

Kvinneforeningene, institusjonsbyggingen og den nasjonale velferdspolitikken

NORD-NORGE FØR 1940¹

Av Torunn Hamran

Hensikten med artikkelen er å belyse lokale kvinneforeningers innsats som institusjonsbyggere, hvilke samarbeidsrelasjoner og politiske maktforhold de inngikk i, og hvilken betydning deres innsats kan ha fått for utformingen av den norske velferdsstaten. Rettighetsaspektet i form av trygder og ytelser og den partipolitiske debatten rundt dette har fått stor plass i deler av den skandinaviske velferdsforskningen, mens tjeneste- eller praksisaspektet har fått tilsvarende mindre plass. Dermed blir også kvinnes bidrag fraværende. Det er sjelden nok å rette blikket mot emner og felt som har vært forsømt uten samtidig å utvikle analysemåter som forandrer selve blikket.

English
abstract
p 540

1. Artikkelen har sitt utgangspunkt i et større forskningsprosjekt i samarbeid med Ingunn Elstad, publisert i boken *Sykdom. Nord-Norge før 1940*, Bergen 2006. Forfatteren takker Ingunn Elstad for et langvarig forsknings samarbeid og Ove Bjarnar, Sigrun Hvalvik, HT's redaksjon og anonyme fagreferenter for nyttige kommentarer og synspunkter til artikkelen.

torunn.hamran@fagmed.uit.no

Torunn Hamran er professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø.

INNLEDNING

INORD-NORGE ble det i perioden frem til 1940 bygd minst 35 institusjoner i regi av frivillige foreninger tilsluttet de tre største humanitære organisasjonene i landet: Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS), Nasjonalforeningen og Norges Røde Kors.² Denne artikkelen tar for seg foreninger som institusjonsbyggere og nærmere bestemt de institusjonene som ble bygd, eiet og drevet av lokale sanitetsforeninger i et fylke i Norge – Nordland. Alle disse foreningene ble ledet og drevet av kvinner, og institusjonene fikk en viktig plass i det enkelte lokalsamfunn. Sammenlagt må de også ha satt sitt preg på den institusjonsstrukturen som etter hvert vokste frem i landet, og føyer seg derfor inn under en mer omfattende diskusjon om kvinners plass i velferdsstatens fremvekst og utforming.

Det siste er blitt påpekt av flere skandinaviske velferdsstatsforskere den senere tid, blant annet i innledningsboken til den store norske maktutredningen som kom i 1999.³ Empirisk forskning om hva som detaljert gikk for seg da velferdsstaten tok form er blitt etterlyst, og særlig lokalstudier av de sosiale institusjonenes oppbygging og virkemåte i etableringsfasen fra århundreskiftet og utover til 30-tallet.⁴ Et senere bidrag av maktutredningen (MDU IX), redigert av Nina Berven og Per Selle, har fulgt opp både med empiriske undersøkelser og en rekke interessante perspektiv på relasjonen mellom frivillige organisasjoner, kjønn, makt og demokrati.⁵ Det siste bekrefter oppfatningen om at det ikke er nok å rette blikket mot emner og felt som har vært forsømt, men at det også er nødvendig å utvikle analysemåter som forandrer selve blikket.⁶

2. I tillegg kommer en rekke religiøse organisasjoner som også bygde og drev institusjoner.

3. P. Selle, *Sivilsamfunnet tatt på alvor*, i Ø. Østerud (red.), *Mot en ny maktutredning*, Oslo 1999: 64–91; se også P.A. Hestetun og G. Onarheim, *Velferdsekspansjon og organisasjonsendring. Organisasjoner og staten i kamp mot tuberkulosen*, i S. Kuhnle og P. Selle (red.), *Frivillig organisert velferd – alternativ til offentlig?*, Bergen 1990; P. Selle, *Marginalisering eller kvinnekraft?*, *Syn og Segn* 1994, 3: 202–211; M.T. Sjöberg og T. Vammen (red.), *På tröskeln till välfärden*, Stockholm 1995; H. Rømer Christensen, *Med kvinderne til velfærdsstaten – Kvindeorganisering i Danmark 1920–1940*, *Kvinder, køn og forskning* 1999, 4: 6–20. Se også K. Martinsen, *Den tvetydige velferden*, *Sosiologi i dag* 1982, 1; K. Wærness, *Kvinneperspektiv på sosialpolitikk*, Oslo 1982.

4. H. Rimmen Nielsen, *Sosialpolitiske karrierer*, *Arbejderhistorie* 1996, 4: 105; Selle 1994: 202; Selle 1999: 64–70.

5. P. Selle og N. Berven, *Kvinner, organisering og makt*, i N. Berven og P. Selle (red.), *Sveket kvinnemakt? De frivillige organisasjonene og velferdsstaten*, Oslo 2001.

6. I. Kaldal, *Frå sosialhistorie til nyare kulturhistorie*, Oslo 2002: 24.

SAMARBEID ELLER KONFLIKT

Hovedinnvendingen mot den tidligere velferdsforskningen er at den knyttet fremveksten av velferdsstaten for tett til et nasjonalt nivå – til stat, beslutningsmakt og formelle strukturer.⁷ Valg av perspektiv førte til at kvinneorganisasjonene ble fraværende i de empiriske analysene. Kritikken ble imøtegått med at konklusjonene uansett ville bli de samme: Kvinner hadde et lokalt spillerom, men påvirket ikke den nasjonale lovgivningen.⁸ Svaret bygger implisitt på en definisjon av velferdsstaten der nettopp statens rolle i velferdsutviklingen betones fremfor andre styringsnivåer og der lovgivningen tillegges særlig betydning. I MDU IX betegnes innsatsen også som langt sterkere lokalt enn sentralt. Det hevdtes like fullt at de norske kvinneorganisasjonene påvirket både velferdsstatsideologien, dvs. universalitetsprinsippet, selve kjernen i den norske velferdsstat og formen på det som etter hvert ble offentlig.⁹ Samarbeidet mellom de frivillige organisasjonene og det offentlige var nært, og de brede kvinnedominerte organisasjonene nøt stor tillit både i lokalsamfunnet og innen politiske institusjoner lokalt og sentralt, noe som åpnet opp for samarbeid både med lokale og sentrale myndigheter og profesjoner.¹⁰ Dette perspektivet er imidlertid omdiskutert.

Den norske velferdsforskningen hevdes å være organisert rundt to hovedperspektiv, eller retninger, alt etter om det anlegges et harmoni- eller et konfliktperspektiv på forholdet mellom det frivillige og offentlige feltet. På den ene siden plasseres Per Selle og den sterke betoningen av integrasjon mellom offentlig og frivillig sektor, og på den andre siden Håkon Lorentzen, som over lengre tid har anvendt konfliktmodeller.¹¹ Sistnevnte tillegger staten, spesielt i helse- og sosialsektoren, en betydelig mer restriktiv rolle i forhold til organisasjonene.¹² Det er dessuten hevdet at kvinneorganisasjonene hadde «svært begrenset adgang til de fora og kanaler hvor maktkampen utspilles, interesser forsvares og konflikter

7. Rømer Christensen 1999: 8; Rimmen Nielsen 1996: 105; Selle og Berven 2001: 24.

8. N.F. Christiansen, *Har velferdsstaten (haft) ét køn?, Kvinder, køn og forskning* 1999, 4: 27–34.

9. Selle og Berven 2001: 27, 34.

10. Selle og Berven 2001: 12; O. Bjarnar, *Sanitetskvinnene «lot allting skje i stillhet» – var det riktig?*, i N. Berven og P. Selle (red.), *Svekket kvinnemakt? De frivillige organisasjonene og velferdsstaten*, Oslo 2001: 15. Samme forfatter har senere påvist kompetansestridd mellom legene og de frivillige foreningene i O. Bjarnar, *En stille kvinneevolusjon. Molde sanitetsforening 1904–2004*, Molde 2004: 31.

11. P. Repstad, *Forholdet mellom det offentlige og det frivillige – et for nærsynt forsknings-tema i Norge? Et forskningsutblikk*, *Tidsskrift for velferdsforskning* 1998, 2: 97–101.

12. H. Lorentzen, *Forskere og frivilligheten – et svar til Pål Repstad*, *Tidsskrift for velferdsforskning* 1998, 2: 106.

løses». ¹³ Valget mellom et konflikt- og et harmoniperspektiv er ikke avgjort en gang for alle, ifølge Selle, men er knyttet til empirisk nedslagsfelt der en nøye vurderer emne og ikke minst analysenivå. Konflikt på ett nivå kan dessuten skape integrasjon på et annet. ¹⁴

Institusjonsbyggingen representerer et empirisk felt som involverer aktører på tvers av ulike samfunnsmessige nivåer og sektorer: det lokale, det regionale og det nasjonale. Sentrale myndigheter tildelte foreninger, kommuner og fylker ulike roller på dette feltet. Kvinneforeningene nøt stor tillit, men ikke hos alle. Institusjonene vokste frem gjennom motgang og medgang, gjennom samarbeid og konflikt, og ett og samme empiriske felt må studeres på tvers av ulike samfunnsmessige og dermed analytiske nivåer.

KJØNN OG DET SIVILE SAMFUNN

Flere av de refererte bidragene har hentet sentrale perspektiver og begreper fra empiriske studier, f.eks. Theda Skocpol, som har påvist og sammenlignet kvinneforeningers innflytelse på nasjonal lovgivning både i USA og Europa. ¹⁵ Et gjennomgående trekk ved de amerikanske foreningene skal nettopp ha vært ønsket om å utvide kvinners moderlige verdier fra hjem og lokalsamfunn til det sivile og nasjonale liv, eller fra en separat sfære for kvinner til nasjonens offentlige liv. ¹⁶ Kvinneforeningene krevde derfor tjenester spesielt innrettet mot mødre og barn, noe som i USA materialiserte seg i flere viktige føderale lover mellom 1890 og 1930. ¹⁷ Ifølge Theda Skocpol er disse kvinnes bidrag langt på vei oversett av senere forskning på grunn av det skarpe analytiske skillet mellom den private og offentlige sfære. Velferdsstatslitteraturen betraktet «public life» som en antatt eksklusiv mannlig sfære, mens kvinner ble betraktet som private aktører innskrenket til hjemmet og veldedighetsorganisasjonene. ¹⁸

Skocpol ser ut til å reservere begrepet «public life» til et nasjonalt

13. H. Hernes, *Staten – kvinner ingen adgang?*, Oslo 1982: 57.

14. P. Selle, Frivilligdom mellom stat og marknad, *Tidsskrift for velferdsforskning* 1999, 2: 102–105; D. Wollebæk og P. Selle, *Det nye organisasjonssamfunnet. Demokrati i omforming*, Bergen 2002: 44.

15. T. Skocpol, *Protecting Soldiers and Mothers. The Political Origins of Social Policy in the United States*, Cambridge 1992, se også S. Koven og S. Michel, Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain and United States, *American Historical Review* 1990: 1076–1108; T. Skocpol og G. Ritter, *Gender and the Origins of Modern Social Policies in Britain and the United States*, Cambridge 1991.

16. T. Skocpol 1992: 35, 318.

17. Ibid: 3, 318.

18. Ibid: 30.

nivå, og også hun har blikket rettet mot den nasjonale lovgivningen og rettighetsaspektet – i form av særordninger for mødre og barn.¹⁹ I MDU IX blir derimot kvinneforeningene og lokalsamfunnet helt eksplisitt betraktet som del av en sivil offentlighet: Måten vi betrakter de frivillige organisasjonene på, som nærmest knyttet til familiesfæren eller som en vesentlig del av det sivile samfunn, har stor betydning for rollen vi tilde-ler organisasjonssamfunnet og dermed også kvinner, i sosialt og politisk liv.²⁰ Selle og Berven gir dermed kvinneforeningene en tydeligere offentlig og politisk rolle på lokalt nivå, men uten å redusere betydningen av tilknytning og påvirkning på nasjonalt nivå.²¹ Universalitetsprinsippet representerer dessuten et mer omfattende mandat enn særrettigheter for mødre og barn.

I MDU IX blir «kvinnelige verdier» fremstilt som middel heller enn som mål: De utnyttet samtidens forestillinger om særskilt kvinnelige egenskaper og verdier, og kjønn ble dermed et legitimt organisasjonsgrunnlag.²² Deres strategi var vellykket nettopp fordi den ikke ble oppfattet som en trussel mot de herskende maktstrukturene i samfunnet.²³ Kvinner fikk dessuten innflytelse på de områdene der de var tilkjent «en særlig kompetanse og innsikt».²⁴

Spørsmålet om kvinners plass i offentligheten har både en teoretisk og en empirisk side. Det avhenger både av hva som til enhver tid defineres som offentlig og hvordan ansvar og oppgaver rent faktisk blir fordelt. Felles for de refererte bidragene er at de reflekterer et teoretisk grunnsyn om en gjensidig avhengighet mellom aktører og strukturer som gir praksis (og samhandling) en sentral rolle i forandringen av sosiale strukturer. Men det er nettopp denne praksisen vi fortsatt mangler kunnskap om, og kanskje nettopp derfor er det også en tendens til å forklare kvinneforeningenes strukturelle påvirkning med at de (gjennom sin praksis) opprettholdt – og utnyttet – noen etablerte forventninger om «det kvinnelige».

Et første skritt har vært å påvise antallet institusjoner som de frivillige foreningene til sammen bygde opp regionalt. Det neste skrittet er å studere hvordan disse foreningene ble møtt på de ulike forvaltningsnivåene,

19. Ibid: 318.

20. Selle og Berven 2001: 10.

21. Selle 1999: 68.

22. Selle og Berven 2001: 18.

23. N. Berven, Sanitetsforeningen og Nasjonalforeningen – både gjenoppdaget og marginalisert, i N. Berven og P. Selle (red.), *Svekket kvinnemakt? De frivillige organisasjonene og velferdsstaten*, Oslo 2001: 88.

24. Ibid: 13.

hvilke strategier som ble brukt og hvilke samarbeidsrelasjoner og politiske maktforhold de ikke kunne unngå å bli en del av.

I den videre analysen underbygges påstanden om at kvinneorganisasjonene fikk betydning både for velferdsstatens ideologi (idé) og for den struktur (form) helsestellet fikk. Det er dessuten gode grunner for å hevde at foreningskvinnene, særlig når det gjaldt institusjonsbyggingen, brøt med noen av de oppfatninger og forventninger som fantes på den tiden, heller enn å opprettholde dem. Forventningene kan også ha vært forskjellig alt etter hvem de samhandlet med. Den viktigste oppfordringen fra Theda Skocpol står dermed fortsatt fast, nemlig at undersøkelser av kjønn og sosialpolitikk må være historisk funderte og institusjonelt kontekstualiserte.²⁵ Analysene må være tids- og stedsbundne og fokusere på de prosessene kvinners (politiske) praksis inngikk i og som kjønnsmakrelasjonene skapes, tolkes og forandres gjennom.

SENTRALE INITIATIV OG DET LOKALE FORENINGSLIVET

I norsk sammenheng er NKS betegnet som den organisasjonen som mest typisk faller inn under betegnelsen kvinneorganisasjon.²⁶ NKS ble stiftet i Kristiania etter initiativ fra Fredrikke Marie Qvam og kretsen rundt henne. De ville kjempe Norges sak, og stiftet NKS i en tid preget av nasjonskamp og demokratisering: «Under Trykket af vore usikre og vanskelige politiske Forhold stiftedes Sanitetsforeningen den 26de Februar 1896».²⁷ Hærens sanitet var den viktigste saken den første tiden, og inntil 1905 hadde NKS utstyrt 250 feltlasaretsenger og ansatt 92 sykepleiere som kunne mobiliseres i tilfelle krig.²⁸ Denne tilknytningen slo aldri helt an i Nord-Norge. NKS utvidet sitt arbeidsområde, og beretninger om det praktiske arbeidet, om resultatene, i form av notiser og pressemeldinger, dukket dessuten stadig oftere opp i nordnorske lokalaviser. Rundt 1914 hadde NKS opprettet sykepleieskole, utdannet 300 sykepleiere, opprettet pleiehjem og skaffet store inntekter til tuberkulosearbeidet gjennom salg av maiblomster og julemerker.²⁹ Folk sluttet opp om sakene, og disse må ha hatt bred appell. Nordland fylke hadde seks foreninger tilsluttet NKS før 1910. I 1939 var tallet økt til 121 foreninger.³⁰

Den raske mobiliseringen og den store foreningstettheten var mulig

25. Skocpol 1992: 38.

26. Berven 2001: 87.

27. F.M. Qvam, Norske Kvinders Sanitetsforening, i Høgh og Mørck (red.), *Norske kvinder*, 1914: 29.

28. NKS: *Norske Kvinners Sanitetsforening 50 år: 1896–1946*, Oslo 1946: 52–53.

29. *Ibid*: 12–19.

30. Gjennomgang av Årsberetninger NKS 1905–1940. Nordland fylke.

fordi det allerede fantes etablerte ordninger og samfunnsmessige strukturer å bygge videre på. En slik ordning var kveldssete, i Nord-Norge også omtalt som kveldsarbeid eller «kvellsprat». Om høsten måtte lampelyset utnyttes, og folk i husene samlet seg om de oppgavene som hørte vinteren til. Folk fra nabogårdene kunne komme og sitte kveldssete, og noen steder var det faste gårder der man kunne samle seg til «kvellsprat». Mennene hadde ikke alltid passende arbeid å ta med bort, og arbeide måtte man, noe som begrenset deltakelsen. De var jo dessuten selv borte i lange perioder, og særlig på ettervinteren var det «for det meste bare kvinnfolk som satt kveldssete».³¹ Kvinnene var knyttet til husene, til ungene og dyrene, men innenfor et avgrenset område var det etablerte ordninger for fellesskap og arbeid som forente det nyttige med det sosiale – og strikketøy, håndtein og annet håndarbeid var enkelt å ta med.

Fra kveldssete til forening var veien ikke lang. De gikk til hverandre, og de første foreningene i Nord-Norge fulgte dermed ikke de anbefalingene som bispinne Gislesen i Tromsø hadde gitt. Hun hadde selv reist rundt i landsdelen for å stifte misjonsforeninger, men gikk imot egne kvinneforeninger med ordfører, sekretær og kasserer. Betegnelsen kvinneforening fant hun selvmotsigende idet «forening» viste mot noe selvstendig, mens ordet «kvinne» viste til det motsatte. Hennes foreningsideal var familieforeninger eller husforeninger, og ikke egne kvinneforeninger som kunne trekke mødrene ut av hjemmene. Den kjente teologen og salmedikteren Hans Landstad hadde også advart mot foreninger som sveiset kvinner fra ulike stender og med ulik dannelse kunstig sammen og slik dro kvinnene på en unaturlig og skadelig måte inn i det offentlige livet.³²

Både kveldssete, misjonsforeningene og det øvrige foreningslivet som utviklet seg i Nord-Norge knyttet kvinner og arbeid sammen på tvers av den enkeltes (private) hjem og utgjorde et fellesskap ut over eget hushold, til tross for etablerte forventninger i høykirkelige og borgerlige kretser. Da tuberkulosen begynte å få fotfeste i landsdelen, gikk kvinner sammen i uavhengige diakonisse-, sykepleie- og tuberkuloseforeninger i et stort antall i bygdene, tettstedene og de små byene som etter hvert vokste frem. Formålet var å hjelpe syke innen et nærmere bestemt geografisk område – en by eller ei bygd.³³

31. Priv.arkiv 424 A, Gards- og grannesamfunnet, hyllenr. 4A 05343, kassett 1–19, 1–20, 1–21.

32. O. Karlsen, *Grotid i nord. Av Nordnorges misjonshistorie de siste 100 år*, Tromsø 1961; L. Mikaelsson, *Kallets ekko. Studier i misjon og selvbiografi*, dr.philos.-avhandling i religionshistorie, Universitetet i Bergen, Bergen 2000: 63.

33. Hamran 2006, kapittel 6 i I. Elstad og T. Hamran, *Sykdom. Nord-Norge før 1940*, Bergen 2006.

Selle og Berven hevder at nettopp tuberkulosearbeidet førte til avgjørende endringer i rollen både til det frivillige og det offentlige.³⁴ I Nord-Norge var tuberkulosen avgjort et motiv både for å stifte nye foreninger og for å melde allerede eksisterende foreninger inn i en landsdekkende organisasjon. Kvinneforeningene inntok dermed en stadig mer sentral plass i lokalsamfunnet og den sivile offentligheten. Gjennom innmelding i en landsdekkende, nasjonal organisasjon ble de også tettere integrert i storsamfunnet. Denne organiseringen, med autonome medlemsbaserte lokallag tilknyttet et nasjonalt organisasjonsnivå, er beskrevet som avgjørende for å oppnå politisk påvirkningskraft.³⁵ Graden av påvirkning, og dermed tilskrivelsen av autonomi, vil i det videre belyses gjennom samspillet mellom en enkelt forening og de ulike aktørene i institusjonsbyggingen.

Mo sanitetsforening ble stiftet i 1905. Samme år mottok foreningen en større pengegave til «det paatænkte sykehjem», og i 1908 opprettet de et fond til den planlagte «sygestue».³⁶ På den tiden var det ingen kommunale eller fylkeskommunale institusjoner av denne type i Nordland, og det var heller ikke stilt noen offentlige midler til disposisjon. Foreningen så likevel på seg selv som fullt ut skikket til både å administrere arbeidet, skaffe penger og være byggherre, og siden eie og drive en institusjon med arbeidsgiveransvar for tjenestepiker, sykepleiere og leger. Det ble arbeidet jevnt og trutt for saken, og etter fem år, i 1910, oppnevnte foreningen først en komité som besto av foreningens formann og viseformann, og senere ble det arrangert et «massemøte» der pleiehjemskomiteen, ifølge foreningens egen årsberetning, ble «supplert» med kommunelegen, en fra stedets sparebank, en fra formannskapet og en valgt på folkemøtet. Komiteen fikk i oppdrag å planlegge et tuberkulose- og pleiehjem, året etter omtalt som «et kombinert pleie- og sykehjem».³⁷ Kvinne og mann, leg og lærd, arbeidet sammen mot et felles prosjekt under ledelse av en lokal forening.

Dette betød imidlertid ikke at sanitetsforeningene var ønsket på dette feltet, og i hvert fall ikke av alle og på alle nivåer i samfunnet. Sentrale aktører i utformingen av landets helsepolitikk, samtlige av dem leger, hadde en klar oppfatning av hva disse foreningene skulle brukes til – og det var ikke til å bygge institusjoner.

34. Selle og Berven 2001: 26.

35. Ø. Østerud, F. Engelstad og P. Selle, *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen*, Oslo 2003: 142–143.

36. Årsberetning Mo sanitetsforening 1905 og 1908.

37. Årsberetning Mo sanitetsforening 1910 og 1911.

LEGENE KJEMPET FOR SIN POSISJON

Gjennom tuberkulosearbeidet ble sanitetsforeningene trukket nærmere den nasjonale tuberkulosepolitikken og til spørsmålet om hvem som skulle bestemme retning og kurs fremover. Legene hadde opp gjennom hele 1800-tallet kjempet for større medbestemmelse i styringen av landet. Målet var å oppnå økt innflytelse i sentraladministrasjonen, der juristene regjerte. I 1875 bevilget Stortinget midler til en medisinaldirektørstilling, noe som til en viss grad styrket legenes stilling overfor juristene.³⁸ Den norske Lægeforening ble stiftet i 1886 for ytterligere å styrke legenes posisjon så vel som et offentlig helsevesen.³⁹ I 1891 ble det etablert et frittstående medisinaldirektorat utenfor departementet. Det var et rent administrativt organ med en lege i stillingen som medisinaldirektør, og fortsatt med liten formell og politisk innflytelse. Alle forslag til lover og bevilgninger som gjaldt helsevesenet ble utarbeidet i en egen medisinalavdeling, underlagt Sosialdepartementet og ledet av en jurist.⁴⁰

Initiativet til en tuberkuloselov for landet ble tatt av to leger, formannen i legeforeningens tuberkulosekomité, Klaus Hanssen, og landets medisinaldirektør Mikael Holmboe. Loven trådte i kraft i 1900, og er omtalt som en milepæl i utviklingen av det offentlige helsearbeidet.⁴¹ Loven ga adgang til å isolere syke, men forslaget om statlig ansvar for å bygge det nødvendige antall institusjoner ble forkastet i Stortinget. Medisinaldirektøren gikk derfor inn for kommunale pleiehjem, eventuelt med støtte fra fylkene. De skulle være mange og små, ligge i nærheten av der folk bodde og rettes inn mot uhelbredelig og smitteførende tuberkulose.⁴²

Samme år som tuberkuloseloven trådte i kraft, hadde også NKS vist interesse i pleiehjemssaken, første gang gjennom et opprop til hele nasjonen gjennom landets aviser, der de oppfordret til innsats på to fronter: opplysningsarbeid i de private hjem – og institusjoner for tuberkuløse. Målet var ett pleiehjem i hver av sanitetsforeningens kretser.⁴³ Klaus Hanssen ønsket sanitetskvinnenes bidrag velkommen gjennom flere avisinnlegg – også i Nordland, men påpekte samtidig en klar arbeids- og opp-

38. A. Schiøtz, *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*, Oslo 2003: 25–27.

39. A.-L. Seip, *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*, Oslo 1984: 220.

40. Schiøtz 2003: 25–27; T. Nordby, Profesjonskariatets periode innen norsk helsevesen – institusjoner, politikk og konfliktemner, *Historisk tidsskrift* 1987, 3: 301–302.

41. Schiøtz 2003: 23.

42. M. Holmboe, Om pleiehjem for tuberkuløse, særlig i landdistrikterne. Af medicinaldirektør Holmboe, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 1901, 1: 14.

43. NKS 1946: 61.

gavefordeling.⁴⁴ Han fulgte medisinaldirektørens oppfordring om at pleiehjem ikke skulle være en sak for «den private filantropi».⁴⁵ NKS fulgte ikke denne oppfordringen. I 1903 åpnet Oslo sanitetsforening det første tuberkulosehjemmet i landet, og flere var under planlegging.⁴⁶

I 1910 tok Klaus Hanssen initiativ til å stifte nok en nasjonal humanitær organisasjon. Navnet ble Den norske Nationalforening mot Tuberkulosen, og Klaus Hanssen ble selv valgt til formann. Landets medisinaldirektør skulle til enhver tid være medlem av styret, og da staten i 1914 opprettet en egen stilling som overlege for tuberkulosen, også på initiativ fra Nasjonalforeningen, ble en av deres mest sentrale representanter ansatt i stillingen. Han fortsatte like fullt som «selvskrevet medlem av styret». Styret skulle dessuten bestå av representanter fra hvert av landets fylker, og valget falt ofte på en fylkeslege eller annen offentlig ansatt lege.⁴⁷

Formålet med den nyopprettede Nasjonalforeningen var å fremme legenes posisjon i utformingen av tuberkulosepolitikken. Etter deres mening trengtes en sentral ledelse som «kunne tvinge arbeidet inn i det rette spor». Ledelsen var de selv, og det rette spor var blant annet å sette en stopper for den privatfinansierte utbyggingen av pleiehjem som særlig NKS hadde engasjert seg i.⁴⁸ Seks tuberkulosehjem var da bygd i regi av lokale sanitetsforeninger.⁴⁹ Ingen andre hadde klart noe tilsvarende, men Nasjonalforeningen og Klaus Hanssen tok likevel dette som et klart bevis på at «privat» initiativ og offervillighet ikke maktet oppgaven. Derimot mente han at legenes innsats for å få fylkene interessert i arbeidet hadde båret frukter.⁵⁰

I Nordland fylke hadde leger vært involvert i en rekke planer og utredninger siden 1903, men ikke en eneste institusjon hadde latt seg finansiere. I 1910 besluttet fylket å gi økonomisk støtte til bygging av tuberkulosehjem.⁵¹ Pengene ble tatt av et fond som var bygd opp av overskudd fra salg av brennevin – det såkalte brennevinsfondet. Flere sanitetsforeninger søkte om penger, blant andre Mo sanitetsforening, som etter fem års arbeid allerede hadde opparbeidet seg en viss egenkapital.

44. Vesteraalens Avis 15.6.1900 og Helgelands Tidende 8.6.1900.

45. Holmboe 1901, 1: 14.

46. *25-årsberetning 1910–1935. Utgitt ved Norske Nationalforening mot tuberkulosen*, Oslo 1935 (heretter *25-årsberetning 1935*).

47. R.W. Erichsen, *Streif fra Nasjonalforeningens 50-årige historie*, Oslo 1960: 20–23, 135.

48. S. Rogstad, Kampen om tuberkulosen, *Historisk tidsskrift* 1997: 97.

49. NKS 1946: 61.

50. *Meddelelser* nr. 4., aug. 1911.

51. Fylkestingsprotokoll 1909, Troms; Fylkestingsprotokoll 1909–1910, Nordland. UB, Universitetet i Tromsø.

Nordland fylke stilte seg først velvillig overfor foreningene, blant annet ved å innvilge de første søknadene.⁵² Denne avgjørelsen ble lagt merke til i Nasjonalforeningen. I medlemsbladet *Meddelelser* het det noe ironisk at det i Nordland visstnok var meningen å la private foreninger drive for egen regning, noe de på det mest bestemte ville fraråde.⁵³ Samme år, i 1912, sendte Nasjonalforeningen ut rundskriv til alle landets fylker med en advarsel mot å overlate arbeidet til «den private velgjørenhet». Det ville ta for lang tid, og det ville binde foreningskvinnenes interesser.⁵⁴ Rundskrivet var underskrevet både av Klaus Hanssen og medisinaldirektør Holmboe.

I denne saken kan vi trygt si at sanitetsforeningene ble motarbeidet både av den sentrale tuberkuloseledelsen og av Nasjonalforeningen – som var to sider av samme sak. Forbindelsen mellom Nasjonalforeningen, deler av stats- og fylkesadministrasjonen og legeföreningen var i det hele tatt ganske tett, men like fullt var det vanskelig å få kontroll over feltet.

PENGER SOM STYRINGSMIDDEL

NKS var i sterk vekst over hele landet, og kvinnene ble som det ganske riktig er hevdet i MDU IX «tildelt særlige arbeidsoppgaver som ble ansett passende for dem».⁵⁵ En slik oppgave var å gi institusjonene et hjemlig preg ved hjelp av opplesninger, musikk, blomster, bilder, sangfugler i bur og lignende.⁵⁶ Noen rolle ut over det, på akkurat dette feltet, var de ikke tiltenkt av den sentrale tuberkuloseledelsen. Det vil si: pengene foreningene samlet inn var én sak, å bygge, lede og drive et tuberkulosehjem en helt annen. NKS tilpasset seg ikke den rollen de var tiltenkt. De var tydeligvis en aktør å regne med, og rundskriv og sentrale planer var langt fra nok. Nasjonalforeningen måtte derfor skaffe seg mest mulig kontroll med pengestrømmene, og foreslo overfor Stortinget å la en del av overskuddet fra Det norske Pengeotteri gå til tuberkulosearbeidet.⁵⁷ Etter rykter om at midlene i sin helhet skulle disponeres av Nasjonalforeningen, og påfølgende press fra Fredrikke Marie Qvam og staben i NKS, besluttet Stortinget å fordele midlene mellom de to organisasjonene.⁵⁸ Beslutningen gikk ut på at pengene skulle forvaltes av en felles komité

52. Fylkestingsprotokoll 1910–1913, Nordland.

53. Red.art., Holdepunkter for opførelse av tuberkulosehjem, *Meddelelser* nr. 7, 1912.

54. Fylkestingsprotokoll Troms. Sak nr. 32, 1912.

55. I. Blom, Klasse og kjønn i tuberkulosearbeidet i Norge og Danmark, i *Berven og Selle* 2001: 113.

56. *25-årsberetning* 1935: 21.

57. Erichsen 1960: 97.

58. Årsberetning NKS. Hovedstyret 1917; NKS 1946: 75.

som besto av tre representanter fra hver. Overlegen for tuberkulosen var en av Nasjonalforeningens representanter, og midlene skulle fordeles etter den planen Nasjonalforeningen allerede hadde utformet på egen hånd. Bidrag til å oppføre og drive tuberkulosehjem for voksne var derfor holdt utenfor planene, og igjen ble det slått fast at dette ikke var en sak for foreningene.⁵⁹

I mellomtiden var tilsagnene om økonomisk støtte fra Nordland fylke til foreningene trukket tilbake, og etter 1913 ble det kun bevilget midler til kommuner som selv kunne stå ansvarlig for eierskap og drift – blant annet til Mo kommune. Med bevilgningene fra fylket fulgte bestemmelser om at kommunene måtte stille med egne midler – såkalte «distriktsbidrag». Den sentrale tuberkuloseledelsen hadde dermed fått gjennomslag for sitt prinsipp om offentlig drift, men ikke bare det. En nyopprettet pleiehjemskomité i Nordland fylke, der flere offentlig ansatte leger var representert, besluttet at tuberkulosehjemmene skulle lokaliseres etter legedistriktene, som besto av fra tre til åtte kommuner.⁶⁰ Den sentrale tuberkuloseledelsen hadde fått flere potensielle alliansepartnere i distriktslegene, men igjen var det andre forhold som spilte inn.

For det første opphørte alle bevilgningene fra Nordland fylke i 1917 som en følge av importforbudet mot brennevin året før. Ordføreren på Mo hadde forståelse for fylkets økonomiske situasjon, brennevinsfondet var jo tomt, men noe tuberkulosehjem så kommunen seg absolutt ikke råd til å ferdigstille.⁶¹

For det andre skulle felleskomiteen kun være rådgivende: Det blir «altsaa de to foreninger eller disses styrer, som træffer den endelige avgjørelse og i tilfælde yder bevilgningene», skrev Nasjonalforeningen i 1917. Ledelsen gikk likevel ut fra som selvsagt at styrene i de to organisasjonene forsto seg som «saa bundet til fælleskomiteens udtalelser og indstillinger» at det skulle særdeles vektige grunner til å avvike fra disse.⁶²

FORENINGENE OVERTAR

Samme år som fylke og kommune trakk seg ut, tok Mo sanitetsforening formelt over. Foreningen hadde, til tross for fylkets krav om kommunal ledelse, vært i sving hele tiden, og midlene de hadde samlet inn var trolig avgjørende for at kommunen i det hele tatt klarte å reise sin andel av byggesummen – det såkalte distriktsbidraget. Like etter bevilget Hoved-

59. *Meddelelser* nr. 30, 1918.

60. Fylkestingsprotokoll Nordland. Sak 43. 1911: 303.

61. Fylkestingsprotokoll Nordland. Sak 58, 1917.

62. Årsberetning NKS. Hovedstyret 1917; *Meddelelser* nr. 30, 1918.

styret i NKS en større sum av pengelotterimidlene for «å fullføre et påbegynt tuberkulosehjem på Mo». ⁶³

I 1920 begynte også Røde Kors å engasjere seg i sivile, humanitære oppgaver, og lotteripengene ble delt på tre. Formannen i NKS kontaktet Sosialdepartementet og ba om å få benytte lotteripengene til små sykehus i Nord-Norge, men fikk til svar at pengene var øremerket tuberkulosen. Hun henvendte seg deretter til sentrale politikere på Stortinget og på nytt til Sosialdepartementet. Året etter var søknaden innvilget, og NKS fortsatte sin praksis med å gi økonomisk støtte til foreninger som ville bygge institusjoner. ⁶⁴ NKS hadde dermed satt både felleskomité og sentrale planer til side, først ved å gi støtte til institusjoner for voksne, og deretter ved å henvende seg direkte til stortingspolitikere og departement. Deler av felleskomiteen unnlot selvsagt ikke å reagere, og i 1922 foreslo formannen i felleskomiteen at denne ikke bare skulle være rådgivende, men også ha mandat til å uttale seg om hvilke søknader NKS skulle innvilge. Svaret fra NKS var klinkende klart: Felleskomiteen måtte gjerne uttale seg, men om den ble hørt, var en annen sak. Utvidelse av mandatet krevde dessuten fornyet behandling i begge organisasjonene og oppløsning av den sittende komité. ⁶⁵ I 1923 besluttet Nasjonalforeningen at lotteripengene «ogsaa skal kunne anvendes til opprettelse av disse anstalter». I praksis var dette for lengst en tapt sak, og grunnen de selv anga var at så vel «Røde Kors som N.K.S. anvendte sin tilsvarende andel av lotteripengene [...] til opprettelse av syke- og tuberkulosehjem». ⁶⁶ Samme år fikk NKS en arkitekt til å utarbeide «standarttype for sykehus i det nordlige Norge» på henholdsvis ni og tolv senger. ⁶⁷

MED LOKALE MIDLER FØLGER KRAV OM ØKT SELVSTYRE

Midlene fra Det norske Pengelotteri er omtalt som en viktig økonomisk kilde i det frivillige arbeidet: «Det var serleg lotteripengane som sette organisasjonane i stand til å byggja institusjonar». ⁶⁸ Pengene kom som relativt store engangsbeløp, og mange foreninger i hele Nord-Norge meldte seg inn i nasjonale organisasjoner, en eller flere, for å få tilgang på disse midlene. ⁶⁹ De var viktige, men ikke avgjørende. Mo sanitetsfore-

63. Årsberetning NKS. Hovedstyret 1917.

64. Årsberetning NKS. Hovedstyret 1920, Gjennomgang av årsberetninger for sanitetsforeningene i Nordland og Troms 1920–1927.

65. Årsberetning NKS. Hovedstyret 1922.

66. *Meddelelser* februar 1923, Nationalforeningens 6. raadmøte: 5–27.

67. *Folkehelsen* nr. 9, 1923: 112–113.

68. Hestetun og Onarheim 1990: 47.

69. Hamran 2006, kapittel 6.

ning hadde besluttet å bygge uansett, de måtte dessuten ta opp to lån av samme størrelsesorden som det de fikk fra NKS, og fylket hadde gitt bidrag i årene mellom 1913 og 1917. Minst like viktig over tid var imidlertid de verdiene som ble skapt lokalt – av flere grunner.

Hver 14. dag fra oppstart og frem til 1940 hadde Mo sanitetsforening faste symøter. Tiden ble delt mellom å sy «sengemateriel» til sykestuen, opparbeide gjenstander til utlodninger og auksjoner eller sy klær «til trængende». Rundt om i bygdene var det dessuten stiftet «en flerhet av kvindeforeninger» som arbeidet for samme formål, og det samme gjorde flere barne- og ungdomsforeninger. Stor egeninnsats ga tilsvarende stor fortjeneste, og i dårlige tider var det særlig den de tok av. Allerede i 1910 hadde foreningen den nødvendige egenkapital til å gå i gang. I 1918 var hjemmet ferdig innredet etter stor arbeidsinnsats fra foreningsmedlemmene, men manglet fortsatt sentraloppvarming og sanitæranlegg. Det krevde flere kontante penger – og foreningen arrangerte nye basarer, fester og tilstelninger.⁷⁰ Folk sluttet ikke bare opp om et masse møte, en basar, en fest eller en auksjon, som var viktig nok i seg selv, men de sluttet også opp om en sak. Gjennom innsatsen for å bygge institusjoner kom behovet for hjelp og pleie til uttrykk som et kollektivt ansvar, og ikke bare som familiens, eller kvinnens (private) ansvar. Et tuberkulosehjem eller ei sykestue ble gjennom foreningskvinnenes innsats og arbeidsform gjort til et felles ansvar – som alle måtte være med å støtte opp om.

I juni 1920, etter 15 års innsats, kunne foreningen ta i bruk det de selv omtalte som sitt nye «tuberkulose- og sykehjem». Det offisielle navnet var Mo og Nord-Rana sanitetsforenings tuberkulosehjem, registrert i offentlige registre som et rent tuberkulosehjem uten plasser til andre syke.⁷¹ I foreningens egen årsberetning var det registrert med plasser til 18 tuberkulose og fire til seks «alminnelige syke» – alt etter behov.⁷²

Forslag om samarbeid mellom flere kommuner om «et fælles hjem for Ranen» var da trukket tilbake. Partene hadde bestemt uttalt at «de bidrag som privat er innsamlet, ikke vil bli ydet til noget pleiehjem som opføres utenfor vedkommende herred». På grunn av «omstændighetene» måtte beløpet derfor fordeles.⁷³ Bestemmelsene om at hjemmene skulle lokaliseres etter legedistriktene, som besto av flere kommuner, viste seg umulig å gjennomføre i Nordland.⁷⁴ I 1934 sendte Medisinal-

70. Årsberetning Mo sanitetsforening 1912–1922.

71. Mo tuberkulosehjem, i S. Bu, *Sykehusene i Norge*, Oslo 1941: 32.

72. Årsberetning, NKS 1920.

73. Fylkestingsprotokoll Nordland. Sak nr. 51, 1912.

74. Hamran 2006: 293.

direktoratet ut rundskriv til fylkesmennene i landet for å få oversikt over alle sykehus, sykehjem og tuberkuloseinstitusjoner som ikke var eid av staten. Hensikten var å utarbeide en rasjonaliseringsplan og sentralisere virksomheten på tvers av kommune- og fylkesgrenser.⁷⁵ Nordland fylke hadde da 13 institusjoner i regi av lokale sanitetsforeninger, og det var planer om flere: Enhver som hadde vært bosatt på et mindre sentralt sted og sett hvor vanskelig det var å få hjelp til sine syke, visste hvor viktig en velutstyrt sykestue med en velutdannet sykepleierske var.⁷⁶ I 1942 kunne Mo og Nord-Rana sanitetsforening også åpne et helt nytt sykehus, og i 1945 tok landets helsedirektør igjen opp tråden om en mer planmessig ordning av de medisinske anstalter i Norge.⁷⁷

Mye tyder på at kravet om å bestemme selv – om lokal autonomi – gikk hånd i hånd med lokale initiativ, lokalt samarbeid, egne midler og en betydelig verdiskaping gjennom felles innsats over lang tid.

SKIFTENDE ARGUMENTER

I Nasjonalforeningens medlemsblad, som ble distribuert i et stort antall landet over, ble det satt frem udokumenterte påstander om sanitetsforeninger som ikke samarbeidet, om dårlig hygiene og om store mangler i deres institusjoner.⁷⁸ I det hele tatt ble foreningskvinnene beskyldt for å drive arbeidet frem «uten bestemt plan, efter famlende linjer og stort sett kun med øie for det som i øieblikket lå mest for hånden».⁷⁹ Rapporter fra fylkeslegen i Nordland og fra overlegen for tuberkulosen, som ikke nådde ut til folket, viste snarere at der kommunene hadde tatt over, var det ingen som «mente at ha ansvar og ledelse», og det ble rapportert om hager som lå som «et vildnis omkring» og absolutt burde stelles. Overlegen for tuberkulosen beskrev i 1921 så store mangler ved to offentlige tuberkulosehjem i Troms at han aller helst ville nekte å godkjenne det ene av dem som oppholdssted for tuberkuløse syke.⁸⁰ Samme år skrev Mo sanitetsforening i sin årsberetning at overlegen var «meget fornøiet ved sin inspektion i høst». Da hadde foreningen finansiert vedlikehold, forbedringer og nyanskaffelser, og på tomten var det

75. S. Bu, *Sykehusene i Norge*, Oslo 1940.

76. Årsberetning NKS Nordland krets 1938.

77. Nordland krets av NKS 1911–1961: 13; K. Evang, Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og det norske helsevesen, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1945, 8: 266–271.

78. *Meddelelser* nr. 7, 1912, *Meddelelser* nr. 17, 1914.

79. *25-årsberetning* 1935.

80. Fylkestingsprotokoll Nordland 1917: 650; Fylkestingsprotokoll Nordland. Sak nr. 43, 1911: 303, Fylkestingsprotokoll Troms, 1921.

dessuten gjort «adskillig gratis arbeide, kjøkkenhave anlagt etc.».⁸¹ Institusjoner med en forening i ryggen klarte seg gjennomgående ganske bra gjennom hele denne perioden.⁸² Problemet var nok heller at eierskap ga adgang til å gripe direkte inn i spørsmålet om retning og kurs i tuberkulosepolitikken.

NKS ble først beskyldt for å drive en gammeldags innleggelsespolitikk ved å legge inn både uhelbredelig og helbredelig syke, en praksis som ifølge medisinaldirektøren var forlatt over hele Europa.⁸³ Etter en tid viste det seg imidlertid at tuberkuløse nektet å la seg legge inn på institusjoner beregnet kun for uhelbredelig syke, og den sentrale tuberkuloseledelsen besluttet derfor å åpne hjemmene for tuberkuløse i alle stadier.⁸⁴ En fremtredende tuberkuloselege, dr. Sandberg i Nordland, gikk inn for en mer energisk bruk av lovens påbud og regler. Han fikk spørsmål i legetidsskriftet om han virkelig visste hva det ville si å internere 20 000 syke og med hvilket «magtsprog» alle disse skulle tvinges inn i anstaltene.⁸⁵ Utover på 30-tallet ble de medisinske resultatene som var oppnådd så langt betegnet som små, og igjen ble det reist forslag om å skjerpe kravene til isolasjon.⁸⁶ I legetidsskriftet ble tuberkuloseloven kritisert for å være mest «teoretisk» så lenge «centraladministrasjonen» ikke hadde gitt adgang til å holde «en tæringssyk lenger enn denne selv behaget å finne sig i interneringen». Omsider hadde imidlertid også «Høiesterett» avgjort at en helserådsbeslutning skulle være en reell tvangsforanstaltning: Det betød at den som ved en helserådsbeslutning var lagt inn for isolasjon, ikke kunne slippes «utenfor porten» uten samme helseråds tillatelse: «Patienten er med andre ord besluttet isolert og skal holdes isolert indtil annerledes blir bestemt». Til dette trengtes «[i]nterneringssteder hvor de *må* bli, og hvor de *må arbeide* så sant de kan gjøre noget».⁸⁷ Året etter ble det på nytt slått fast at riktignok hadde sanitetsforeningene opprettet «en del mindre anstalter, de saakaldte tuberkulosehjem», men de var preget av lemfeldig praksis og drevet etter gamle prinsipper, som hadde hindret effektiv

81. Årsberetning Mo sanitetsforening 1921–1922.

82. En gjennomgang av alle institusjonene i Nord-Norge finnes i Hamran 2006, kapittel 9 og 10.

83. Holmboe 1901: 1–4.

84. *Meddelelser*, november 1914.

85. N. Barth, Bør vore byer bygge tuberkulosehjem?, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1909: 55–59, og H.B. Sandberg, Bør vore byer bygge tuberkulosehjem?, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1909: 498–504.

86. Se for eksempel *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1929: 195; 1930: 484; 1930: 1037; 1930: 1416; 1931: 1070.

87. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1930: 484–485.

isolasjon og gjort det hele nokså «ullent». Nødvendigheten av å befri tuberkulosehjemmene for «den sentimentale kvinneforeningstone» var derfor mer påtrengende enn noensinne.⁸⁸

NKS sin posisjon tvang frem faglige begrunnelser på et felt det hersket stor uenighet omkring, også innad blant legene. Jon Ivar Elstad har påvist hvordan tilknytningen til statsapparatet og de offentlige myndighetene var nødvendig for å gi medisinen den nødvendige autoritet, særlig på felt der de faglig sto svakt.⁸⁹ Både medisinaldirektøren og Nasjonalforeningen hadde åpenbare problemer med å knytte den plassering og innflytelse de mente de burde ha i det sentrale administrative tuberkulosearbeidet opp mot en tilsvarende entydig og klar medisinsk behandling av tuberkulosen. Kontroversene var mange, blant annet om størrelsen på institusjonene og hvem de skulle være for.

KONFLIKT OG SAMARBEID. STRUKTUR OG IDEOLOGI

Denne artikkelen understøtter påstanden om at kvinneforeningene grep inn i og påvirket den nasjonale velferdspolitikken, men de forklaringene som ble gitt i MDU IX, og sitert innledningsvis, er utilstrekkelige og må nyanseres. En reell analyse av beslutningsprosessene, og dermed maktforholdene, gjør det nødvendig å skille mellom de ulike organisasjonene og mellom sentrale og lokale nivå både innen de ulike organisasjonene og innen forvaltningen.

Den legestyrte Nasjonalforeningen og medisinaldirektøren var helt og holdent viklet inn i hverandre og fremsto med én stemme. De var «hverandres hjelpere i arbeidet mot et felles mål», som det het i jubileumsboken til Nasjonalforeningen.⁹⁰ Samarbeidet var svært tett, og ett av målene var å samle og lede hele tuberkulosearbeidet – også det arbeidet NKS allerede hadde satt i gang flere år tidligere. Prinsippet om at sanatorier og pleiehjem skulle være et offentlig ansvar sto sentralt og var ifølge Nasjonalforeningens medlemsblad «anerkjent over hele landet».⁹¹ Like fullt fikk NKS en sentral plass på dette feltet, og uttrykk for «genuine fellesinteresser» mellom de ulike aktørene var det neppe.⁹²

Den langvarige striden mellom legene og juristene i sentraladministrasjonen kan selvsagt også ha virket i kvinnes favør. I 1931 ble overlegestillingen for tuberkulosen inndratt, og ifølge Nasjonalforeningens

88. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1951: 1416.

89. J.I. Elstad, Legene og samfunnet, *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1987, 3: 290–295.

90. Erichsen 1960: 32.

91. *Meddelelser* nr. 4, august 1911.

92. Se for eksempel Selle 1994: 209.

jubileumsbok «erstattet med en sekretær I – og senere endog foreslått flyttet ned i II». I 1933 var Nasjonalforeningen den eneste av de frivillige organisasjonene som ikke fikk bidrag fra Sosialdepartementet. Etter press på Stortinget ble det likevel ført opp halvparten av det beløpet som NKS og Røde Kors var tildelt, for på nytt å bli strøket av Sosialdepartementet. Året etter måtte Nasjonalforeningen igjen be Stortingets helsekomité om å gjøre om Sosialdepartementets avslag, mens det til de andre organisasjonene «var oppført som før». ⁹³

NKS, med Fredrikke Marie Qvam i spissen, utformet sin egen politikk og skaffet sine egne allianser på sentralt hold. I 1915 omtalte historikeren og økonomen Wilhelm Keilhau henne som «en strateg» som selv «formet planerne og dirigerte den langsomme fremmarsj»: Hun var en mester i å avlure stortingspolitikere «et lite løfte» og hadde en besynderlig evne til å få det i en slik form at det måtte holdes. Hun var rett og slett en «korridorenes dronning». ⁹⁴ Påstanden om at kvinneorganisasjonene lot seg lede eller tok på seg rollen som «menns maktgrunnlag», passer derfor heller ikke. Deres påvirkningskraft i forhold til statsapparatet, det vil si forvaltningen og departementet, var ikke så begrenset som for eksempel Helga Hernes har hevdet. ⁹⁵ Men konfliktfri var kontakten heller ikke.

Ledelsen i NKS åpnet opp for en bestemt institusjonsstruktur med små institusjoner spredt ut over landet. De mange lokale foreningene satte planen ut i livet, også lenge etter at den var forlatt som nasjonal politikk, og innsatsen på lokalt hold må betegnes som avgjørende for at utviklingen ble som den ble. ⁹⁶

Historikeren Tore Grønlie fremhever også lokale aktørers betydning, men ifølge ham utgjorde de frivillige organisasjonene bare én av mange: De var viktige, men det var også bedrifter, lokale aksjonskomiteer og donatorer. I hans perspektiv blir derfor kommunen den helt sentrale aktør, «et knutepunkt», også i de tilfeller «private av forskjellige slag bidro». På enkelte felt var det derfor en «velferdskommune» før det var en «velferdsstat». Perioden frem til 1920 betegner han som «vel-

93. Erichsen 1960: 42, 44.

94. W. Keilhau, Politikere: V: Fru Qvam, *Samtiden* 1915, 26: 234, 237; se også W. Keilhau, *Det norske folks liv og historie i vår egen tid*, bd. 11, Oslo 1938; T. Aune, Fredrikke Marie Qvam, *Korridorenes dronning*, Nord-Trøndelag krets av NKS, 2002: 85.

95. Hernes 1982: 57, 61.

96. I Norge ble det bygd 156 pleiehjem mot fire i Danmark, ifølge I. Blom, Frivillige organisasjoner i kamp mot tuberkulosen 1900–1940. En norsk-dansk sammenligning, i T. Vammen (red.), *Den privat-offentlige gränsen. Det sociale arbetets strategier och aktörer i Norden 1860–1940*. København: Nordisk Ministerråd 1999: 224.

ferdskommunens pionertid», blant annet på grunn av byggingen av kommunale sykehus, gamle hjem og pleieanstalter.⁹⁷ Dette var ordninger som var å finne i partipolitiske programmer også i nordnorske kommuner, men som flere steder viste seg vanskelig å realisere. Lokale foreninger overtok der kommuner måtte gi opp, eller de lot kommuner overta fullt ferdige institusjoner. Mange bidro, både offentlige og private aktører og det lokale næringsliv var viktige støttespillere, men det var kvinneforeningene som sto for kontinuiteten, trakk i trådene og gjennomførte arbeidet. De la dermed grunnlaget for at enkelte kommuner, akkurat på dette området, kunne ta det Grønlie omtaler som en pionerrolle i velferdsutviklingen.⁹⁸ Hestetun og Onarheim har beskrevet sanitetsforeningenes virksomhet som innovativ fordi de gjorde det mulig å realisere tuberkuloselovens bokstav om isolering av smitteførende syke: «Ho var innovativ ved at dette var heilt spesielle institusjonar som var ein føresetnad for at intensjonane i tuberkuloselova skulle kunne realiseres [...]»⁹⁹ Men like viktig er at foreningene utfordret – og påvirket – både sentrale og fylkeskommunale planer, og kom i realiteten selv til å bestemme både lokalisering, størrelse og ikke minst inntakspolitikken.

Den sentrale tuberkuloseledelsen la vekt på å beskytte samfunnet mot smitte. Pleiehjemmene skulle være instrumenter i kampen mot smitte og innrettes kun mot den smittefarlige (smitteførende) del av befolkningen. Med tuberkulosen vokste behovet for hjelp og pleie til et dramatisk omfang, og sanitetsforeningene innrettet sine hjem på både kur, hjelp og pleie og hovedsakelig med plasser for andre syke.¹⁰⁰ Foreningskvinnene opprettet kombinerte hjem og la grunnlaget for universelle ordninger i form av blandete institusjoner innrettet mot alle slags syke som trengte hjelp.¹⁰¹ De innrettet seg etter behovene i det lokalsamfunnet som de selv var en del av, samtidig som de la grunnlaget for et omfattende verdifellenskap. Gjennom ulike typer av arrangementer ble saken gjort felles, og stabil lojalitet til institusjonene har

97. T. Grønlie, Fra velferdskommune til velferdsstat – hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans, *Historisk tidsskrift* 2004, 83: 633–649; se også T. Grønlie, Velferdskommunen, i H. Nagel, *Velferdskommunene. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Bergen 1991.

98. Grønlie 2004: 634.

99. Hestetun og Onarheim 1990: 42.

100. Hamran 2006: kapittel 10.

101. En oversikt over landet som helhet for samme periode viser at sanitetsforeningenes engasjement gjennomgående var delt mellom tuberkulose og andre syke. Oversikten finnes i NKS 1946: 324–325.

nettopp som sin forutsetning en identifikasjon med de samme institusjonene.¹⁰² Kampen om lokalisering, og ikke minst spørsmålet om sentralisering, pågår fortsatt.¹⁰³

102. J. Fosslund og H. Grimen, *En introduksjon til Charles Taylors filosofi*, Oslo 2001: 107; H. Lorentzen, *Fellesskapets fundament*, Oslo 2004: 147. Lorentzen skriver at velferdsstaten ikke har forstått at verdier springer ut av praksisformer som støtter opp under det kollektive velferdsansvaret. Kollektive verdier krever mer enn skattebetaling og valgdeltakelse for å bli holdt ved like.

103. I 2003 sto en sanitetsforening i Nordland i spissen for en omfattende underskriftsaksjon for å bevare alle funksjonene ved et kommunalt sykehus bygd av foreningen 100 år tidligere og senere overdratt til kommunen.