
Innføringen av sunnhetsloven i 1860

MERKESTEINER I NORSK MEDISIN

HANS PETTER SCHJØNSBY

Fylkeslegekontoret i Hedmark
Postboks 4344
2308 Hamar

Sunnhetsloven var et ledd i de folkehelsereformer som fulgte den industrielle revolusjon og omformingen av Europa. I Norge fikk dette sin egen utforming – hovedsakelig etter engelsk mønster – ved et demokratiserende og desentraliserende lovverk. Dette dannet bakgrunn for et lokalt helsevesen med både faglig og politisk forankring og høy grad av selvstendighet. Sunnhetsloven var for sin tid en fremtidsrettet lov både med hensyn til tidsmessighet, ansvarsfordeling og organisering.

Moderniseringen av Norge begynte i et samfunn som var preget av en sterk befolkningsvekst etter napoleonskrigene. Antall innbyggere økte med to tredeler fra 1815 til 1855. Landet hadde ikke økonomi til å skaffe utkomme og arbeidsplasser til overskuddsbefolkningen, og tallet på fattigunderstøttede steg (1). Levekårene for store deler av befolkningen var utilfredsstillende, og dette medvirket til økt sykkelighet og dødelighet. Kolera forekom således epidemisk i 1832 – 33, i 1848 og i 1853. Den rammet først og fremst byene, og av dem som fikk sykdommen, døde 60 – 70 % (2).

En annen sykdom var lepra (3). Kunnskapene om lepra økte fra 1830, og dette medvirket til en økende offentlig interesse for smittsomme sykdommer.

De tiltak som det offentlige vedtok for å kontrollere disse sykdommene var flere – f.eks. sunnhetskommisjoner i de formannskapsdistrikter der det forekom kolera og spedalskhet. Det er tvilsomt om dette hadde noen særlig effekt, men de var viktige forutsetninger for det senere lovarbeidet.

Epidemiene medførte at sykkelighet og dødelighet nå ble allemannseie. Historikeren Jens Arup Seip beskrev noen av konsekvensene slik: ”I løpet av 1850-årene gikk det med gru opp for de bedrestillede at epidemier og sykdommer som herjet i fattigkvarterene nettopp av den grunn også truet dem” (4). De øverste i samfunnet var nå blitt pressgruppe for reformer.

Det er sannsynlig at det fra statens side kunne foreligge engstelse for sosial uro på grunn av epidemiene. Dette var tilfellet i England i 1832 (5), og man befant seg i tillegg i reaksjonen etter revolusjonsåret 1848. Disse forholdene ble forsterket i forbindelse med 1853-epidemien og hadde nok betydning for prosessen som førte frem til loven i 1860.

Dette gjaldt også presset fra legene om innflytelse i det nye helsevesenet (1). De ønsket en bedre representasjon i den sentrale helseledelse, og ivret for permanente sunnhetskommisjoner. Legenes innflytelse var økende fra begynnelsen av 1850-årene på grunn av epidemiene, og var basert på en økende profesjonalisering og fagspesialisering. I tillegg kom en samfunnsmedisinsk dreining i den medisinsk-faglige debatt fra rundt 1830. Denne utviklingen var i høy grad knyttet til professor Fredrik Holsts (1791 – 1871) faglige og fagpolitiske innsats og fikk politisk støtte av statsråd Fredrik Stang (1808 – 84) i det nyopprettede indredepartementet (6).

Europeisk bakgrunn

Edwin Chadwick (1800 – 90) var jurist og ansvarlig for fattigloven av 1834 i England. Under dette arbeidet ble han overbevist om sammenhengen mellom dårlige levevilkår og uhelse. At han også dokumenterte de nasjonaløkonomiske konsekvenser av fattigdommen, var av stor politisk betydning både i England og på kontinentet. Hans undersøkelser dannet grunnlag for det som skulle bli Englands første folkehelselov. Den baserte seg på opprettelsen av en sentral folkehelseinstans (general board of health), som var ment å styre lokale helseråd (local boards of health). Disse skulle ledes av fagfolk (medical officers of health).

Loven baserte seg også på samtidig tankegodt og dokumentasjon som var utviklet av ”den europeiske hygienebevegelse” (1). Denne bestod av ledende fagfolk – leger, statistikere, jurister mv. – i flere land, særlig England og Frankrike. De kartla sykdomsmønstrene i det industrielle samfunnet, og dokumenterte at særlig urbaniseringen var en risikofaktor for folkehelsen (5). Hygienistenes program skulle blant annet omfatte vaksinasjoner, forbedring av drikkevann, boliger og ernæring (2, 7). Det var ment å basere seg på demokratiske prinsipper og på medvirkning fra lokalsamfunnet, og viste på denne måten slektskap med den franske revolusjons tanker om helse som en rettighet for enkeltindividet. Denne ideologi skilte seg fra 1700-tallets autoritære og paternalistiske politikk, der folkehelsen ble antatt å være en statlig overordnet forpliktelse. Dette var et omfattende system for statlig overvåkning og kontroll av befolkningens helsetilstand – ”medisinsk politi”. På denne måten kunne staten sikre en hensiktsmessig befolkningsvekst og et sterkt samfunn (2).

The Public Health Act ble vedtatt i 1848 og er blitt betegnet som et landemerke i folkehelsens historie. Loven ble påvirket av samtidens liberale politiske syn, men også av koleraepidemiene i denne perioden.

Utviklingen av den offentlige hygiene i det øvrige Europa fulgte noe andre veier enn i England. Administrasjonen forble for det meste sentralisert, med statlig kontroll og statlige embetsmenn. På kontinentet ble individrettede tiltak ofte foretrukket fremfor kollektive og områdehygieniske programmer slik som i England.

I Norge ble hygienebevegelsens program omformet slik at det passet inn i norsk statsrett, tradisjoner og rådende politiske forhold.

Lovarbeidet settes i gang

Departementets rådgivende medisinalkomité fikk i 1850 i oppdrag å utarbeide et utkast til en ny lov om smittsomme sykdommer. Utkastet forelå i 1853 som Forslag til Lov angaaende Foranstaltninger mod epidemiske, endemiske og smitsomme Sygdomme.

Etter en henvendelse, som forsterket medisinalkomiteens lovforslag, fra stadsfysikus og politimesteren i Christiania i 1854 ble det i 1856 nedsatt en lovkommisjon for å revidere landets smittevernlovgivning. Den tverrfaglig sammensatte komiteen bestod av høyesterettsassessor Ulrik A. Motzfeldt (1807 – 65), formann, professor Frans Chr. Faye (1806 – 90), stadsingeniør Peder H. Hertzberg (1824 – 77) og politimester Christian F.J. von Munthe af Morgenstierne (1806 – 86). Christian T. Kierulf, den drivende kraft bak loven, var sekretær. Han var nå ekspedisjonssjef og i gavnet landets første helsedirektør. Innstillingen forelå 31.12. 1859 (8).

Loven og dens motiver

Komiteen skilte mellom politisk-administrativ organisering på den ene side og sykdomsforebygging og bekjempelse av smittsom sykdom på den annen. Lovforslaget fikk derfor to hovedkapitler – første kapittel *Om Sundhedscommissioner* og annet kapittel *Angaaende særegne Foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme Sygdomme*.

Den offentlige lege, eller ”vedkommende Embedslæge” skulle være formann i kommisjonen. I byene skulle også rådmannen og stadsingeniøren (eller en ”Techniker”) ha sete, i tillegg til tre medlemmer valgt av bystyret. I landkommunene skulle sunnhetskommisjonen utgjøres av ”den hele Communerepresentation” eller en del av denne.

Det forelå to hovedmotiver for den lokale og politiske forankring av det forebyggende helsearbeidet, begge av prinsipiell karakter. Det ene var formodningen om at lovbestemmelser for å hindre og bekjempe sykdom kunne medføre ”Indskrænkninger ikke blot i Eiendomsretten, men endog i den personlige Frihed.”, og slike bestemmelser burde derfor avgjøres av kommunestyret. Dette var et uttrykk for det politiske behov for balanse mellom hensynet til kollektivet og den økonomiske liberalismes vektlegging av individuell frihet og rettigheter. Det andre hovedmotivet lå også i tiden og reflekterte periodens demokratiseringstendens og utilitarisme. Lovutvalget uttrykte seg kort og konsist: ”De locale Styrelser, valgte af Befolkningen selv, bør det overlades at træffe Bestemmelser af hiin Art, naar de have overbeviist sig om deres Hensigtsmæssighed”.

Kommisjonenes hovedoppgave – forebygging av sykdom – ble klarest beskrevet i § 11: ”Commissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa hva der kan tjene til Sundhedstilstandens Fremme og Fjernelse af de Omstændigheder, som især befordre Udvikling af Sygelighed og Udbredelse af Sygdom.”

Sunnhetslovens kapittel II om smittsomme sykdommer gjenspeilte at infeksjonssykdommene var datidens viktigste sykdomsgruppe. I kapitlet ble organiseringen av et beredskapsapparat ved epidemier og smittsom sykdom beskrevet. Sunnhetskommisjonen ble gitt stor myndighet og var pliktig til å treffe tiltak på eget initiativ.

Sunnhetsloven ble sanksjonert av kong Karl IV 16. mai 1860 etter forutgående stortingsbehandling. Flere fra bondeopposisjonen tvilte på berettigelsen av kommisjonene, og Anders Lysgaard (1814 – 60), representant fra Christians Amt, mente de ville føre til mer skade enn gagn. Andre, slik som Ole Hammerstad (1817 – 73) fra Østre Toten, tvilte på om det var behov for permanente kommisjoner, og ville i likhet med andre overlate til amtmannen å bestemme hvilke kommuner som burde oppnevne slike (9).

Det var imidlertid ingen vesentlig motstand mot loven, og den ble loyet gjennom med et komfortabelt flertall.

De fleste andre land valgte politimyndigheten som toneangivende i organisering og administrasjon av det lokale hygienearbeidet og vedlikeholdt derved begrepet ”sunnhetspoliti”. Ved å la fagmannen, embetslegen, lede dette arbeidet i Norge, ble hovedvekten og betoningen flyttet ”fra det politimessig kontrollerende over til det forebyggende og konstruktive, fra det juridiske til det medisinske” (10). Stadsfysikus Fredrik Mellbye har også pekt på de fordeler som lå i at den norske organiseringen skapte ”muligheter for et samspill mellom spesialister og en demokratisk sammensatt og lokalkjent forsamling” (11).

Sunnhetslovens største fortjeneste har nok vært at den på et meget tidlig tidspunkt la faglige og administrative rammer for forebyggende helsearbeid. Gjennom sin rammeform og fleksibilitet ble loven et viktig arbeidsverktøy for det lokale helsearbeidet slik det var forankret hos distriktslege og det kommunale helseråd helt frem til 1984.

Fortsatt består elementer i sunnhetsloven i den nåværende kommunehelseloven. Lovens risikofaktorbeskrivelse og forholdet mellom uhelse og miljø finner vi igjen i kapittel 4a om det miljørettede helsevern, og den gamle lovs epidemikapittel heter i dag Lov om vern mot smittsomme sykdommer.

Dette er gode grunner til at sunnhetsloven i vår tid stort sett har vært gjenstand for positiv omtale. Beskrivelser som ”. . . det forebyggende helsearbeids grunnlov” (12) og ”. . . den viktigste helselov i det 19de århundre” (2) har ikke vært sjeldne. Det er ingen tvil om at sunnhetsloven av 1860 fortjener hedersbetegnelsen merkestein i norsk medisin.

En ulempe ved loven ble beskrevet allerede i dens forarbeider: ”Hovedelementet i Commissionerne maa imidlertid alltid Lægen antages at ville blive, og paa hans større eller mindre Iver og Dygtighed vil derfor Sagens heldige Udfald beroe” (8). Det er en allmenn erfaring at så lenge sunnhetsloven bestod, varierte den forebyggende aktiviteten hos helseråd og distriktslege fordi den var avhengig av interesser og prioriteringer. Historikeren Anne-Lise Seip har sagt dette slik: ”Derfor kunne de la loven og arbeidet sove hvis de ville. Det ville mange”(13).

Den lokale helseadministrasjonen fikk i tråd med de nye vitenskapelige fremskritt og lovutviklingen (skolelover, fabrikktilsynsloven av 1892, ny bygningslov i 1895, tuberkuloseloven av 1900 mv.) flere oppgaver fra ca. 1890. Dette hadde som følge at

andre svakheter ved sunnhetsloven ble åpenbare. Det var ikke lagt inn tilstrekkelig økonomisk grunnlag for kommunalt helsearbeid i loven, og da den heller ikke gav muligheter for relevante sanksjoner, var den ikke tilstrekkelig styrende i forhold til mange av oppgavene som burde løses (14, 15). Det ble da også uttrykt misnøye med dette blant mange av datidens samfunnsmedisinere (16, 17).

Helsedirektoratet var klar over disse fundamentale problemene, og særlig at de medførte at sunnhetsloven ble praktisert ulikt (10). Det ble imidlertid ikke foretatt vesentlige endringer i loven før den ble etterfulgt av lov om kommunehelsetjeneste i 1982 (18).

Motivene til dette skiftet var i utgangspunktet de samme som i sin tid gjaldt sunnhetsloven og reflekterte samtidens politiske behov for bedre ansvars plassering og politisering av viktige samfunnsfunksjoner. Det var disse forhold som i stor grad lå bak endringen av den tidligere distriktsleges funksjon fra deltakende og ansvarlig til kommunelegens rådgivende rolle.

LITTERATUR

1. Seip A-L. Helse som samfunnssak. I: Sosialstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740 – 1920. Oslo: Gyldendal, 1984: 217 – 43.
2. Falkum E. Sykdomsoppfatning, helseomsorg og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
3. Irgens LM. Leprosy in Norway. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for hygiene og sosial medisin, Universitetet i Bergen, 1980.
4. Seip JA. Utsikt over Norges Historie. Bd. 1. Oslo: Gyldendal, 1974
5. Porter D. Public health. I: Bynum WF, Porter R, red. Companion encyclopaedia of the history of medicine. Bd. 2. London: Routledge, 1993: 1231 – 61.
6. Benum E. Oppmarsj og konfrontasjon. I: Statsadministrasjonens historie 1845 – 1884. Bd 2. Oslo: 1979: 10 – 51.
7. Houwaart ES. De hygienisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840 – 1890. Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, 1991.
8. Ot.prp. nr. 24, 1860. Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storting betræffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. Christiania: Departementet for det Indre, 1860.
9. Forhandlinger i Odelstinget og Lagthinget. Stortingstidende 1860. Nr. 64, 65, 66, 107: 504 – 24, 842 – 51.
10. Evang K. Helsestellet utvikling i Norge i 75 år. Tidsskr Nor Lægeforen 1955; 75: 51 – 70.
11. Mellbye F. Sunnhetsloven av 1860 og de menn som skapte den. Liv og helse 1960; 5: 104 – 10.
12. Grund J. Helseplan for 1980-åra. Oslo: Gyldendal, 1980.

13. Seip A-L. Staten og de ”fornuftige reformer”. I: Helle K, red. Aschehougs Norgeshistorie. Bd. 8. Oslo: Aschehoug, 1997: 73 – 5.
14. Schjønby HP. The establishment of a public health system. I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 71 – 83.
15. Schiøtz A. Distriktslegen. Institusjonen som forsvant. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 2000.
16. Gierløff Chr. Liv og død i Norge. Oslo: Gyldendal, 1933.
17. Benneche C. Det civile lægevæsens omordning. Tidsskr Nor Lægeforen 1907; 27: 121 – 36.
18. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66.

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. september 2026.