdom, de mente dette beviste at undersøkelsene av de prostituerte hadde effekt. Abolistene, som ville avskaffe reglementeringen, påsto at det ikke var noen sammenheng, og at variasjonen i antallet syke hadde andre forklaringer.

Medisinaldirektøren samlet opplysninger om utbredelse av forskjellige sykdommer fra alle amtene og ga fra 1853 ut årlig medisinalstatistikk på grunnlag av dette. At det var viktig å holde oversikt over utbredelsen av de veneriske sykdommene, kommer til uttrykk i at disse sykdommene fra starten inngikk i det statistiske materialet.

Tallmaterialet omfatter to grupper av pasienter. Den første besto av de som fikk behandling av det offentlige helsevesenet. I begynnelsen av perioden var disse stort sett identiske med de som ble lagt inn på sykehus, for det offentlige helsevesenet tilbød ikke andre behandlingsformer enn dette. Den andre gruppen pasienter var de som fikk privat behandling. Legene skulle melde antallet personer de hadde behandlet for venerisk sykdom til distriktslegen, som igjen sendte årlige rapporter inn til medisinaldirektøren.

Disse statistiske opplysningene er kilden til kunnskap om utbredelse av venerisk sykdom i perioden. Jeg har gått gjennom medisinalstatistikken for hvert femte år fra 1880 til 1930. Her har jeg funnet hvor mange som ble behandlet for syfilis og gonoré, på sykehus og hos lege. Disse tallene er presentert i to diagram nedenfor.

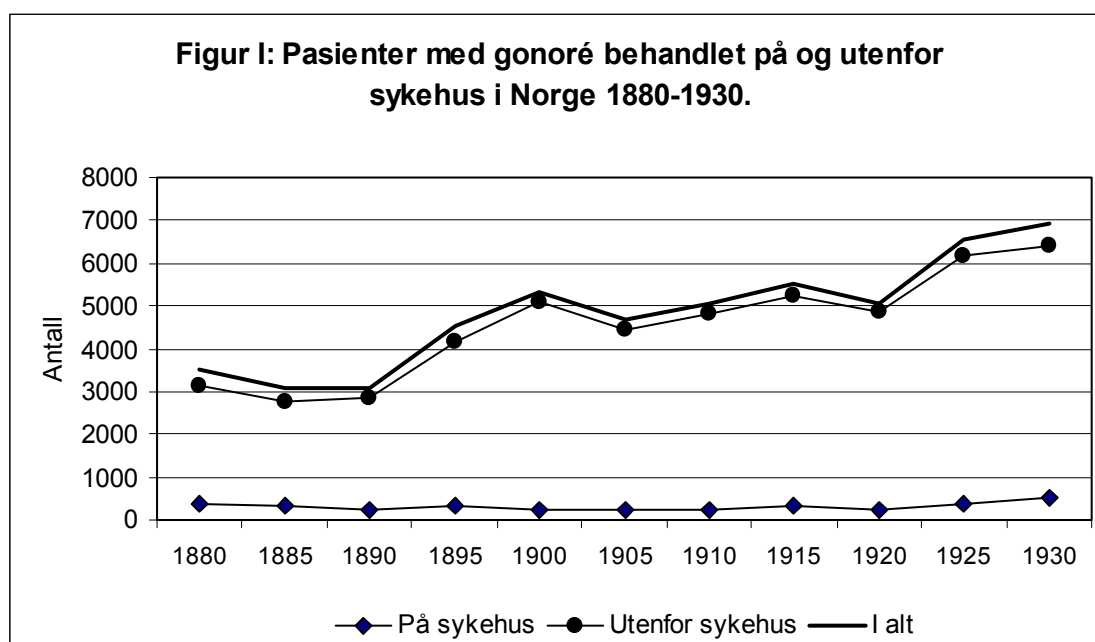
Medisinalberetningene bygget på innberetninger fra leger og sykehus. En feilkilde er at det ikke var noe system som hindret at en pasient ble registrert flere ganger. Hvis han gikk til flere leger med problemet sitt, ville dette skje. Man var oppmerksom på dette i samtiden, og det ble nevnt som et problem som gjorde statistikken mindre pålitelig.¹⁰⁷ Samtidig må vi anta at flere som var syke ikke oppsøkte lege. Lav legedekning, skamfølelse og sosialt stigma spilte inn her. Dessuten oppsøkt en del av de venerisk syke

¹⁰⁵ Evang 1933:263.

¹⁰⁶ For eksempel i Bentzen 1889:40-41; Getz 1892:18-20; Holst 1896:167-170.

behandlere uten fagmedisinsk utdanning, og kom derfor ikke inn i det statistiske materialet. Flere indignerte artikler i *Tidsskrift for den norske Lægeforening* om «kvakksalvere» som behandlet venerisk syke tyder på dette.¹⁰⁸

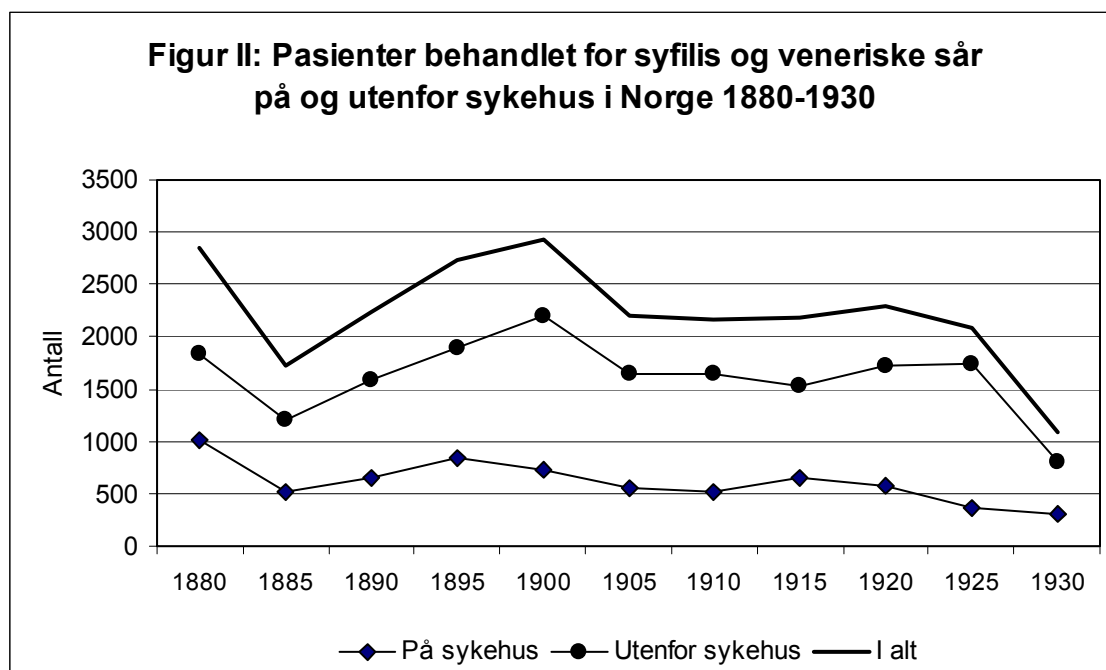
Videre sier ikke medisinalstatistikken hvor mange som led av kjønnssykdom etter dagens måte å diagnostisere på. Den medisinske kunnskapen var ikke den samme som i dag, og i løpet av perioden ble måten man kategoriserte de forskjellige symptomene på endret. Det har derfor ikke vært hensiktsmessig å skille syfilis fra veneriske sår (ulcus molle) i diagrammene, siden dette bare delvis ble gjort i medisinalstatistikken. Kategorien syfilis omfatter altså en rekke pasienter som antageligvis led av den mindre alvorlige sykdommen ulcus molle.



Kilde: NOS Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge, 1880-1930.

¹⁰⁷ Medisinalberetning 1925:24.

¹⁰⁸ Astrup 1900.



Kilde: NOS Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge, 1880-1930.

Hva sier disse diagrammene om omfanget av veneriske sykdom? Det mest iøynefallende er at gonoré var en mer utbredt sykdom enn syfilis. Utbredelsen av disse sykdommene varierte også noe fra år til år, og det var en tendens til at gonoré ble mer utbredt, mens syfilis ble sjeldnere i løpet av perioden. Lundberg forklarer økningen i antallet tilfeller av gonoré i Sverige på 1890-tallet med en økt kunnskap om og oppmerksomhet på sykdommen blant svenske leger.¹⁰⁹ Det er rimelig å tro at antallet rapporterte tilfeller av gonoré økte mer enn de reelle tilfellene også i Norge. Rundt 1900 flatet kurven for gonoré ut, men fra 1920-tallet økte utbredelsen av sykdommen igjen. Første verdenskrig, økonomisk oppgang og økt bydannelse kan forklare dette. For i kjølvannet av dette kom senere ekteskapsinngåelser, økte muligheter til utenomekteskapelige forhold i byene og mer natteliv. Også syfilis' utbredelse økte i begynnelsen av perioden. At sykdommen igjen ble sjeldnere kan forklares med økt bevissthet om sykdommen og dens symptomer og ikke minst legevitenenskaplige oppdagelser.

I 1880 ble det registrert 2848 tilfeller av syfilis og 3486 tilfeller av gonoré i Norge. Samme år ble det registrert totalt 109 324 tilfeller av epidemisk sykdom, som forårsaket 2060 registrerte dødsfall.¹¹⁰ De veneriske sykdommene utgjorde altså bare en liten del av de sykdommene som truet folkehelsen, og som ble registrert av medisinaldirektøren. I utbredelse kan man ikke sammenligne kjønnsykdommene med andre folkesykdommer,

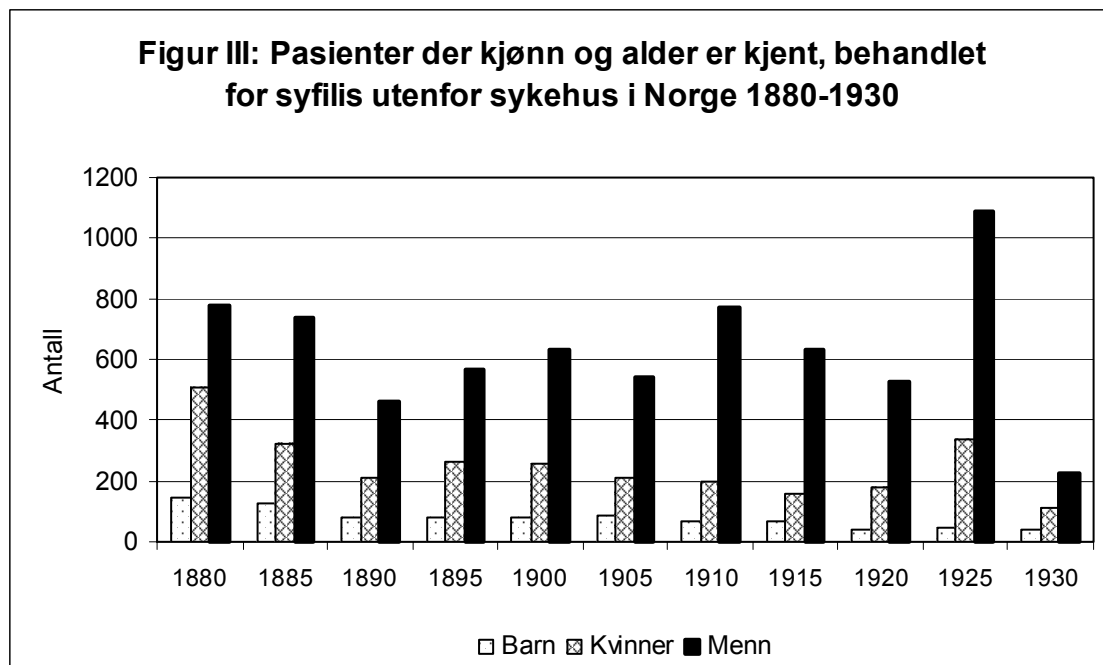
¹⁰⁹ Lundberg 1999:172.

¹¹⁰ NOS Beretning om Medicinalforhold og Sundhetstilstanden i Norge 1880:8*.

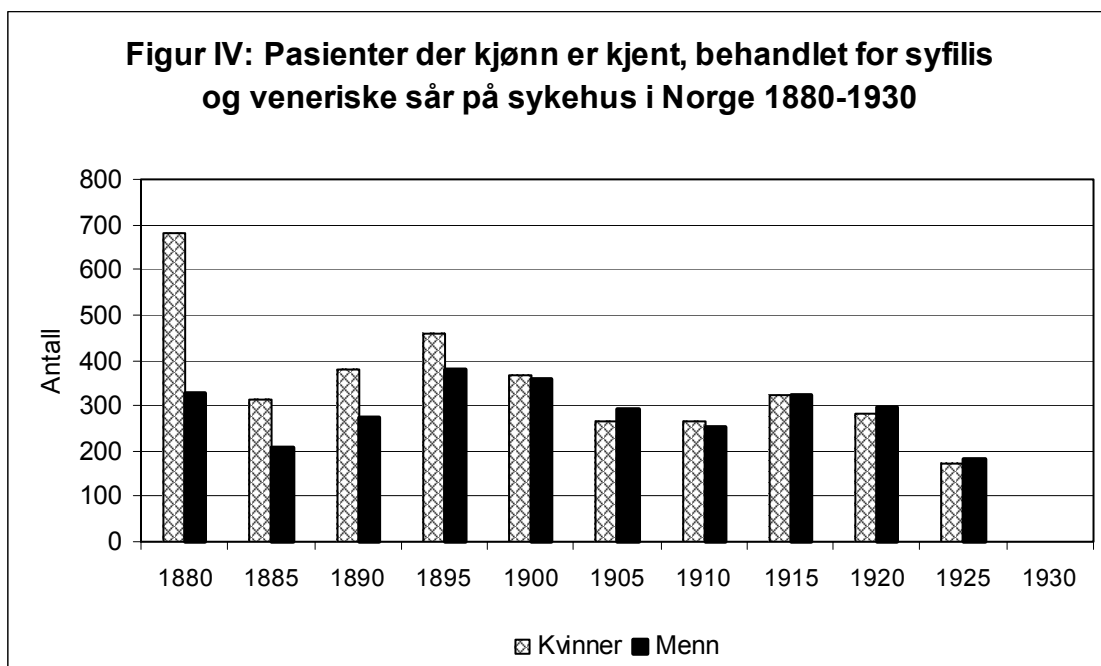
som for eksempel tuberkulose. Kjønnssykdommene hadde også mye lavere dødelighet enn mange andre smittsomme sykdommer. Allikevel var ikke dette marginale sykdommer, de ble omtalt i de legevitenenskaplige tidsskriftene og ble ansett som betydelige trusler mot folkehelsen.

Omfanget av behandlingen

Medisinalstatistikken gir også opplysninger om kjønn og alder til dem som ble behandlet for venerisk sykdom, om man studerer disse nærmere, vil en se hva slags behandling legene mente var best for de forskjellige pasientene. For de pasientene som ble behandlet utenfor sykehus gir medisinalstatistikken mangelfulle opplysninger, det er bare oppgitt kjønn og alder for en liten del av de syke. Der utgjør antallet kvinner, menn og barn til sammen færre enn det antallet pasienter statistikken sier har blitt behandlet i alt. Opplysningene fra sykehusene er mer fullstendige, men der har det dessverre ikke vært mulig å skille barna fra de øvrige pasientene. Jeg har delt opp syfilispatientene etter kjønn (og skilt barn fra voksen) og satt det inn i to stolpediagram. For året 1930 ble det ikke oppgitt hvordan de sykehuspasientene fordelte seg på kjønn og alder, så dette er utelatt.

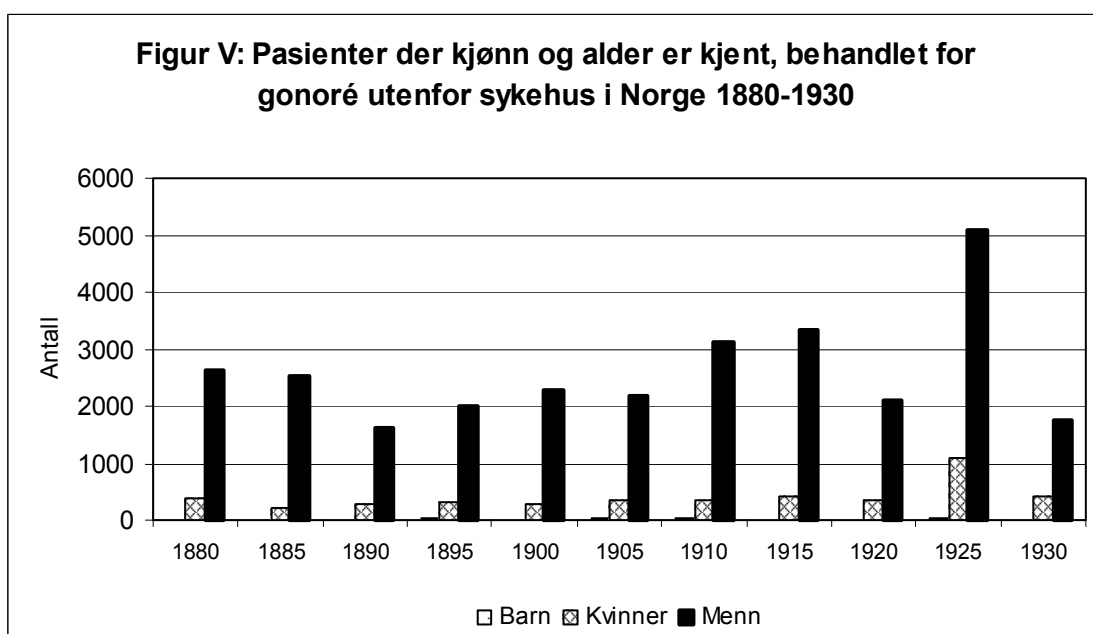


Kilde: NOS *Beretning om Medicinalforholdene og Sundhetstilstanden i Norge, 1880-1930.*

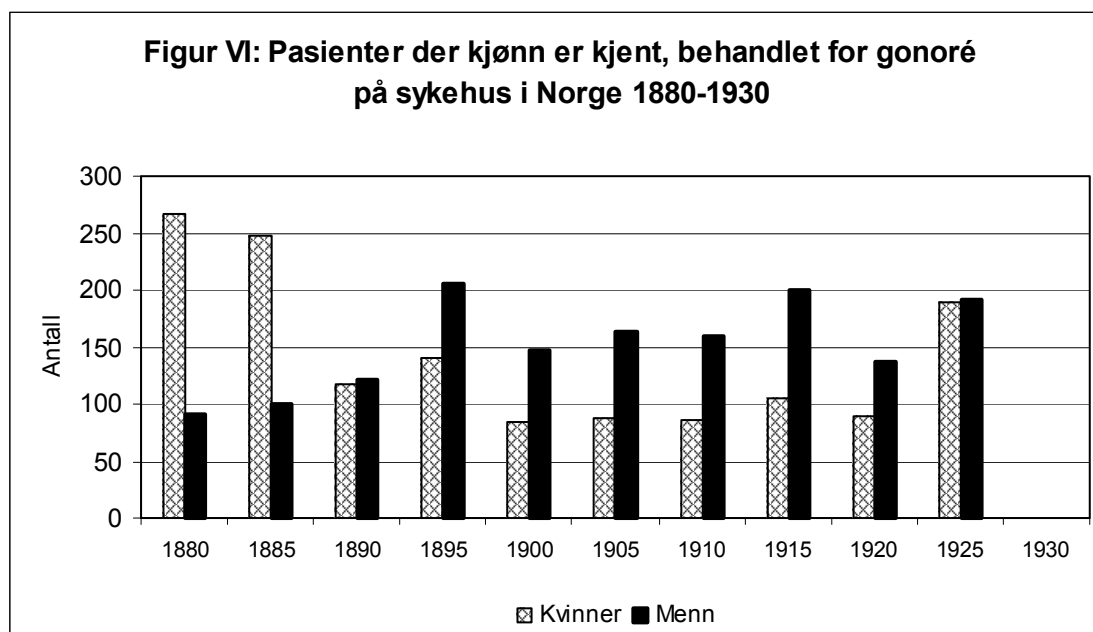


Kilde: NOS *Beretning om Medicinalforholdene og Sundhetstilstanden i Norge, 1880-1930.*

Det påfallende med denne oversikten er at kvinner utgjorde majoriteten av de som ble behandlet på sykehus. Av de pasientene som ble behandlet utenfor sykehus var det derimot en klar overvekt av menn. Tilsvarende diagram for pasientene med gonoré, viser den samme tendensen.



Kilde: NOS *Beretning om Medicinalforholdene og Sundhetstilstanden i Norge, 1880-1930.*



Kilde: *Beretning om Medicinalforholdene og Sundhetstilstanden i Norge.*

På sykehuset ble det lagt inn omtrent like mange menn og kvinner med gonoré. Blant de som ble behandlet utenfor sykehus var det store flertallet menn, kvinner utgjorde kun ti til tjue prosent av disse. Hvorfor fikk menn og kvinner forskjellig behandling? En mulighet kan være at de veneriske sykdommene har forskjellig forløp hos kvinner og menn, og at det derfor oftere var nødvendig å legge kvinner inn på sykehus. Spesielt kunne gonoré føre til flere komplikasjoner hos kvinner enn hos menn.¹¹¹ Forskjell i menns og kvinners fysiologi kan nok til dels forklare den forskjellige behandlingen de fikk.

Men dette var ikke den eneste årsaken til at kvinner så ofte ble lagt inn på sykehus. De som fikk behandling utenfor sykehus, fikk gjerne denne hos en privat lege som pasienten hadde oppsøkt frivillig. Sykehusinnleggelsene skjedde gjennom det offentlige helsevesenet, og man må regne med at denne behandlingen i mindre grad var frivillig. I denne gruppen fantes det blant annet prostituerte kvinner som ble tvangsinnlagt på sykehus etter å ha blitt funnet syke på de obligatoriske helseundersøkelsene (se neste kapittel). At antallet kvinnelige gonorépasienter sank kraftig i 1890 kan ha hatt en rekke årsaker, men det er rimelig å sette dette i forbindelse med at reglementeringen opphørte i hovedstaden i 1888.

I 1902 skrev Rudolf Krefting et innlegg i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* der han tok til orde for at kvinner i Kristiania lettere skulle få behandling for venerisk

¹¹¹ Lundberg 1999:173.

sykdom utenfor sykehus.¹¹² Slik ville flere kvinner søke behandling og mer respektable kvinner kunne unngå dårlig påvirkning fra de øvrige sykehuspasientene. I dette innlegget får man inntrykk av hvorfor behandling utenfor sykehus ikke var så tilgjengelig: «Det kan ikke negtes, at kvinder med venerisk sygdom egner sig mindre til ambulatorisk behandling end mænd. Naar de er upaalidelige, er de ogsaa værre end de værste mænd [...]».¹¹³ Det var altså på grunn av manglende pålitelighet man valgte å sykehusinnlegge kvinnene. Men til tross for dette ønsket altså Krefting å gjøre ambulatorisk behandling lettere tilgjengelig for kvinner. «Selvom den hygieniske betryggelsen skulle blive liden, maa det dog være bedre, end at mange aldeles undlader at lade sig behandle, dels af mangel paa midler, dels af frykt for indleggelse».¹¹⁴

Yngvar Ustvedt (1864-1938), sunnhetsinspektør i Kristiania svarte på Kreftings innlegg.¹¹⁵ Han mente det var tilstrekkelig adgang for kvinner til ambulatorisk behandling i Kristiania, og han ønsket ikke å gjøre dette ytterligere tilgjengelig. I dette svaret bekrefter Ustvedt inntrykket av at det først og fremst var for å kontrollere smitte, spesielt gjennom prostitusjon, at man la kvinner inn på sykehus:

«det forekommer mig at være indlysende, at sundhedskommissionen vanskelig kan gaa med paa ambulatorisk behandling af veneriske kvinder, der intet andet har at ernære sig med end utugt [...] saadanne maa selvfølgelig indlægges i sygehus. Det vil derfor ogsaa være indlysende, at man for hvert enkelt tilfælde maa overveie, hvorvidt ambulatorisk behandling kan tilstedes eller ikke».¹¹⁶

Så sykehusinnleggelse var ikke bare et middel for å kurere de syke. Det var også et middel for å kontrollere dem som hadde smittsom kjønnsykdom. Om kontrollen var nødvendig eller ikke, var en vurdering legene tok. Og etter å ha studert hvor hyppig kvinner ble lagt inn på sykehus, ser det ut til at legene oftere konkluderte med at kvinnene ved sin livsførsel utgjorde en smitterisiko enn det menn gjorde.

Lundberg har undersøkt hvem som ble lagt inn i kurhus i Sundsvall mellom 1846 og 1900. Hun har funnet at kvinner her unngikk å søke legehjelp for veneriske og andre sykdommer. Til tross for at mange prostituerte ble tvangsinnlagt med venerisk sykdom, var det en overvekt av menn på sykehuset i Sverige. Lundberg forklarer dette med at kvinner

¹¹² Krefting 1902.

¹¹³ Krefting 1902:447.

¹¹⁴ Krefting 1902:447.

¹¹⁵ Ustvedt 1902.

¹¹⁶ Ustvedt 1902:550.

ble stigmatisert om de søkte hjelp for veneriske sykdommer, de kunne bli mistenkt av den øvrige befolkningen for å drive prostitusjon. En annen grunn til at (spesielt enslige) kvinner ikke søkte legehjelp var at de ikke hadde tid eller råd til å ta omsorg for egen helse. De kvinnene som ble lagt inn på sykehus var de som ikke hadde råd til å betale for privatbehandling for venerisk sykdom, og som heller ikke sto i en posisjon der de kunne forsvare seg mot fordømmelse og stigmatisering fra samfunnet.¹¹⁷

Selv om det i Norge ble lagt inn flere kvinner enn menn for venerisk sykdom, ikke færre som i Sundvall i Sverige, kan Lundbergs analyse også kan ha gyldighet for de norske forholdene. Kvinner tjente mindre enn menn, og en kvinnes «fall» ble sett på som mye mer alvorlig enn en manns¹¹⁸ Derfor hadde ikke kvinner mulighet til å gå til en privat lege og få diskret behandling samtidig som hun opprettholdt arbeidsforhold og bosted. Hvis en kvinne visste hun kunne miste jobben ved å søke medisinsk hjelp for en kjønnssykdom, var det ikke merkelig at hun utsatte dette til det var tvingende nødvendig. Da kunne sykehusbehandling være den eneste behandlingen hun kunne motta, uten arbeid hadde hun ikke mulighet til å forsørge seg mens hun ventet på å bli frisk nok til igjen å søke arbeid (et sted ryktene om sykdommen ikke hadde nådd).

Konklusjon

Fra slutten av 1800-tallet økte medisinenes mulighet til å diagnostisere og behandle de veneriske sykdommene. Bakteriologien og nye teknikker ga legene nye muligheter til å diagnostisere og behandle sykdommene. Samtidig leverte fagmedisinen premisser for det forebyggende arbeidet. Skillet mellom de skyldige og uskyldige kjønnssyke legitimerte inngripen fra myndighetene, og det kunne brukes til å begrunne forskjellig behandling overfor pasientene. Men skillet mellom de skyldige og de uskyldige var ikke entydig. Å frata en del av pasientene skyld var også en måte å gi disse en oppreisning og å avstigmatisere kjønnssykdommene.

Kunnskapen om at syfilis og gonoré kunne skade barna til de kjønnssyke, ga næring til redselen for de veneriske sykdommene: De var ikke bare selvforskyldte, men kunne overføres som en skamfull arv og gi barna et liv i smerte og sykdom. Når dette ble koblet med arvehygiene og sosialdarwinistiske teorier, ble kjønnssykdommene en trussel for hele samfunnet og innbyggernes helse. Norge kunne bli en nasjon av idioter og evne-

¹¹⁷ Lundberg 1999:230-232.

¹¹⁸ Bredsdorff 1973:144.

veike hvis kjønnssykdommene fikk spre seg ukontrollert. Dette ga samfunnet rett til å gripe inn for å hindre smitte, sykdommene ble et samfunnsproblem. Samtidig ble kjønnssykdommene knyttet til en seksuell praksis som stred mot den borgerlige moralnorm. Utroskap, prostitusjon og tøylesløshet var vektorer for venerisk smitte. Forestillingene om «de andres» seksuelle praksis og vissheten om at konsekvensene av denne kunne ramme helt uskyldige fant sted i et samfunn der klassemotsetninger og strid om kjønnsmoral sto mye sterkere enn i dag. Kjønnssykdommene handlet i ytterste konsekvens om samfunnsorden.

Mot en slik trussel måtte myndighetene handle. Legevitenskapen hadde definert hvem som var offer for kjønnssykdommene, nemlig de som uskyldig led for andres umoral. Men den hadde også definert hvem som utgjorde trusselen: de som hadde mange seksualpartnere. Dette er ikke så overraskende, jo flere seksualpartnere en har, jo større er den statistiske sannsynligheten for å få en kjønnssykdom og for å overføre den til andre. Men antagelser om risikogrupper var ikke bare bygget på kunnskap om seksuell adferd. Det var den grenseoverskridende seksuelle praksis det offentlige antok medførte risiko. Prostituerte utgjorde en smittefare og måtte behandles på sykehus. Kundene deres var det ikke nødvendig (eller sosialt mulig) å kontrollere på samme måte. Legenes råd til politikerne var å undersøke og kontrollere de prostituerte og å gjøre behandling lett tilgjengelig for dem som hadde blitt smittet på mer respektabelt vis.

Kapittel 3: Politikk og juss

«Under disse Omstændigheder kan det vanskelig nægtes, at Statsmyndighederne har Opfordring til at gribe til endog meget skarpe Midler, naar de blot kan godtgjøres at være effektive til Ondets Forebyggelse eller Bekjæmpelse»
B. Getz 1892.¹¹⁹

I hele perioden jeg studerer, var det enighet om at de veneriske sykdommene utgjorde en betydelig trussel mot folkehelsen. I denne situasjonen var det enighet om at myndighetene hadde et spesielt ansvar for å forebygge sykdommene. For å gjennomføre dette trengte man en lov som regulerte arbeidet mot de veneriske sykdommene og klarla hvem som hadde ansvar for dette.

Det ble gjort flere forsøk på å vedta en slik lov i løpet av perioden, og det ble utarbeidet flere lovforslag. Men Norge fikk ikke en egen kjønns sykkelov før i 1947. Ved århundreskiftet fikk Norge særlover for behandling av lepra og tuberkulose. I Sverige ble Lex Veneris vedtatt i 1918, og denne loven inspirerte norske myndigheter til å utarbeide et lignende lovforslag. Så hvorfor ble det ikke vedtatt en kjønns sykkelov i Norge? For å finne svaret på dette må man se både på de gjeldende lovene, og på hvilke lovforslag som ble utarbeidet og hvilke mottagelser de fikk.

Sunnhetsloven

Gjennom hele perioden ble arbeidet mot de veneriske sykdommene regulert etter sunnhetsloven fra 1860. Loven tok sikte på å forbedre helsetilstanden og redusere dødeligheten i Norge. Da den ble vedtatt, var det først og fremst smittsomme sykdommer som truet folkehelsen, så loven fokuserer på tiltak mot disse.¹²⁰

Loven har to deler. Den første handler om generelle miljøtiltak for å fremme helse og om hvordan helserådene skulle organiseres. Den andre delen handler spesielt om tiltak mot smittsomme sykdommer. Det står ikke nevnt eksplisitt i loven hvilke sykdommer den omfatter, den skulle gjelde alle ondartede og smittsomme sykdommer. Syfilis ble imidlertid nevnt som et eksempel på en slik sykdom i lovutkastet.¹²¹

I følge loven skulle det opprettes et helseråd i hver kommune. Rådet skulle ledes av en lege og ellers bestå av medlemmer fra kommunestyret, i byene skulle det i tillegg være

¹¹⁹ Getz 1892:9.

¹²⁰ I 1860 hadde man riktig nok ikke samme oppfatning av smitte som man har i dag. Allikevel var bekjæmpelse av stoffer man mente var sykdomsframkallende viktig.

en jurist og en ingeniør.¹²² Oppgavene til helserådet var å bekjempe smittsomme sykdommer, innrapportere tilfellene og sørge for generelt helsefremmende tiltak, blant annet ved å opplyse befolkningen om hvordan de kunne få bedre helse. Ved epidemier skulle kommisjonen sørge for «hvad Sygdommens Beskaffenhed påkræver».¹²³ Helserådene fikk vide fullmakter når det gjaldt å bekjempe sykdom. De kunne blant annet ekspropriere egnet lokale til sykehusdrift hvis dette var nødvendig.¹²⁴ § 21 ga kommisjonen rett til å isolere de syke. For å avverge at helserådenes makt ble for stor, måtte kommunestyret godkjenne tiltakene de foreslo.¹²⁵ Helserådene hadde altså vide fullmakter, innenfor rammer vedtatt av et folkevalgt organ.

I sunnhetsloven fikk legene en sentral plass i det forebyggende arbeidet. At distriktslegene som formenn i helserådene fikk et stort arbeidsfelt, kan forstås som en seier for dem som ville øke legenes og ekspertenes makt. Allikevel tok det tid før loven ble praktisert slik initiativtakerne hadde ønsket. Anne-Lise Seip har skrevet om leger som var oppgitte over hvor lite lydhøre kommunestyrene var for deres initiativ for å bedre sunnhetsstilstanden.¹²⁶

I denne sammenhengen er det to ting å merke seg når det gjelder sunnhetsloven. For det første var dette en lov som skulle *motarbeide smitte*. For det andre skulle dette arbeidet utføres *lokalt*: i helseråd på kommunenivå. I del to har jeg studert hvordan helserådet i Bergens forebygget veneriske sykdommer med utgangspunkt i loven, dette viser hvordan arbeidet virket i praksis. Men man må regne med at det var store lokale variasjoner i sykdomsforebyggingen. Hvor utbredt man trodde veneriske sykdommer var i kommunen, lokale tradisjoner i offentlig arbeid og synet på inngripen i privatlivet spilte inn her. Slik loven virket, var helserådenes arbeid styrt av de økonomiske og menneskelige ressursene kommunene rådde over, og av hvilken gjennomslagskraft legene hadde i kommisjonene.¹²⁷

Paragraf 21

Sunnhetslovens § 21 regulerte bruk av tvang, den lød:

¹²¹ SF 1859-1860, Ot. prp. 34:11.

¹²² Seip 1994:229.

¹²³ Sunnhetsloven, § 15.

¹²⁴ Sunnhetsloven, § 18.

¹²⁵ Seip 1994:230.

¹²⁶ Seip 1994:232.

¹²⁷ Schjønby 1996:77.

«Personer der lider av ondartede sykdommer, hvis videre utbredelse er å befrykte, skal være forpliktet til, når sunnhetskommisjonen eller øvrigheten påstår det, at la sig behandle på et sykehus, såfremt de ikke uten opphold kan skaffe sig en efter legens formening betryggende pleie i hjemmet eller annen privat bolig.»

I denne sammenhengen er setningen *hvis videre Udbredelse ved Smitte kan være at befrykte* sentral. Sunnhetsloven åpnet for bruk av tvang dersom det var fare for at pasienten ellers kunne smitte andre. Veneriske sykdommer sto i en særstilling her, siden de er definert som sykdommer som smitter ved seksuell kontakt. Det skulle mer til enn bare å ha en kjønnssykdom for å falle inn under § 21, det måtte også være sannsynlig at en ville ha seksuell omgang med en frisk person. Helsrådet måtte gjøre en vurdering av den sykes seksualvaner i forbindelse med sykehusinnlegging. Her kommer det et moralsk aspekt inn. At dette var den riktige tolkningen av paragrafen ble understreket i et skriv fra Justisdepartementet om veneriske sykdommer fra 1905:

«Forsaavidt angaar veneriske Syge vil Sundhedskommissionen have at tage Hensyn foruden til Sygdommens Art, Smitteevne og Almenfarlighed, ogsaa til vedkommende Syges Livsforhold, Moralitet og andre Omstendigheder, som kan gjøre det mere eller mindre sandsynligt, at Smitten fra ham (eller hende) vil kunne overføres til Andre.»¹²⁸

Slik fikk sunnhetsloven andre følger for pasienter med venerisk sykdom, enn for dem som hadde sykdommer som smittet på andre måter. Et annet aspekt med § 21 er det økonomiske. Velstående mennesker kunne «skaffe sig [...] betryggende pleie i hjemmet». Folk fra lavere sosiale lag sto i større fare for å bli tvangsinnlagt. Lovens § 21 åpner for bruk av tvang overfor fattige, antatt umoralske mennesker, mens de man mente var moralske og velstående, ikke risikerte tvangsinnleggelse. Dette hang sammen med hvordan kjønnssykdommer smittet, og hvordan helserådene tenkte rundt risikogrupper.

Det er usikkert om § 21 egentlig åpnet for tvangsinnleggelse på sykehus for kjønnssyke. I stortingsmelding 32 fra 1928 ble det diskutert om myndighetene hadde anledning til å bruke tvang, svaret var nei:

«Der antas ikke å være adgang til tvangsundersøkelse av kjønnssyke. [...] Kjønnssyke har ikke plikt til å la sig behandle og er for øvrig ikke pålagt særlige plikter bortsett fra straffelovens forbud mot å utsette andre for smitte (strl. §§ 155, 156, og 358).»¹²⁹

¹²⁸ Rundskriv fra Justisdepartementet 26. mai 1905. I Norsk Lovtidende 2. avdeling. 1905:245-246.

¹²⁹ SF 1928. St. med. 32:4.

Igjen var det vesentlige ikke å smitte andre. Hvordan disse bestemmelsene ble overholdt i praksis, kan godt ha vært annerledes. I et lovutkast fra 1899/1900, handlet § 8 om tvang. Lovomiteen ønsket at det skulle kunne brukes tvang overfor kjønnssyke og de mente at dette allerede ble praktisert «til dels med Hjemmel af Sundhetsloven af 1860 § 21.»¹³⁰

I denne sammenhengen er det ikke så interessant om praksis var hjemlet i lov eller ikke, det viktige er hvilke tiltak som faktisk ble brukt. Og i det forrige sitatet går det fram at det ble brukt tvang, selv om noen mente det egentlig ikke var adgang til dette.

Reglementeringen

Veneriske sykdommer ble gjerne forbundet med prostitusjon, fordi livsførselen til prostituerte medførte risiko for å spre smitte. Mange europeiske land innførte derfor rutinemessige kontroller med prostituerte, for å forhindre at de smittet kundene sine. Dette systemet, med innskrevne prostituerte som måtte la seg undersøke, med jevne mellomrom het reglementeringssystemet. I tillegg til de medisinske undersøkelsene måtte prostituerte underkaste seg spesielle regler, som kunne regulere klesdrakt og hvilke tider de kunne oppholde seg på offentlige steder. Slik ville myndighetene sørge for at prostitusjonen var minst mulig smittefarlig og vekket minst mulig forargelse.

Systemet ble først innført i Frankrike mot slutten av 1700-tallet, og herfra spredte det seg til de fleste europeiske landene.¹³¹ I Norge ble visitasjon av prostituerte innført i Bergen i 1816,¹³² i Kristiania i 1840.¹³³ Visitasjonssystemet lå under politiet, og prostituerte måtte møte hos politilegen for regelmessige kontroller. Hver kvinne fikk en bok der det ble notert at undersøkelsen hadde funnet sted. Også kvinner som kun var mistenkt for prostitusjon kunne kalles inn til kontroll, slik ville man fange opp de hemmelige, skjulte prostituerte.

Dette systemet fant sted samtidig med at prostitusjon var ulovlig i Norge. Allikevel valgte myndighetene å se gjennom fingrene med prostitusjonen, hvis de prostituerte underkastet seg legekontroller. Hemmelig prostituerte, de som ikke var registrerte og som dermed ikke var gjenstand for visitasjon, kunne derimot bli straffeforfulgt. Disse skjulte prostituerte ble sett på som en mer alvorlig helsefare enn de erfarne heltidsprostituerte,

¹³⁰ SF 1899/1900. Oth. Prp. Nr. 2:19.

¹³¹ Baldwin 1999:358.

¹³² Harris 2000:50.

¹³³ Melby 1977:20.

fordi de ikke bare lurte seg unna kontroll, men i tillegg ga kundene et falskt inntrykk av å være ufarlige.¹³⁴

Motstanden mot systemet

Reglementeringen var omstridt. I Norge begynte motstanden mot systemet i 1870-årene, med naboklager i strøkene i Kristiania der bordellene lå. Senere engasjerte kirken og politiske organisasjoner seg i saken.¹³⁵

Kari Melby har studert de forskjellige gruppenes argumenter og forståelse av situasjonen, og har funnet at debatten før 1888 var preget av samarbeid blant de som var mot reglementeringen. Systemet bygget på en rettslig selvmotsigelse som det var lett å argumentere mot. Kvinnesakskvinner, Sedelighetsforeningen, sosialdemokratene og Arbeidersamfunnet var aktører i kampen mot reglementeringssystemet, mens legene og de kommunale politimyndighetene forsvarte det. At legene forsvarte reglementeringen er ikke så overraskende, på bakgrunn av det som kom fram i forrige kapittel. De medisinske aktørene i debatten var opptatt av faren kjønnsykdommene utgjorde, og de godtok vidtrekkende tiltak for å hindre sykdommene fra å spre seg til personer som ikke selv var skyld i smitten.

Etter at reglementeringen ble avskaffet i Kristiania i 1888, mener Melby at enigheten mellom abolistene var over, og at frontene i debatten endret seg. Nå var uenighetene basert på kjønn og profesjon, ikke ideologisk forankring. Gruppene som tidligere hadde vært enige om at reglementeringen burde opphøre, var ikke enige om hvordan man skulle forebygge de veneriske sykdommene og i hvilken grad prostitusjon skulle tolereres. Grunnen til at gruppene ikke lenger kunne enes var at de hadde bygget motstanden på ulik ideologisk basis. Alle aktørene var mot reglementering fordi det legitimerte prostitusjon, et fenomen de mente at staten heller skulle motarbeide. Men hvordan og hvorfor var de ikke enig om. Sedelighetsforeningen ønsket at forbudet mot prostitusjon skulle håndheves sterkere, fordi den truet den borgerlige moralen og familieverdiene. Kvinnesaksforeningen ville derimot avskaffe reglementeringen fordi den var kvinnediskriminerende og uverdigg for de prostituerte selv. Deres løsning på

¹³⁴ Bergen Sundhedscommission 1888:51.

¹³⁵ Melby 1977:38.

prostitujonsproblemet var å styrke kvinners økonomi og gi dem mer styring over eget liv, noe som stred mot Sedelighetsforeningens mål.¹³⁶

Reglementeringen utenfor Kristiania

Debatten rundt reglementeringssystemet er kjent. Siden mange forfattere og kulturpersonligheter deltok i debatten om prostitujsjonen og kjønnsmoralen, lærer man om dette på skolen i dag. Kristian Kroghs engasjement mot reglementeringen, manifestert i romanen *Albertine*, og maleriet med samme navn, er klassikere. Men historien pleier å slutte i 1888. For 15. februar dette året ble reglementeringen avskaffet i Kristiania etter vedtak i regjeringen 11. november året før.¹³⁷

Selv om dette var en avgjørelse tatt av regjeringen, var det ikke et nasjonalt pålegg, og i Bergen og i Trondheim fortsatte de regelmessige undersøkelsene av prostituerte.¹³⁸ Da Den norske sedelighetsforeningen avholdt konferanse i Bergen i august 1898, var reglementeringssystemet fortsatt et tema. Juristen og sedelighetsmannen Bredo Morgenstjerne holdt et foredrag om reglementeringsspørsmålet. Temaet var relevant, mente han, både fordi noen hadde tatt til orde for å gjeninnføre systemet i Kristiania, og fordi man i Bergen og Trondheim «[...] i det væsentlige har bibeholdt systemet uforandret».¹³⁹ I diskusjonene etter foredraget fortalte politimesteren i Bergen, Julius Olsen, om hvordan reglementeringen ble praktisert i byen. Han fortalte at det kun var 30 innskrevne prostituerte, og at bare ti av disse faktisk ble undersøkt.

«Reglementeringen maatte under disse omstændigheder siges at være faktisk ophævet; ingen kunde vel tænke sig, at den offentlige trang til usedelighet her i Bergen kunde tilfredsstilles ved 30 kvinder.»¹⁴⁰

Man kan jo lure på hvor mange kvinner det etter Olsens mening var bruk for. For politimesteren var det viktigere å påpeke at systemet i Bergen ikke var i strid med instruks fra sentrale myndigheter og at de lokale myndighetene ikke hadde blitt bedt om å avvikle systemet.¹⁴¹ Men dette var det uenighet om, i *Bergens aftenblad* ble det påpekt etter konferansen at Bergen kommune i 1893 hadde fått et brev fra justisdepartementet der

¹³⁶ Melby 1977:kap.11.

¹³⁷ Christiania Sundhedscomission 1889:22.

¹³⁸ Getz 1892:6.

¹³⁹ Sedelighetsforeningen 1899:33.

¹⁴⁰ Sedelighetsforeningen 1899:43.

¹⁴¹ Sedelighetsforeningen 1899:42-43.

de ble pålagt å avskaffe reglementeringen.¹⁴² Fire dager senere svarte Olsen med å vise til at det samme departementet i 1896 hadde avvist forespørsler om å pålegge Bergen og Trondheim dette.¹⁴³

Så det var ikke slik at reglementeringssystemet ble avvirket i hele landet i 1888, slik en får inntrykk av ved å lese forskningslitteraturen.¹⁴⁴ Debatten om prostitusjon og venerisk smitte var heller ikke slutt da. Ordvekslingen i *Bergens aftenblad*, gir inntrykk av at det ikke en gang var klart om reglementeringen var avskaffet eller ikke. Når det gjelder det siste spørsmålet var vel dette avhengig av hvilken grad av kontroll overfor prostituerte som skulle til for at man skulle kalle det reglementering. Også mange av dem som var mot visitasjon av prostituerte mente at myndighetene skulle ha mulighet til å bruke ekstraordinære tiltak overfor dem. Stridens kjerne var hvem som skulle ha denne myndigheten, helserådet eller politiet. Og hva skulle føre til tiltak: mistanke om smittespredning, eller mistanke om prostitusjon?

Kristiania etter 1888

Også i Kristiania sto disse spørsmålene sentralt. I 1888 ble kontrollen med kjønnsykdommer overført fra politiet til helserådet. Samtidig ble det smitteanmeldelse, ikke anmeldelse for prostitusjon som skulle utløse kontroll.

I følge Melby førte ikke avskaffelsen av reglementeringen til så store endringer i kontrollen med de prostituerte. *Formen endrer seg – innholdet er det samme*, heter kapitlet hennes om kontrollen etter 1888. Hun legger vekt på at politiet fortsatte å innkalle prostituerte, for etter århundreskiftet ble de prostituerte kontrollert etter løsgjengerloven. Melby har skrevet om kontrolltiltak generelt overfor prostituerte. Min oppgave har et annet fokus, nemlig tiltak spesielt rettet mot kjønnsykdommer. Jeg vil derfor ikke gå videre inn på de midlene myndighetene brukte generelt for å kontrollere prostituerte. Men det er verdt å merke seg at avskaffelsen av reglementeringen i Kristiania ikke fikk så stor betydning for de prostituertes frihet.

Allikevel var det smitteanmeldelse, ikke prostitusjon, som skulle føre til undersøkelse i Kristiania etter 1888. Helserådet fikk hver dag inn melding om hvor mange som var blitt behandlet for kjønnsykdom av de forskjellige legene i byen. I disse meldingene var pasientene anonymisert. Om pasienten hadde oppgitt en smittekilde, derimot, skulle

¹⁴² Gjengitt i Sedelighetsforeningen 1899:107-110.

¹⁴³ Sedelighetsforeningen 1899:110-111.

denne navngis, eller beskrives så godt som mulig. Så skulle smittekilden oppspores og innkalles til undersøkelse hos helserådet.¹⁴⁵ Ingenting tyder på at disse undersøkelsene var særlig populære blant dem som ble innkalt, i 1888 måtte helserådets lege ha hjelp av politiet 26 ganger for å få de smitteanmeldte til å møte til undersøkelse.¹⁴⁶ I tillegg fikk helserådet dette året 41 anmeldelser fra andre enn leger om folk som angivelig led av kjønnssykdom. «disse anmeldelser har næsten kun angaaet kvinder.»¹⁴⁷ Vi må anta at mange av disse ble anmeldt etter mistanke om prostitusjon.

Forsøkene på å lage en særlov

I flere av kildene ble det uttrykt et ønske om en nasjonal standard for forebyggingen av veneriske sykdommer. Men det var vanskelig å bestemme hvordan arbeidet skulle organiseres. Flere ganger i løpet av perioden ble det gjort forsøk på å vedta en egen kjønnssykelov, men alle forsøkene strandet. I forbindelse med andre sykdommer som ble ansett som spesielt farlige, ble det vedtatt særlover. Lepraloven ble vedtatt i 1885, tuberkuloseloven i 1900, men Norge fikk ikke en egen kjønnssykelov før i 1947.

Særlovene mot lepra og tuberkulose var kontroversielle. Debattene før de ble vedtatt tok opp prinsipielle spørsmål om hvilken grad myndighetene kunne gripe inn i den personlige frihet for å hindre smitte.¹⁴⁸ Til tross for dette kom man til slutt til enighet. Men kjønnssykespørsmålet forble uløst. Jeg tror at det som hindret enighet, var at en slik lov også måtte ta opp problemstillinger angående prostitusjon. Diskusjonen rundt hvilke spesielle tiltak man skulle bruke for å hindre at prostituerte spredde veneriske sykdommer gjorde arbeidet med loven tidkrevende og ømtålig. Debatten berørte tema som hadde med seksualitet, moral og makt å gjøre. En annen faktor som forsinket loven var finansieringen av tiltakene.

Getz' lovutkast

Etter at reglementeringen ble avskaffet i Kristiania, ble det tydelig at det var behov for en lov som regulerte arbeidet mot veneriske sykdommer. Bernard Getz var en profilert jurist og formann for straffelovkommisjonen, han var også en sosial reformator som ønsket å

¹⁴⁴ Se for eksempel Melby 1977:109; Bredsdorff 1972:193.

¹⁴⁵ Berner 1889:105-106.

¹⁴⁶ Berner 1889:107.

¹⁴⁷ Berner 1889:107.

løse de samfunnsmessige årsakene til kriminalitet og sosiale problem.¹⁴⁹ I 1892 skrev Getz *Udkast til Lov til Modarbeidelse af offentlig Usædelighed og venerisk smitte*.

I dette utkastet skilte Getz mellom de tre kjønnsykdommene: gonoré, ulcus molle og syfilis. De to første mente han ikke var så alvorlige, og de var lette å kurere. Syfilis omtalte Getz derimot som en veldig alvorlig sykdom. «Den er dog fremdeles en av Menneskeslægtens frygteligste Fiender, og den har dog eller kan fremdeles let naa en Udbredelse, der synes en Trusel for selve Samfundene.»¹⁵⁰ Mot denne trusselen måtte myndighetene gripe inn, dette begrunnet han ytterligere med at sykdommen ikke bare rammet dem som «vellystig utsætter sig for den», men også deres barn.¹⁵¹ Argumenter som ble hevdet av fagmedisinere, ble også brukt i den mer allmenne debatten.

Slik Getz så det, var det beste virkemiddelet mot venerisk smitte å få flest mulig til å la seg behandle frivillig, så han mente at staten måtte tilrettelegge for dette. Getz åpnet for bruk av tvang, men ikke slik at det skremte folk fra å søke legehjelp når de hadde mistanke om at de var smittet av en venerisk sykdom.

For å få folk til å søke lege måtte behandling og innleggelse på sykehus være gratis.¹⁵² Kvinner som fryktet at de led av en kjønnsykdom skulle bli undersøkt av en kvinnelig lege; slik skulle terskelen for å søke hjelp bli mindre for kvinner som vegret seg for en grundig undersøkelse foretatt av en mann.¹⁵³ Getz mente at det innen få år ville være nok kvinnelige leger til at dette kunne gjennomføres (noe må kalle en dristig påstand – den første norske, kvinnelige legen ble uteksaminert året etter lovutkastet var ferdig¹⁵⁴).

Et hovedpoeng i Getz' lovutkast, og i utkastene som fulgte, var at tiltakene var ment å hindre spredning av veneriske sykdommer. Derfor var det bare kjønnsykdom i et smittsomt stadium som kvalifiserte til gratis sykehusbehandling. Loven skulle ikke omfatte ikke-smittsom kjønnsykdom, som tertiær syfilis. Lovforslagene skulle ikke først og fremst hjelpe dem som var smittet av en kjønnsykdom, det var de som *potensielt kunne* bli smittet man ville beskytte.

I tråd med dette ville Getz lovregulere forholdet mellom amme og ammebarn. Han var opptatt av at bortsatte barn og ammer utgjorde en smitterisiko, derfor skulle det være ulovlig å sette bort et syfilitisk barn til en amme. Likeledes skulle det være forbudt for en

¹⁴⁸ Seip 1984:235-240.

¹⁴⁹ *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*. Bind 6:105.

¹⁵⁰ Getz 1892:9.

¹⁵¹ Getz 1892:9.

¹⁵² Getz 1892:2, §7.

¹⁵³ Getz 1892:42.

¹⁵⁴ Schiøtz 2003:145.

syk kvinne å være amme, og det skulle videre være forbudt å medvirke til dette. Andre tiltak for å hindre spredning av venerisk smitte ville, i følge Getz, være å spre kunnskap om sykdommene, slik at folk ville være forsiktige med å utsette seg for smitte.¹⁵⁵ Videre ønsket han rutinemessige undersøkelser av militært personell.¹⁵⁶ Disse tiltakene foreslo han ikke å nedfelle i lov, men han ville påvirke praksis i denne retning.

Getz la som sagt vekt på å få venerisk syke til frivillig å søke behandling. Men trusselen om tvangsbehandling var riset bak speilet. Prostituerte og tidligere syke kunne bli tvangsbehandlet. Det skulle være ulovlig å smitte andre om man var klar over at man var syk, hvis man var mistenkt for dette, skulle man kunne undersøkes med tvang.

Ved første øyekast ser forslaget ut som det er preget av en universalistisk tankegang, fordi tiltakene tilsynelatende skulle gjelde alle som var smittet. Ved nærmere lesing ser man imidlertid en del særbestemmelser for prostituerte. Tanken om frivillighet blir også mindre absolutt siden alternativet til frivillig behandling i mange tilfeller kunne være tvangsbehandling.

Et nytt lovforslag - og et til

Til tross for at Getz åpnet for bruk av tvang for å hindre smittespredning, mente mange at tiltakene i forslaget hans ikke var effektive nok, og at det var behov for mer kontroll med potensielle smittebærere.¹⁵⁷ Dette ble spesielt uttrykt fra medisinsk hold. Det medisinske selskap i Kristiania vedtok i 1893 og i 1898 resolusjoner om at lovforslaget ikke tok de nødvendige forholdsregler mot smitte. De ønsket en lov med mer mulighet til sanitær kontroll av prostituerte.¹⁵⁸ I 1899 ble det satt ned en ny lovkomité for å utarbeide et nytt lovforslag på bakgrunn av Getz' utkast. Foruten Bernard Getz som var formann, besto komiteen av stadsfysikus Gotfred Bentzen, professor i hudsykdommer Cæsar Peter Møller Boeck, medisinaldirektør Michael Holmboe og Morten D. E. Lambrechts, som var byråsjef i justis- og politidepartementet.¹⁵⁹ Det var altså tre leger og to jurister som skulle utarbeide forslaget, så legene hadde en sentral plass i dette arbeidet. Deres innvendinger hadde blitt tatt på alvor, og legene fikk innflytelse i det videre lovarbeidet.

¹⁵⁵ Getz 1892:40.

¹⁵⁶ Getz 1892:46.

¹⁵⁷ Melby 1977:118.

¹⁵⁸ SF 1899/1900 Oth. Prp. Nr. 2:1.

¹⁵⁹ SF 1899/1900 Oth. Prp. Nr. 2:2.

Komiteen begynte arbeidet med en ny lovtekst 1. mai 1898, og 19. mai året etter var de ferdige.¹⁶⁰ Også dette lovforslaget la vekt på gratis behandling og sykehusopphold på statens regning for folk med kjønnssykdom. Der dette lovforslaget skilte seg fra Getz', var når det gjaldt tvungne, medisinske undersøkelser: det åpnet for mer systematisk kontroll av dem man regnet med at var risikogrupper. Blant annet ble det foreslått at alle som ble satt i fengsel skulle undersøkes for veneriske sykdommer. Dette skulle også gjelde dem som ble arrestert og satt i fyllarresten, og det sto eksplisitt i lovforslaget at målet var å undersøke de prostituerte, selv om ordningen ikke lenger ville *hete* reglementering.¹⁶¹ Tanken var at prostituerte ville bli arrestert med ujevne mellomrom og da ville man ha sjansen til å undersøke dem. Med en slik ordning ville man også regelmessig undersøke menn som ble satt i fyllarrest, og dette ville motvirke smitte, siden de som ble satt i fyllarrest «tilhører den Del af Befolkningen, som baade hyppig er befængt med og ofte udbreder veneriske Sygdomme.»¹⁶²

Dette forslaget ble aldri lagt fram for Stortinget. Før forslaget skulle behandles hadde det kommet inn så mange protester at man vedtok å sende lovforslaget tilbake til departementet for ny behandling.¹⁶³ Det var Kvinnesaksforeningen og Sedelighetsforeningen som protesterte sterkest mot det nye lovforslaget. Igjen var det spørsmålet om kontroll av de prostituerte som sto sentralt, men nå var det bekymring for at myndighetene skulle få for vide fullmakter som forsinket forslaget. Kristiania sedelighetsforening satt ned en komité som uttalte seg om saken, de mistenkte at loven skulle misbrukes for å gjeninnføre reglementeringssystemet, og dermed implisitt godta prostitusjon.¹⁶⁴

Justisdepartementet tok hensyn til disse innvendingene og omarbeidet lovforslaget ytterligere før de la det fram for Stortinget i en mer moderert form i perioden 1901/02. Men heller ikke nå ble det vedtatt noen kjønnssykelov, behandlingen av forslaget i justiskomiteen ville bli for tidkrevende, og arbeidet ble utsatt.¹⁶⁵ Også neste Storting vedtok å utsette saken.¹⁶⁶ Begrunnelsen denne gangen var at det var usikkert hvor stor effekt tiltakene i forslaget ville ha. Man var også usikker på om det var riktig ikke å ha med de tiltakene som var tatt ut av loven på Sedelighetsforeningens ønske. Kostnadene ved

¹⁶⁰ SF 1899/1900 Oth. Prp. Nr. 2:2.

¹⁶¹ SF 1899/1900 Oth. Prp. Nr. 2:16-17.

¹⁶² SF 1899/1900 Oth. Prp. Nr. 2:17.

¹⁶³ SF 1899/1900 Indst. O. nr. 40:119

¹⁶⁴ SF 1901/1902 Ot. prp. nr. 11:2-6.

¹⁶⁵ SF 1901/1902 Indst. O nr. 70:158.

¹⁶⁶ SF 1902/03 Indst. O nr. 47..

å sette en slik lov ut i live ville være store. Man ønsket ikke å bruke penger, om man ikke var garantert et resultat.

– og enda et

Etter 1903 tok det flere år før det igjen ble gjort forsøk på å få en lov om venerisk sykdom. Ikke før 1919 ble dette spørsmålet behandlet i Stortinget, da ble det vedtatt å sette ned en ny komité for å utarbeide enda et nytt lovforslag. Også denne komiteen hadde et flertall av leger og i 1923 leverte de et ferdig lovforslag som i stor grad bygde på den svenske Lex veneris fra 1918.¹⁶⁷

Dette lovforslaget åpnet også for å foreta medisinske undersøkelser av soningsfanger, men ikke for undersøkelse av varetektsfanger eller fanger som var innsatt i kortere tidsrom.¹⁶⁸ Rutinemessige undersøkelser av prostituerte ble heller ikke tatt opp i lovforslaget.

Det var imidlertid kommet nye diskusjonstema. Komiteen understreket at det var nødvendig med flere laboratorier der man kunne foreta Wassermanns reaksjon, blodprøver hadde blitt viktig i diagnostiseringen av syfilis. Et annet spørsmål som ble tatt opp i forarbeidet til loven var «selvdesinfeksjon» for menn. Bruk av slike middel ble ikke nevnt i lovt teksten, men komiteen oppfordret sunnhetsmyndighetene til å gjøre slike midler tilgjengelige. Det ser imidlertid ikke ut til at disse midlene ble lette å få tak i. De var ikke i reseptfritt salg i løpet av den perioden denne oppgaven handler om.¹⁶⁹ Årsaken til at det tok så lang tid før disse midlene var i fritt kjøp, var som tidligere nevnt at mange mente at de var umoralske og oppfordret til usedelighet.¹⁷⁰

Heller ikke i 1923 var resultatet en ny lov. Det kan ha vært flere årsaker til dette. En årsak var at situasjonen hadde endret seg mellom 1919, da lovkomiteen ble nedsatt og da de leverte lovforslaget i 1923. Etter første verdenskrig var det en sterk økning i de veneriske sykdommene. Utover 1920-tallet flatet imidlertid antallet nye smittede ut. I 1923 anså ikke myndighetene situasjonen som så prekær som den hadde vært få år tidligere.

Ytterligere en grunn til at kjønns sykkeloven ble utsatt var den generelle økonomiske krisen i den offentlige økonomien i mellomkrigstiden. I løpet av 1920-tallet måtte flere sosialpolitiske tiltak legges på is fordi staten ikke hadde råd til å sette dem ut i livet. I

¹⁶⁷ SF 1928. St. med. nr. 32:1.

¹⁶⁸ Forslag til lov..., bilag til Ot.prp. nr. 5 1947:26.

¹⁶⁹ Evang 1933:262.

¹⁷⁰ Evang 1933:258.

mellomkrigstiden var det politisk vilje til å sette i gang sosialpolitiske tiltak, men de økonomiske krisene gjorde at de ikke kunne realiseres.¹⁷¹ Det er i denne konteksten sosialdepartementet ikke sa seg råd til å igangsette et nytt system for å forebygge kjønnsykdommer.

Gjeldende lover

Selv om det ikke ble vedtatt noen særlov om kjønnsykdom i perioden, ble noen bestemmelser om veneriske sykdommer tatt inn i andre lover. Etter kriminalloven fra 1874 var det straffbart å smitte andre med disse sykdommene,¹⁷² og da straffeloven ble revidert ved århundreskiftet ble denne bestemmelsen strammet inn. Da ble det straffbart å utsette andre for smitte, uavhengig av om de ble syke eller ikke. Overtredelse av loven kunne straffes med fengsel inntil tre år.¹⁷³

Amning av fremmede barn sett på som en smitterisiko for syfilis, og i straffeloven fra 1902 ble det tatt inn en bestemmelse om dette. Å sette et barn man visste var syfilitisk i pleie uten å opplyse om smittefaren var straffbart, det samme gjaldt for å sette et friskt barn til en syfilitisk amme. Om man led av syfilis hadde man også plikt til å opplyse om smittefaren om man tok tjeneste i en annen husstand, og medvirkning til disse overtredelsene var straffbart.¹⁷⁴ I Getz sitt utkast til kjønnsykelov var det bestemmelser om dette. Getz var også formann av straffelovskommisjonen, og selv om han ikke fikk bestemmelsene om forholdet mellom amme og barn i en egen lov om veneriske smitte, ble dette norsk lov i 1905 som en del av straffeloven.

Getz spilte også en viktig rolle i utformingen av vergerådsloven.¹⁷⁵ Astri Andresen har vist at denne loven ble praktisert annerledes overfor gutter og jenter. Guttene ble tatt hånd om av vergerådet for hindre kriminalitet. For jentenes del var det derimot motivert med å hindre usedelig oppførsel. I tråd med dette ble jentene undersøkt for kjønnsykdom når vergerådet skulle avgjøre om hun skulle sendes på skolehjem.

¹⁷¹ Seip 1994:19-24.

¹⁷² Straffeloven fra 1837 med endringer fra 1874. kap.30 §18.

¹⁷³ Straffeloven av 22.mai 1902 § 155.

¹⁷⁴ Straffeloven av 22. mai 1902 § 358.

¹⁷⁵ Det følgende bygger på Andresen 2001.

Ekteskapsloven

I 1918 ble det vedtatt en ny lov om inngåelse og oppløsning av ekteskap. Her ble det tatt inn en bestemmelse om at kjønnsyke ikke hadde lov til gifte seg uten å informere ektefellen om lidelsen. Ektefellen skulle også få informasjon av en lege om sykdommen og risikoen ved å gifte seg.¹⁷⁶ I forkant av loven ble et ekteskapsforbud for kjønnsyke diskutert, blant annet på et møte i medisinsk selskap i 1911. Der var det stort sett enighet om at det fra et rasehygienisk synspunkt var uheldig at syfilitikere fikk barn. Men siden det var vanskelig å stille opp en generell regel om hvor lang tid man måtte vente med å få barn, gikk man ikke inn for et ekteskapsforbud. Det holdt at man var pliktig å opplyse ektefellen om sykdommen.¹⁷⁷

Etter straffelovens § 155 var det ikke lov å smitte noen, heller ikke ektefellen med kjønnsykdom. Det kunne altså synes overflødig å gjenta dette forbudet i ekteskapsloven. Allikevel valgte man å gjøre det. Dette viser to ting. For det første var myndighetene opptatt av å hindre at kjønnsykdommer spredde seg inn i ekteskapene, man ville beskytte hustruer og barn. For det andre mente man at ekteskapsinngåelsen var et punkt der det var mulig å hindre spredning av kjønnsykdommer. Seksualitet og barn hørte til innenfor ekteskapet.¹⁷⁸

Konkusjon

Mellom 1892 og 1923 ble det gjort flere forsøk på å vedta en kjønnsykelov i Norge, man ønsket en slik lov for å sikre en nasjonal standard i arbeidet mot kjønnsykdommene. Slik ville det bli entydig hvem som hadde det økonomiske ansvaret for behandlingen av de syke, og det ville styrke kjønnsykearbeidet.

Men en slik lov ble ikke vedtatt før 1947. Kari Melby mener at dette var fordi en kjønnsykelov ikke lenger var nødvendig etter at løsgjengerloven ble vedtatt i 1900, for da fikk man et annet middel til å kontrollere prostituerte.¹⁷⁹ Løsgjengerloven var sikkert en av årsakene til at det ikke ble vedtatt en kjønnsykelov, men det var også andre tungsveiende årsaker til dette.

¹⁷⁶ Bruusgaard 1930:171.

¹⁷⁷ Skrivelse fra Direktøren for det civile medicinvesen til Justisdepartementet, datert 29. juni 1911. I Bilag til SF 1917. Ot. prp. nr. 43.

¹⁷⁸ Denne bestemmelsen i ekteskapsloven ble beholdt til 1993. Da ble den tatt ut nettopp fordi seksualitet og barneavl ikke lenger var forbeholdt ekteskapet.

¹⁷⁹ Melby 1977:123.

For det første var det økonomiske aspektet viktig. Det kostet penger å behandle og forebygge de veneriske sykdommene, og det ser ut til at dette var vanskeligere å finansiere enn andre sykdommer, som tuberkulose. Så selv om de sentrale myndighetene ønsket å standardisere kjønnsykearbeidet, måtte forsøkene på dette flere ganger utsettes på grunn av mangel på økonomiske handlingsrom.

For det andre kunne det forebyggende arbeidet gjøres med henvisning til andre lover. Helserådene hadde stort handlingsrom innenfor sunnhetsloven, og sto frie til å utforme forebyggingspolitikken i kommunene som de ønsket. Det var ingen formelle rammer som sperret helserådene mulighet til å forebygge kjønnsykdommene slik det var beskrevet i *Lex Veneris* eller i de norske lovforslagene. Det eneste hindret var at kommunene selv måtte finansiere dette. De gangene helserådet i Bergen etterlyste en kjønnsykelov, var dette ut fra økonomiske motiver, de ville at staten skulle ta det økonomiske ansvaret.¹⁸⁰ De argumenterte ikke med at helserådet ikke hadde myndighet til å sette i gang nødvendige tiltak. Også gjennom straffeloven og ekteskapsloven kunne myndighetene kontrollere de som spredte venerisk sykdom, dette virket til at behovet for en kjønnsykelov var mindre presserende.

En annen årsak til at det ikke ble vedtatt en egen kjønnsykelov var at saken var politisk og moralsk betent. Konfliktlinjene viste seg i flere diskusjoner om hvordan det forebyggende arbeidet skulle organiseres, men det var spesielt prostitusjonsspørsmålet som gjorde saken vanskelig. Hovedspørsmålet var hvilke betingelser som skulle til for at myndighetene kunne kreve undersøkelse og sykehusinnleggelse. Skulle en gripe inn overfor dem med en usedelig livsførsel som lett kunne spre venerisk sykdom? Eller skulle ikke dette være tilstrekkelig uten en konkret mistanke om smitte? Ved å fortsatt la helserådene utføre bekjempelsen av de veneriske sykdommene, trengte ikke de sentrale myndighetene å ta stilling til de kontroversielle spørsmålene. Slik kunne det enkelte helserådet ha en mer pragmatisk holdning til sykdomsbekjempelsen, og benytte de tiltakene det mente var nødvendige og mulige på det enkelte stedet. Denne delegeringen av kjønnsykearbeidet til lokalt nivå, førte til store variasjoner mellom kommuner. I Kristiania var det ikke mulig å opprettholde reglementeringen fordi motstanden var for stor. I Bergen og Trondheim, derimot, var ikke motstanden så stor og de lokale myndighetene valgte å opprettholde systemet.

¹⁸⁰ Helserådets årsberetning 1910:7.

Denne måten å organisere helsearbeidet på, førte også til forskjeller mellom hva som sto på papiret og hvordan arbeidet artet seg i praksis. I boken *AIDS og juss* har Frederik Mellbye beskrevet hvordan forebyggingen av kjønnssykdommer kunne arte seg da han var helserådsordfører i Tromsø like etter andre verdenskrig:

«Forholdet var endog drevet så langt at da den britiske nord-flåten kom på besøk til Tromsø, innkalte jeg til kontoret alle de mest aktive kvinnelige promiskuøse og påla dem – som en nasjonal plikt – ikke å utsette våre allierte for kjønnssykdom. De av dem som mente at de ikke kunne holde seg seksuelt på maten overfor pågangen fra den britiske marine, tilbød jeg ”beskyttende behandling” de dagene flåtebesøket varte, og flere tok i mot tilbudet.»¹⁸¹

En slik praksis i bekjempelsen av veneriske sykdommer kan ikke leses direkte ut av lovtekstene, her er det lagt en mer pragmatisk holdning til grunn. Mellbye har selv skrevet like nedenfor at: «Epidemiologisk arbeid består mer i å bruke vett og fantasi, enn loven.»¹⁸²

Det er vanskelig å vite hvor representativ denne holdningen har vært i de forskjellige kommunene. Mellbyes eksempel er hentet fra etterkrigstiden, og i denne perioden kan man ha hatt en annen holdning enn i en mer normalisert situasjon. Men sitatet viser at det er nødvendig å se nærmere på det forebyggende arbeidet som ble utført i kommunene, for å få et bilde av forebyggingen av veneriske sykdommer i Norge.

¹⁸¹ Kjønnstad og Mellbye1987:46-47.

¹⁸² Kjønnstad og Mellbye1987:47.

Del II: Helserådet i Bergen og de venerisk syke

I Bergen dominerte de samme temaene som i den nasjonale politikken. Helserådet måtte forholde seg til problemstillinger rundt prostitusjon, smitteanmeldelse og bruk av tvang. Disse spørsmålene fikk sine lokale løsninger gjennom den rundt femti år lange perioden som blir studert. Men det var også tema som var særegne for Bergen. Helserådet mente sjøfartsbyen var spesielt utsatt for kjønnssykdommer. Sjømenn og tilreisende søkte behandling for dem, og dette reiste spørsmål om hvem skulle betale. Løsningen ble å gjøre behandling utenfor sykehus lettere tilgjengelig, da dette var et rimeligere alternativ. Men helserådet var ikke bare opptatt av å bygge ut de frivillige tiltakene, kontrollen av de prostituerte ble opprettholdt lengre her enn andre steder i Norge.

Kap. 4: Sykehusinnleggelse

«– Se efter om det er syfilis, sa reservelægen til en af voluntørene da han var færdig. Voluntøren knapped Jarmanns benklær op og undersøgte ham – :
– Nej, der er ikke noget at se!
Reservelegen studset – : 24 år – og ikke syfilis? – Hvad kunde det da være?»
*Fra Kristiania- Bohêmen.*¹⁸³

For Bergen helseråd var det viktig å få de som led av kjønns sykdom til behandling. Som jeg har pekt på tidligere, var dette først og fremst et forebyggende tiltak, for å hindre spredning av smitte. I dette kapitlet har jeg studert hvordan sykehusbehandlingen ble organisert og finansiert i Bergen. Målet har vært å finne ut hvordan helserådet tenkte rundt behandling, og hvilke konsekvenser det fikk for arbeidet at det ikke var et statlig ansvar. Var det slik at mangel på penger gjorde sykehusinnleggelsene vanskelig, eller var Bergen en pådriver i forebyggingen av kjønns sykdommene?

Helserådets oppgaver

Etter sunnhetsloven var det helserådet som hadde ansvar for forebyggingen av de veneriske sykdommene. Rådet bestemte hvordan helsearbeidet i Bergen skulle drives, og det vedtok helseforskriftene for byen. Det var imidlertid de ansatte legene som tok seg av det daglige helsearbeidet. Under ledelse av stadsfysikus var det ansatt fire byleger, fra 1909 også en sunnhetsinspektør for smittsomme og epidemiske sykdommer.¹⁸⁴ Disse legene utførte det medisinske tilsynet, etter retningslinjer gitt av helserådet. Når jeg i det følgende snakker om hva helserådet gjorde, vil dette stort sett ikke ha blitt utført av de som satt i selvet rådet, men av de som var ansatt i stadsfysikatet. Jeg synes allikevel det er riktig å snakke om helserådet i disse sammenhengene; når stadsfysikus og bylegene uttalte seg, må dette kunne regnes som helserådets offisielle syn.

Helsevesenet i Bergen hadde mange oppgaver. I kildene fra helserådet finner man behandling av bygningssaker, boligforhold og kloakk. Sunne, luftige boliger og tilfredsstillende sanitære forhold var viktig for å bedre folkehelsen og forebygge sykdom, kontroll med utsalgssteder for mat likeså. Innleggelse etter tuberkuloselovens § 6 måtte godkjennes av helserådet, det måtte også tiltak mot andre sykdommer. Deriblant kom

¹⁸³ Jæger 1950. Bind II:236.

kjønns sykdommene. Tiltak mot kjønns sykdommer utgjorde altså bare en liten del av helserådets oppgaver.

Det varierte hvor sterkt helserådet var opptatt av kjønns sykdommene. Ved begynnelsen av perioden var spørsmålet på den nasjonale dagsordenen. Debatten om reglementeringen og en egen kjønns sykkelov, som ble diskutert i forrige kapittel, satte også spor i Bergen. Senere ser det ut til at det forbyggende arbeidet i Bergen fikk en form og en praksis man mente fungerte, man benyttet sykehusinnleggelse, oppsporing av prostituerte og andre smitekilder. Rundt århundreskiftet ble derfor ikke de veneriske sykdommene diskutert så mye. Samtidig holdt antallet venerisk syke seg nokså stabilt, i noen år gikk pasienttallet også tilbake,¹⁸⁵ og i denne situasjonen ble det ikke ansett nødvendig å endre strategi i sykdomsbekjempelsen.

Men i 1909 reorganiserte man det forbyggende arbeidet i Bergen. Fra da ble det i større grad benyttet behandling utenfor sykehus. Dette skiftet var blant annet forårsaket av en utskifting av helsemyndighetene i byen, året før hadde Magnus Geirsvold overtatt stillingen som stadsfysikus i Bergen. I tiden etter første verdenskrig kom også andre tiltak til: poliklinikk for hud- og veneriske sykdommer og et eget barnehjem for barn med syfilis. Generelt hadde helsemyndighetene i Bergen en pragmatisk, situasjonsorientert innstilling til de veneriske sykdommene. Så lenge tiltakene man brukte ble ansett som virkningsfulle, ble det ikke gjort noe for å forandre dem. Når situasjonen endret seg, om flere fikk kjønns sykdom, eller om man mente at sykdommene spredte seg til nye grupper, vurderte man nye tiltak.

Det var imidlertid ikke alle med smittsom kjønns sykdom som fikk noe med helserådet å gjøre. De fleste som hadde en venerisk sykdom oppsøkte en lege, eller en annen behandler («kvakksalver»). Da var sykdommen en sak mellom lege og pasient. I 1916, for eksempel, ble det registrert at 1086 pasienter hadde søkt legehjelp for en kjønns sykdom i Bergen.¹⁸⁶ Det var bare et fåtall av disse pasientene som helserådet hadde noen befattning med, utover at det fikk opplyst antallet de private legene hadde behandlet.

Denne oppgaven handler om det offentlige arbeidet mot kjønns sykdommene, og arbeidet bygger først og fremst på kildemateriale fra helserådet. Men i dette materialet er altså flertallet av de veneriske pasienter fraværende. Det eneste sporet etter dem er at de

¹⁸⁴ Helserådets årsberetning 1909:3.

¹⁸⁵ For eksempel Helserådets årsberetning 1912:11.

¹⁸⁶ Utne 1917:252.

hvert år har blitt tallfestet. Dette er viktig å huske: Pasientene som finnes i kildematerialet utgjorde bare en liten del av de som faktisk ble behandlet for venerisk sykdom.

I helserådets materiale finnes det to grupper pasienter. For det første var det de som selv oppsøkte det offentlige helsevesenet. I Bergen var behandling for kjønnssykdom gratis, og dette var et tilbud mange benyttet seg av. Den andre gruppen pasienter var de som ble oppsøkt av helserådets leger fordi man fryktet smitte. Hvordan dette foregikk, blir beskrevet i kapittel seks.

Smittefare og sosial kontroll

I 1894 sendte politiet en melding til helserådet der de navnga en mann som led av syfilis, som de mente burde legges inn på sykehus. Ofte førte slike meldinger til at helserådet satte i gang tiltak overfor den syke, men i dette tilfellet var ikke helserådet enig i politiets vurdering. Mannen fikk behandling hos en privat lege og dette mente stadsfysikus var tilstrekkelig: «da Johannesen ikke selv er skyld i sin Sygdom og da han gjør et fordelagtig Indtryk, antager jeg at han uden Fare for Smitte maa kunde behandles paa ovennævnte maade.»¹⁸⁷ Hvilket inntrykk helserådets leger hadde av pasientene og deres «skyld» spilte inn på hvilken behandling de fikk. Dette var i tråd med sunnhetsloven og retningslinjene fra departementet (se s. 44-47).

Om stadsfysikus derimot hadde ment at Johannesen utgjorde en fare for sine omgivelser, ville han innkalt ham på stadsfysikatets kontor. De som led av kjønnssykdom ble i hele perioden undersøkt her, og fram til 1909 ble alle som hadde smittsomme symptom når de møtte opp, lagt inn på sykehus. Isolasjon og sykehusbehandling var ett av to tiltak helsevesenet kunne bruke for å hindre pasientene i å utsette andre for smitte. Det andre var formaninger om smittefaren og forsøk på moralsk forbedring (se side 73 og 92).

Sykehusene

Helserådet var opptatt av å skille de kvinnelige fra de mannlige pasientene med venerisk sykdom.¹⁸⁸ De ble lagt inn på forskjellige avdelinger, og på forskjellige sykehus. Ved begynnelsen av perioden var det to steder de kvinnelige pasientene ble behandlet: på Bergen sykehus og på kuravdelingen på Tvangsarbeidsanstalten. Disse to stedene hadde

¹⁸⁷ BBA: Helserådets journal 1894:264.

¹⁸⁸ Det følgende bygger på Madsen 1931:224.

forskjellig grad av kontroll. «Ordentlige kvinner», som det var håp om at kunne leve et anstendig liv ble lagt inn på Bergen sykehus. Prostituerte og kvinner man mente at var uskikket for opphold på sykehuset, ble lagt inn på kuravdelingen, for å skjeme mer skikkelige for disse kvinnene.¹⁸⁹ Vurderingen av den moralske standarden til pasientene ble tatt av helserådets leger. Denne ordningen varte fram til 1912, da de kvinnelige pasientene ble overført til epidemilasarettet. I 1917 var det kopper i Bergen, og epidemilasarettet måtte brukes til isolasjon av disse pasientene. Da ble de veneriske kvinnene og barna med medfødt syfilis flyttet til Aarstad forhenværende epidemisykehus.¹⁹⁰

Fram til 1911 ble de mannlige pasientene behandlet på Lungegårdens sykehus. Ofte var det plassproblemer der, og om de ble for presserende, måtte helserådet leie ekstra plasser på Pleiestiftelsen nr. 1. I 1911 ble den mannlige, veneriske avdelingen flyttet til Bergen kommunale pleiehjem (som samme år skiftet navn fra Tvangsarbeidsanstalten).¹⁹¹

Selv om helsemyndighetene i Bergen mente at det var viktig å legge de kjønnssyke inn på sykehus, fant man ingen permanent løsning på sykehusplasser for disse pasientene. Sykehusplassene var provisoriske, og de fleste av løsningene ovenfor var ment å være foreløpige da de ble innført. Da det nye sykehuset ble bygget på Haukeland ble det etterlyst en avdeling der for venerisk syke.¹⁹² I stadsfysikatets kjønnssykeprotokoller ser man at det hendte flere ganger at pasienter ikke ble lagt inn på sykehus på grunn av plassmangel.¹⁹³

Det var ikke bare mangel på plasser som bekymret helsemyndighetene, standarden på sykehusene var heller ikke tilfredsstillende. Det fantes ikke gode nok mulighet til å kontrollere pasientene, eller til å skille dem tilstrekkelig fra de andre på sykehuset. I 1918 skrev stadsfysikus om de mannlige veneriske pasientene at «De kan ikke betryggende avsondres fra anstaltens øvrige belæg og personale, og det hænder at de rømmer ut i byen, drikker sig fuld og gjør ugreie».¹⁹⁴ Dette var et hjertesukk om hvor vanskelige pasientene var å ha med å gjøre, men det ligger også en kritikk av de praktiske forholdene på Arbeids- og pleiehjemmet i sitatet. Innbakt i ønsket om en egen hudsykeavdeling lå et ønske om å avsondre pasientene her fra pasienter med mer respektable vaner (og sykdommer).

¹⁸⁹ RA: Bergen sundhetskommisjon uttrykt 1886, blad 1 s.3-4.

¹⁹⁰ Helserådets årsberetning 1917:18-19.

¹⁹¹ Madsen 1931:224.

¹⁹² Helserådets årsberetning 1911:12.

¹⁹³ For eksempel BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoll 1915:163.

¹⁹⁴ Helserådets årsberetning 1918:37

Ønsket om å opprette en egen avdeling for de kjønnssyke ser ut til å ha nådd en topp i 1917. Da arrangerte Det medicinske selskap i Bergen flere møter om temaet.¹⁹⁵ I diskusjonene i selskapet var det enighet om at det var behov for flere sengeplasser for de veneriske pasientene, og det ble vedtatt en resolusjon om at kommunen måtte «snarest tage forføininger til avhjælp av de uholdbare tilstande»¹⁹⁶.

Pasientene med kjønnssykdom ble ikke flyttet til Haukeland sykehus før i 1927. Allikevel ble ikke behovet for sykehusplasser for disse så sterkt vektlagt i helserådets skriftlige kilder etter 1917, det ser ut til at behovet for sykehusplasser for de veneriske pasientene nådde en topp rundt slutten av første verdenskrig. En grunn til dette var at en stadig større andel av de kjønnssyke ble behandlet utenfor sykehus. I årsberetningene på 1920-tallet har helserådet understreket behovet for en poliklinikk for hud- og veneriske sykdommer, dette ble viktigere enn flere sykehusplasser.¹⁹⁷ En annen grunn til at behovet for sykehusplasser for de veneriske sykdommene ikke nedfelte seg i kildene i større grad, kan være at helserådet hadde blikket rettet mot andre sykdommer. I 1918 var helsemyndighetene i byen mest opptatt av spanskesyken. Etter dette var det behovet for en poliklinikk som ble påpekt i helserådets kilder, fram til denne ble opprettet i 1924.¹⁹⁸

Sykehusinnleggelsene

Jeg har fått tilgang til helserådets kjønnssykeprotokoller fra desember 1913 til desember 1927.¹⁹⁹ Dette er en oversikt over hvem som kom inn på stadsfysikatets kontor med kjønnssykdom, og hva slags behandling de fikk. Protokollene gir opplysninger om hvem som ble lagt inn på sykehus og hvem som fikk annen type behandling.

Omkring ti prosent av de som ble undersøkt på stadsfysikatets kontor hadde ikke-veneriske hudlidelser, stort sett skabb og lus. Når man har skilt ut disse, står det igjen 2377 pasienter – 1910 menn og 467 kvinner. Følgende tabell viser hvordan de fordelte seg i løpet av de 13 årene. Det markante fallet i 1918 må skyldes nedgang i sjøfart og handel dette året som en følge av første verdenskrig.²⁰⁰

¹⁹⁵ Gjengitt i *M.R.* 1917.

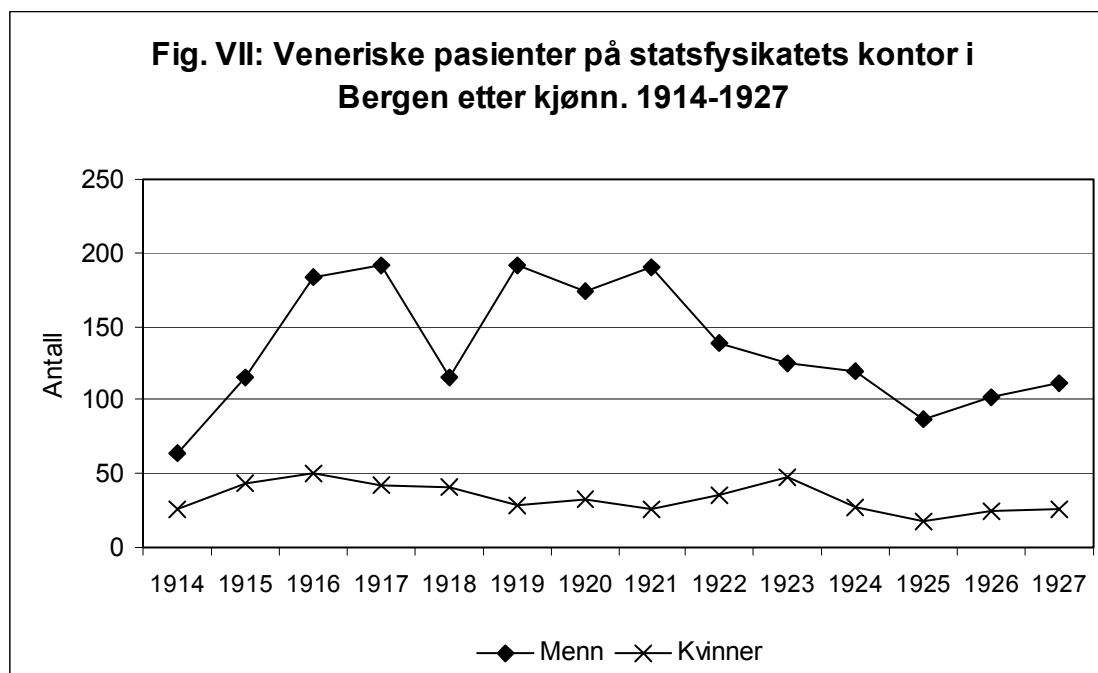
¹⁹⁶ Gjengitt i *M.R.* 1917:249.

¹⁹⁷ Helserådets årsberetning 1918:14.

¹⁹⁸ Helserådets årsberetning 1922:14.

¹⁹⁹ BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoller 1913-1927.

²⁰⁰ Ertresvaag 1982. Bind II:621.



Kilde: Helserådets kjønnssykeprotokoller 1913-1927.

De aller fleste som ble undersøkt på kontoret ble lagt inn på sykehus for å få behandling der, i perioden 1914 til 1920 gjaldt dette rundt 75 prosent, av både kvinner og menn.

Det var flere grunner til at sykehusbehandling ble brukt i så stor utstrekning. For det første hadde sykehusinnleggelse et element av kontroll, man ville som sagt hindre de kjønnssyke i å smitte andre. En annen grunn var at mange av de som led av kjønnssykdom ikke hadde noe sted å bo. Særlig gjaldt dette sjømennene som ikke hadde fast adresse i byen. I et foredrag i Medicinsk Selskap i Bergen i 1915 påsto sunnhetsinspektør Utne at av de 101 syfilispasientene som var behandlet for helserådets regning de tre foregående årene, bodde kun 38 i byen. Av disse var det bare 16 som hadde en permanent adresse her.²⁰¹ I protokollene over de kjønnssyke var mange oppført uten fast bopel. I den første protokollen, for perioden desember 1913 til desember 1914 hadde 52 av pasientene oppgitt en fast adresse i Bergen eller andre steder, 22 personer bodde på pensjonat, hotell eller ombord i en båt, mens 16 personer var uten fast bopel.²⁰² Siden mange av pasientene var så mobile, var det viktig for helserådet å holde dem på sykehuset så lenge de trengte behandling.

Man må også anta at de sykes livssituasjon gjorde at de ønsket å bli lagt selv. Som sagt var det mange sjømenn som hadde venerisk sykdom og som på grunn av dette var blitt

²⁰¹ Utne 1915:525.

²⁰² BBA: Helserådets kjønnssykdomsprotokoll 568.

avmønstret i Bergen.²⁰³ Hvis de ikke bodde i byen og var for syke til å få arbeid, hadde de ikke så mange andre muligheter enn å la seg legge inn. Dette var for eksempel tilfelle for en pasient i 1920 «Som u.f.b. [uten fast bopel] og ubemidlet indlagt på B. S.[Bergen sykehus]». ²⁰⁴ I årsberetningene om de venerisk syke i Kristiania skrev stadsfysikus Ustvedt at det hvert år var mange ubemidlede som ønsket sykehusopphold for venerisk sykdom, uten at de hadde smittsomme symptom. Disse personene avslo tilbud om ambulatorisk behandling, grunnen til at de ville legges inn var at de ikke hadde noe annet sted å gjøre av seg.²⁰⁵

De som ønsket å behandles på sykehus må ha vært i en vanskelig situasjon, for vanligvis var ikke sykehuset et tiltalende sted å være. Det var flere som rømte derfra, både kvinner og menn.²⁰⁶ Disse pasientene ble ettersøkt av politiet.²⁰⁷ Inntrykket man får av å lese helserådets kilder er at det for mange var en kombinasjon av medisinske og økonomiske grunner til å søke det offentlige helsevesenet for behandling. Når man var så syk at man ikke kunne arbeide lot man seg legge inn. Men om det bød seg en bedre sjanse, ønsket man å komme ut. Det kan hende at mennene som rømte følte seg så friske at de tok sjansen på å søke hyre på en båt, de kan ha lagt andre planer eller hørt rykter om venner i byen. Strenge regler ved sykehuset eller at man mente man var frisk, kan også ha vært motiver for å stikke av.

Tvangsinnleggelse

Sykehusopphold fristet ikke alle, noen av pasientene måtte legges inn med tvang. I kjønnssykeprotokollene førte legene opp hvilken paragraf i sunnhetsloven innleggelsen var hjemlet i. De aller fleste ble lagt inn etter § 15, da var innleggelsen mer eller mindre frivillig. Noen få ble lagt inn etter § 21, dette var tvangsinnleggelse. Det var ikke mange man tvangsinnla for venerisk sykdom. Fra 1914 til 1927 fordelte tvangsbruken seg slik:

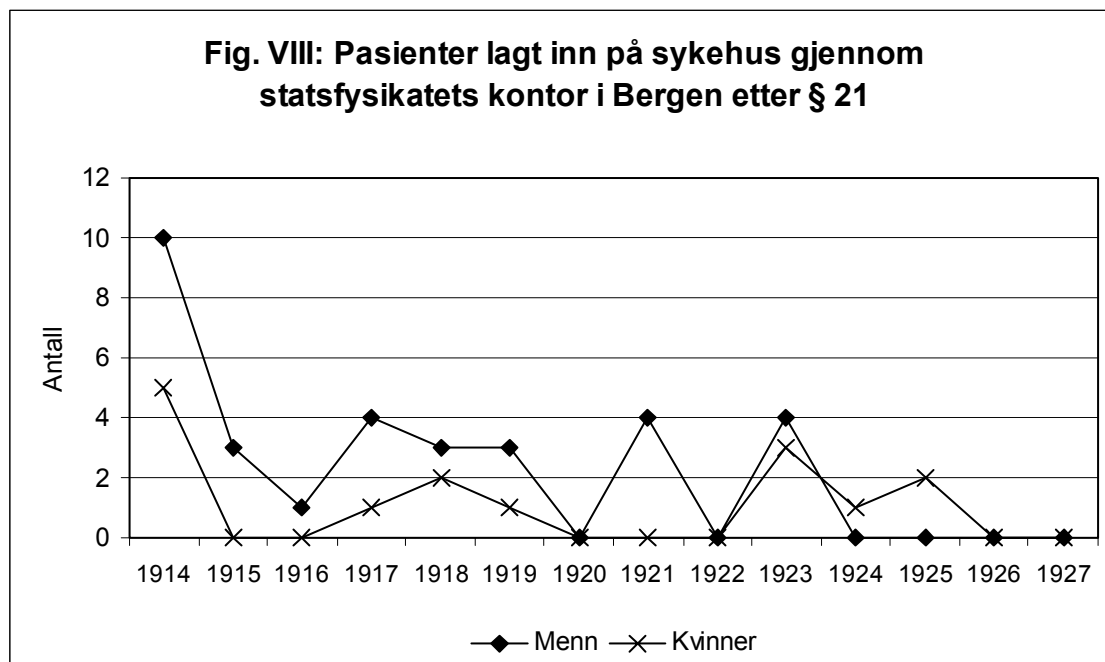
²⁰³ Lie 1917:261.

²⁰⁴ BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoll 1920:136.

²⁰⁵ Ustvedt 1904:785..

²⁰⁶ BBA: Helserådets kopibok 1912:263. Helserådets årsberetning 1911:14.

²⁰⁷ BBA: Brev fra Geirsvold til kommunen. Helserådets kopibok 1917:83.



Kilde: Helserådets kjønnssykeprotokoll.

Tallene for tvangsinnleggelse var ikke høye, og flere år var det ingen som ble innlagt med tvang. Allikevel må man regne med at tvang var en viktig del av motarbeidelsen av de veneriske sykdommene. I 1917 skrev stadsfysikus følgende:

«Sundhetslovens § 25, og § 21, gir helseraadet fuld adgang til, om nødvendig ved politiets hjælp, at tvangsindlægge en patient med en venerisk sygdom, naar vedkommende lever under saadanne forhold at der er fare for at sygdommen kan overføres til andre. Om vedkommende rømmer, vil politiet hente ham eller hende tilbage, saa ofte det behøves. Og denne bestemmelsen er oftere bleven anvedt.»²⁰⁸

Her virker det som helserådet ikke hadde noen motforestillinger mot å bruke tvang for å legge inn veneriske pasienter. Selv om det var få som ble tvangsinnlagt hvert år, mente man altså at hver enkelt av disse utgjorde en så stor fare for sine omgivelser, at man ikke kunne la dem gå fritt rundt. I 1917, for eksempel, ble en mann lagt inn på sykehus etter § 15, etter en tid rømte han og ble lagt inn på nytt, etter § 21.²⁰⁹

Ovenfor har jeg argumentert for at en del pasienter ikke hadde mulighet til å forsørge seg utenfor sykehus. Men dette gjaldt selvsagt ikke alle. Mange av de som ble lagt inn frivillig, gjorde nok dette etter press. Av og til er det opplysninger i kjønnssykeprotokollene om sykehusinnleggelse som ser ut til å ha vært ganske ufrivillige, men som

²⁰⁸ BBA: Helserådets kopibok 1917:83. Henviingen til § 25 er antagelig feilskrift for §15. Sunnhetslovens § 25 regulerer rutiner vedrørende begravelser.

allikevel har blitt gjort etter § 15. Et eksempel er en mann fra Østlandet som ikke ønsket sykehusopphold, fordi han ville reise hjem. Allikevel ble han lagt inn, men dette er ikke ført som en tvangsinnleggelse.²¹⁰ I kapittel seks vil jeg vise at offentlig visitasjon ofte ble brukt som trussel for at prostituerte frivillig skulle komme til undersøkelse. Det kan hende at tvangsinnleggelse på samme måte ble brukt som trussel for å få de syke til å la seg legge inn frivillig.

Det fikk ingen konsekvenser for legene eller helserådet om en pasient ble lagt inn etter den ene eller den andre paragrafen, så det er ikke sikkert det var så viktig å oppføre hvilken paragraf folk ble lagt inn etter. I kjønnspsykeprotokollene ser det ut til at noen leger brukte tvang oftere enn andre, for noen håndskrifter har oppført innleggelse etter § 21 hyppigere enn andre. Dette var neppe fordi disse legene var mer tilhengere av maktbruk enn sine kollegaer. For legene var ikke alternativene enten å tvangsinnlegge eller ikke å legge inn. Om en pasient motsatte seg en sykehusinnleggelse som legen anså nødvendig, ble vedkommende innlagt uansett, uavhengig av hvilken lege som undersøkte en.²¹¹ De legene som har oppført § 21 oftere enn de andre kan ha hatt den samme praksisen som de andre legene, men vurdert innleggelsene som tvangsinnleggelse oftere.

Det var rom for tolkninger av både situasjonen og lovtekstene. Lovbestemmelsene hadde runde og generelle formuleringer, så dette er ikke overraskende. I 1910 skrev sunnhetsinspektøren for de veneriske sykdommene i Kristiania at «3 mænd og 19 kvinder er av sundhetskommisjonen besluttet indlagt ved politiets hjælp i henhold til sundhedslovens § 21».²¹² Det hadde vært interessant å studere nærmere om det var forskjell på praksisen med tvangsinnleggelser i de to byene, dette kunne avdekke lokalt tradisjoner for maktbruk i sykdomsbekjempelsen. Men så lenge man bare har tallmateriale å forholde seg til, er ikke dette meningsfylt. Det var en vurderingssak hvilken grad av press som skulle til for at det skulle kalles tvang.

Betalingen for behandlingen

Å behandle de syke kostet penger. De som hadde råd til å gå til en privat lege gjorde nok dette, da slapp man unna smitteoppsporing og eventuelt tvangsbehandling. De veneriske pasientene som kom under helserådets og det offentliges behandling var de som ikke hadde

²⁰⁹ BBA: Helserådets kjønnspsykeprotokoll 1917:224.

²¹⁰ BBA: Helserådets kjønnspsykeprotokoll 1918:206.

²¹¹ I hvilken grad man vurderte sykehusinnleggelsen som nødvendig kan imidlertid ha variert.

²¹² Ustvedt 1910:632.

midler til å betale for medisin og pleie. Hvem som skulle betale for behandlingen ble derfor et stridsspørsmål.

Fattigkassen

I begynnelsen av perioden var det i prinsippet den syke selv som måtte betale for behandlingen. Om vedkommende ikke hadde råd til dette, måtte utgiftene bli dekket av fattigvesenet. Men i 1892 vedtok kommunens representantskap at pasienter som helserådet forlangte innlagt på sykehus på grunn av smittsom sykdom, skulle behandles for bykassens regning. Dette skulle gjelde alle pasienter, uansett deres økonomiske stilling, så lenge de hadde hjemstavn i kommunen. Denne ordningen ble iverksatt i 1893.²¹³

Etter dette delte fattigkassen og helsevesenet utgiftene seg imellom etter følgende kriterium: De som ble innlagt for å forhindre smitte var helserådets ansvar, for dette var først og fremst et forebyggende tiltak. De som var syke, men ikke i en smittsom fase av sykdommen, for eksempel syfilis i tredje stadium, hadde ikke helsevesenet ansvar for.²¹⁴ Dette var behandling for den enkelte pasients ve og vel, så slike sykehusopphold måtte pasienten betale selv. Eller om de ikke hadde råd: få oppholdet dekket av fattigvesenet. Igjen må vi regne med at det offentlige sykehuset ikke var et fristende alternativ for de som kunne betale for annen behandling.

Mellom kommuner

Etter 1893 ble altså pasienter med smittsom kjønnssykdom behandlet for bykassens regning, så lenge de hadde hjemstavn i byen. Men i Bergen oppholdt det seg også mange som ikke bodde her fast. Når disse ville behandles for kjønnssykdom, ble de et økonomisk problem for helserådet i Bergen. I 1897 slo en høyesterettsdom fast at oppholdskommunen hadde det økonomiske ansvaret for behandlingen av veneriske pasienter. Dette gjaldt også når pasienten ikke hadde hjemstavn i kommunen.²¹⁵ Et gjenvendene tema i helserådsberetningene ble derfor at Bergen kommune måtte bære utgiftene til behandling for pasienter de mente ikke var byens ansvar:

²¹³ BBA: Helserådets journal 1893:3.

²¹⁴ BBA: Helserådets journal 1902:461.

²¹⁵ Rundskriv fra justisdepartementet, gjengitt i *Norsk Lovtidende* 1905:245.

«[...]de øvrige veneriske patienter, som blev behandlet i sykehus for bykassens regning, var for det meste byen uvedkommende personer, sjømænd og anlægsarbeidere»²¹⁶

«De sendes eller søker ind til byen med sin genitallidelse, og det ender som regel med at bykassen må bestride utgifterne ved deres sygdom. [...] Den eneste maate, hvorved der kan raades bod paa dette forhold er, at statskassen overtar utgifterne ved disse sykes behandling og forpleining»²¹⁷

Helserådet i Bergen uttalte flere ganger at de ikke kunne avvise pasientene som kom utenbys fra, de utgjorde en smitterisiko og måtte få behandling. Men det mente det var urettferdig at det var Bergen som måtte betale. Det mente også at mindre kommuner spekulerte i å ha et dårlig tilbud til veneriske pasienter, for slik ville de syke reise inn til nærmeste by, og landkommunen ville slippe utgiftene til behandling.²¹⁸

Det var nok likevel ikke primært på grunn av en bevisst politikk for å lette kommunenes utgifter at folk fra landet reiste til byen for å få behandling. Folk valgte nok å reise til byen fordi det var pinlig å oppsøke en lokal lege for disse lidelsene.

Helserådet forsøkte å få dekket utgiftene til behandling av ikke-fastboende med venerisk sykdom. På lang sikt ønsket de en ordning der staten betalte dette. På kortere sikt var målet å få bostedskommunen til å betale. Siden oppholdskommunen hadde det økonomiske ansvaret, forsøkte man i Bergen å praktisere en streng tolkning av begrepet oppholdskommune. Man mente at kommunen der sykdommen var blitt oppdaget skulle ha ansvaret for behandlingen.²¹⁹ Helserådet ønsket ikke å ha det økonomiske ansvaret for de pasientene som hadde reist til Bergen utelukkende for å få behandling for kjønnsykdom. I slike tilfeller skrev de til den kommunen de mente var den reelle oppholdskommunen for å få utgiftene dekket. I følge helserådets leger var ikke dette så enkelt, om man prøvde så: «resulterer det i langvarig og tidsspildende korrespondance».²²⁰ Når man leser helserådets brev blir dette bildet bekreftet. Mye av rådets brevveksling handlet nettopp om å få betaling for pasienter som hadde hjemstavn i en annen kommune.²²¹

Samarbeidet mellom kommunene varierte imidlertid, og med nabokommunene hadde Bergen fått en ordning som gjorde at Bergen skulle få dekket utgiftene. Om noen «som med forbigåelse av sitt hjemsteds sunnhetsvæsen, reiser til Bergen for at søge

²¹⁶ Helserådets årsberetning 1920:15

²¹⁷ Helserådets årsberetning 1910:7

²¹⁸ Helserådets årsberetning 1910:7.

²¹⁹ Helserådets kopibok 1921:424.

²²⁰ Utne 1917:256.

²²¹ For eksempel brevveksling med stadsfysikus i Haugesund. BBA: Kopibok 1921:424; 1921:429.

lægehjelp og eventuelt sykehusbehandling»²²², skulle bostedskommunen bære den økonomiske byrden.²²³

Konklusjon

Det var et fåtall av de som led av venerisk sykdom, som ble behandlet gjennom helserådet. De fleste oppsøkte private leger, og myndighetene må ha vurdert denne behandlingen som tilstrekkelig, siden de ikke gjorde noe framstøt for å få disse pasientene under strengere kontroll. Men for dem som ikke hadde råd til privatbehandling, og til dem som var alvorlig syke, hadde man tilbud om gratis sykehusbehandling.

Det var to grunner til at behandling på sykehus var den mest sentrale – og fram til 1909 den eneste – behandlingsmåten. For det første hadde dette med medisinsk behandling å gjøre, intensive kvikksølvkurer krevde sykehusopphold. For det andre var det viktig for helserådet at de som led av venerisk sykdom fikk behandling, uavhengig økonomisk stilling. Mange av pasientene var i en livssituasjon der opphold på sykehus var den eneste behandlingen de hadde mulighet til å motta. Ved å opprette sykehusplasser, ville man hindre at de veneriske sykdommene spredte seg. Hvor viktig det var å få folk til behandling blir tydelig i de tilfellene man benyttet tvangsinnleggelse. Noen personer ble ansett å være en så stor smittefare, at de måtte behandles selv om de ikke ønsket dette selv.

Et gjenvendene problem var å finansiere behandlingen. Bergen var en sjøfartsby, og mange av de som oppsøkte det offentlige helsevesenet var bare på gjennomreise. Helserådet påpekte mange ganger at det var urettferdig at utgiftene til behandlingen av disse ble pålagt kommunen. Antagelig fikk denne situasjonen konsekvenser for tilbudet man kunne tilby. Sykehusplassene var provisoriske og bar preg av å være midlertidige løsninger. En årsak til at Bergen ikke satset mer på sykehusplasser, kan ha vært usikkerheten rundt kjønnsykelovgivningen. Siden det ble utarbeidet flere forslag til lover, kan helserådet ha avvendt situasjonen, og valgt å vente med å investere i dyre bygninger og utstyr. I løpet av perioden endret også situasjonen seg, man begynte å legge mer vekt på behandling utenfor sykehus.

²²² BBA: Helserådets kopibok 1911:115.

²²³ BBA: Helserådets kopibok 1911:115.

Kapittel 5: Behandling utenfor sykehus

«Hun ser yderst vidløftig ud».
En av helserådets leger om en kvinnelig pasient.²²⁴

Ved forrige århundreskifte var altså behandling på sykehus det primære tiltaket mot veneriske sykdommer, men etter hvert begynte helserådet å sørge for at et større spekter av behandlingsmuligheter ble tilgjengelig. I 1909 begynte helserådet som nevnt å tilby behandling utenfor sykehus, og i 1919 ble det åpnet et eget barnehjem for barn med medfødt syfilis. Disse nye behandlingstilbudene gjorde nye problemstillinger aktuelle. Hvem skulle få behandling utenfor sykehus og hvordan skulle man hindre at disse spredte smitte videre? I det følgende blir dette studert, ut fra en antagelse om at vurderingene som ble gjort kan si noe om hvordan helserådet tenkte rundt kontroll og risikogrupper.

Ambulatorisk behandling

I 1909 begynte helserådet å tilby gratis behandling også utenfor sykehus. Året før hadde nemlig helserådet foreslått at man skulle sette av et mindre beløp på neste års budsjett til privatbehandling av «arbeidsføre paalitelige pasienter paa betingelsen at de står under sundhetskommisjonens kontrol.»²²⁵ I 1909 ble det undersøkt 110 personer på stadsfysikatets kontor, av disse ble 21 personer, som var lettere angrepet av venerisk sykdom, behandlet av private leger for bykassens regning.²²⁶

Det medførte risiko å tilby behandling utenfor sykehus, siden smittefaren var større. Et tiltak for å hindre at de som led av syfilis smittet andre, var å få dem til å underskrive en erklæring. I erklæringen sto det at man var oppmerksom på at man hadde syfilis, at sykdommen ville være smittsom i mange år og at man visste det var straffbart å utsette andre for smitte. Når man undertegnet erklæringen, fikk man et papir med straffelovens §§ 155 og 358. Disse paragrafene sa at det var straffbart å smitte andre med kjønnssykdom, gjennom kjønnslig omgang eller amming.²²⁷

²²⁴ BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoll 1924:95.

²²⁵ Helserådets årsberetning 1908:24.

²²⁶ Helserådets årsberetning 1909:30.

²²⁷ BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoll 572.

Det ligger fortsatt noen eksemplarer av de opptrykkede lovene og av erklærings-skjemaet i kjønnsykeprotokollene.²²⁸ Men jeg har ikke funnet ut når helserådet begynte praksisen med erklæringen. Straffeloven, som man henviste til, trådte i kraft i 1905, så det må ha vært senere enn det. Samtidig må helserådet ha begynt før 1911, for da ble en slik erklæring omtalt i et brev fra stadsfysikus til politiet. Anledningen var at en «gatetøs» var oppgitt som smittekilde av en mann med venerisk sykdom på arbeidsanstaltens sykehus. Stadsfysikus Geirsvold ville at kvinnen skulle anmeldes for overtredelse av § 155. Hun var nemlig tidligere blitt behandlet for kjønnsykdom og var klar over både smittefaren og straffeansvaret. Hun hadde også underskrevet en erklæring.²²⁹ Når pasientene hadde underskrevet kunne det få konsekvenser å bryte løftet om ikke å smitte noen, helserådet og politiet brukte erklæringene i straffesaker. Nå hadde pasientene neppe noe valg når de ble bedt om å skrive under erklæringen, det betydde vel nærmest å si at de hadde planer om å bryte straffeloven. Erklæringene ble nok heller brukt som bevis på at pasientene hadde blitt gjort oppmerksomme på smittefaren de utgjorde og straffeansvaret de hadde.

Når man ser hvem som fikk tilbud om behandling utenfor sykehus, og dermed hvem helserådet vurderte som pålitelige, er det slående at det stort sett var menn.²³⁰ Det er fristende å trekke konklusjonen at helserådet mente de kjønnsyke kvinnene var mer smittefarlige enn mennene, at deres livsførsel var mer utsvevende enn mennenes. Men det var også praktiske grunner til at menn lettere fikk gratisbehandling hos private leger. På helserådets kontor ble de mannlige pasientene undersøkt av sunnhetsinspektøren, de kvinnelige av Dagny Tyvold. Hun ble fast ansatt som lege for kvinnene med kjønnsykdom i 1916, etter å ha arbeidet på timebasis på sunnhetsvesenets kontor i en årrekke.²³¹ Tyvold behandlet også en del av de med lettere symptom på stadsfysikatets kontor. Så selv om de ikke ble behandlet av private leger, ble de heller ikke lagt inn på sykehuset. I 1920 beskrev stadsfysikus i Bergen denne ordningen i et brev til stadsfysikus i Kristiania. Han skrev at ordningen i Bergen lignet på den de hadde i Kristiania, bortsett fra at:

²²⁸ I BBA: Helserådets kjønnsykeprotokoll 572 og 573.

²²⁹ BBA: Helserådets kopibok 1911:44.

²³⁰ BBA: Helserådet kjønnsykeprotokoller. På første side i hver protokoll står det hvem som har fått dekket privatbehandling. Dette er nesten utelukkende mansnavn.

²³¹ *Magistatens budsjettutkast*. BKF 1915/16, bind II:A84.

«der i Bergen ikke er ansat nogen læge ved sundhetskonsulentens kontor for ambulatorisk behandling av mænd. Disse henvises til privat praktiserende specialister, der betales av sundhetskonsulentet for utført arbeide. De syke erholder fri medicin. For kvinders vedkommende er forholdene som i Kristiania.»²³²

Man kan spørre hvorfor helserådet hadde organisert behandlingen på denne måten, de hadde selv valgt ikke å ansette en mannlig lege som kunne gi behandling på kontoret. En grunn kan være at sunnhetsinspektøren ikke hadde tid til å gi de mannlige pasientene behandling, mens det var enklere å utvide Tyvolds stilling, siden hun allerede hadde flere deltids-engasjement for helserådet. Dette kan ha vært ønskelig fordi det ikke var så mange praktiserende kvinnelige leger i byen. Mannlige leger fantes det flere av, så det var ikke nødvendig å ansette en fast.

Det kan også ha vært viktigere å holde kvinnene under helserådets kontroll mens de fikk behandling. Det hendte jo at pasientene ikke møtte til timene sine. Da måtte helserådet kontakte dem, og om nødvendig få politiets hjelp til å få dem til å møte.²³³

Dessuten var det ikke slik at bare de mannlige pasientene ble henvist til leger i byen. Noen få ganger fikk også kvinner tilbud om gratis behandling og medisin hos private leger. I 1918 møtte en kvinne på helserådets kontor som mente hun var blitt smittet via spiseredskaper på et pensjonat mens forloveden hennes var ute og reiste. Helserådet betalte for behandling og medisin for henne hos en privat lege.²³⁴ Dette tyder på at behandlingen på sunnhetskonsulentens kontor hadde et element av kontroll. Vurderinger rundt kvinnen på pensjonatet sin sømmelighet og livsførsel fikk betydning for hva slags behandling hun fikk. Legen oppførte i protokollen at hun hadde *syphilis insons*, altså uskyldig syfilis. Samtidig var hun forlovet, og det ble vel antatt at hun ikke sto i fare for å smitte noen andre enn ham. I en slik situasjon fant altså legene på helserådets kontor at det var trygt å la henne gå til behandling hos en privat lege.

Poliklinikken

Etter hvert økte behovet for behandling utenfor sykehus, man ønsket et sted som kunne behandle et større antall pasienter. Helserådet mente en poliklinikk for hud- og veneriske

²³² BBA: Helserådet kopibok 1920:250.

²³³ BBA: Helserådet kopibok 1918:564.

²³⁴ BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoll 1918:109.

sykdommer kunne behandle pasienter som ellers ville bli lagt inn på sykehuset, og at en slik klinikk dermed ville ha økonomiske fordeler.²³⁵

De nye medisinene spilte nok inn på avgjørelsen om å åpne en poliklinikk. Ettersom legene fikk nye, mer virksomme medisiner, ble den medisinske behandlingen viktigere. Avskjermingen og kontrolldelen av sykehusbehandlingen var ikke lenger det eneste effektive midlet for å forebygge smitte.

Poliklinikken åpnet ved årsskiftet 1923-24.²³⁶ Den holdt først til i en brakke ved sunnhetsvesenets kontor, men flyttet i 1924 til Nygårdsgaten.²³⁷ Ved poliklinikken var det ansatt en kvinnelig og en mannlig lege, Alfhild Erichsen og Christian Hartwig.²³⁸ Det første året behandlet de 353 pasienter, 221 menn og 132 kvinner.²³⁹ En annen oppgave for legene på poliklinikken var å informere om kjønnsykdommene, hvilken smittefare de utgjorde og hvordan man kunne beskytte seg mot å bli smittet.

Etter poliklinikken åpnet, fortsatte man å undersøke pasienter på sunnhetsvesenet kontor, selv om mange av de som ble undersøkt ble henvist til poliklinikken. I 1924 ble det undersøkt 137 pasienter med venerisk sykdom på sunnhetsvesenet kontor, av disse ble 57 behandlet på sykehus, mens 80 ble henvist til poliklinikken.²⁴⁰

I kjønnsykeprotokollene ser man hvilken behandling legene på stadsfysikatets kontor mente de enkelte skulle få. Siden disse protokollene strekker seg over en periode fra før til etter poliklinikken åpnet, kan man se hva opprettelsen av klinikken fikk å si for antallet sykehusinnleggelse. Jeg har talt hvor mange av pasientene ved stadsfysikatets kontor som ble lagt inn på sykehus i perioden 1914-1927. Det var ikke alle som *ikke* ble lagt inn som fikk behandling utenfor sykehus: Noen var friske, noen ble oversendt fattigvesenet. I denne gruppen finnes det også noen utenlandske sjømenn som ble sendt hjem. Men når man teller de som faktisk ble lagt inn, får man følgende resultat:

²³⁵ Helserådets årsberetning 1922:14.

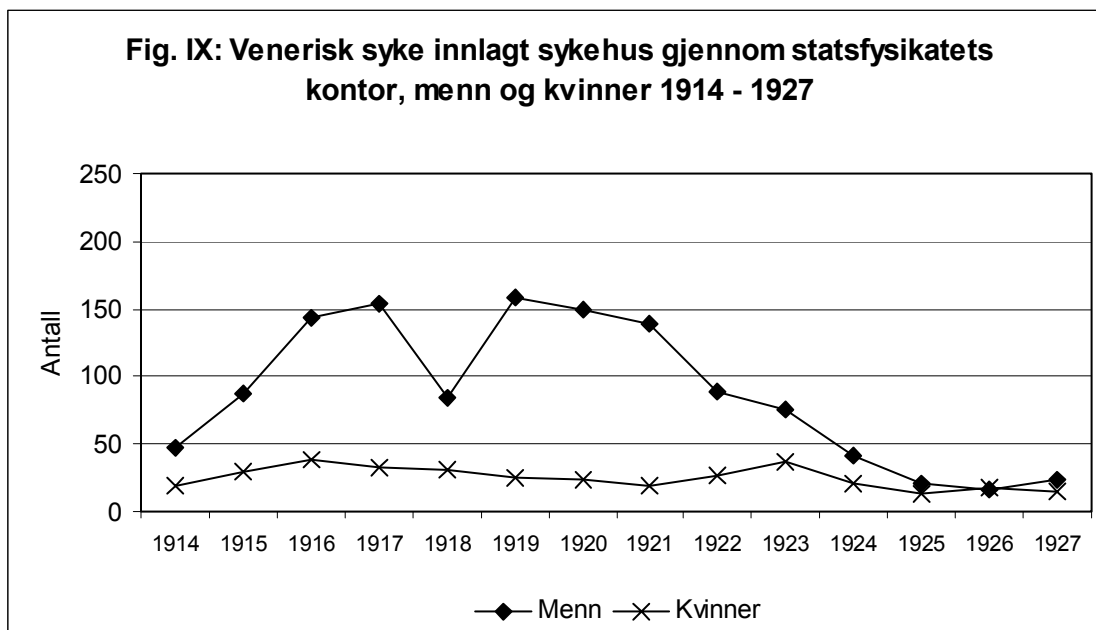
²³⁶ Helserådets årsberetning 1923:8.

²³⁷ Helserådets årsberetning 1924:6.

²³⁸ Helserådets årsberetning 1923:9.

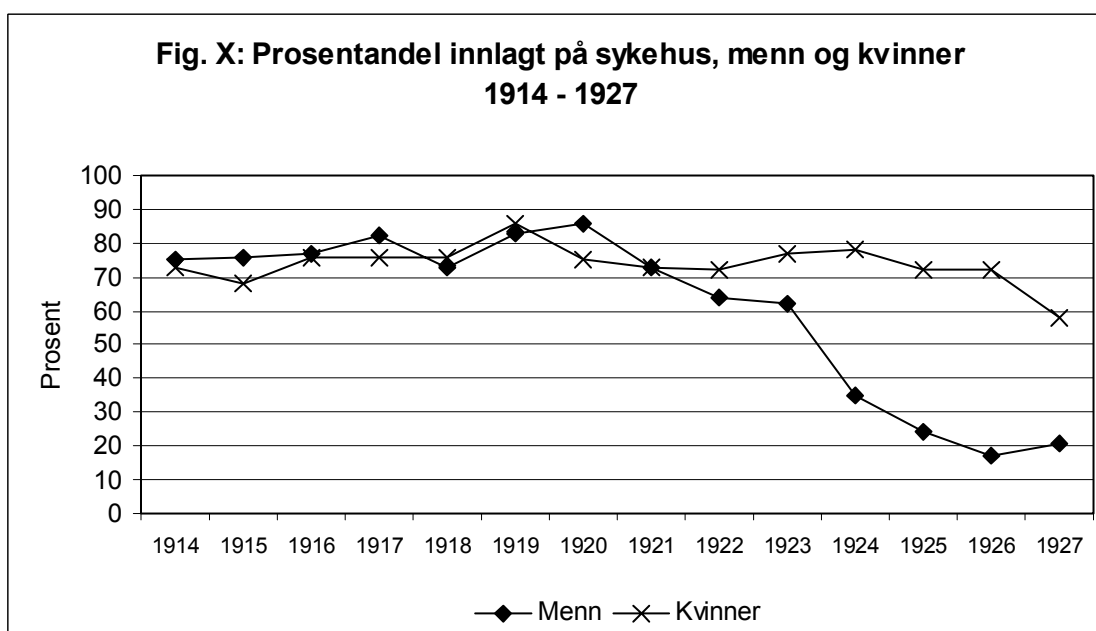
²³⁹ Helserådets årsberetning 1924:13.

²⁴⁰ Helserådets årsberetning 1924:13.



Kilde: Helsrerådets kjønnsykeprotokoller 1914-1927.

Antallet menn som ble lagt inn på sykehus sank tydelig etter 1920. I 1924, da poliklinikken ble åpnet, faller kurven ytterligere. For kvinnenes del, var denne tendensen svakere. Siden variasjon i antall syke og plassforhold på sykehusene fikk betydning for hvor mange som ble lagt inn, blir det lettere å studere sammenhengene om man ser på andelen av de som møtte på stadsfysikatets kontor som ble lagt inn på sykehus:



Kilde: Helsrerådets kjønnsykeprotokoll 1914-1927.

I denne oversikten blir tendensen tydeligere: Etter at poliklinikken ble opprettet ble en stadig mindre del av mennene med kjønnssykdom innlagt på sykehus. Kvinnene med kjønnssykdom ble også lagt inn på sykehus i en noe mindre grad. Men her var tendensen svakere, en mye større andel av kvinnene enn mennene ble fortsatt lagt inn på sykehus. I 1927, som er det siste året jeg har sett på, ble 58 prosent av kvinnene som ble undersøkt ved stadsfysikatets kontor lagt inn på sykehus. Det tilsvarende tallet for menn var 21 prosent.

I kapittel to har jeg diskutert hvorfor kvinner ble lagt inn på sykehus i større utstrekning enn menn. Medisinske forskjeller, moralske vurderinger og forskjellig økonomisk og sosial stilling ble trukket fram som årsaksforklaringer. Siden Bergen fortsatte å visitere prostituerte senere enn andre steder, kan også antagelse om prostitusjon ha ført til flere sykehusinnleggelse i Bergen. Ellers må legene her ha hatt de samme grunnene for å legge inn kvinner som legene i resten av landet.

Det hadde vært interessant å studere hvilken type behandling kvinner og menn fikk hos private leger. Siden disse kom fra et annet samfunnslag enn de som ble behandlet for det offentliges regning, ville man kunne isolere de rent medisinske årsakene til at kvinner ble lagt inn på sykehus i så stor grad. Om de privatbehandlede kvinnene ikke ble lagt inn på sykehus oftere enn mannlige privatpasienter, ville dette bety at helserådets sykehusinnleggelse stort sett var gjort etter moralske og sosiale overveielser. Men som sagt er ikke en slik studie mulig med de kildene som er tilgjengelige.

Welanderhjem

Kapittel to handlet blant annet om legenes bekymring for barna med medfødt syfilis. Også i Bergen var dette et tema, spesielt i de første tiårene etter århundreskiftet. Barna med syfilis ble innlagt på sykehus, gjerne sammen med mødrene. Men disse barna ble ansett som smittefarlige lengre enn voksne med syfilis, så i flere år uttrykte helserådet at det var behov i for et eget barnehjem for barna. Slike barnehjem ble gjerne kalt «welanderhjem», etter den svenske syfilogen Edvard Welander, som åpnet det første barnehjemmet for syfilitiske barn i Stockholm i 1900.²⁴¹

Det var spesielt legen Dagny Tyvold som var opptatt av å opprette et welanderhjem i Bergen. Hun var tilsynslege for de utsatte pleiebarna i byen.²⁴² I tillegg arbeidet hun som

²⁴¹ Thyresson 1993:108.

²⁴² Helserådets årsberetning 1907:9.

lege for de kvinnelige veneriske pasientene på helserådets kontor, på poliklinikken for spedbarn og som tilsynslege på redningshjemmet.²⁴³ I de årlige rapportene om pleiebarna, vektla hun ofte nødvendigheten av et hjem for de syfilitiske barna.²⁴⁴ Det Tyvold spesielt argumenterte med, var smittefaren disse barna utgjorde i privatforpleining. I 1910, for eksempel, omtalte hun en jente som hadde smittet begge pleieførene med syfilis.²⁴⁵ Det var for å unngå slike episoder man trengte et welandershjem. Det virker ikke som Tyvold mente at barna som smittet pleieførene hadde blitt utsatt for noen form for seksuelt overgrep. De veneriske sykdommene ble oppfattet som mindre veneriske når det var barn som hadde dem (se s. 31).

I 1917 holdt Tyvold et foredrag om welandershjem i Det medisinske selskap i Bergen.²⁴⁶ Her utdypet hun hva hun mente var de største farene ved medfødt syfilis. For det første led barnet av sykdommen og det var store sjanser for at det døde i løpet av svangerskapet eller like etterpå. Også for dem som levde opp, fikk syfilisen store konsekvenser:

«Eller – og det er jo endnu værre – de vokser op og blir paa grund av manglende pleie og behandling til aandelige og legemlige vrak, som falder det offentlige til byrde og yder en betraktelig kontingent til de mindreværdige forbryderes klasse.»²⁴⁷

Her kom tanken om at syfilis førte til degenerering av menneskeslekten til uttrykk, en tanke som ble uttalt i perioden. Dette til tross for at Tyvold la vekt på at syfilis var en infeksjonssykdom, ikke arvelig.²⁴⁸

Den andre faren med medfødt syfilis, var som sagt den barnet utgjorde overfor sine omgivelser. Smittefaren var veldig stor, mente Tyvold, smitten kunne overføres via kyss, et sår eller ved bruk av spiseredskap og husgeråd. For å unngå disse farene måtte man gjøre to ting: barnet måtte få en intens behandling, for å bli frisk. Samtidig måtte barnet isoleres.

«begge dele opnaaes ved at følge den av Welanders angivne fremgangsmaate: at internere kongenitalluetiske barn i et dertil bestemt hjem og systematisk behandle dem efter den kronisk-intermitterende metode.»²⁴⁹

²⁴³ Helserådets årsberetning 1916:20.

²⁴⁴ Eksempelvis Helserådets årsberetning 1916:22.

²⁴⁵ Helserådets årsberetning 1910:16.

²⁴⁶ Tyvold 1917.

²⁴⁷ Tyvold 1917:342.

²⁴⁸ Tyvold 1917:339-340.

²⁴⁹ Tyvold 1917:342.

En slik behandling kunne man altså lettest gjennomføre på et eget barnehjem for de syfilitiske barna. Å opprette et welanderhjem i Bergen var i stor grad var Tyvolds prosjekt. Hun fikk helserådet med seg i å søke kommunen om penger, men det var hun som varmest talte hjemmets sak og som sto for korrespondansen med de øvrige myndighetene.

Kommunen stilte seg positiv til ideen om hjemmet, og Tyvold begynte å se etter et passende hus i 1914. På grunn av bolignød og krig var det vanskelig å finne et egnet lokale, selv etter at kommunen vedtok at de ville finansiere det.²⁵⁰ Etter mye fram og tilbake om lokaliseringen av barnehjemmet, tok man i bruk «Elsero» i Sandviken i desember 1919.²⁵¹ Elsero hadde inntil da vært barnehjem for tuberkulosestruede barn, men lokalet ble ledig da disse barna flyttet til et større barnehjem.²⁵² Elsero hadde plass til 20 barn, de først årene hadde det et belegg på 15-16.²⁵³ Det var ansatt to sykepleiere og to tjenestepiker, mens Tyvold sto for det medisinske tilsynet.²⁵⁴

Det ser ut som Welanderhjemmet stort sett virket som man hadde planlagt på forhånd. Unntaket var at barna ofte ble der lengre enn man hadde sett det for seg, det ble ikke et småbarnshjem slik planen hadde vært. Dette var fordi det var vanskelig å sette barna i forpleining etter et opphold på hjemmet. Barna fra Welanderhjemmet ble flyttet til andre barnehjem etter oppholdet der, og det var ikke alltid lett å finne plass til dem. Smittefaren virket også med til at barna ble på Welanderhjemmet lengre enn planlagt, gjerne til skolealder.²⁵⁵ Welanderhjemmet fantes i Bergen til 1940.²⁵⁶

Konklusjon

I 1909 ble arbeidet mot kjønnsykdommer i Bergen organisert på en ny måte. Blant annet ble det åpnet for gratis behandling av kjønnsykdommer utenfor sykehus. Dette var primært et tilbud til de som ikke var så hardt angrepet av sykdom, og de helserådet stolte på at ville ta de nødvendige forholdsregler for å unngå å smitte andre. Behandling utenfor sykehus hadde flere fordeler. For helserådet spilte det inn at slik behandling var billigere enn sykehusinnleggelse. For pasientene var det en fordel at man kunne få behandling uten å flyttes ut av hjemmet og avbryte eventuelle arbeidsforhold. Behandling utenfor sykehus

²⁵⁰ Tyvold 1917:347.

²⁵¹ Helserådets årsberetning 1921:6.

²⁵² Blom 1998:104.

²⁵³ Helserådets årsberetning 1921:6.

²⁵⁴ Helserådets årsberetning 1920:15.

²⁵⁵ Helserådets årsberetning 1922:7-8. BBA: Helserådets kopibok 1922:4.november.

²⁵⁶ *Bergen byleksikon* 1994:496.

var først og fremst et tilbud til dem som hadde en fast forankring i samfunnet. De som var uten bosted, og som ikke kunne forsørge seg ble fortsatt lagt inn på sykehus. Dette var både fordi de ikke hadde andre muligheter, og fordi helserådet ser ut til å ha stolt mindre på denne gruppen.

I 1910 kom den nye medisinen, salvarsan, og sykehusopphold var ikke lenger så nødvendig ved behandling av syfilis. Nye behandlingsmåter kombinert med ønsket om å gjøre behandling for venerisk sykdom mer tilgjengelig, lå bak opprettelsen av poliklinikken for hud- og veneriske sykdommer i 1924. På poliklinikken skulle det også drives opplysningsarbeid om sykdommene.

I løpet av perioden fant det sted et skifte i hvordan helserådet tenkte om veneriske sykdommer. Først i perioden var sykehusinnleggelse og kontroll sentralt. Senere tilbød man frivillig behandling og opplysning. Men alle disse tiltakene var først og fremst tenkt å hindre smitte. Helserådet gjorde også hele tiden vurderinger av hvem som var egnet for ambulatorisk behandling, og hvem man derimot mente at utgjorde en for stor smitterisiko. Også Welanderhjemmet var først og fremst et tiltak for å hindre smitte. Samtidig må omsorg for barna som var født med syfilis ha spilt inn, de var jo samtidens symbol på de uskyldige syke.

Kapittel 6: Jakten på de syke

«Dersom den syfilitiske sygdom kun blev de Individets Lod, der ved egen Skyld udsatte sig derfor, vilde maaske Sundhedskommissionen afvise de Krav om regelmæssig Visitation som meget snart vilde reise sig. Men sagen er, at Sygdommen om den øger i Udbredelse, ogsaa vil ramme en hel Del i sin Ulykke aldeles uskyldige Mennesker, navnlig Kvinder og Børn.»
Overlege Cæsar Boeck 1889.²⁵⁷

I 1893 skrev Bergen helseråd et brev til justisdepartementet om hvilke tiltak de brukte mot veneriske sykdommer. Det første var kontroll med prostituerte, og det andre var at alle som ble oppgitt som smittekilde ble tilskrevet og bedt om legeerklæring.²⁵⁸

Som sagt hadde de aller fleste som ble undersøkt og behandlet på sunnhetsvesenets kontor, møtt opp frivillig. Men Bergen helseråd praktiserte i tillegg smittesporing og aktiv innkalling av syke. Ved å studere hvem som ble innkalt, og hva helserådet gjorde med smitteanmeldelser de mottok, kan en se hvem helserådet regnet som risikogrupper. Undersøkte helserådet personer etter konkrete smitteanmeldelser, eller etter antagelser om risikoadferd? I den nasjonale debatten om reglementeringen sto dette spørsmålet sentralt.

Også i Skottland ble det drevet oppsporing av smittekilder.²⁵⁹ Davidson har funnet at helsemyndighetene i dette arbeidet hele tiden hadde oppmerksomheten rettet mot prostitusjonen. Det gjaldt det å finne den prostituerte kvinnen smitten hadde sitt utløp fra: man antok at enhver smitterekke endte med en prostituert. Selv om lovene på området ga seg ut for å være kjønnsnøytrale, var ikke praktiseringen av dem det. Fokuset var rettet mot «umoralske» kvinner. Davidson mener at dette var tilfelle hele 1900-tallet, selv om det endret seg noe på 1960-tallet. Hans konklusjon er: «The history of VD and STDs in late-twentieth-century Scotland is as much a story of moral regulation as it is of public health».²⁶⁰ I det følgende tar jeg utgangspunkt i Davidsons synspunkt, for å finne ut i hvilken grad helserådet pekte ut spesielle risikogrupper, og om dette primært var prostituerte. Først skal jeg studere den formaliserte prostitusjonskontrollen, gjennom reglementeringen mer inngående.

²⁵⁷ Christiania Sundhedscommission 1889:18.

²⁵⁸ BBA: Brev datert 21.03.1893. Gjengitt i helserådets årsberetning 1893:9.

²⁵⁹ Det følgende bygger på Davidson 2000; Davidson 2001.

²⁶⁰ Davidson 2001:232.

Prostitusjonskontrollen

Det var ikke bare i Kristiania de prostituerte ble utsatt for tvungne, medisinske kontroller, i Bergen hadde dette som sagt funnet sted siden 1816.²⁶¹ Helserådet i Bergen var opptatt av de prostituerte, og uttalte flere ganger at undersøkelse av dem måtte være en viktig del av det forebyggende arbeidet mot kjønns sykdommer.

Om det er berettiget å kalle systemet i Bergen for reglementering, blir en definisjonssak. De offentlige bordellene i Bergen ble nedlagt i 1876.²⁶² Man kan derfor ikke snakke om offentlige prostitusjon i strengeste forstand. I Bergen var det dessuten en av helserådets leger, med hjelp av politiet, som foretok visitasjonen, ikke politilegen.²⁶³

Men i praksis, og for dem som ble utsatt for denne kontrollen, spilte nok dette liten rolle. De prostituerte ble utsatt for en annen form for kontroll enn andre deler av befolkningen nettopp fordi de var prostituerte. Smitteanmeldelser av ikke-prostituerte ble håndtert annerledes av helserådet enn meldinger om de kvinnene man hadde mistanke om at drev med prostitusjon. Også helserådet brukte uttrykket «den offisielle visitasjon» om det som foregikk på politistasjonen på lørdager.

Undersøkelser av prostituerte i Bergen

I 1881, året etter min oppgave begynner, ble det undersøkt 47 prostituerte kvinner i Bergen.²⁶⁴ Undersøkelsene skulle finne sted ukentlig, men hele 15 ganger i løpet av året hendte det at ingen møtte opp. Blant de 47 som ble framstilt for visitasjon, var det kun én som ble undersøkt så mange som fem ganger. 25 kvinner møtte bare én gang.

Helserådet var opptatt av å få undersøkt kvinner de fryktet ville spre venerisk smitte. På bakgrunn av dette kan man spørre hvorfor 25 kvinner slapp unna med bare én undersøkelse. Helserådet skrev at det var få kvinner som beviselig drev med prostitusjon. Dette var årsaken til at politiet vegret seg for å foreta en tvungen kontroll i større utstrekning.²⁶⁵ Politiet var ikke så aktivt som helserådet ønsket, og resultatet var altså at systemet ikke ble så omfattende.

De 25 kvinnene som ble innkalt en gang i løpet av året, var sannsynligvis slike man ikke hadde bevis for at var «profesjonelle prostituerte», de ble bare innkalt til kontroll en

²⁶¹ Harris 2000.

²⁶² Kopperdal 2003:10.

²⁶³ Bergen Sundhedscommission 1888:88.

²⁶⁴ Det følgende bygger på RA: Bergen sundhetsk. utrykt medisinalinnberetn. 1881.

²⁶⁵ RA: Bergen sundhetsk. utrykt medisinalinnberetn. 1881:6.

gang i mellom. At mange kvinner ble undersøkt bare etter mistanke om umoralsk adferd, blir bekreftet i helserådets beretning fra 1893. Her skrev helserådet at politiet ikke bare undersøkte dem som hadde prostitusjon som levevei, men at de fra tid til annen også «saadanne som ved udsvevende levesett er at befrykte at sprer smitte».²⁶⁶

En annen grunn til at mange av kvinnene ble undersøkt kun én eller et par ganger, var at mange av dem ble funnet syke, og dermed lagt inn til behandling. I 1881 ble 23 av de framstilte kvinnene funnet å lide av urethrit (gonoré), to av syfilis.²⁶⁷ Disse ble lagt inn på sykehus og ble derfor ikke undersøkt på en lang stund.

Helserådet var ikke fornøyd med de lave tallene, de ønsket at flere skulle innkalles til visitasjon. I innberetningen fra 1880 kan man lese: «Kontrollen med de løsagtige Fruentimmere er i høi grad utilfrdstillende. Geistligheten Indflytelse og Politiets vaklende Holdning faar bære skylden herfra.»²⁶⁸ I Bergen var helserådet pådriverne til visitasjonen, mens politiet nølte. Denne situasjonen skilte seg fra den i Kristiania, hvor nettopp politiet var pådriverne.²⁶⁹ I Bergen ser det imidlertid ut til at politiet ikke var så interessert i å assistere helserådet i prostitusjonskontrollen, de mente de hadde nok med andre arbeidsoppgaver. Dette må ses i sammenheng med politiets øvrige kontroll med prostituerte i byen. Bente Kopperdal har vist at politiet i Bergen sjelden straffet de prostituerte for lover som regulerte prostitusjon, men at de oftere enn resten av befolkningen ble sanksjonert for andre lovbrudd.²⁷⁰ Forskjellige tilgjengelige ressurser hos politiet i Bergen og Kristiania kan også ha spilt inn. I 1893 forsøkte justisdepartementet å avvikle reglementeringen i Bergen, politiets syn på systemet var nok også farget av departementets holdning.

I sitatet ovenfor ble det nevnt at også kirken var mot prostitusjonskontrollen. Jeg har ikke studert den større debatten rundt reglementeringen i Bergen, bare sett på hvordan helserådet forholdt seg til denne. I Kristiania har Melby funnet at kirken sto sentralt i den tidligste motstanden mot reglementeringen. Kirken ville styrke folks følelser for sedelighet og rettsvesen og mente derfor det var viktig å overholde forbudet mot prostitusjon.²⁷¹ Kirken og religiøse bevegelser i Bergen hadde antagelig liknende oppfatning: at prostitusjonen ikke ble sterkt nok fordømt fordi kontrollen til dels legitimerte denne.

For de medisinske myndighetene så saken annerledes ut, de var opptatt av å begrense smittefaren ved prostitusjonen. Og slik kontrollen ble gjennomført i Bergen

²⁶⁶ Helserådets årsberetning 1893:9.

²⁶⁷ RA: Bergen sundhetskom. utrykt medisinalinnberetn. 1881:6.

²⁶⁸ RA: Bergen sundhetskom. utrykt medisinalinnberetn. 1880.

²⁶⁹ Melby 1977:34.

²⁷⁰ Kopperdal 2003:15-19.

mente de at dette hensynet ikke ble godt nok ivaretatt. Dette synet ble uttalt av helserådet både før og etter at reglementeringen ble avskaffet i Kristiania.

Veien til behandling

Hvert år ble en stor andel av de visiterte innlagt til behandling. Om man mente at de syke hadde potensial til moralsk forbedring ble de lagt inn på Bergen sykehus. Disse kvinnene håpet man at kunne komme ut av prostitusjonen, samtidig som man ikke regnet dem som noen stor fare for de øvrige pasientene på sykehuset.²⁷² Men det var få man ventet forbedring fra, og de fleste ble lagt inn på kuravdelingen på Tvangsarbeidsanstalten.

Tvangsarbeidsanstalten ble opprettet i 1842 og her kunne løsgjengere, alkoholikere, tiggere og andre som ikke hadde lovlig arbeid settes inn av politiet.²⁷³ Det var en oppbevaringsanstalt for flere grupper som samfunnet ønsket å sperre inne for en kortere tid. Fra 1860-tallet hadde Tvangsarbeidsanstalten også en kuravdeling for veneriske kvinner.²⁷⁴ Det var flere veier inn på kuravdelingen. De som ble satt inn på Tvangsarbeidsanstalten for forskjellige forseelser ble undersøkt. Viste de tegn på venerisk sykdom, ble de lagt inn på kuravdelingen. En annen vei inn var å være syk når man møtte opp til den offentlige visitasjonen.²⁷⁵ Kuravdelingen rekrutterte altså både fra Tvangsarbeidsanstalten, og fra kvinner som ikke hadde havnet på anstalten om det ikke var for at de var venerisk syke.

I Bergen helseråds brevjournal kan man lese hvem som anmeldte personer som ble ansett for å utgjøre en risiko og hva helserådet gjorde med en slik anmeldelse. På 1890-tallet foregikk dette ofte på følgende måte: Politiet sendte en melding til helserådet om en kvinne de mente var syk. Grunnen til at de trodde dette, kunne være at noen på sykehuset hadde oppgitt henne som smittekilde,²⁷⁶ at de hadde fått en anonym melding om at hun spredte smitte,²⁷⁷ eller at de hadde andre opplysninger. I 1893 ble en kvinne anmeldt som mulig venerisk syk fordi hun oppholdt seg på gaten om natten.²⁷⁸ Samme år gjorde politiet helserådet oppmerksom på to mistenkelige stavangerpiker.²⁷⁹ Den medisinske kontrollen hadde slik et sterkt preg av sosial kontroll. Politiet trodde ikke at man ble syk direkte av

²⁷¹ Melby 1977:39.

²⁷² RA: Bergen sundhetskomm. utrykt medisinalinnberetn. 1886, blad 1:3-4.

²⁷³ Ertresvaag 1982:273.

²⁷⁴ Geelmuyden og Schetelig 1914, bind II:244.

²⁷⁵ RA: Bergen sundhetskomm. utrykt medisinalinnberetn. 1886, blad 1:3-4.

²⁷⁶ BBA: Helserådets journal 1896:22.

²⁷⁷ BBA: Helserådets journal 1895:232.

²⁷⁸ BBA: Helserådets journal 1893:272.

²⁷⁹ BBA: Helserådets journal 1893:87.

den kalde kveldsluften eller av å oppføre seg merkelig, men de antok at de som oppholdt seg på gaten om natten var prostituerte, eller på andre måter brøt seksualmoralen. Slik utgjorde de en smittefare.

Hvordan myndighetene behandlet dem som ble innmeldt som smittekilder, ble avgjort ved skjønn. Første gang en kvinne ble meldt som smittekilde, kunne en legeerklæring fra en privat lege om at hun var frisk, eller gikk til behandling, være nok til å slippe å møte hos politiet. Om hun ikke viste en slik attest, måtte hun regne med å bli innkalt av politiet til offentlig visitasjon neste lørdag.²⁸⁰ Visitasjonssystemet ble brukt som en trussel for å få kvinnene til å la seg undersøke.

På «Kuren»

Når kvinnene ble lagt inn på Tvangsarbeidsanstaltens kuravdeling ble de holdt der til de ble ansett som friske. I 1889 ble det behandlet 12 pasienter for konstitusjonell syfilis på kuravdelingen. Ved årets utløp lå to pasienter igjen, ti hadde blitt skrevet ut som friske. Gjennomsnittlig hadde de vært lagt inn i rundt 38 døgn. De tre som hadde vært innlagt for ulcus hadde ligget noe lenger: gjennomsnittlig ca. 46 døgn. Urethrit hadde medført gjennomsnittlig 36 døgn innleggelse for de 29 som ble behandlet for dette.²⁸¹ Alle disse pasientene ble oppført som helbredet i medisinalberetningen.

Myndighetene hadde en tro på at veneriske sykdommer kunne helbredes, og at dette kunne gjøres på en måned eller to. I dag ser dette underlig ut, man anser ikke den behandlingen som kunne tilbys på 1880-tallet som effektiv. Men da regnet man altså med at det var mulig å bli helbredet for venerisk sykdom, i hvert fall bli smittefri, på rundt 40 dager.

I løpet av perioden ble man mer opptatt av veneriske sykdommers kroniske natur. Dette ble brukt som et argument mot reglementeringssystemet. Samtidig ble det hevdet at man tross alt hadde mulighet til å skjerme samfunnet for smitte i den perioden de syke var innlagt.²⁸² Om man ble lagt inn tidlig i sykdomsforløpet var dette den perioden da sykdommene var mest smittsomme. Sykehusinnleggningen var ikke bare behandling. Den bar også preg av å være innesperring for å skjerme samfunnet for smitte.

²⁸⁰ RA: Bergen sundhetsk. utrykt medisinalinnberetn. 1886, blad 1 s.3-4.

²⁸¹ RA: Bergen sundhetsk. utrykt medisinalinnberetn. 1889.

²⁸² Getz 1892:13.

Prostitusjonskontrollen i Bergen og den nasjonale debatten i 1880-årene

I forkant av at reglementeringen ble avskaffet i Kristiania, ba justisdepartementet Bergen helseråd om en uttalelse om hvordan de så på den preventive kontrollen av prostituerte. I januar 1886 avga det en erklæring om sitt syn på saken.²⁸³ Helserådet var delt i dette spørsmålet. Rådmannen H. R. Bang og kjøpmannen Johan Geelmuyden ønsket å opprettholde den preventive kontrollen. Helserådets flertall: stadsfysikus Sparre, legen Joachim Wiesener og kjøpmannen Joh. C. Harmens mente imidlertid at en slik kontroll hadde større ulemper enn fordeler. Den preventive kontrollen hadde ikke noe særlig effekt, for at den skulle være virksom måtte man kontrollere alle prostituerte daglig. Slik systemet fungerte, ga det folk en falsk trygghet, mente de. Sparre la også vekt på det urettferdige og umoralske i situasjonen, der noen kvinner skulle friskmeldes så de kunne brukes som objekt og avløp for andres usedelighet.

I sin erklæring beskrev Sparre et annet system, som han mente var bedre for å motarbeide venerisk sykdom. Smitteanmeldelse, oppsporing av syke ved hjelp av politiet og sykehusinnleggelse av de syke, var stikkordene her.²⁸⁴ Dette må ha vært et mer dramatisk forslag enn det man forestiller seg i dag. J. Geelmuyden, som var tilhenger av reglementeringen, uttalte at forslaget «[...] ikke skulde givet noget bidrag til at forbedre sedeligheden, medens følgen af eksperimentet turde blive, at friheden blev til tøilesløshed.»²⁸⁵ Man må regne med at det er avviklingen av den preventive kontrollen som Geelmuyden reagerte på her, ikke de nye tiltakene som ble foreslått, for de ble jo tildels praktisert i Bergen på det tidspunktet sammen med reglementeringen.

Det kan virke overraskende at Sparre var motstander av reglementeringssystemet, siden dette ble praktisert i hele hans tid som stadsfysikus. Men om man ser nærmere på hans erklæring, ser man at han ikke var en udelt motstander av undersøkelsen av de prostituerte. Han skrev blant annet:

«Det vilde naturligvis staa i politiets magt at fremtvinge visitasjon, hvor man stod ligeoverfor en vitterlig skjøge. Naar en farlig smittekilde, der syntes at være i virksomhed, ikke paa anden maade kunde opdages, maatte massevisitasjon kunne anvendes ligeoverfor de vitterlige skjøger.»²⁸⁶

²⁸³ Bergen sunnhetskommission. Gjengitt i *T.f.p.M.* 1888:49-59 og 84-90.

²⁸⁴ Bergen sunnhetskommission 1888:58-59.

²⁸⁵ Bergen sunnhetskommission 1888:89.

²⁸⁶ Bergen sunnhetskommission 1888: 56.

Så selv om Sparre uttalte at han var motstander av visitasjon av prostituerte, var han villig til å sette i gang omfattende tiltak overfor dem. Men anmeldelsesplikten burde også gjelde menn som led av kjønns sykdom, mente Sparre: «Ogsaa visitasjon af mænd matte kunne fremtvinges, hvor mistanken var fuldt begrunnet».²⁸⁷ Dette var et nokså radikalt forslag i forhold til hva som ble praktisert. Det viser at Sparre var villig til å gå langt for å kontrollere dem han fryktet at sto i fare for å smitte mange. Her var ikke kjønn og yrke det vesentlige, men risikoadferd og smittefare.

Sparres litt selvmotsigende syn på prostitusjonskontrollen, illustrerer kjernen i debatten om visitasjonen. Spørsmålet var om det var en konkret smitteanmeldelse, som skulle føre til tvungen medisinsk kontroll, eller om det holdt å ha et levesett som medførte smitterisiko. Skulle man oppspore smitterekker, eller personer som hadde anledning til å smitte? Når man snakker om reglementeringssystemet er det gjerne den preventive kontrollen man mener, kontroll på grunnlag av livsførsel, ikke sykdom. Og i Bergen fortsatte den preventive kontrollen av de prostituerte, også i tiden Sparre var stadsfysikus. Dette tyder på at han mente kontrollen ikke var så ille at de gode sidene ved den ikke oppveide for det. Dette er et eksempel på at rettighetene til individet ble vurdert som underordnet fellesskapets behov.

1890-årene

I 1893 sendte justisdepartementet et brev til Bergen, hvor de ba helserådet om å innføre samme ordning som i Kristiania.²⁸⁸ Der kunne ikke myndighetene kreve en undersøkelse uten en konkret mistanke om sykdom. Bergen helseråd uttalte da at de ikke ønsket å innføre en slik ordning, fordi det ikke ville gi god nok kontroll med sykdommene.²⁸⁹ Helserådet mente også at justisdepartementet ikke hadde myndighet til å pålegge dem å endre politikk.²⁹⁰

En av årsakene til at helserådet tildels hadde skiftet mening mellom 1885 og 1893, var at rådet hadde fått nye medlemmer. Både Wiesener og Sparre, som hadde ønsket å avvikle kontrollen med de prostituerte, var døde. Som stadsfysikus overtok Joakim

²⁸⁷ Bergen sunnhetskommission 1888: 56-57.

²⁸⁸ Helserådets årsberetning 1893:8.

²⁸⁹ Helserådets årsberetning 1893:9.

²⁹⁰ Helserådets årsberetning 1893:9.

Lindholm, og han mente at reglementeringen var nødvendig for å hindre smitte. Lindholm var stadsfysikus til han døde i 1907.²⁹¹

I 1893 uttalte helserådet i Bergen seg også om Bernhard Getz' forslag til en ny kjønnssykelov. I denne saken uttrykte de støtte til Axel Holsts syn på prostitusjonskontrollen, slik han hadde redegjort for i en innledning i Medicinsk selskap.²⁹² Holst var en av de ivrigste forsvarerne av prostitusjonskontrollen, og i innledningen kritiserte han Getz' lovforslag for ikke å være effektivt nok.²⁹³ Bergen helseråd var altså først noe nølende til prostitusjonskontrollen, men på 1890-tallet tok de det mest visitasjonsvennlige standpunktet i debatten. Dette gjorde de til tross for de moralske betenkelighetene ved systemet. Visitasjon av prostituerte var nemlig det eneste tiltaket de mente kunne forhindre spredning av kjønnssykdommene, og «Imod dette onde befinder samfunnet sig i nødværgetilstand [...]».²⁹⁴ I en slik tilstand var alle midler lov. Så til tross for at det i samtiden ble rettet sterk kritikk mot prostitusjonskontrollen, mente Bergen helseråd at det var riktig å fortsette med den. Helserådet opererte med en konsekvensetikk; alternativet ville etter deres mening være mye verre.

Det var ikke bare i forbindelse med prostitusjonen at helserådet hadde meninger som gikk utover den dominerende moraloppfatning. Helserådet foreslo også andre tiltak mot sykdommene. I uttalelsen om Getz' lovforslag, for eksempel, framførte helserådet påstanden om at man burde internere enhver mann som hadde en sjanker (byll), inntil den ble helbredet. Dette var fordi man ikke visste om en sjanker ville utvikle seg til *ulcus molle* eller den mer alvorlige sykdommen syfilis, før det hadde gått en stund.²⁹⁵ Å gjennomføre et slikt forslag ville vært dramatisk. *Ulcus molle* ble ikke sett på som en farlig sykdom. Å internere alle menn som hadde symptomer på dette, ville være å fylle sykehusene med menn som ikke ønsket å være der, og som heller ikke trengte det.

Kontroll og avmakt

Myndighetene i Bergen var altså, med noen unntak, tilhengere av reglementeringen, og opprettholdt systemet til tross for at sentrale myndigheter ønsket den avskaffet. Allikevel skal man ikke overdrive betydningen av dette. Visitasjonssystemet var ikke så utbredt i

²⁹¹ Larsen 1996b. Bind III:587.

²⁹² Helserådets årsberetning 1893:4.

²⁹³ Holst 1893.

²⁹⁴ Helserådets årsberetning 1893:3.

²⁹⁵ Helserådets årsberetning 1893:7.

Bergen som helsemyndighetene ønsket. Flere år uttrykte helserådet at systemet ikke var effektivt nok, at politiet ikke gjorde nok for å kontrollere de prostituerte, og det hendte ofte at ingen møtte til visitasjonen. De gangene dette skjedde, gjorde ikke politiet noe for å innkalle kvinnene. Den eneste virkningen var at helserådet, om de fikk høre om det, sendte formanende brev til politiet. I 1886 uttalte legen og helserådsmedlemmet Joachim G. Wiesener at det var så få som møtte til visitasjon i Bergen at «præventiv visitasjon eksisterer her i byen kun i navnet, ikke i gavnet.»²⁹⁶

Avviklingen av reglementeringen

I årsberetningene til helserådet ble visitasjonen nevnt til og med året 1905. Årsberetningen for året etterpå har jeg ikke fått tak i, men visitasjon ble ikke nevnt i beretningen fra 1907 eller noe år senere. Det ser ut til at visitasjonssystemet ble stadig mindre omfattende i årene før det ble avviklet. De siste årene ble de fleste undersøkelsene foretatt i forbindelse med innleggelse på Tvangsarbeidsanstalten. Det var få kvinner som ble undersøkt utenfor institusjonen. Men jeg har funnet at helserådet brukte uttrykket «offentlig visitasjon» så sent som i 1908. Da var det i et brev til en kvinne som var anmeldt som smittekilde. I brevet ble hun bedt om å vise legeattest, hvis ikke ville hun bli innkalt til offentlig visitasjon.²⁹⁷

Visitasjonen av de prostituerte ble altså sjeldnere og stadig mindre preventive. Unntatt ved innsettelse på «Tvangen» ble det sjelden foretatt undersøkelser av kvinner uten mistanke om at de var syke. Etter hvert gikk systemet over i et system med undersøkelse på grunnlag av smitteanmeldelse.

I Kristiania ble reglementeringen avviklet etter et politisk vedtak etter en lengre debatt. I Bergen, derimot, ser det ut til at ordningen gradvis ble avviklet av seg selv. I budsjettet for Bergen kommune ble det bevilget 200 kroner årlig til «godtgjørelse for lægevisitastion av offentlige fruentimmere» til og med budsjettåret 1908. Jeg har ikke sett at kommunens formannskap eller representantskap har hatt noen innsigelser på denne budsjettposten, de har innstilt og vedtatt dette hvert år som en av kommunens faste utgifter.

I 1908 ble denne posten strøket, men heller ikke da på grunnlag av en politisk diskusjon. På Bergen kommunes budsjett for 1909 ble det nemlig vedtatt å opprette en stilling som sunnhetsinspektør, en stilling helserådet lenge hadde ønsket seg. Sunn-

²⁹⁶ Bergen sunnhetskommission 1888:85.

²⁹⁷ BBA: Helserådets journal 1908:39.

hetsinspektøren skulle ha ansvar for alminnelig hygienisk kontroll, gjennomføring av bakteriologiske undersøkelser og tilsyn med smittsomme sykdommer. De veneriske sykdommene hørte til den siste kategorien.²⁹⁸ I sunnhetsvesenets budsjettarbeid utdypet stadsfysikus Geirsvold hvilke oppgaver man tenkte seg at sunnhetsinspektøren skulle ha, og i denne forbindelsen skrev han:

«*Kontrollen med de veneriske sygdomme*, som hittil har været fordelt paa flere hænder, er tiltænkt sundhetsinspektøren. De paa konto 149 d bevilgede kr.200 ”godtgjørelse for lægevisitation av offentlige fruentimmer” maatte i tilfælde gives en annen titel, da denne klasse mennesker *formelt* ikke eksisterer.»²⁹⁹

Geirsvold ville heller slå denne posten sammen med de 600 kronene som tidligere hadde blitt bevilget til Indremisjonens redningshjem og lage en ny post på 1000 kroner som skulle hete «Til motarbeidelse og lægebehandling av veneriske sygdomme». Dette ble godkjent av resten av helserådet og magistraten, og ble vedtatt av formannskapet og representantskapet uten endringer.

Det var altså ingen som tok til orde for en radikal omlegging av prostitusjonskontrollen, heller ikke 1908. Det var praktiske årsaker til at man la om systemet; nå skulle all kontroll bli foretatt av én mann. Det er også interessant at Geirsvold uthevet ordet *formelt* i sitatet ovenfor. Formelt fantes det ikke offentlige fruentimmer, men det virker som det gjorde det i praksis.

Siden stadsfysikus la vekt på den formelle siden ved å avskaffe visitasjonene, virker det rimelig at en lignende praksis fortsatte også etter 1909. Prostituerte ble utsatt for spesialbehandling og særlig oppmerksomhet i bekjempelsen av de veneriske sykdommene i hele perioden denne oppgaven handler om. Det er ikke så lett å skille mellom hva som var reglementeringssystem, og hva som var generell kontroll med kvinner som ble oppfattet som løsaktige, og for de som opplevde kontrollen spilte det neppe noen rolle hva man kalte det.

Samtidig skal man huske at historiske framstillinger av reglementeringen i Norge pleier å slutte i 1888, da systemet ble avskaffet i Kristiania. Men systemet fortsatte i Bergen og Trondheim. Å vite og å synliggjøre dette kan føre til bedre refleksjoner rundt historien om kontroll i Norge. Så om det har interesse å tidfeste avskaffelsen av den preventive visitasjonen i Bergen, kan man si at det skjedde i 1909. Det var da man sluttet å

²⁹⁸ BKF. Bind II, 1908:187.

²⁹⁹ BKF. Bind II, 1908:191. Original utheving.

operere med dette begrepet, og det var da man sluttet å bevilge penger eksplisitt til denne praksisen.

Redningshjemmene

I historien om helsearbeid i Norge har gjerne de frivillige organisasjonene en viktig plass. I norsk historieskriving har man sett på stat, kommune og private (organisasjoner og kommersielle aktører) som de viktigste aktørene i utformingen av sosialpolitikken.³⁰⁰ Når det gjaldt de veneriske sykdommene, spilte naturlig nok de frivillige organisasjonene en mindre rolle. Kjønnssykdommene var ikke så farlige som mange andre sykdommer, og de var til dels selvforskyldte, så det var få som engasjerte seg for behandling av dem.

Men det fantes et par institusjoner som skulle hjelpe prostituerte tilbake til et sedelig liv, og disse spilte en rolle i det forebyggende arbeidet. Kvinnehjemmet *Nygjærdet*, også kalt Magdalenahjemmet, ble stiftet av pastoren Vilh. Holdt i 1879. Dette hjemmet skulle i følge B. E. Bendixen i *Bergen 1814-1914* hjelpe «faldne kvinder, som selv vil forlate sitt syndige liv».³⁰¹ Hjemmet fikk støtte av Brennevinssamlaget, fra staten og fra Bergen kommune. Sistnevnte støttet hjemmet for å motarbeide prostitusjon og venerisk smitte.³⁰² Nygjærdet tok blant annet mot veneriske rekonvalesenter og avlastet slik det kommunale tilbudet. Samtidig skulle hjemmet være et sted «hvor de [prostituerte] desuten faar den saare nødvendige moralske paavirkning»³⁰³.

Også Indremisjonens arbeids- og redningshjem for kvinner tok i mot veneriske rekonvalesenter. Også dette hjemmet skulle redde «falne» kvinner, og fikk støtte fra kommunen. Fra 1911 var Dagny Tyvold lege på redningshjemmet. I et brev til hjemmet skrev helserådsordføreren at Tyvold skulle undersøke kvinnene når de ble lagt inn og så ofte hun anså det nødvendig. Også bestyrerinnen på redningshjemmet måtte finne seg i å bli kontrollert hvis legen ba om det.³⁰⁴

Helserådet omtalte disse to institusjonene i veldig positive ordelag, og mente at de var viktige i arbeidet mot veneriske sykdommer og usedelighet. At kvinnene som kom ut av Tvangen, fengsel eller fyllearesten kunne ha et sted å oppholde seg hadde flere positive, samfunnsmessige følger. For det første trengte kvinnene tid til å komme seg etter

³⁰⁰ Nagel 1991.

³⁰¹ Bendixen 1914:317.

³⁰² Bendixen 1914:317.

³⁰³ Helserådets årsberetning 1908:24.

³⁰⁴ BBA: Helserådets kopibok 1911:915.

lang tids alkoholbruk. For det andre var disse kvinnene «de ihærdigste og farligste Forførere af den fattigere Klasse af sitt eget Kjøen».³⁰⁵ Alt i alt «maa det ogsaa være i Samfundets Interesse at uskadeliggjøre dem ved at holde dem afsondret saalenge som muligt».³⁰⁶ Igjen ser vi at kontroll var vesentlig i forebyggingen. Når det gjaldt prostitusjon var det også vesentlig å hindre rekruttering, for dette ville på sikt føre til mer veneriske smitte.

Selv om helserådet var positiv til disse institusjonene, ser det ikke ut til at kvinnene selv var så veldig begeistret for å være der. I helserådets kopibok kan man nemlig lese flere brev til politiet om kvinner som hadde rømt fra institusjonene.³⁰⁷ Om noen kvinner trivdes på hjemmene, ville ikke dette sette spor i denne kilden, så det er kanskje ikke lurt å tillegge dette for mye vekt. Men det tyder i hvert fall på at ikke alle kvinnene var på hjemmet av egen fri vilje.

Smittesporing generelt

I 1894 fikk helserådet et brev fra politiet om at en venerisk pasient på sykehuset hadde oppgitt en skomakersvenn som smittekilde. Han ble undersøkt av en av bylegene, men ble funnet frisk.³⁰⁸ Lignende anmeldelser finnes det flere av i kildene. Politiet, helseråd i andre kommuner³⁰⁹, og militæret³¹⁰ sendte inn smitemeldinger til Bergen helseråd. Også kvinner som fødte på Fødselsstiftelsen ble anmeldt til helserådet om de var mistenkt for å ha en kjønns sykdom.³¹¹ Disse anmeldelsene førte til at bylegene undersøkte de syke, eller ba om helseattest fra en privat lege.

Smitteanmeldelser fra private leger

I teorien skulle også private leger oppgi hvem deres pasienter var blitt smittet av. De praktiserende legene skulle hver måned sende inn oppgaver over hvor mange de hadde behandlet for forskjellige sykdommer, blant annet veneriske sykdommer var blant disse. Disse ble ikke meldt med navn, bare antallet ble oppgitt på listene. Opplysningene ble kun brukt til statistikk, ikke til tiltak overfor den enkelte pasient. Men dersom pasientene hadde

³⁰⁵ BBA: Brev til Magistratet. Kopibok 19. nov.1904

³⁰⁶ BBA: Brev til Magistratet. Kopibok 19. nov.1904

³⁰⁷ For eksempel BBA: Helserådets kopibok 1909:298. 1911:982.

³⁰⁸ BBA: Helserådets journal 1894:202.

³⁰⁹ For eksempel BBA: Helserådets journal 1911:212.

³¹⁰ For eksempel BBA: Helserådets journal 1911:349.

oppgitt hvem han var smittet av, skulle denne smittekilden navngis til helserådet, slik at det kunne få vedkommende til behandling og eventuelt isolasjon på sykehus.

I et foredrag i Bergens Medicinske selskap i 1917 fortalte sunnhetsinspektør Ingolf Utne om hvordan dette foregikk: «Likeledes har legerne anmeldt med navn personer, der er opgit for dem som smitteskilder for venerisk sygdom, for at sundhetskassen har kunnet ta sig av dem.»³¹² Han nevnte ikke utbredelsen av dette systemet. Men det er vanskelig å se at pasient eller lege hadde noe å tjene på å melde en slik smitteskilde. Pasienten hadde ikke nødvendigvis noe ønske om å avsløre sine seksuelle forbindelser for legen. Siden den som ble oppgitt som smitteskilde risikerte å bli tvangsinnlagt på sykehus, må lojalitet ha vært det springende punktet her. Det dreide seg om hvem man ville angi. For legens del, må ønsket om diskresjon ha spilt inn, det var neppe godt for praksisen om man spurte og grov for mye. Om legen fikk oppgitt et navn medførte det ikke annet enn merarbeid i form av korrespondanse med helserådet.

På den annen side ville neppe legen la personer de visste var smittedyrkende gå rundt uten behandling. I legetidsskriftene var det enighet om at kjønnssykdommene utgjorde en alvorlig fare, og at det var viktig å få de syke til behandling. Også private leger må ha ment dette, og gjort lignende vurderinger som de offentlige legene. Så det er nærliggende å tro at legene ville varslet helserådet om de hadde navnet på personer med smittedyrkende kjønnssykdom. Hvis pasienten var smittet av for eksempel en ektefelle, var det vel mer naturlig for legen å be vedkommende møte til konsultasjon.

Men saken er at det ikke finnes så mange smitteanmeldelser i de skriftlige kildene. På begynnelsen av 1890-tallet virket en lege i Bergen som het Rudolf Torkildsen. Han sendte inn noen smitteanmeldelser til helserådet, både om kvinner og menn.³¹³ Torkildsen var militærlege i tillegg til å ha en privat praksis og han var opptatt av sosialmedisinske spørsmål.³¹⁴ Han tok sikkert smittedyren mer alvorlig enn mange av kollegene. For utenom hans anmeldelser har jeg ikke funnet brev fra leger der de oppgir hvem deres pasienter var smittet av.

En grunn til dette kan ha vært at smitteanmeldelsene ikke alltid ble skrevet inn i brevjournalen. Det kan hende at helserådet fikk flere anmeldelser enn det som ble journalført, eller at legene meddelte smittemeldingene muntlig. En setning i helserådets årsberetning for 1900 bygger opp under denne teorien: «Ved Kontoret er ialt behandlet

³¹¹ For eksempel BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoll 1915:20.

³¹² Utne:1917:250.

³¹³ BBA: Helserådets journal 1892 og 1893.

2327 Sager, hvoraf 709 er indført i Sundhetskommisionens Journal».³¹⁵ Men om helserådet fikk noen meldinger som ikke står oppført i journalene, kan det ikke være snakk om mange. I kopibøkene til helserådet er det få brev til folk som blir bedt om å komme til undersøkelse på bakgrunn av en smittemelding. Man kan derfor konkludere med at helserådet neppe mottok mange slike.

Det som derimot finnes i brevjournalene, er anmeldelser om pasienter som legen ikke lenger vil «ta ansvar for»,³¹⁶ altså slike legene mente ikke egnet seg for vanlig behandling og som burde legges inn på sykehus for at de ikke skulle spre smitte. Også pasienter som var spesielt hardt angrepet av kjønnssykdom eller ikke kunne betale for privat behandling, ble anmeldt til helserådet for behandling der.³¹⁷ Mange av pasientene som ble behandlet på helserådets regning hadde først søkt en privat lege, og så blitt henvist til helserådet. Pasientens helsetilstand eller økonomiske stilling kunne være årsaken til at legene mente de burde behandles på sykehus og på kommunens regning.³¹⁸ De private legene må også ha vurdert smittefaren når de henviste pasientene til helserådet.

Helserådets smittesporing

Det kom altså få smitteanmeldelser fra de private legene. Selv om jeg ovenfor kom med noen eksempler på at andre instanser ga helserådet opplysninger om smittebærende personer, finnes det ikke så mange slike, heller. Men det var ikke bare fra andre at helserådet fikk informasjon om smittekilder. Når pasienter ble undersøkt på stadsfysikatets kontor ble de spurt hvor og når de var smittet. Helserådet oppga både i 1893 og i 1917 at de praktiserte smittesporing. Antagelig viste de da til de smittekildene de selv sporet opp, på grunnlag av informasjonen fra pasientene på helserådets kontor.

I 1910 ble 110 personer undersøkt på helserådets kontor. De fleste av disse hadde selv oppsøkt legehjelp, men to menn og ni kvinner var innkalt til undersøkelse fordi de var oppgitt som smittekilder.³¹⁹ Det vil si at ti prosent av de som møtte på kontoret, var blitt innkalt dit. Dette tyder ikke på at smittesporingen var så omfattende som man kan få inntrykk av når man leser helserådets uttalelser om hvordan de forebygde kjønnssykdommene. Av de elleve var det heller ikke alle som var syke.

³¹⁴ Larsen 1996b. Bind V:434-435.

³¹⁵ Helserådets årsberetning 1900:21.

³¹⁶ For eksempel BBA: Helserådets journal 1881:14.

³¹⁷ Utne 1917:250.

³¹⁸ BBA: Helserådets kjønnssykeprotokoller 1913-1927.

³¹⁹ Helserådets årsberetning 1910:30.

Så selv om helserådet mente at de drev en aktiv smitteoppsporing, var det ikke så mange personer helserådet sporet opp. Dette var blant annet fordi det var få de hadde mulighet til å ta kontakt med, fordi de manglet opplysninger. Dette stemmer med den informasjonen som finnes i helserådets kjønnssykeprotokoller. Her noterte legene opplysninger om smittested og -tidspunkt. Disse opplysningene var ofte ikke fullstendige nok til at man kunne spore opp smitekilden. Jeg har talt hvor mange som ga opplysninger om smittekilde. I perioden mellom desember 1913 og desember 1927, fikk helserådet følgende opplysninger:

Tabell I: Opplysninger om smittekilde

	Ingen opplysninger	Ufullstendige opplysninger	Navngitt smitte
<i>Menn</i>	279	1551	80
<i>Kvinner</i>	261	96	113

Kilde: Helserådets kjønnssykeprotokoller.

Det var altså de færreste som ga opplysninger om smitte. Til denne gruppen hører også de som tidligere hadde fått behandling, så det kan hende disse hadde gitt oppgitt smittekilde da. Ellers kan årsaken til at man ikke opplyste om smitte ha vært at man ikke visste eller at man ikke ville si det.

De aller fleste mennene (1551 stykker) ga imidlertid noe informasjon om smittekilde, men ikke fullstendig nok til at helserådet kunne spore opp vedkommende. Mange av disse mennene hadde blitt smittet i utlandet, opplysningene de ga var gjerne av typen: «smittet av ukjent pike i Kristiania, i Rotterdam for to måneder siden, ukjent pike i Bergen for fem uker siden, i Havanna, av ukjent pike i Fjellveien» osv. I slike tilfeller var det umulig for helserådet å spore opp smitten, og om smitekilden befant seg i utlandet, var dette også utenfor helserådets mandat. I helserådets brevjournal finnes det ett enkelt brev fra helserådet i Salt Lake City, der de opplyste at en kvinne med syfilis hadde forlatt byen for å reise til Bergen.³²⁰ Ellers var det lite samarbeid på tvers av landegrensene. Mellom Bergen og andre norske byer, spesielt Kristiania, var det imidlertid mye utveksling av opplysninger om smittebærere.³²¹

Generelt hadde kvinnene som ble undersøkt på helserådets kontor andre typer opplysninger enn det mennene hadde. Det var få som bare hadde spredte opplysninger om smitekilden, enten sa de ingenting eller så kunne de navngi vedkommende. Det var flere

³²⁰ BBA: Helserådets journal 1921:400.

kvinner enn menn som oppga navnet på den de var smittet av, og de var ofte smittet av ektefelle eller forlovede.

At så få av pasientene hadde fullstendige opplysninger om smitte, begrenset helserådets muligheter til å spore opp vedkommende. Smittekilder i utlandet var heller ikke så interessante for helsemyndighetene i Bergen. Derfor ble bare en liten andel av opplysningene helserådet fikk brukt til å etterforske smittekilder. Når de gjorde det, tok de imidlertid oppgaven alvorlig. Om helserådet mente at det kunne spore opp syke, og at det ville forhindre videre spredning av sykdom, tok de gjerne kontakt med politiet for å spore dem opp.³²²

Selv om det sikkert var mange som gikk rundt med smittsom kjønnssykdom, som aldri fikk noe med helserådet å gjøre, var noen personer viktigere for helserådet å få fatt i enn andre. I 1912 skrev helserådet at i løpet av året: «blev 8 kvinder, anmeldt som smittekilder, undersøkt; 4 mødte frivillig, 4 blev indkalt gjennom politiet.»³²³ Smittesporingen var ikke så utbredt, men det var ikke lett å snike seg unna, hvis helserådet hadde bestemt seg for å få en til behandling.

Smittesporing og de prostituerte etter 1909

Også etter avviklingen av reglementeringen mente myndighetene i Bergen de prostituerte utgjorde en spesiell fare. I flere år sendte helserådet brev til politiet for å få lister over hvilke kvinner som «etter politiets erfaring regelmessig trækker på gaden og for en væsentlig del ernærer sig ved usædelighed»³²⁴. Disse opplysningene skulle brukes til å spore opp smittfarlige individ. Navnene ble sendt til dr. Tyvold «med anmodning om efter conference med politiet at la indkalle de av disse piger som er anmeldt for venerisk sykdom»³²⁵.

Allikevel kan man ikke si at den preventive kontrollen av prostituerte fortsatte etter 1909. Helserådet hadde hele tiden oppmerksomheten særlig rettet mot prostituerte, men arbeidet skiftet form. Etter 1909 var det ikke nok bare å være prostituert for å bli innkalt til kontroll. Men om man var prostituert og det var mistanke om smitte, ble dette straks en mer alvorlig sak. Når helserådet fikk oppgitt en smittekilde, hendte det at de skrev brev til

³²¹ Se for eksempel BBA: Helserådets kopibok 23.04.1918; Helserådets kopibok 1921:436.

³²² BBA: Helserådets kopibok 1922:117; 1923:228; 1923:443.

³²³ Helserådets årsberetning 1912:11.

³²⁴ BBA: Helserådets kopibok 1912:412.

³²⁵ BBA: Helserådets kopibok 1913:406.

politiet hvor de lurte på om vedkommende drev «gatetrafik»³²⁶. Dette viser at helserådet differensierte mellom smitteanmeldelser om prostituerte og andre. Hvis ikke hadde de ikke hatt behov for denne opplysningen.

Konklusjon

Dette kapittelet begynte med en henvisning til Davidsons funn i Skottland. Han mener at helsemyndighetene der hele tiden så på de prostituerte som hovedårsaken til spredning av de veneriske sykdommene. Også i Bergen hadde helserådet blikket rettet spesielt mot denne gruppen, fordi man antok at de utgjorde en spesiell smittefare. For å minimere denne faren, brukte man først og fremst de obligatoriske helseundersøkelsene, reglementeringen. I Bergen opprettholdt man dette systemet i hele 20 år etter Albertine-debatten og avviklingen av systemet i Kristiania. Dette viser at Bergen skiller seg ut i nasjonal sammenheng: her lot man hensynet til samfunnets interesser være overordnet den enkeltes.

Også etter reglementeringen var avskaffet, var de prostituerte gjenstand for strengere kontroll enn den øvrige befolkningen. For helserådet var det viktigere å følge opp en smitteanmeldelse av en prostituert enn av en annen. Et annet middel helserådet brukte for å hindre prostituerte i å spre smitte, var å støtte private institusjoner som skulle hjelpe dem til å leve et mer sedelig liv. For helserådet hadde dette en dobbel funksjon. For det første avlastet hjemmene de offentlige sykehusene og behandlingsapparatet: Rekonvalesenter og prostituerte som var lettere angrepet av sykdom, ble behandlet her. For det andre mente helserådet at det var fordelaktig om hjemmene klarte å redde kvinnene fra prostitusjonen. Om antallet prostituerte gikk ned, ville dette føre til nedgang i de veneriske sykdommene.

Et slikt syn kom til syne i et brev sunnhetsinspektør Utne skrev til politiinspektøren i 1913, der han forklarte hvorfor antallet kjønnssykdommer hadde avtatt den siste tiden:

«At antallet av prostituerte kvinner og dermed gatetrafikken er avtatt, er utvilsomt. Paa sundhetsvæsenets kontor, hvor disse kvinder kommer til undersøkelse er i det sidste aar kun undersøkt halvt saa mange som i 1909. Deres antal viser den samme jævne avtagen som de veneriske sygdomme selv.»³²⁷

³²⁶ BBA: Helserådets kopibok 1915:282.

³²⁷ BBA: Helserådets kopibok 1913:603.

For ikke-prostituerte var det konkrete mistanker om smitte som utløste helserådets oppmerksomhet. Men helserådet foretok nok vurderinger av de sykes livsførsel også i disse tilfellene. Bergen var en relativt liten by, hvor helserådet sikkert hadde kjennskap til flere av dem som ble oppgitt som smittekilde.

Også de private pasientene var gjenstand for moralske vurderinger fra den behandlende legen. Om vedkommende hadde en for løssluppen livsstil i legens øyne, kunne han sende vedkommende til helserådet for videre behandling, eventuelt på sykehus.

Kapittel 7: Avslutning

«Imod dette onde befunder samfundet sig i en nødværgetilstand og vil formentlig altid gjøre det. Midlerne til at værgе sig mod disse fortvilede tilstande vil altid vise sig mer eller mindre utilstrækkelige; det blir derfor nødvendig at gribe til exceptionelle forholdsregler, saafremt et nogenlunde tilfredsstillende resultat skal tænkes opnaaet; hensynet til individet maa derfor her komme til at spille en beklagelsesværdig underordnet rolle.»
Bergen helseråd 1893³²⁸

I perioden jeg har studert var de vanligste kjønnssykdommene – med unntak, naturligvis av AIDS – farligere enn i dag. Dette hadde to årsaker: For det første var det andre sykdommer som var utbredt. Syfilis, som ubehandlet ble antatt å ha en dødelighet på tretti prosent³²⁹, er en sjelden sykdom i dag. Også gonoré, som var mye mer utbredt tidligere, kan føre til alvorlig komplikasjoner om den ikke bli behandlet. For det andre hadde man ingen medisiner som sikkert kunne kurere sykdommene. Dette endret seg fra 1910, da man begynte å benytte salvarsan i behandling av syfilis. Behandlingen var imidlertid fortsatt tidkrevende og omstendelig. Så selv om syfilis nå kunne kureres, ville en slik diagnose prege livet til den som fikk den en lang tid framover.

Utover 1800-tallet fikk legene mer kunnskap om syfilis, gonoré og ulcus molle. Parallelt med at man fikk mer kunnskap om sykdommenes natur, symptomer og smitteveier, ble man mer oppmerksom på hvor farlige de veneriske sykdommene kunne være. Legene rettet oppmerksomheten mot langtidsskadene, og noen knyttet dette opp til arvehygieniske teorier. Medfødt syfilis, blindhet, galskap, arbeidsudyktighet, sterilitet og degenerering av slekten fulgte i kjønnssykdommenes fotspor, mente de. En syfilitiker fikk svaklige, syfilitiske barn, og dette barnet kunne igjen få barn med syfilis. Så lenge kjønnssykdommene spredte seg, ville menneskeslekten bli svakere for hver generasjon. Også legene som ikke var opptatt av arvehygiene, var bekymret for kjønnssykdommenes vidtrekkende konsekvenser.

Legene tenkte at kjønnssykdommene kunne smitte på forskjellige måter og de skilte mellom forskjellige grupper av pasienter etter hvordan de var smittet. De mest «uskyldige» var barna som ble født med syfilis. De som var blitt smittet på tilfeldige måter, gjennom spiseredskap og husgeråd, ble også sett på som «uskyldige», det samme gjaldt kvinner smittet av ektemannen. Litteraturen sier lite om hvem som var selvforkylt smittet, men selv om man ikke brukte uttrykket eksplisitt, lå det implisitt at det var alle de

³²⁸ Helserådets årsberetning 1893:3-4.

andre. Ble man smittet gjennom seksuelle forbindelser utenfor ekteskap var dette noe man til dels var skyld i selv. Denne «vitenskaplige» inndelingen av pasientene var med på å legitimere hva slags tiltak myndighetene skulle bruke i forebyggingen av smitte, og hvem disse tiltakene skulle rettes mot.

Tiltakene

I hele perioden mellom 1880 og 1927 ble arbeidet mot kjønnssykdommene regulert etter sunnhetsloven. Jeg har studert hvordan arbeidet i Bergen ble organisert, innenfor rammen av denne. Tankene om de «skyldige» og «uskyldige» fikk også nedslag her. Ved begynnelsen av perioden ble kontroll av prostituerte sett på som et viktig virkemiddel for å hindre utbredelsen av venerisk smitte. Den medisinske kontrollen ble ikke foretatt av hensyn til de prostituertes egen helse, og heller ikke primært av hensyn til sex-kundene. Kontrollen var begrunnet av hensynet til familiene og barna. Hustruene som ventet hjemme og deres framtidige barn var uskyldige offer for andres umoral, og det var av hensyn til dem man måtte forebygge sykdommene.

En måte å gjøre dette på, var gjennom reglementeringen av prostituerte, noe man fortsatte med i Bergen lenge etter at ordningen ble avskaffet i Kristiania. Helserådet her mente ikke at dette var en spesielt god løsning, og noen av medlemmene i rådet hadde moralske betenkeligheter med kontrollen. Allikevel konkluderte man med at faren ved å la være var så stor at de gode effektene veide opp for de dårlige. I Kristiania ble reglementeringen opphevet etter en regjeringsbestemmelse i 1887. I Bergen fortsatte man med den preventive kontrollen av prostituerte i mer enn 20 år etter dette. Det var altså større lokale forskjeller i forebyggingen av de veneriske sykdommene og kontroll med prostituerte enn tidligere forskning har vist.

Det ser ut til at helserådet i Bergen var villig til å bruke strengere kontrolltiltak enn helseråd i andre deler av landet for å hindre spredning av smitte. Annen forskning har vist at dette også var tilfellet i forbindelse med andre sykdommer.³³⁰ Den lange tradisjonen for oppsporing og undersøking av prostituerte er et eksempel på et slikt kontrolltiltak. Helserådet foreslo også andre sterke virkemiddel, også rettet mot menn, for å hindre utbredelse av smitte. Internering og masseundersøkelser ble foreslått (se side 87-88). At disse tiltakene ikke ble satt ut i livet, kan forklares med at det ikke var politisk mulig å

³²⁹ Krefthing 1913:95.

³³⁰ Andresen 2003:34-35.

gjennomføre dem fordi helserådets forslag gikk ut over hva som var akseptabelt i samtiden. Også praktiske hensyn gjorde at det ikke var gjennomførbart. De prostituerte var en liten gruppe, som må ha vært synlige i gatebildet, og dermed mulige å spore opp. Selv om de forsøkte å skjule virksomheten sin for myndighetene, ville det vært dårlig for inntjeningen å skjule seg for godt. Mennene som ble antatt å tilhøre en risikogruppe: sjømenn og de som gikk til prostituerte, viste ikke like tydelig at de tilhørte en slik gruppe. Dessuten var de flere, og dermed vanskeligere å kontrollere.

Så for å hindre at ikke-prostituerte spredde smitte, måtte man benytte andre tiltak enn regelmessige undersøkelser. Tidlig i perioden var det først og fremst sykehusinnleggelse av venerisk syke og smittesporing som ble brukt. I 1909 ble det forebyggende arbeidet mot kjønnsykdommene lagt om i Bergen. To år før døde den reglementeringsvennlige stadsfysikus Joakim Lindholm, og da Magnus Geirsvold tok over i 1908, ble flere sider ved helsearbeidet i Bergen reorganisert. Når det gjaldt de veneriske sykdommene var de viktigste omleggingene at man sluttet med preventive kontroller av prostituerte og at man i større grad tilbød behandling utenfor sykehus.

Sykehusbehandling for venerisk syke som helserådet krevde innlagt, var gratis fra 1893. Det nye i 1909 var at kjønnsyke også kunne få dekket behandling utenfor sykehus. Fra 1924 ble dette tilbudet ytterligere utvidet, ved at man opprettet en gratis poliklinikk for hud- og venerisk syke. Det var flere årsaker til at helserådet la til rette for gratis behandling. De nye medisinene som kom fra 1910 var en viktig faktor. Også det økonomiske aspektet var sentralt, denne formen for behandling var billigere enn sykehusinnleggelser. Men i tillegg må denne endringen skyldes en forskyvning i hvem man regnet med hadde sykdommene. I helserådets kilder ble sjømennene ofte nevnt. Disse hadde ofte blitt smittet i utlandet, og var innom byen for en kortere tid. For å få sjømenn til behandling måtte man legge om strategien. Lett tilgjengelig og gratis behandling ble løsningen her. Denne politikken pekte framover mot et internasjonalt samarbeid for å lette tilby sjømenn behandling for kjønnsykdom i fremmede havner (se s.15).

På mange måter markerer denne omleggingen et skille. Frivillige undersøkelser og behandling avløste tvangsundersøkelser, og ambulatorisk behandling erstattet sykehusinnleggelse. Dette hadde forbindelse med at helserådet flyttet blikket fra prostituerte til sjømenn. Nå var imidlertid ikke skillet så skarpt, for også etter 1909 ble prostituerte utsatt for særskilte tiltak. Om helserådet mottok en smitteanmeldelse var det ikke alltid det foretok seg så mye. Men om det fikk bekreftet av politiet at vedkommende var prostituert, ble det straks viktigere å få henne til behandling. Gjennom hele perioden hadde helserådet

oppmerksomheten rettet mot prostituerte og «løsaktige» kvinner. I tråd med dette, var det en større andel av kvinnene enn mennene som ble lagt inn på sykehus med kjønnssykdom. Årsaken til dette var delvis medisinske, men det var også moralske vurderinger som lå til grunn. Behandling på sykehus hadde et element av kontroll i seg, i noen tilfeller la også helserådet inn pasienter med tvang.

Tiltakene som ble innført fra 1909 og utover var de samme som Bernard Getz foreslo å nedfelle i lov i 1892. Da tok helserådet i Bergen avstand fra forslaget, de mente at det måtte langt sterke midler til i sykdomsbekjempelsen. I løpet av de neste tiårene endret imidlertid helserådet mening om disse spørsmålene. På mange måter var det prinsippene fra Getz som ble de rådende i Bergen: Tilrettelegging for gratis behandling, parallelt med streng kontroll av dem som utbredte smitte. For samtidig som man økte tilbudet til venerisk syke og åpnet for lettere behandling av disse sykdommene, ble det gjort større grad av vurdering av den enkelte pasient. Helserådet mente hele tiden at ikke alle var egnet seg for ambulatorisk behandling, disse måtte fortsatt legges inn på sykehus, om nødvendig ved bruk av tvang.

Frihet og kontroll

Hvordan det forebyggende arbeidet mot venerisk sykdom skulle organiseres, og hvilke prinsipper det skulle bygge på, ble diskutert også på det nasjonale plan i Norge. I løpet av perioden ble det utarbeidet flere lovforslag, men ingen av dem kom så langt som å bli realitetsbehandlet i Stortinget. Prostitusjonen sto sentralt i debatten om kjønnssykdommene, og det var blant annet fordi man ikke kom til enighet om tiltak mot denne at lovene ikke ble vedtatt. Dette hang sammen med en større moraldiskusjon i perioden, kjønnsmoralen var i endring og flere grupper ville at deres standpunkt skulle bli nedfelt i lovverket.

Det var mange dilemma i forbindelsen med kjønnssykdommene, de handlet om i hvor stor utstrekning man skulle sette i gang tiltak rettet mot risikogrupper og hvor sikker man skulle være på at noen var syke før man innkalte dem til undersøkelse. Rundt prostitusjonskontrollen sto debatten blant annet om hvor mye man skulle motarbeide prostitusjonen og hvor moralsk det var bare å forsøke å begrense skadene av den.

På mange måter handlet dette om hvordan samfunnet skulle forholde seg til ting man ikke likte. Det var ingen som ønsket å få en kjønnssykdom, men hvordan skulle man forhindre at de spredte seg? Prostitusjonen ble av de fleste sett på som et onde, men mange

mente at man skulle godta en viss grad av prostitusjon, for å holde den innenfor kontrollerte former og minimere skadene av den.

Spørsmålet om hvor tolerant samfunnet skal være mot det farlige og det man ikke liker, er fortsatt aktuelt. I dag er disse spørsmålene mest aktuelle i debatten rundt narkotika. Mens jeg har skrevet denne oppgaven har det vært flere debatter i massemedia om sprøyterom. Og jeg har kjent igjen noen av argumentene fra debatten fra forrige århundreskifte om prostitusjon og kjønnsykdommer. Noen mener at samfunnet skal ta fullstendig avstand fra all bruk av narkotika. Andre har foreslått å gjøre omgivelsene narkotikabruk forgår i tryggere, for å minimere antall overdosedødsfall. Sprøyterom kan også beskytte uskyldige barn fra å trække på brukte sprøytespisser. Debatten om sprøyterom er selvsagt ikke noen kopi av den hundre år gamle reglementeringsdebatten. Men det er mange av de samme prinsippene som blir diskutert, og det er fortsatt vanskelig å finne en balansegang som framstår som den moralsk riktige og som alle kan enes om.

Lokalt, nasjonalt og europeisk

Avveiningene mellom den enkeltes rettigheter og samfunnets behov for å forvare seg mot smittsom sykdom har ikke på noen måte vært et særnorsk fenomen. Mange av tiltakene som ble benyttet i Norge for å hindre spredning av veneriske sykdommer, kan man finne igjen i andre land. Kontroll av prostituerte og oppsporing av smitterekker var utbredt i hele Europa. Det var imidlertid lokale variasjoner.

I Sverige beholdt man reglementeringssystemet lengre enn i Norge. Men den største forskjellen mellom politikken i Sverige og Norge var at i Sverige ble kjønnsykearbeidet formalisert i en egen lov i 1918. På bakgrunn av de detaljerte bestemmelsene i loven, som skulle praktiseres likt overfor alle med kjønnsykdom, ville en tro at denne førte til mindre lokale variasjoner og mer lik behandling av pasientene, uavhengig av kjønn og klasseslørighet. Anna Lundberg har vist at dette ikke var tilfelle overalt, kjønn og sosial status var fortsatt bestemmende for hvilken behandling de som led av venerisk sykdom fikk i helsevesenet.

Veneriske sykdommer er et felt der antagelser om kjønn og klasse har vært spesielt viktig for behandlingen, for også i andre land har dette hatt betydning. I Skottland var lovverket kjønnsnøytralt, men myndighetene hadde blikket rettet spesielt mot jenter de mente hadde en løssluppen livsstil. Selv om kontroll av prostituerte ikke ble praktisert i Skottland på 1900-tallet, var myndighetene i større grad enn i Norge opptatt av kvinner de

mente at hadde en promiskuøs adferd. Forklaringen finnes særlig i ulike erfaringer under første verdenskrig. For de krigførende landene ble det viktig å passe på soldatenes helse, og man mente det var «løsaktige» kvinner som truet den. En annen forskjell mellom Skottland og Norge var at man der assosierte kjønnsykdom mer med ungdomskultur og underholdningstilbud enn jeg har funnet at norske myndigheter gjorde.

Kan man på bakgrunn av dette trekke noen slutninger om hvor autoritære de tre samfunnene har vært, slik Baldwin hevder? Han mener at Norge er en liberal stat, og da skulle en finne at man her har benyttet universalistiske tiltak i sykdomsbekjempelse. Men når det gjelder kjønnsykdommene er ikke dette riktig. De strenge tiltakene som har blitt brukt i Norge, og spesielt av helsemyndighetene i Bergen, passer ikke med Baldwins skjema. Dette må ikke forstås som at norske myndigheter har vært spesielt «slemme». Det er heller et tegn på at det er et motsetningsforhold mellom hensynet til fellesskapet og hensynet til de syke, som det har vært vanskelig å manøvrere i, uavhengig av samfunnets liberale eller autoritære karakter.

Det private

Debatten om kjønnsykdommene handlet om det offentlige inngripen i det private. Og det var nok i det private feltet at sykdommene fikk størst følger, selv om dette i liten grad har nedfelt seg i kildene. Gerhard Armauer Hansens syfilis fikk store konsekvenser for livet hans. Helseplagene tvang ham til å reise et halvt år på kuropphold i Tyskland, og den sosiale belastningen med sykdommen ødela hans ekteskap med Hanne. Men Armauer Hansen var ikke blant dem som kom under helserådets kontrolltiltak, han hadde råd til å betale for privat behandling. De som ikke hadde denne muligheten må ha bli merket av sykdommene i enda større grad. Lengre sykehusopphold påvirket folks liv.

Tidlig i perioden må det å bli diagnostisert med kjønnsykdom hatt store konsekvenser, for dette betød svekket helse, sykehusopphold og sosialt stigma. Hvordan dette ble oppfattet av pasientene, er det vanskelig å lese ut fra kildene, men det er mye som tyder på at sykehusoppholdene var belastende. Mange rømte og legene omtalte ofte pasientene i negative ordelag. Senere i perioden kom det bedre medisiner og tiltakene var i mindre grad preget av tvang. Som en følge av dette kan det hende at det sosiale stigmaet ble mindre. Behandling utenfor sykehus var lettere å skjule, og sykdommene var ikke lenger umulige å kurere. Hvis man klarte å overbevise legene om at man var smittet på en uskyldig måte, som via spiseredskaper eller et toalettsete, var det mulig å komme seg gjennom

sykdommen med æren i behold. Fra helserådets side var det imidlertid hele tiden hensynet til fellesskapet som var det viktigste. Av og til førte dette til goder for de syke, slik som gratis behandling, av og til førte dette til tiltak der den enkeltes rettigheter var underordnet.

Litteratur

- Andresen, Astri. 2001. Usedelige jenter og tyvaktige gutter. *Historisk tidsskrift* 80:491-501. Oslo.
- Andresen, Astri. 2003. Helserådet – forebygging i epidemienes tid. I Elvebakken, Kari Tove og Grete Riise (red). *Byen og helsearbeidet*. Bergen.
- Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*. 1998. Oslo.
- Baldwin, Peter. 1999. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge.
- Bergen Byleksikon*. 1994. Oslo.
- Blom, Ida. 1980. *Barnebegrensning – synd eller sunn fornuft*. Bergen. Oslo. Tromsø.
- Blom, Ida. 1998. *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1990-1960*. Bergen.
- Brandt, Allan. 1985. *No Magic Bullet*. New York.
- Bredsdorff, Elias. 1971. *Den store nordiske krig om seksualmoralen*. Oslo.
- Broberg, Gunnar og Tydén, Mattias. 1991. *Oönskade i folkhemmet – rashygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm.
- Brøgger, Jan. 2002. *Epidemier – en natur og kulturhistorie*. Oslo.
- Cappelens leksikon*. 1983. Oslo.
- Davidson, Roger. 2000. *Dangerous Liaisons: A social History of Venereal Disease in Twentieth-century Scotland*. Amsterdam. Atlanta.
- Davidson, Roger. 2001. The Price of the permissive Society. In Davidson, Roger and Lesley A. Hall (eds): *Sex, Sin and Suffering*. London. New York.
- Ertresvaag, Egil. 1982. *Et bysamfunn i utvikling 1800-1920 (Bergen bys historie. Bd. III)*. Bergen. Oslo. Tromsø.
- Fee, Elisabeth and Daniel M Fox (eds). 1988. *AIDS The Burdens of History*. Berkeley. Los Angeles. London.
- Harris, Christopher John. 2000. Fra Faldne Kvinder til Dyktige Piker. *Bergensposten* nr.1:49-64.
- Holck, Per. 1996. The very Beginning: Folk Medicine, Doctors and Medical Services. In Larsen 1996a:27-38.
- Johannisson, Karin. 1996. *Det mørke kontinentet. Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo.
- Kjønnsstad, Asbjørn og Fredrik Mellbye. 1987. *Aids og juss*. Oslo.
- Kopperdal, Bente. 2003. «Med utugt som levevei» *Ei undersøking av livsløpa til ei*

- gruppe prostituerte kvinner i Bergen 1877-1894*. Upublisert hovedoppgave, Universitetet i Bergen.
- Larsen, Øyvind (ed). 1996a. *The shaping of a Profession*. Canton.
- Larsen, Øyvind (red). 1996b. *Norges Leger*. Bind I-V. Oslo.
- Lundberg, Anna. 1999. *Care and Coercion. Medical Knowledge, Social Policy and Patients with Venereal Disease in Sweden 1785-1903*. Doktoravhandling. Umeå Universitet.
- Lundberg, Anna. 2001a. Passing the Black Judgment: Swedish social policy on venereal disease in the early twentieth century. In Davidson, Roger and Lesley A. Hall (eds.): *Sex, Sin and Suffering*. London and New York.
- Lundberg, Anna. 2001b. «Inte får jag väl fängelse?» En studie av Lex veneris, dess utformning, praktisering och inverkan på enskilda människors liv 1919-1945. *Svensk Historisk Tidskrift* nr.4, s. 631-646.
- Melby, Kari. 1977. *Prostitusjon og kontroll. En analyse av debatten om prostitusjon, kontroll av prostituerte kvinner og venerisk sykdom i Kristiania*. Upublisert hovedoppgave. Universitetet i Oslo.
- Nagel, Anne Hilde (red). 1991. *Velferdskommunen: kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen.
- Nylenna, Magne. 1996. Scientific Literature and the Shaping of a Medical Profession in Norway. In Larsen 1996a:229-258.
- Olsen, Torbjørn. 1989. «*Den Rada Syge*» radesykens bekjempelse i Selbu 1770-1885. Upublisert hovedoppgave. Universitetet i Trondheim.
- Patric, Johanne-Margrethe. 1997. *Gerhard Armauer Hansen leprabasillens oppdager*. Bergen.
- Porter, Roy. 1997. *The greatest benefit to Mankind, A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London.
- Quetèl, Claude. 1992 (1986). *History of Syphilis*. Cambridge. (*Mal de Naples: Histoire de la syphilis*. Paris.)
- Rosebury, Theodor. 1971. *Microbes and Morals*. New York.
- Rosenberg, Charles. 1988. Disease and Social Order in America: Perceptions and Expectations. In Fee and Fox 1988:12-32.
- Seip, Anne-Lise. 1984. *Sosialhjelpstaten blir til*. Oslo.
- Seip, Anne-Lise. 1994. *Veiene til velferdsstaten*. Oslo.
- Schiøtz, Aina. 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo.

- Schjønsby, Hans P. 1996. *The establishment of a Public Health System*. In Larsen 1996a: 71-87.
- Taylor, Karen J. 1985. Venereal Disease In Nineteenth-Century Children. *The Journal of Psychohistory* 12:431-463.
- Thyresson, Nils. 1991. *Från Fransoser till AIDS*. Stockholm.
- Tuft, Guri. 1989. *Epidemier før AIDS*. Oslo.
- Watts, Sheldon. 1999. *Epidemics and History*. London.
- Westlie, Bjørn. 1995. *Drømmen om det perfekte mennesket – fra arvehygiene til genhygiene*. Oslo.

Trykte kilder

- Bendixen 1914:317. Legater, stiftelser, sykekasser, understøttelsesforeninger og lader. I Geelmuyden, Carl og Haakon Schetelig (red). 1814. Bd II:301-338.
- Bentzen, Gottfred. 1889. Historiske Oplysninger om Prostitutionsvæsenet i Christiania. I Christiania sundhetskommisjon 1889:32-44.
- Christiania sundhetskommisjon. 1889. *Aktstykker vedkommende Prostitutionsvæsenet i Christiania. Separataftryk af Christiania Sundhedskommisjons Aarsberetning for 1888*. Christiania.
- Boeck, W. 1875. *Erfaringer om Syphilis*. Christiania.
- Bruusgaard, E. 1930. *Forelesninger over syfilis*. Oslo.
- Daniellssen, D. C. 1858. *Syphilisasjonen anvendt mod syphilis og spedalskhet*. Bergen.
- Evang, Karl (red). 1933. *Seksuell opplysning. Årbok 1933*. Oslo.
- Fournier, Alfred. 1882. *Syphilis och Äktenskap*. Stockholm.
- Geelmuyden, Carl og Haakon Schetelig (red). 1814. *Bergen 1814-1814*. 3 Bind. Bergen.
- Getz, Bernhard. 1892. *Udkast til Lov til Modarbeidelse af offentlig Usædelighed og venerisk Smitte*. Kristiania.
- Lundamo, O. 1937. Kampen mot de veneriske sykdommer (smittsomme kjønnsykdommer) i Norge. I Storsteen, Einar (red.) *Social håndbok for Norge*. Oslo. 1937:151-157.
- Jersild, O. 1905. *Syphilis i mund og svælg*. København.
- Krefting, Rudolf. 1913. *Syphilis og kjønnsykdommer*. Kristiania.
- Madsen, St. Tschudi og O. Sollied. 1931. *Medisinsk liv i Bergen Festskrift i anledning av 100 års jubileet for Det medicinske Selskap i Bergen*. Bergen.
- Sedelighetforeningen. 1899. *Forhandlinger ved sedelighetskonferansen i Bergen 11.- 13. august 1898*. Kristiania.

Artikler fra medisinske tidsskrift

T.f.p.M. (Tidsskrift for praktisk Medicin). 1-9 (1881-1889) Kristiania.

T.f.n.L. (Tidsskrift for den norske Lægeforening). 10- (1890-) Kristiania/Oslo.

M.R. (Medisinsk Revue) 1-55 (1884-1938) Bergen.

Arnesen, Arne J. A. 1918a. Tvangsbehandling av veneriske sygdomme, – mulige ulemper derav. *T.f.n.L.* 38:270-271.

Arnesen, Arne J. A. 1918b. Tvangsbehandling av venerisk syke. *T.f.n.L.* 38:498-499.

Astrup, Nils. 1900. Skal kvaksalvere være berettiget til at optræde som specialister i veneriske sygdomme? *T.f.n.L.* 20:197-200.

Bergen Sundhedskommission. 1888. Om ordningen af den offentlige prostitution.

Erklæring afgiven af Bergens sundhedskommission. *T.f.p.M.* 8:49-59 og 84-90.

Bergh, Rasmus Martinius. 1918. Tvangsbehandling av venerisk syke. *T.f.n.L.* 38:400-401.

Berner, Hjalmar. 1889. Kontrol med de veneriske sygdomme i Kristiania. *T.f.p.M.* 9:105-108.

Berner, Hjalmar. 1895. De veneriske sygdomme i Kristiania i 1894. *T.f.n.L.* 16:97-102.

Boeck, Cæsar Peter Møller. 1881. Om Diagnosen og Behandlingen af Lupus vulgaris. *T.f.p.M.* 1:289-298; 305-312; 321-332.

Boeck, Cæsar Peter Møller. 1883. 4 Tilfælde af syfilitisk Infektion gennem Tonsillen. *T.f.p.M.* 3:193-203.

Boeck, Cæsar Peter Møller. 1885. Fremdelse 3 Tilfælde af syfilitisk Infektion gennem Tonsillen. *T.f.p.M.* 5:311-316; 325-335.

Færden, And. 1900. Prostitutionsvæsenets ordning udenfor Norge. *T.f.n.L.* 1900:229-237; 282-293; 365-374; 441-423; 445-462.

Grøn, Kristian. 1904. Den individuelle profylakse ligeoverfor veneriske sygdomme. *T.f.n.L.* 24:489-500 og 527-539.

Hiorth, Wilhelm. 1890. En kort, men lærerig række af primære syfilitilfælde. *T.f.n.L.* 1:401-411.

Holst, Axel. 1893. Om rigsadvokat B. Getz' forslag til lov til modarbeidelse af usedelighed og venerisk smitte. *T.f.n.L.* 13:26-41.

Holst, Axel. 1896. Om de veneriske sygdommes tiltagen i Kristiania. *T.f.n.L.* 16:167-170.

Koren, August. 1904. Den individuelle profylakse ligeoverfor veneriske sygdomme. Aabent brev til hr. overlæge dr. med. Kr. Grøn. *T.f.n.L.* 24:737-738.

- Krefting, Rudolf. 1902a. Om behandling af kvinder med venerisk sygdom udenfor sygehus i Kristiania. *T.f.n.L.* 22:445-447.
- Krefting, Rudolf. 1902b. Om behandling af kvinder med venerisk sygdom udenfor sygehus i Kristiania. *T.f.n.L.* 22:550-551.
- Lie, Hans Petter. 1917. Ny afdeling for hud- og veneriske sygdommer paa Haukeland sykehus. Foredrag i Det medicinske selskap i Bergen, gjengitt i *M.R.* 34:257-262.
- Støren, Eilert. 1923. Lues på landsbygden og efterslekten - litt om luesbehandling i gamle dager, *T.f.n.L.* 43:827-834.
- Tyvold, Dagny. 1917. Welanderhjem. I *M.R.* 34:338-349.
- Ustvedt, Yngvar: Beretning om de veneriske sygdommes udbredelse i Kristiania i 1899. *T.f.n.L.* 20:625-631.
- Ustvedt, Yngvar. 1900.
- Ustvedt, Yngvar. 1902. Om behandling af kvinder med venerisk sygdom udenfor sygehus i Kristiania. *T.f.n.L.* 22:549-550.
- Ustvedt, Yngvar. 1904. Beretning om de veneriske sygdommes udbredelse og deres modarbeidelse i Kristiania i 23. *T.f.n.L.* 1904:780-786.
- Ustvedt, Yngvar. 1910. De veneriske sygdomme i Kristiania i 1909. *T.f.n.L.* 30:630-638.
- Utne, Ingolf. 1915. Foredrag om kontrol av syfilisbehandling. Gjengitt i *M.R.* 32:523-526.
- Utne, Ingolf. 1917. Om de veneriske sygdommer i Bergen og deres behandling. Foredrag i Det medicinske selskap i Bergen. Gjengitt i *M.R.* 34:249-256.

Norges offisielle statistikk (NOS):

- 2C. Ny Række. No 4. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1880. Christiania 1884.
- 2C. 3. Række. No 51. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1885. Christiania 1887.
- 2C. 3. Række. No 162. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1890. Kristiania 1892.
- 2C. 3. Række. No 290. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1895. Kristiania 1898.

- 2C. 4. Række. No 55. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900. Christiania 1902.
- 2C. V. 55. Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1905. Kristiania 1908.
- 2C. V. 181. Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1910. Kristiania 1912.
- 2C. VI. 133. Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1915. Kristiania 1918.
- 2C. VII. 138. Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1920. Kristiania 1924.
- 2C. VIII. 59. Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1925. Oslo. 1928.
- 2C. IX. 2. Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1930. Oslo 1933.
- 2C. 705. Helsestatistikk 1992-2000. SSB 2002.

Bergens kommuneforhandlinger (BKF):

- Bergens kommuneforhandlinger 1908. Bd II. *Bilag til Indstilling ang. budget for Bergens bykasse for 1909.* Hovedpost IV. Sundhedsvæsenet.
- Bergens kommuneforhandlinger 1915/16. Bn II. *Bilag til magistratens budgetutkast.*

Stortingsforhandlinger (SF)

- SF 1859-1860, 4., Ot. prp. 34. *Angaaende naadigst Propotition til Norges Riges Storthing betræffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhetscommissioner og om Foranstaltninger i Andledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme.*
- SF 1899/1900. 6b. Oth. Prp. Nr. 2 *Ang. udfærdigelse af en lov til modarbeidelse af venerisk smitte og offentlig usædelighet.*
- SF 1899/1900. 3. Indst. O nr. 40. *Indstilling fra justiskomiteen andgaaende kongelig proposition om udfærdigelse af en lov til modarbeidelse af venerisk smitte og offentlig usædelighet samt angaaende en del inkomne protester mod denne proposition.*
- SF 1901/1902. 3a. Ot. prp. nr. 11. *Ang. udfærdigelse af en lov til modarbeidelse af venerisk smitte og offentlig usædelighet.*
- SF 1901/1902. 6b .Indst. O nr. 70. *Indstilling fra justiskomiteen angaaende de kongelige propositioner 1) anaaende. udfærdigelse af en lov til modarbeidelse*

af venerisk smitte og offentlig usædelighet 2) angaaende en lov om slægtsnavne.

SF 1902/1903. 6b. Indst. O nr. 47. *Indstilling fra justiskomiteen angaaende den kongelige proposition anaaende. udfærdigelse af en lov til modarbeidelse af venerisk smitte og offentlig usædelighet.*

SF 1928. 2b. St. meld. 32. *Om foranstaltninger mot smittsomme kjønnsykdommer.*

SF 1947. 3. Ot. prp. nr. 5. *Om lov om åtgjerder mot kjønnsykdommer.*

Lover

Straffeloven fra 1837 med endringer fra 1874. www.hist.uib.no/krim

Sundhetsloven av 16. mai 1860.

Straffeloven av 22. mai 1902.

Rundskriv fra Justisdepartementet 26. mai 1905. *Norsk Lovtidende 2. avdeling.* 1905:245-246.

Helserådet i Bergens årsberetninger, Universitetsbiblioteket i Bergen:

Medicinalberetning for Bergen stadsfysikat 1892 -1899.. Tilleggshefte Medicinsk Revue
10- 17 (1893-1899)

Helserådet i Bergens årsberetninger, Bergen Byarkiv (BBA):

Medicinalberetning for Bergen stadsfysikat. 1900 -1906. Bergen.

Bergen Sundhetskommisjonens aarsberetning. 1908-1915. Bergen.

Bergen Sunhetsvæsenets aarsberetning. 1916 - 1927. Bergen.

Helserådet årsberetning for 1944. Bergen. 1945.

Utrykte kilder:

Riksarkivet (RA)

Medisinalinnberetninger (Justisdepartementet, Medisinalkontoret M), katalog nr. 1263/30.

Bergen Byarkiv (BBA): Bergen Stadsfysikat og Bergen Helseråd

Bergen Stadsfysikat og Bergen Helseråd. Avdeling for hud- og veneriske sykdommer.

Pasientprotokoller 1914-1927. 568-574.

Erklæring for syfilissmittede ligger i protokoll nr. 572.

Optrykk av lover som omhandler venerisk smitte ligger i protokoll nr. 573.

Bergen Byarkiv (BBA): Bergen Stadsfysikat og Bergen Helseråd

Bergen helseråds kopibok 1867-1882; 1882-1900; 1900-1908; 1908-1911; 1911-1914;
1914-1917; 1917-1919; 1919-1920; 1920-1922; 1922-1925; 1925-1928

Helserådets brevjournal 1880-1884; 1884-1890; 1891-1896; 1897-1901; 1901-1905; 903-
906; 1906-1909; 1909-1910; 1910-1912; 1912-1914; 1914-1915; 1915-1917; 1917-1918;
018-1919; 1919-1920; 1921-1922; 1922-1923; 1923-1924; 1924- 1926; 1926-1927

Vedlegg I: Grunnlagstall for fig. I-VI

I Pasienter behandlet for venerisk sykdom på sykehus i Norge 1880-1930

År	Gonoré og uretritt			Syfilis og veneriske sår		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
1880	91	266	357	328	682	1010
1885	100	247	347	207	316	523
1890	121	117	238	274	378	652
1895	205	141	346	380	459	839
1900	147	85	232	356	369	725
1905	163	87	250	292	263	555
1910	159	86	245	250	264	514
1915	200	106	306	322	324	646
1920	137	89	226	296	283	579
1925	192	190	382	180	174	354
1930			498			298
Sum	1515	1414	2929	2885	3512	6397

Kilde: NOS Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge, 1880-1930.

II Pasienter behandlet for veneriske sykdommer utenfor sykehus i Norge 1880-1930

Gonoré og uretritt				
År	Menn	Kvinner	Barn	Total
1880	2645	380	14	3129
1885	2510	204	8	2743
1890	1602	264	7	2845
1895	1986	327	18	4175
1900	2268	290	11	5096
1905	2175	342	27	4424
1910	3119	368	25	4800
1915	3320	430	13	5226
1920	2116	357	15	4843
1925	5091	1080	52	6171
1930	1753	430	13	6429
Sum	24187	3662	176	40323

Kilde: NOS Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge, 1880-1930.

III Pasienter behandlet for veneriske sykdommer utenfor sykehus i Norge 1880-1930

Syfilis og veneriske sår				
År	Menn	Kvinner	Barn	Total
<i>1880</i>	778	506	148	1838
<i>1885</i>	740	321	127	1205
<i>1890</i>	461	209	82	1582
<i>1895</i>	570	266	80	1896
<i>1900</i>	635	260	78	2205
<i>1905</i>	543	214	84	1648
<i>1910</i>	771	200	63	1648
<i>1915</i>	634	157	66	1528
<i>1920</i>	528	178	41	1725
<i>1925</i>	1091	338	44	1739
<i>1930</i>	224	113	39	796
Sum	5973	2143	665	15176

Kilde: NOS Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge, 1880-1930.

Vedlegg II: Grunnlagstall for fig. VII-X

Kilde: Helserådets kjønnsykeprotokoller 1914-1927

<i>Behandling</i>			<i>Opplysning om smitte</i>		
1914	menn	kvinner	1914	menn	kvinner
lagt inn § 15	33	12	ufullstendige opplysninger	44	4
lagt inn § 21	10	5	navngitt	4	7
lagt inn, ukjent §	5	2	ingen opplysninger	16	15
ikke lagt inn	16	7	<i>totalt</i>	64	26
<i>totalt</i>	64	26			
1915	menn	kvinner	1915	menn	kvinner
lagt inn § 15	75	23	ufullstendige opplysninger	85	7
lagt inn § 21	3	0	navngitt	10	16
lagt inn, ukjent §	9	7	ingen opplysninger	20	21
ikke lagt inn	28	14	<i>totalt</i>	115	44
<i>totalt</i>	115	44			
1916	menn	kvinner	1916	menn	kvinner
lagt inn § 15	128	25	ufullstendige opplysninger	141	9
lagt inn § 21	1	0	navngitt	8	15
lagt inn, ukjent §	15	13	ingen opplysninger	35	26
ikke lagt inn	43	12	<i>totalt</i>	184	50
<i>totalt</i>	187	50			
1917	menn	kvinner	1917	menn	kvinner
lagt inn § 15	141	26	ufullstendige opplysninger	155	9
lagt inn § 21	4	1	navngitt	8	10
lagt inn, ukjent §	9	5	ingen opplysninger	28	23
ikke lagt inn	37	10	<i>totalt</i>	191	42
<i>totalt</i>	191	42			

Behandling				Opplysning om smitte		
1918	menn	kvinner		1918	menn	kvinner
lagt inn § 15	78	26		ufullstendige opplysninger	86	12
lagt inn § 21	3	2		navngitt	8	11
lagt inn, ukjent §	4	3		ingen opplysninger	22	18
ikke lagt inn	31	10		<i>totalt</i>	<i>116</i>	<i>41</i>
<i>totalt</i>	<i>116</i>	<i>41</i>				
1919	menn	kvinner		1919	menn	kvinner
lagt inn § 15	156	24		ufullstendige opplysninger	158	7
lagt inn § 21	3	1		navngitt	3	7
lagt inn, ukjent §	0	0		ingen opplysninger	31	15
ikke lagt inn	33	4		<i>totalt</i>	<i>192</i>	<i>29</i>
<i>totalt</i>	<i>192</i>	<i>29</i>				
1920	menn	kvinner		1920	menn	kvinner
lagt inn § 15	145	23		ufullstendige opplysninger	146	10
lagt inn § 21	0	0		navngitt	8	7
lagt inn, ukjent §	5	1		ingen opplysninger	20	15
ikke lagt inn	24	8		<i>totalt</i>	<i>174</i>	<i>32</i>
<i>totalt</i>	<i>174</i>	<i>32</i>				
1921	menn	kvinner		1921	menn	kvinner
lagt inn § 15	133	17		ufullstendige opplysninger	162	8
lagt inn § 21	4	0		navngitt	5	4
lagt inn, ukjent §	2	2		ingen opplysninger	23	14
ikke lagt inn	51	7		<i>totalt</i>	<i>190</i>	<i>26</i>
<i>totalt</i>	<i>190</i>	<i>26</i>				
1922	menn	kvinner		1922	menn	kvinner
lagt inn § 15	86	26		ufullstendige opplysninger	106	8
lagt inn § 21	0	0		navngitt	6	7
lagt inn, ukjent §	3	0		ingen opplysninger	26	21
ikke lagt inn	49	10		<i>totalt</i>	<i>138</i>	<i>36</i>
<i>totalt</i>	<i>138</i>	<i>36</i>				

Behandling				Opplysning om smitte		
1923	menn	kvinner		1923	menn	kvinner
lagt inn § 15	69	32		ufullstendige opplysninger	112	6
lagt inn § 21	4	3		navngitt	5	5
lagt inn, ukjent §	3	2		ingen opplysninger	8	37
ikke lagt inn	49	11		<i>totalt</i>	<i>125</i>	<i>48</i>
<i>totalt</i>	<i>125</i>	<i>48</i>				
1924	menn	kvinner		1924	menn	kvinner
lagt inn § 15	39	20		ufullstendige opplysninger	105	4
lagt inn § 21	0	1		navngitt	5	5
lagt inn, ukjent §	3	0		ingen opplysninger	10	18
ikke lagt inn	13	0		<i>totalt</i>	<i>120</i>	<i>27</i>
henvist poliklinikk	65	6				
<i>totalt</i>	<i>120</i>	<i>27</i>				
1925	menn	kvinner		1925	menn	kvinner
lagt inn § 15	21	9		ufullstendige opplysninger	71	3
lagt inn § 21	0	2		navngitt	6	4
lagt inn, ukjent §	0	2		ingen opplysninger	10	11
ikke lagt inn	13	3		<i>totalt</i>	<i>87</i>	<i>18</i>
henvist poliklinikk	53	2				
<i>totalt</i>	<i>87</i>	<i>18</i>				
1926	menn	kvinner		1926	menn	kvinner
lagt inn § 15	10	17		ufullstendige opplysninger	89	5
lagt inn § 21	0	0		navngitt	2	5
lagt inn, ukjent §	7	1		ingen opplysninger	11	15
ikke lagt inn	5	1		<i>totalt</i>	<i>102</i>	<i>25</i>
henvist poliklinikk	80	6				
<i>totalt</i>	<i>102</i>	<i>25</i>				
1927	menn	kvinner		1927	menn	kvinner
lagt inn § 15	18	13		ufullstendige opplysninger	91	4
lagt inn § 21	0	0		navngitt	2	10
lagt inn, ukjent §	5	2		ingen opplysninger	19	12
ikke lagt inn	16	4		<i>totalt</i>	<i>112</i>	<i>26</i>
henvist poliklinikk	73	7				
<i>totalt</i>	<i>112</i>	<i>26</i>				