

Sjukehusa i Nord-Noreg

På 1800-talet vart sjuke folk her nord pleid heime. Det var regelen. Likevel vart det oppretta ei rad små offentlege sjukehus langs kysten. I andre delar av landet skaut sjukehusutbygginga fart rundt 1900; då var det alt ti heilårs sjukehus i den nordlege landsdelen. Dei har ei eiga historie.

Korfor fekk vi sjukehus når dei sjuke vart pleid heime? Korleis fekk vi så mange sjukehus der pengeøkonomien var minst utvikla? Og korleis var pleien og behandlinga på sjukehuset?

Dei første sjukehusa

Dei første sjukehusa i landsdelen var for folk med smittsame, kroniske sjukdommar. Det var framleis spedalske på kysten opp til Finnmark, og radesjuke, antakeleg ein variant av syfilis, var utbreidd. Alt på 1780-talet dreiv Hadsel sokn eit sjukehus. Det vart sjukehus i Bodin, på Skei på Helgeland, i Tromsø og Alta, men *alle* kom i ubruk og forfall.

Jens-Petter Nielsen har skrive om det første sjukehuset i Alta. Fogden meinte at folk budde så trongt at det var vanskeleg å behandle dei spedalske heime. Sjukehuset vart innreidd på den gamle amtmannsbustaden Altagård i 1839, med eit "Dollhus" for urolege sinnslidande. Vest-Finnmark hadde fått eigen distriktslege, som flytta inn på sjukehuset. Etter tre års drift og 32 pasientar vart det lagt ned. Det var sagt at det låg usentralt til, men det kom fram at folk var uvillige til å legge seg inn i eit hus innretta på sjuke menneske. I Nordland slo amtmannen fast at folk nødig reiste frå heim og vante omgivnader for å søke sjukepleie i eit hospital.

Dei sjuke fiskarane

Frå 1850-talet vart dei permanente sjukehusa bygd ut. Dei var innretta på akutt smittesjuke og fiskarar som vart sjuke under dei store fiskeria. Det er sagt at lofotfisket var eit "infeksjonsreir". Serleg vanleg var nervefeber (tyfoidefeber), ein såkalla "europeisk bysjukdom" som gjekk der folk levde tett. Legane skreiv om hjelpelause sjuke i delirium, med sterke hovudsmerter og magesmerter, utslett og diare. Ca.10 % døydde. Det var også

flekktýfus, skarlaksfeber, difteri og lungebetennelsar. Statistikken frå Lofotoppsynet viser at innpå like mange fiskarar vart tatt av sjukdom som av havet – i snitt 15 lofotfiskarar døydde årleg av sjukdom mellom 1859 og 1869. På våren når fiskarane for heim, spreidde dei ”lofotfeberen” langs kysten.

Nærare 6000 mann rodde frå Troms i 1860, og like mange frå Helgeland; vart dei sjuke under fisket, måtte dei bli der dei var. Til saman tolv-femten tusen fiskarar kom årleg til Skrova, Svolvær, Kabelvåg og Henningsvær, og årleg rapporterte distriktslegane om dårleg innkvartering og elendige sanitærforhold. Distriktslegen i Vest-Lofoten skildra sjukebesøk i overfylte rorbuer der 13 til 16 mann tørka sjøhyret, egna, laga mat og sov, to i kvar køy. Golvet var dekt med slog, og lufta så stinn at han hadde vondt for å halde lyset brennande. Det hendte at sjuke vart kasta ut av rorbueane på grunn av smittefrykt. I mange vær på Finnmarka, i Vesterålen og på Helgeland var det heller ikkje rorbuer. Sjukehusa var nødvendige for å få dei sjuke fiskarane under tak og gi dei pleie så dei overlevde. Sundhetsloven av 1860 påla dessutan distriktslegen å isolere smittesjuka i eigne lokalar.

Eit eige sjukehussystem

Ei vanleg oppfatting går ut på at det er staten som har skaffa velferd i Nord-Noreg. Men sjukehusa var frå første stund fullt finansiert frå landsdelen sjølv. Frå 1700-talet hadde Finnmark eit allmennyttig fond av avgift på brennevinsimport, som finansierte sjukehuset i Alta. I 1791 vart det oppretta eit *medisinalfond for Nordland* av ei eksportavgift på fisk og tran. Tromsø og Senjens fogderi, det seinare Troms fylke, oppretta også eit medisinalfond. Det nye Tromsø sjukehus frå 1854 var drive av byen med tilskott frå medisinalfondet. Sjukehusa i Finnmark vart drivne med tilskott frå brennevinsfondet, før Finnmark oppretta sitt medisinalfond i 1860. Då var det tre fond, administrert av kvart sitt amt. I Nordland og Finnmark eigde medisinalfonda sjukehusa.

Det offentlege sjukehusvesenet i Nord-Norge vart bygd på rikdommen frå havet, tett knytt til Lofotfisket og vårtorskefisket i Finnmark. Vi fekk ein desentralisert sjukehusstruktur i landsdelen, forma av busetnad og næring.

Ikkje alle ønske om sjukehus vart innfridd. Legen i Brønnøy behandla spedalske med bukkeblad, tran, varme bad og kopping, og meinte det hjelpte. Pasientane fekk pleie for eiga rekning i eit privathus ved doktorgarden. Brønnøy, Vega og Bindalen kommunar søkte i 1856 medisinalvesenet om eit sjukehus i Brønnøy, men fekk avslag.

Betalinga for opphaldet

For kvar sjuk var spørsmålet kven som skulle betale. Folk flest hadde knapt pengeinntekter. Ein kunne søke det kommunale fattigstellet, lovfesta frå 1845. Men også kommuneinntektene var små. Distriktslegen i Vest-Lofoten skreiv på 1850-talet at det var vanskeleg for fattige sjuke å få legehjelp og medisin. Før var fattigstøtta finansiert av brennevinsavgifter og bøter, som det bortimot var slutt på, skreiv han, og fattigskatt var enno ikkje innført. Då hadde det nye Gravdal sjukehus fleire tomme senger; mange hadde ikkje råd å legge seg inn.

Fattigstøtte var lån som skulle betalast tilbake; dei sjuke vart gjeldstynga. Dersom det ikkje var smittesjukdom, vart den sjuke med familien registrert som fattiglemmer, og underlagt kontroll og restriksjonar på personlege bevegelsar og økonomi.

Men i 1851 vart det lovfesta at medisinalfonda skulle gi deltakarane ved dei store fiskeria fri kur og pleie ”om nødvendig”. Medisinallova for Finnmark av 1860 gjekk lenger: *Alle fiskarar*, også tilreisande, som vart sjuke under sesongfisket, fekk fritt sjukehusopphald. Det same fekk alle med akutt smittsam sjukdom. Nordland og Troms innførte dei same ordningane i 1866. Dermed vart sjukehusdrifta uavhengig av personleg og lokal økonomi. Nettopp den landsdelen som var mest økonomisk ”tilbakeliggande”, utvikla den beste offentlege velferda ved sjukdom. Sjukehusa vart eit gratis gode for fleirtalet av arbeidsføre mannfolk. Fiskarane fekk også fri lege og medisin, og fiskerilegar vart stasjonert i væra i sesongen. Medisinalfondet for Nordland bidrog dessutan til jordmorvesenet.

På den andre sida var medisinalordninga innretta på å trygge eksportfiskeria. Når sjøsamane og andre dreiv fjordfiske og heimefiske, kom dei ikkje inn under ordninga. Kvinner, barn og gamle, og menn som ikkje var fiskarar, måtte få sjukehusopphaldet dekt som fattigstøtte, dersom det ikkje var epidemisk sjukdom. Derfor var kvinner i mindretal på sjukehusa, serleg i

Finnmark. I Nordland dekte fondet delar av sjukehusutgiftene for fattige sjuke.

Samtidig vart kommunal skattlegging stadig meir vanleg. Nye kommunale skatteordningar frå 1860-talet la grunn for ei sterk oppbygging av fattigstellet. Når fattigstellet betalte sjukehusopphaldet, låg dei sjuke bokstaveleg tala bygda til byrde. Stadig fleire opphald vart dekt av fattigstellet, fleire kvinner vart innlagt, og rundt 1900 var sjukehusopphald og lege den vanlegaste årsaka til at familiar kom ”på fattigkassa”.

Oppbevaring eller pleie og behandling?

Det er hevda at offentlege sjukehus i det førindustrielle Europa var ”oppbevaringsplassar” i storbyane for utfattige uføre og gamle. Men både sjukehusa og behova i befolkningane var ulike. I Nord-Noreg var pasientane yngre, akutt sjuke eller skadde mannfolk, og smittesjuke, som ofte var barn og unge. Dei fleste låg inne til dei var friske og legen kunne skrive i protokollen ”Utskrevet: Helbredet”. Sjukehuset i Tromsø frå 1853 var først innretta på langvarig sjuke, med eigne rom til spedalske. Men kronisk sjuke og eldre vart sjeldne gjestar på sjukehusa her nord. Dei vart aktivt silt ut. Nordland medisinalfond vedtok i 1874 at opphald over tre månader ikkje vart dekt, heller ikkje når sjukdommen var pådratt på sjukehuset.

Eksportfiskeria var i oppgang og medisinalavgifta vart skrudd opp. Før fekk dei ikkje pasientar, no klaga legane over overfylte rom. Bodø fekk eit nytt, stort sjukehus i 1881. Sjukehusa i Hammerfest, Vardø og Vadsø kom i nye bygningar på 1890-talet. Fleire stadar heldt fiskarane masse møte og kravde sjukehus, og ikkje sjeldan vart dei høyrte. Mellom 1882 og 1901 vart pasienttala på offentlege sjukehus i Finnmark og Troms fordobla. I 1900 behandla dei ti sjukehusa meir enn to tusen pasientar i året.

Sjukepleiehus

Sjuke folk kan som kjent ikkje ”oppbevarast”, dei må ha pleie og stell, som kan vere meir og mindre godt og tilstrekkeleg. Finnmark amt vedtok reglement for sjukehusa i 1863: Sjukehusstyret tilsette ein ”økonom”, ein hushaldar, som dreiv sjukehuset som ei familiebedrift med lys og brensel, reinhald, klesvask, inventar og bespisning. Amtet vedtok

kostreglementet der kvart måltid i veka var spesifisert på grammet. Økonomfamilien dreiv også gardsbruket. Sjukehusa måtte ha kyr, for det var viktig at febersjuka fekk melk. Distriktslegen vart pålagt ”den lægevidenskabelige Bestyrelse” og tilsynet med pasientane mot ei godtgjersle. Det var vanleg i Norden. Berre Tromsø hadde fast sjukehuslege på deltid, som helst skulle sjå til pasientane dagleg.

På 1860-talet vart sjukehuset ofte oppfatta som eit anna hus i legedistriktet, ikkje som ein spesiell medisinsk anstalt. I Finnmark amt vart det sagt at legen i forhold til sjukehuset var å betrakte som ein huslege, som skulle behandle husets folk i tilfelle sjukdom. Oppsynssjefen for Lofotfisket gjekk i 1868 inn for å få *sjukepleiehus* i Henningsvær og Stamsund, liksom i Vågan, Buksnes, Kabelvåg og på Skrova; ein måtte unngå dei lange og besværlege transportane, og dei sjuke fiskarane måtte ikkje lide mangel på kur og pleie, skreiv han. Då amtsformannskapet diskuterte saka, snakka dei om *Sygehuse*, *Sygepleiehuse*, *Pleiesygehus* og *Sygestue* om einannan. Begrepa hadde enno ikkje fest seg.

Oppvartarar, gangkoner og våkekoner

Dei som pleide sjuke på sjukehus i Noreg vart oftast kalla gangkoner. Men sjukepleie i Nord-Europa var også mannsarbeid, og ei oversikt frå Nordland tyder på at mannlege pleiarar dominerte på sjukehusa på 1850-talet. Yrkestitlane handla om å stelle, vakte over og passe på dei sjuke: Opvartersker og Sygevogtersker, Opvartere, Sygevogtere og Sygeoppassere. Tendensen var den same som i andre europeiske land: sjukepleien vart kvinnedominert då krava til kompetanse auka. Mot slutten av 1800-talet var yrkestittelen Sygepleierske vanleg også her nord.

Sjølv om gangkona etter sjukehusreglementet frå 1863 skulle ”nærmest lyde Lægens Befaling”, må arbeidet ha vore sjølvstendig og ansvarsfullt. Legane i Lofoten rapporterte om skadar, sinnssjukdom, flekktyfus og delirium tremens, og dårlege nyopererte pasientar. I 1868 skreiv distriktslegen at drifta av Buksnes sjukehus var uforsvarleg når han samtidig skulle vere embetslege i eit vidt og tungvint distrikt som Vest-Lofoten. Plutselege forverringar hadde ført til dødsfall som truleg ville vore unngått om legen hadde vore til stades. Han kravde fast assistentlege på sjukehuset, men amtet ville prioritere å dele legedistriktet for å få betre legetilgang utanfor sjukehuset.

Legane kravde at gangkonene skulle vere ”kyndige”, altså ha erfaring og gode skussmål frå pleie av sjuke. Men dei små sjukehusa gav ikkje gode opplæringsforhold. Sjukehusa i Finnmark averterte på 1890-talet etter gangkone over heile landet, og lokka med fri reise heilt frå Trondheim. Legane måtte stadig krangle med amtsrevisjonen, som meinte at ein måtte kunne lønne pleiarar som vanlege tenestjenter. Gangkona budde på sjukehuset, hadde døgnansvaret og skulle ikkje forlate utan tillating frå legen. Ei våkekone kom inn om kvelden som nattevakt, fekk informasjon om dei sjuke, og gav i sin tur gangkonene underretning neste morgon. Dei aller minste sjukehusa hadde ikkje serskilt betjening om natta.

I 1877 kom dei to første utdanna sjukepleiarane til sjukehuset på Helgeland, på initiativ frå Indremisjonen i Nordland. Diakonisseanstalten i Christiania, den einaste sjukepleiarutdanninga i Noreg, sendte ut diakonisser til kristeleg sjukepleieteneste ved sjukehus og menigheiter i heile landet. Dei var part i ein stor europeisk bevegelse: Frivillig sjukepleie vart drive av alle slags trussamfunn og ideelle foreiningar på 1800-talet. Diakonissene hadde grundig utdanning og var respekterte fagfolk, men i første omgang ser det ikkje ut til at drifta vart mykje endra. Sjukehusreglementet for Nordland frå 1885 gav gangkonar, diakonisser og mannlege sjukevaktarar det same ansvaret og oppgavene, bortsett frå at sjukevaktaren skulle bade dei mannlege pasientane.

Mange kan hugse den tida då barn ikkje fekk ha foreldra sine med seg på sjukehus. Slik var det ikkje på 1800-talet; i Finnmark måtte barn under åtte år ha med seg mora eller ein annan vaksen på sjukehus. Pleien i familien flytta inn på sjukehusa. Men då Finnmark fekk nytt sjukehusreglement i 1903, måtte barn over to år ligge åleine på sjukehus.

Ein fiskar vart sjuk

Når ein fiskar vart uklår av feber og ikkje klarte å stå på føtene, måtte kameratane ro til sjukehuset med han. Der vart han bada, dersom han ikkje var ”for ussel”, og boren i seng. Dei la ei skråpute under overkroppen så han kom høgt og det vart lettare å puste. Madrassen var fylt med høy. Ein ”Ligginger” vart lagt under baken for å dempe trykket og førebygge liggesår. For i den senga vart den sjuke liggande i fire veker, heile forløpet ved nervefeber. Feberen kravde sengeleie, og sengeleiet kravde pleie gjennom døgnet, slik at kroppen fekk

helbrede seg sjølv. Slik var grunntanken i legekunsten sidan oldtida.

Doktoren, som oftast hadde leiligheit på sjukehuset, vart tilkalla dersom han var heime. Han tok opp sjukehistoria. vurderte den kliniske tilstanden, kjente på pulsen og lytta med stetoskopet. Då sjuketermometeret kom i bruk sist i hundreåret, kunne ein registrere at feberen ved nervefeber låg på 40-41 grader i to veker. Den sjuke var svært dårleg.

Når ein pasient trong særskilt og meir kontinuerleg tilsyn enn gangkonene kunne overkomme, ville legane hyre inn ei ekstra våkekone. Det var ikkje lett å få nokon til å sitte hos pasienten ”i eit usunt, kvalmt rom,” skreiv sjukehuslegen i Vardø. Våkekona måtte prøve å få drikke og næring i pasienten – feberdietten var søtmeik, suppe på havregryn eller byggryn, saft og kveitekavringar. Feberen og diareen kunne fort føre til uttørking og avmagring. Sjuke med nervefeber og lungebetennelse vart ofte urolege på stigande feber mot natta. Ei natt på sjukehuset i Tromsø flykta ein fiskar med høg feber ut i snøen og opp på sjukehusgjerdet, med diakonissa etter i nattkjolen. Han trudde våkekona ved senga var ei stygg hulder.

På 1850-talet hadde sjukehuset på Helgeland over hundre laken til 16 senger, men berre tre vaskefat på deling. Hygienen var ikkje avskrekkande. Ut frå læreboka til diakonissene skulle sengeliggande pasientar ha full kroppsvask ein gong i veka, og elles når det trengtest. I læreboka stod det også at diareen ved nervefeber var karakteristisk, ”som Ertersuppe, der har skilt sig”. Oppegåande pasientar plikta å hjelpe våkekona når den sjuke skulle løftast på ”nattstol” eller ”nattskrin” - ein kasse med bøtte inni. På Sjøvik sjukehus var det ”Aflukker til Latriner med Closets” i fire av dei fem sjukeromma. Hos uklære pasientar gjekk urin og avføring i senga, og det vart mykje vask og skift. Dette var farleg arbeid. Også før salmonellabasillen vart oppdaga i 1880, visste ein at nervefeber smitta gjennom urin og avføring. Diakonissene hadde lært å slå fortynna jernvitriol over avføringa for å desinfisere. Dei lærte også å gi seg i Guds hand og ikkje frykte smitten, ein dobbel strategi av medisin og tru, i tråd med Luthers lære. Det forekom at gangkoner, legar, tenestjenter og medpasientar vart smitta, og nokre døydde. Det hendte også at smitte spreidde seg frå sjukehuset. Det var ikkje alltid eigne rom til smittesjuke, eller separat vask av smittetøy. Legen i Vardø klagde over at sjukehuset var eit ”Pulterkammer” – eit rotekott – for allslag smittsame sjukdommar.

Midt på 1800-talet stod mange distriktslegar enno i tradisjonen frå oldtidsmedisinen. Dei skreiv om sjukdommane som flyktige og skiftande tilstandar, der årsaka var harde levekår, ”ondtliden”, dårleg ver og dårleg forpleining. Så seint som i 1882 skreiv doktoren i Flakstad at ein epidemi ”antog en thyfoidlignende Karakter” på grunn av lokale forhold, dårleg sjukepleie og opphald i usunne lokalar. Men denne oppfattinga av sjukdom var under endring. Den nye medisinske vitskapen kunne påvise objektive funn i sjølve organismen som årsak til sjukdom.

Behandlinga

Sjølv om sjukehusa først og fremst gav pleie, vart det alltid utført behandling. På 1850- og 1860-talet dominerte behandlingsformer med røtter i klassisk medisin: Reglementet frå 1863 nemner omslag, plaster, salver, klyster, kopping og setting av igler, utført av gangkona etter forordning frå legen. På Vadsø sjukehus laga dei omslag av varm graut innpakka i tøy, og la mot den sjuke sida ved lungebetennelse. Folk rundt i heimane gjorde det same. Sjukehusbehandlinga hadde mykje til felles med folkemedisinen, og pleien var også nokså lik.

Badebehandling var svært populært både på kontinentet og på sjukehusa i nord, sjølv om ikkje alle hadde innlagt vatn og kloakk. Det var karbad og dampbad i mange variantar, og på nokre sjukehus fekk publikum karbad mot betaling. Bad vart brukt ved feber og reumatisme, og kалddusjar vart prøvd ved syfilis i tredje stadium. Under ein flekktyfusepidemi i Lofoten planla legen å kjøle ned feberpasientane med kaldvasskurar. Då var pleie og tilsyn viktig, for pasientane kunne kollapse etter badet.

Distriktslegen hadde godtgjersle for å halde seg med kirurgiske instrument og ”benytte disse i Sygehusets Tjeneste naar behøves”, som det stod i reglementet frå 1863. Dei fleste operasjonane vart utført i heimane, men også på sjukehusa vart utvendige svulstar fjerna, vassbrokk punktert, byllar tømt og ”svullfingrar” hos fiskarar amputert. Ved store skadar vart bein amputert og blødande kar bundne over. I 1877 var dei vanlegaste diagnosane sår og byllar, dernest akutte luftvegs- og sirkulasjonssjukdommar, serleg lungebetennelse og bronkitt. På tredjeplass kom dei smittsame febersjukdommane.

Mot det 20.hundreåret

Mot slutten av 1800-talet fekk sjukehusa her nord eit meir medisinsk preg. Dei brukte stadig meir innvendig medisin, og tok i bruk sprøyter av glas som måtte steriliserast etter bruk. Tuberkulose var blitt folkesjukdommen. Ikkje all ny teknologi var framskritt; med Størmers inhalasjonsapparat pusta tuberkulosepasientar inn kreosot. Sjukehusa skaffa mikroskop og kunne påvise basillane i spyttprøver som distriktslegane sendte inn. Tuberkulose var ein kronisk sjukdom, og dei fleste sjukehusa tok ikkje inn tuberkuløse. Dei akutte smittesjukdommane var no gått tilbake, og det vart færre fiskarar på sjukehusa. I 1900 var det forutan fiskarsjukehusa berre Hammerfest og Vardø som hadde fleirtal av medisinalfondspasientar. Det siste heilårs medisinalfondsjukehuset vart opna i Harstad i 1900, etter krav frå fiskarar i Sør-Troms, og drive saman med Trondenes kommune.

Frå 1880-talet prøvde legane ut større operasjonar. To og tre legar samarbeidde om kloroformnarkose og tok i bruk infeksjonshemmande (aseptiske) metodar. Hammerfest sjukehus la først om til kirurgisk drift i 1890, med Tromsø hakk i hæl. Då måtte sjukehusa ha fast lege med kirurgisk utdanning, og diakonisser som kunne gi narkose og ta ansvar for steriliteten. I 1900 hadde berre halvparten av dei heilårs sjukehusa eigen lege, så overgangen tok tid.

No kom frivillige og private til. Elisabethøstrene oppretta tre katolske sjukehus i landsdelen, det første alt i 1882. Gruveselskap og anlegg dreiv fleire sjukehus. Lokale foreiningar heldt basarar for å opprette sjukehus og sjukestuer; dei første var Vefsn og Mosjøen sjukehus i 1903 og Narvik sjukehus i 1904. Sjukehusa var blitt viktige for heile samfunnet, og vart bore fram av eit engasjement i befolkninga som ikkje er mindre sterkt i dag.

Litteratur:

Elstad, Ingunn 2006: Sjukehusa i Nord-Norge. I: Elstad, I. og Hamran, T.: *Sykdom. Nord-Norge før 1940*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nielsen, Jens Petter 1995: *Det arktiske Italia (1826–1920) (Altas historie, vol. 2)*. Alta kommune.

Nordstrand, Leiv 2003: Medisinalfondet for Nordland 1790–1935: helsefond og fiskerfond. I: Lunde, B. (red). *Fiskerihelsetjenesten: fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*. Bodø: Fylkesmannen i Nordland.

Sørensen, Odd 2003: *I draugens rike 1*. Kragerø: Forlaget Halleys.

Wessel, A.B. 1929: Bidrag til Finnmark fylkes medisinalhistorie. Artikkelseie i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.

Hovudkjelder er Statsarkivet i Tromsø, Arkiv i Nordland, offentleg medisinalstatistikk, amtsforhandlingane og medisinalberetningar frå Vest-Lofoten.