Ragnhild Rein Bore

«Befolkningen er nøgtern og ædruelig, men Sædeligheden staar lavt»

Den gamle helsestatistikken omhandlet ikke bare sykdom og død. Den gjenspeiler også bekymringer for dårlig kosthold og hygiene, overtro og usedelighet.

> *«Som det nøiagtigere vil erfares af de efterfølgende Amtsberetninger var Sundhedstilstanden i Riget i 1853 i det hele taget været meget god, navnlig bedre end i det foregaaende Aar.»*

Slik begynner *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i 1853*. Den ble publisert i 1856 og danner starten på landets første samlede og offisielle helsestatistikk. Beretningen var et sammendrag av legenes innberetninger om befolkningens sykdom og dødelighet, og forhold som påvirket disse. Gradvis er helsestatistikken blitt utvidet, og i våre dager inkluderer den oversikter over en lang rekke forhold relatert til helse. Den publiseres blant annet av Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet, NAV (Arbeids- og velferdsetaten) og Statistisk sentralbyrå.

Spørsmål vi skal se nærmere på i denne artikkelen er hva som var bakgrunnen for at vi fikk en offisiell helsestatistikk på 1850-tallet? Hvilken type informasjon finner vi i dette materialet? Og hvilke drivkrefter har bidratt til utvidelsen av helsestatistikken de siste 150 årene?

Beretning
om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene
i Norge i 1853.

Beretningenes forhistorie

Det var en forordning datert 5. september 1794 som først hadde gjort legene i dobbeltmonarkiet Danmark-Norge pliktige til å gi alminnelige innberetninger om helseforholdene til medisinaladministrasjonen.[1] Alle lønte leger, prester og godseiere skulle ved årets utgang gi amtmannen en fullstendig beretning om skorbutisk (skjørbuk), venerisk eller annen farlig smittsom sykdom som hadde forekommet, og om hvilke forholdsregler som var truffet i distriktet (Backer 1947). Etter hvert måtte også privatpraktiserende leger gi en utførlig beretning om sin virksomhet til myndighetene. Instrukser om hva beretningene skulle inneholde ble gitt i et sirkulære i 1803. Disse årsberetningene ble kommentert av Sunnhetskollegiet og deretter sendt kongen og kanselliet i København.

I 1814, da Norge ble skilt fra Danmark, ble Sunnhetskollegiet opphevet, og administrasjonen av det offentlige helsevesen i Norge ble først lagt inn under Kirke- og Undervisningsdepartementet, senere, i 1846, til Departementet for det Indre.

[1] Første gang det kom en medisinalforordning med krav om at legene skulle rapportere om sunnhetstilstanden i Danmark-Norge var helt tilbake i 1672, men påbudet ble neppe etterlevd. I 1743 sendte det Danske kanselli ut en liste med 43 spørsmål, hvorav flere om helsetilstanden, til embetsverket i Norge. (Schiøtz 2003b).

I 1830 kom nye instrukser om hvilke forhold legene skulle beskrive i sine årlige medisinalberetninger. Inntil midten av 1800-tallet ble årsberetningene fra de privatpraktiserende legene sendt direkte til departementet, og det var ikke noe samarbeid mellom offentlige og private leger i samme distrikt. Opplysningene departementet fikk var så uensartede og ufullstendige at de ikke kunne brukes til en samlet oversikt over hele riket.[2]

Derfor ble det i 1852 bestemt at innberetningene først skulle sendes til distriktets eller byens offentlige lege, som kontrollerte innholdet og sendte dem samlet inn til departementet. Årsberetningene ble nå mer nøyaktige og fullstendige, slik at departementet for året 1853 for første gang kunne sammenfatte dem til en statistisk oversikt over helse- og medisinalforholdene i hele landet. Foruten tekst inneholdt beretningen to tabeller «Tabel over de i Norges civile sygehuse behandlede syge i Aaret 1853» og «Fortegnelse over de af Læger anmeldte Dødsaarsager i Aaret 1853 (iberegnet Sygehusenes Dødsfald)». Denne offisielle helseberetningen ble deretter publisert årlig, først med tittelen *Sunnhetstilstanden og Medisinalforholdene i Norge* (eller varianter av dette), og fra 1963 med tittelen *NOS Helsestatistikk*.

Hvorfor helsestatistikk?

Forordningene om innsending av medisinalberetninger må ifølge historikeren Aina Schiøtz, ses i lys av to utviklingstrekk: Utvikling av statistikken og framveksten av topografiske beskrivelser (stedsbeskrivelser). På midten av 1700-tallet, under opplysningstiden, ble det flere steder i Europa vanlig å innhente opplysninger om rikets tilstand i form av tallmateriale, for eksempel folketellinger, og dette inkluderte Danmark-Norge. I 1797 ble det opprettet et tabellkontor under Rentekammeret i København, og dette kontoret utarbeidet statistikk på felter som folkemengdens bevegelse og handel og skipsfart. Samtidig ble det utgitt et økende antall bøker og artikler om sykdommer i ulike regioner hvor geografi, naturhistorie, klima, næringsveier, boforhold, matvaner, seder og skikker ble diskutert.

Den første samlede og trykte medisinalberetningen, som altså omhandlet året 1853, viste at *Cholera asiata* (asiatisk kolera), var den viktigste årsaken til at folk døde dette året, blant de dødsårsakene som var innrapportert. Selv om sunnhetstilstanden for «riget» generelt altså ble beskrevet som god (se innledningen), ble det i beretningen fra Christiania by meldt at «... i 2det halvaar var derimod Sunhedstilstanden

«På midten av 1700-tallet, under opplysningstiden, ble det flere steder i Europa vanlig å innhente opplysninger om rikets tilstand i form av tallmateriale, for eksempel folketellinger, og dette inkluderte Danmark-Norge»

I 1853 ble statistikken innhentet fra meldinger legene var pålagt å sende til helsemyndighetene, etter den kongelige resolusjonen i 1807. Etter hvert ble dataene innhentet med hjemmel i statistikklovene og ulike særlover for helsesektoren, som loven om psykisk helsevern av 1961, sykehusloven av 1969, lov om leger av 1980 og lov om helsetjenesten i kommunene i 1982.
Kilde: *Historisk statistikk* 1994.

[2] Det hadde riktignok blitt offentliggjort sammendrag av beretningene siden 1827 i publikasjoner som det medisinske tidsskriftet *Eyr* (1827–34), *Departementstidende* (1835–44) og *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (1845–52), men uten statistiske tabeller. Et sammendrag av legenes årsberetninger for 1814, 1815 og 1816 ble for øvrig trykt som bilag til den offisielle medisinalstatistikk for årene 1869 og 1870.

paa Grund af en voldsom og udbredt Cholera-epidemie med de den ledsagende gastriske Affectioner mindre god». Da myndighetene på 1850-tallet valgte å publisere de landsomfattende beretningene om *Sunnhetstilstanden og Medicinalforholdene* som offisiell statistikk, må det ses i sammenheng med både påvirkning fra andre steder i Europa og nettopp de mange koleraepidemiene på Øst- og Sørlandet i begynnelsen av 1850-årene. Kolera tok liv i alle befolkningslag, og folk stilte krav om overvåkning og kontroll (Schiøtz 2003b).

Styresmaktene ble stadig mer overbeviste i sin tro på tallenes tale, og de nye kravene til medisinalberetningene må ses i sammenheng med nasjonsbyggingen og myndighetenes behov for å ha oversikt over og ivareta befolkningen (Schiøtz 2003b). Forordningene fra 1803, 1830 og 1852 forteller oss om hvilke forhold myndighetene mente var av betydning for befolkningens helse; epidemiske sykdommer, ernæringens betydning, dødeligheten blant spedbarn og fødende kvinner, antall leger og jordmødre, apotekene og kvakksalverne og etter hvert fattigsykepleie, sykehusdrift, badeinnretninger, obduksjoner og klima.

Medisinalberetningene – «Sundhets-tilstanden har været meget god»

Medisinalberetningene bestod av amtsberetninger, som var sammendrag av legeinnberetningene i hvert fylke (amt). Men først i medisinalberetningen kom et sammendrag av alle amtsberetningene. Aller først ble det konstatert hvorvidt helsetilstanden kunne sies å være god eller dårlig på landsbasis. Sett med dagens øyne begynner de eldste utgavene av helsestatistikken overraskende ofte med utsagn av typen «Sundhetstilstanden har saagodtsom over det hele Rige været meget god i Aaret...»

Blant de statistiske opplysningene i de tidlige medisinalberetningene, ble sykehusenes virksomhet, forekomsten av epidemiske og andre sykdommer og dødsårsaker mest vektlagt.

- **Sykehusstatistikken:** Statistikken over virksomheten ved sykehusene går tilbake til 1853, og viser innleggelser og utskrivninger, antall behandlingsdager og gjennomsnittsbelegget. Hvilke sykdommer som ble behandlet, ble sløyfet i 1890. I 1902 forsvant operasjonene. Fram til 1872 var det også statistikk over sinnssykehusene i medisinalberetningene, deretter kom denne statistikken i egne publikasjoner. I 1923 kom statistikk over belegget på tuberkuloseanstalter.
- **Sykdomsstatistikken:** Sunnhetsloven av 1860 fastslo at det var meldeplikt for epidemiske sykdommer som var gjenstand for det offentliges omsorg. Statistikk over epidemiske sykdommer finnes for Oslo fra 1860, for Bergen fra 1864, på landsplan fra 1867, og for enkelte amt fra 1868.
- **Dødsårsaker:** Det ble ført statistikk over dødsårsaker helt fra 1853. Fra 1875 ble dødsårsakene fordelt på stiftsnivå, fra 1877 fordelt på byer og fra 1881 fordelt på amt. Reglene for klassifisering endret seg flere ganger, blant annet i 1896, 1911, 1926, 1941 og 1951. I første omgang ble årsakene listet opp alfabetisk, men fra 1896 ble de ordnet etter grupper.[3]

[3] Fram til 1896 var dødsårsaksdiagnosene ordnet alfabetisk. Da kom et nytt skjema hvor den enkelte dødsårsak var ordnet i grupper, til dels etter årsakssammenheng og til dels etter hvilket organ sykdommen hadde sitt sete. Senere ble det gjort endringer i klassifikasjonslistene for å komme i overensstemmelse med andre skandinaviske land (1911 og 1926) og med internasjonale lister (1941 og 1951).

Dødsårsakslistene på 1800-tallet var på ingen måte fullstendige. Sammenligner vi statistikken over dødsårsaker med meldte døde i dødelighetsstatistikken, ser vi at i 1867 var dødsårsaken bare kjent for om lang en tredel av alle som døde. I 1880 var dette steget til halvparten og så sent som i 1920 manglet opplysninger om dødsårsak for 10 prosent.

På grunn av de store manglene i materialet er det vanskelig å bruke dødsårsakslistene i medisinalberetningene til å beregne dødelighetskvotienter på 1800-tallet. Men det ble gjort beregninger av dødsfall av tuberkulose (tilbake til 1871) og kreft (tilbake til 1911) i 1923-beretningen.

Lover fra 1927 og 1936 om legers rettigheter og plikter, førte til at dødsårsakslistene ble langt mer pålitelige og i 1928 fikk man en sentral bearbeiding av dødsårsaksstatistikken, noe som forbedret kontrollmulighetene.

«Nervefeber», «Svindsot» og andre sykdommer

Men medisinalberetningene på 1800-tallet inneholdt generelt få tabeller, og var ofte kvalitative i sine beskrivelser, av typen: «Chroniske Hudsygdomme, isærdeleshed Fnat, vare fremdeles særdeles hyppige i mange av Landets Fjeld- og Fjorddistrikter …» (1854). (Det var altså skabb som var til «å få fnatt av».)

For hvert fylke fantes først en generell oversikt over «Sygdomsconstitutionen» i året – hvilke typer sykdommer som hadde dominert, for eksempel hvorvidt de var kroniske eller epidemiske. Deretter fulgte en beskrivelse av de forskjellige akutte og kroniske sykdommene som hadde forekommet. Vi kan lese om koleraepidemier som kom i kjølvannet av Europas politiske og sosiale omveltninger i det 19. århundre, og som av og til nådde Norge. Det skjedde siste gang i 1873 som en etterdønning etter den fransk-tyske krig. Kopper opptrådte epidemisk særlig i 1860- og 1870-årene, på samme tid som det var store koppeepidemier i øvrige deler av Europa (Statistisk sentralbyrå 1955).

Legene meldte også om stadige epidemier av «nervefeber» (tyfoidfeber). Dysenteri, difteri, meslinger og skarlagensfeber var også vanlig. Det var særlig små barn som ble angrepet av skarlagensfeber og mange ble døvstumme som følge av sykdommen. Dødeligheten blant de angrepne var på 10–15 prosent.

Av de kroniske sykdommene var det «kjertelsyke» (tuberkulose i lymfekjertlene hos barn) og «svindsot» (lungetuberkulose) som ble omtalt hyppigst i legeberetningene, og det framgår tydelig at tuberkulosen spredte seg i en uhyggelig fart på slutten av 1800-tallet. Legene klaget også over befolkningens uhensiktsmessige ernæring som førte til fordøyelsesbesvær, som oftest under fellesbetegnelsen «cardialgie». Fnatt og andre hudsykdommer var også utbredt på grunn av dårlige boforhold og urenslighet.

«Chroniske Hudsygdomme, isærdeleshed Fnat, vare fremdeles særdeles hyppige i mange av Landets Fjeld- og Fjorddistrikter …» (1854).

Beretningene viser at dødeligheten blant fødende kvinner var svært høy, og det finnes beskrivelser av mange typer drastisk fødselshjelp som ble gitt av hjelpekoner og andre ufaglærte personer. Spedbarnsdødeligheten var svært høy, og legene var ikke fornøyd med den behandlingen spedbarn ofte fikk, verken når det gjaldt kost, klesdrakt eller annet stell (Statistisk sentralbyrå 1955).

Ullevaal sygehus

I 1884 kjøpte Oslo kommune Lille Ullevold (134 mål) som lå utenfor den daværende bygrensen, for å bygge et epidemisykehus. I medisinalberetningen for 1887 ble det fra Christiania by meldt at: «Byens nye Lazaret paa Ullevold i vestre Aker toges i Brug i September.» Formålet var å motarbeide spredningen av smittsomme infeksjonssykdommer.

Bildet viser sykepleiere og innlagte barn på Ullevål sykehus i 1912. Medisinalstatistikken fra dette året viser at det var 79 952 oppgitte tilfeller av epidemiske sykdommer som rammet barn under 15 år. 42 prosent av tilfellene dreide seg om «akute katarrer i aandedrætsorganerne», deretter fulgte akutt mage- og tarmkatarr (13 prosent) og meslinger (10 prosent). Andre utbredte epidemiske sykdommer blant barn dette året var skarlagensfeber, difteri, kikhoste og lungebetennelse.
Foto: Ullevål sykehus, II avdeling, barnestue nr 13. Oslo Museum, Bymuseet

En Pige, 28 Aar gammel, hos hvem Knuderne ere confluerede, og bedækkede med tykke graabrune Skorper, der kunne opnaae indtil 2 Tommers Höide. Borttages disse Skorper, frembyde Knuderne et ulcereret Udseende. Saavel paa Overfladen, som dybere ind i Knudemassen leve Millioner af en Acaride, som vi antage for acarus scabiei. Skorperne bestaae næsten udelukkende af legemer af det döde Dyr. De enkelte Knuder, der ikke ere bedækkede med Skorper, have, ligesom den endnu sunde Hud, en skiden graabrun Farve. Plansjen er utlånt fra St. Jørgens Hospital, Lepramuseet i Bergen

«Sædeligheden står lavt»

Medisinalberetningene inneholdt også mer subjektiv informasjon. Beretningene fra 1850- og 1860-årene rommer ofte uttalelser om befolkningens uvitenhet, overtro og fastholdenheten ved gamle skikker, og som legene mente hemmet deres kamp mot sykdommer, bedre hygiene og et bedre levesett.

Illustrerende er beretningen fra Lister og Mandals amt i 1861, der legene strevde med å vinne gehør:

> *«Som Exempel paa manglende Renlighed berettes det fra de øvre Fjeldbygder i Lyngdals Lægedistrikt, at da der i Instruxen for de af Sundhedskommissionen udnævnte Tilynsmænd var anført, at Stuegulvenen burde vadskes 1 Gang ugentlig, mødte dette som noget, der formentes Uoverkommeligt, megen Modstæben, især blandt de ældre Medlemmer af Sundhedskommissionen. Da det paa visse Steder ikke havde været sædvanligt at vadske dem mere end 1 Gang maanedlig, hvilket allerede maatte betragtes som et stort Fremskridt.»*

Legene tilkjennega også gjerne sine oppfatninger om moral og riktig livsførsel. Fra Selbu ble det i 1902 meldt at det stod dårlig til med matstellet på grunn av generasjonskonflikter og at samkvem ikke bare foregikk innenfor ekteskapets rammer:

> *«I Madens tilberedning staar Kvinderne langt tilbage, og vil ikke lære, vel fordi de gamle ikke tillader nogen Afvigen fra Skikken. (...) Befolkningen er nøgtern og ædruelig, men Sædeligheden staar lavt.»*

I det hele tatt inneholdt den tidlige medisinalstatistikken mye stoff av stor sosialmedisinsk interesse. Den gir god innsikt i befolkningens levekår gjennom andre halvdel av 1800-tallet, og danner et interessant bakteppe for den enorme utviklingen som har skjedd på levekårsområdet siden.

De spedalske – «Ingen spedalske i slegten»

Det finnes også annen historisk helserelatert statistikk som ikke ble publisert i medisinalberetningene. I perioden 1856 til 1940 ble det utgitt egne beretninger med detaljert statistikk knyttet til utbredelsen av spedalskhet i Norge. Beretningene ble utarbeidet av Overlegen for den Spedalske

Sykdom på grunnlag av innberetninger fra de offentlige legene og stiftelsene for spedalske. Pålegg om innberetning finner vi i en kongelig resolusjon av 30. juli 1856. Til og med i 1880 var det årlige utgivelser, deretter kom de hvert femte år.

Den aller første beretningen inneholdt ingen tabeller, og var i første rekke en slags årsmelding fra overlegen, O.G. Høegh, med beskrivelser av hans reiser i distriktene og samtaler med amtmenn, distriktsleger og andre. Men 1857-årgangen inneholdt ikke mindre enn 17 tabeller foruten årsmeldingsdelen og et tillegg som inneholdt stamtavlen til slekten Bror. Senere årganger inneholdt detaljerte tabeller, beretninger fra pleiestiftelser for spedalske og tillegg som omhandlet ulike temaer (for eksempel «Forslag til Forholdsregler for Medlemmer af Sundhedskommisjoner», 1859).

Beretningene fra pleiestiftelsene viser at *Direktøren for det sivile medisinalvesen,* som publiserte spedalskstatistikken i årene 1875–1920, kunne ta litt lett på personvernet, i hvert fall sett med dagens øyne. Fra Reitgjerdets pleiestiftelse i årene 1906–1910 kan vi lese om flere pasienter, med fullt navn: «Einar Olsen Vinnesund, født i Snaasen. Ingen spedalske i slegten. For omtrent 30 aar siden bodde han i kortere tid hos spedalske.»

Etter hvert som det ble færre og færre spedalske, ble statistikkpublikasjonene tynnere. I de siste utgavene var det ingen nye tilfeller som ble meldt, og flere og flere av rubrikkene ble stående tomme. Den siste utgaven ble gitt ut under den annen verdenskrig.

De sinnssyke – stadig flere på asyl

I 1872 kom *Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed*, og som fra 1961 fikk tittelen *Psykiatriske sykehus*. Denne statistikken ble publisert fram til 1980, da den inngikk i statistikken over helseinstitusjoner.

Helt siden loven om sinnssykes behandling og forpleining kom i 1848, hadde de ansvarshavende legene på asylene vært pålagt å sende årlige beretninger om asylets virksomhet til asylets kontrollkommisjon, som igjen sendte beretningen til medisinalstyrelsen. Loven forpliktet også leger generelt til å sende inn fortegnelser over sinnssyke i sine distrikter.

Sinnssykestatistikken tok for seg alle forhold tilknyttet asylene. I 1880 var for eksempel «melancholia», «mania», «dementia» og «paranoia» vanlige diagnoser. Antallet innlagte, utskrevne og tilbakeliggende pasienter, sykdommenes varighet, dødsårsaker, samt alder, hjemsted, sivilstand og yrke, var annen tilgjengelig informasjon. Det var også tabeller over hvor ofte og hvorfor tvangsmidler ble tatt i bruk, når på året innleggelsene skjedde og hva slags dagsarbeid pasientene utførte («Haandverksarbeide, «Havearbeide» og lignende). En av de mer interessante tabellene rommet en oversikt over oppgitte årsaker til sinnssykdommen. I 1901 fantes både «Religiøse Indflydelser», «Menstruasjonsuordener», «Arveligt Anlæg», «Diegivning», «Masturbation», «Amerikaophold» og «Degeneration og Drik».

I sinnssykestatistikken fantes også oversikter over asylenes regnskaper og drift, tidvis også med bilder. Disse beretningene kunne handle om forbedringer («... Bageriet, der laa ved Siden af Baderummene, omdannet til Vadskeri ...», Rosenbergs asyl 1880), kosthold, bemanning, «unnvikelser» (rømninger) og lignende, men var også redegjørelser for hvordan pasientene

ble behandlet. Vi får også høre de sykes oppmuntring og adspredelse.

> *«Julaften hadde 2 urolige avdelinger for første gang lysende juletræer, idet der i disse var placert smaa elektriske julelys; dette arrangement skaffet patientene dagevis glæde og hygge.» (Dikemark 1914).*

Beretningene om sinnssykeasylenes virksomhet ble for årene 1872–1874 utgitt av Departementet for det Indre og for årene 1875–1929 av Direktøren for det sivile medisinalvirksomheten. Deretter tok Statistisk centralbureau over publiseringen, men fram til 1934 ble det ikke utgitt noen egen sinnssykestatistikk. Etter hvert ble det mindre tekst og tilleggsberetninger i publikasjonene. Tabeller og metadata, det vil si en gjennomgang av grunnlaget for statistikken, omfanget og begrepene, kom i større grad i fokus, mens glimtene inn i livet på asylene ble færre.

Fra og med oppgaveåret 1977 ble frittstående psykiatriske klinikker og nervesanatorier, barne-og ungdomspsykiatriske institusjoner, psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus, Statens klinikk for narkomane (1978) og poliklinikker også inkludert i statistikken over psykiatriske sykehus og sykehjem.

«– et attentat paa vore medicinalberetninger» – Statistisk centralbureau tar over helsestatistikken

Ansvaret for utarbeidelsen av medisinalstatistikken ble i 1875 flyttet fra Departementet for det Indre til Direktøren for det Sivile Medisinalvesen. I 1924 bestemte Stortinget, som del av et statlig spare- og forenklingsinitiativ, at medisinaldirektoratet skulle samarbeide med Statistisk centralbureau med hensyn til statistikkens omfang og form. Det var et sterkt ønske om at medisinalstatistikken skulle slankes. Senhøstes samme år foreslo Socialdepartementet i sitt budsjettforslag for det kommende året, at også utarbeidelsen av medisinalstatistikken skulle flyttes til byrået.

Generalsekretæren i Den norske legeforening, Rasmus Hansson, var svært misfornøyd med planene om å flytte medisinalstatistikken til Statistisk centralbureau. I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* tok han kraftig til motmæle:

> *«Nedenstaaende opsæt er egentlig skrevet for dagspressen – for at paakalde Stortingets opmerksomhet paa det attentat paa vore medicinalberetningers betydning som barometer for Norges medicinske statistik, for folkehelsen og for vor lægestand, landslægerne i særs grad, – det attentat, som blir utført, hvis planen om at flytte utarbeidelsen av «Medicinalberetningen» fra Medicinaldirektoratet til Statistisk centralbureau gjennemføres.» (Hansson 1925.)*

«Julaften hadde 2 urolige avdelinger for første gang lysende juletræer, idet der i disse var placert smaa elektriske julelys; dette arrangement skaffet patientene dagevis glæde og hygge.».

Hansson beklaget særlig at departementet i sin spareiver ville fjerne utdrag fra mer interessante legeberetninger som tidligere hadde blitt trykket som bilag i medisinalberetningene. Hansson mente det var slike vedlegg som ikke minst hadde gjort medisinalberetningene til: «de kildeskrifter til bedømmelse av vort folks kulturutvikling, levesæt og sygdomsforhold op igjennem aarene, som de av alle sakkyndige erkjendes at være» (side 489). «Formentlig skal

Rotvold Asyl, Foto: Wilse, Norsk Folkemuseum

Dårlig luft i lokalene

At de fysiske forholdene for pasientene ikke alltid var de beste, vitner flere av sinnsykeasylenes beretninger om. I beretningen for 1929 blir det meddelt fra Rotvold asyl i Sør-Trøndelag at det i 1922/23 var meldt inn behov for utbedringer til nærmere 1,8 millioner. «Av departementet kunde dog dengang av budgettmessige hensyn intet foreslåes til hovedrestaureringen, men foreløbig opførtes et beløp av kr. 153 000.- til utbedring av avdelingene A og B, hvilket særlig for kvinneavdelingens vedkommende var uundgåelig, da det hadde vist sig at kloakkledningene som var anbragt direkte under gulvene uten nogen kjeller, i sin tid var sprengt og at innholdet efterhånden hadde bredt sig under sykeavdelingene, så at de sykes opholdsrum kun med de hullete og sprukne og ellers defekte gulver som mellemlag, hvilte på den dekomponerte mørje. Man hadde nok også tidligere vært opmerksom på den dårlige luft i lokalene, (...)

der skjæres bort det væsentlig, som ikke er tal», skrev Hansson, og fikk i grunnen rett i det. Få år etter at Statistisk centralbureau tok over ansvaret for medisinalberetningene, ble fylkesberetningene sløyfet fra de årlige utgivelsene som følge av pengemangel. Årgangene 1930–1934 av sinnssykeasylenes virksomhet ble heller ikke utgitt.

Men utviklingen fra tekst til tall var allerede kommet godt i gang da Statistisk centralbureau tok over helsestatistikken. Allerede før 1900 hadde de statistiske oversiktene fått en stadig større plass i beretningene, og legenes beskrivelser av helseforhold og levevilkår ble stadig mer skjematiserte.

De vernepliktige – stadig høyere

Rekrutteringsstatistikken kan også nevnes under offisiell helsestatistikk. Foruten opplysninger av ren militær art, inne-

holder nemlig denne også statistikk over resultatene av legeundersøkelsene av de vernepliktige mannskapene på sesjon. Den alminnelige verneplikt er nevnt i Grunnloven fra 1814, men det var først etter lover i 1866 og 1876 at verneplikten ble alminnelig gjennomført. En kongelig resolusjon fra 1877 bestemte at tallmaterialet som ble brakt til veie på sesjonene, skulle sammenstilles til offisiell statistikk, og denne begynte med året 1878.

Helt fram til 1898 var Nord-Norge utelatt i statistikken. Årsaken var at den alminnelige verneplikten først ble innført i de tre nordlige fylkene dette året. Utskrivingsalderen var først 22 år, i 1910 ble den satt til 21 år, til 20 år i 1915, 19 år i 1953 og 18 år på 1970-tallet. Fram til 1916 ble statistikken utgitt av Armédepartementet, deretter tok Statistisk sentralbyrå over publisering av tabellene. Mellom 1937 og 1961 ble det ikke offentliggjort noen statistikk over gjennomsnittshøyden.

Rekrutteringsstatistikken viste resultatene av legebedømmelsene av den enkelte rekrutts tjenestedyktighet og høyde. Det fantes opplysninger om sykdommer, feil og mangler som ble påvist, men sykdomsdiagnosene var før den annen verdenskrig ofte svært ubestemte og ufullstendige. Med få unntak, som lungeturbekulose og organisk hjertefeil, ble sykdommene slått sammen i større hovedgrupper. Statistikken inneholdt også beregninger av gjennomsnittshøyden blant rekruttene – fra 1898 også fordelingen etter høyden i grupper per centimeter.

Etter den annen verdenskrig har rekrutteringsstatistikken blitt publisert i *Statistisk årbok*, med opplysninger om høyde og svømmeferdigheter, senere også vekt.

Nye behov på 1960- og 1970-tallet

En god del av statistikken som kom etter den annen verdenskrig, ble utarbeidet for å imøtekomme administrative og byråkratiske behov. Statistikken over helsevesenet var inndelt i administrative inndelinger, men var ikke sortert etter kommunetyper. Hvordan sykelighet varierte med grad av urbanisering og industrialisering var derfor vanskelig for forskerne å studere. (Lie/Roll-Hansen 2001.)

Den økte interessen for velferdsspørsmål på slutten av 1960-tallet og på 1970-tallet reflekteres også i Statistisk sentralbyrå, der man ble stadig mer opptatt av å utarbeide statistikk som kunne kaste lys over sosiale forhold. Som et ledd i utbyggingen av helsestatistikken kom *Helseundersøkelse 1968,* den første intervjuundersøkelsen som ble foretatt om helseforholdene i Norge.

Et representativt utvalg personer ble intervjuet om sin egen helse, noe som gjorde det mulig å anslå tall for hele befolkningen. Undersøkelsen hadde som formål å skaffe en oversikt over utbredelsen av sykdommer og skader og deres konsekvenser for informantenes fysiske aktivitet, utenfor helseinstitusjonene. I perioden siden 1968 er undersøkelsen utvidet og tilpasset nye problemstillinger. Temaer som dekkes av undersøkelsene er knyttet til sykdomsforekomst, psykisk helse, ulike symptomer, medisinbruk, funksjonsvansker, omsorgsbehov, tannhelse, levevaner, tilgjengelighet til og tilfredshet med helsetjenester med videre.

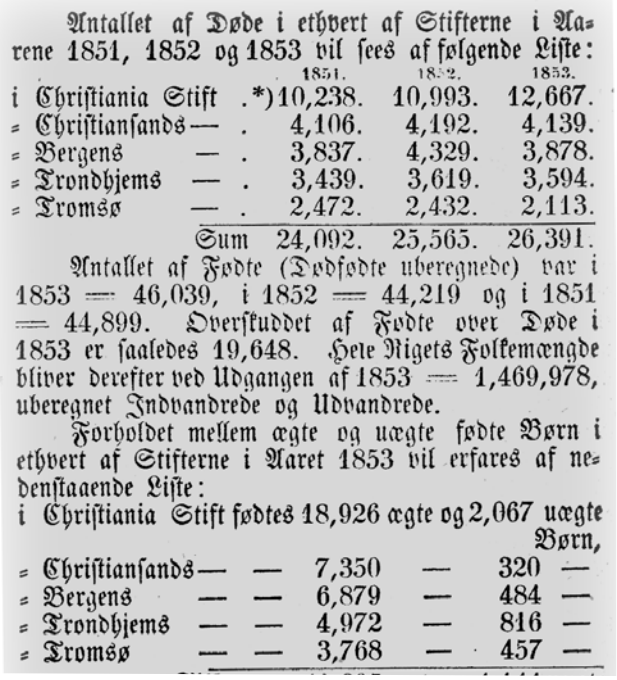
Helsestatistikkpublikasjonene bygde på innberetninger fra legene. Det var altså legenes vurdering av folks helsetilstand som preget innberetningene til myndighetene, og de trykte medisinalberetningene reflekterte hva myndighetene mente om det norske folks helsetilstand. Med helse-

undersøkelsen ble det for første gang laget statistikk på hva folk selv mente om egen helsetilstand.

Det ble gjennomført helseundersøkelser i 1975, 1985 og 1995. Etter 1995 har helsedata blitt samlet inn som levekårsdata i sykluser på tre år (Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt).

Helseinstitusjoner, helsepersonell og pasienter – EDB blir viktig

Statistikk over sykehusenes virksomhet, helsepersonell og pasienter var lenge en del av medisinalberetningene. Men man var ikke fornøyd med sykehusstatistikken. «Det bemerkes at vår sykehusstatistikk for tiden er lite tilfredsstillende både fra et medisinsk og administrativt synspunkt», skrev byråsjef i Statistisk Centralbureau, dr. Julie Backer, i 1947. Den manglet blant annet tabeller over hvilke sykdommer som ble behandlet, opplysninger om pasientenes kjønn og alder, liggedagenes fordeling på ulike sykdommer og hvilke behandlingsmetoder som ble benyttet.



Antallet af Døde i ethvert af Stifterne i Aarene 1851, 1852 og 1853 vil sees af følgende Liste:

	1851.	1852.	1853.
i Christiania Stift .	*)10,238.	10,993.	12,667.
= Christiansands — .	4,106.	4,192.	4,139.
= Bergens — .	3,837.	4,329.	3,878.
= Trondhjems — .	3,439.	3,619.	3,594.
= Tromsø — .	2,472.	2,432.	2,113.
Sum	24,092.	25,565.	26,391.

Antallet af Fødte (Dødfødte uberegnede) var i 1853 = 46,039, i 1852 = 44,219 og i 1851 = 44,899. Overskuddet af Fødte over Døde i 1853 er saaledes 19,648. Hele Rigets Folkemængde bliver derefter ved Udgangen af 1853 = 1,469,978, uberegnet Indvandrede og Udvandrede.

Forholdet mellem ægte og uægte fødte Børn i ethvert af Stifterne i Aaret 1853 vil erfares af nedenstaaende Liste:

i Christiania Stift	fødtes	18,926	ægte og	2,067	uægte Børn,
= Christiansands	— —	7,350	—	320	—
= Bergens	— —	6,879	—	484	—
= Trondhjems	— —	4,972	—	816	—
= Tromsø	— —	3,768	—	457	—

Årlige utgivelser av medisinalberetningen begynte med året 1853. Denne tabellen over fødte og døde, er en av de første tabellene i Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i 1853

Fra og med 1965 ble det utgitt en egen sykehusstatistikk med tabeller over sykehusenes kapasitet, belegg og personale. Fra 1980 ble sykehusstatistikken slått sammen med statistikken over psykiatriske sykehus i publikasjonen *Helseinstitusjoner*. Fra 1992 ble denne statistikken publisert i *Ukens statistikk* og i 2000 kom publikasjonen *Spesialisthelsetjenesten 1990–1998*. Denne publikasjonen inkluderte statistikk over ressursbruk, behandlingskapasitet, aktivitet med mer ved sykehusene, spesialsykehjem, rehabiliteringsinstitusjoner, fødestuer og psykiatriske klinikker, institusjoner, sykehjem og lignende.

Utover 1970-tallet arbeidet Statistisk sentralbyrå for å få etablert en landsomfattende statistikk om sykehuspasienter basert på registerdata. Det ble utgitt rapporter med pasientstatistikk rundt 1980, men statistikken var langt fra landsdekkende. Etter hvert som de fleste sykehus tok i bruk elektronisk databehandling, ble det mulig å innhente tilnærmelsesvis landsomfattende datasett om sykehuspasienter uten at det ble for kostbart. Fra 1992 ble pasientstatistikken publisert i serien Norges offisielle statistikk med registerdata for årene 1989–1992. Formålet var å gi bedre informasjon til helsemyndighetene i arbeidet med overvåking av helseforholdene og

med planlegging, kontroll og evaluering av sykehustjenestene (Statistisk sentralbyrå 1994).

I årene 1970–1978 kom det annet hvert år egne utgivelser for legestatistikken, som fra 1979 gikk over til å hete *Helsepersonellstatistikk.* Etter at lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft i 1984, gikk helsepersonellstatistikken inn i statistikken over kommunehelsetjenesten. I årene 1986–1990 ble statistikken over kommunale helsetjenester utgitt i serien *Rapporter.* Fra og med 1991-årgangen kom den inn i serien *Norges offisielle statistikk* (NOS). Statistikken skulle bidra til å dekke helsemyndighetens behov for data til planleggings- og tilsynsformål, og den skulle gi kunnskap om personellsituasjonen og om virksomheten innenfor den lokale helsetjenesten, slik som ved helsestasjonene og i skolehelsetjenesten.

I 1988 fikk kommunene totalansvaret for pleie- og omsorgstjenester, og fra 1990 publiserte Statistisk sentralbyrå *Pleie- og omsorgsstatistikk* (årene 1991–1993 i publikasjonen *Notater 96/2,* deretter i serien NOS).

Etter 1995 har det meste av offisiell helsestatistikk som SSB publiserer, blitt tilgjengelig på ssb.no.

Fra lister til registre

Mens statistikken i de gamle medisinalberetningene var tuftet på lister fra legene, har etter hvert svært mye av helsestatistikken sitt oppkomme i ulike helseregistre, deriblant medisinsk fødselsregister, kreftregisteret og dødsårsaksregisteret. En kartlegging på slutten av 1990-tallet viste at det var 142 helserelaterte registre i Norge, men langt fra alle ble brukt til statistiske formål (NOU 1997:26). Noen av registrene er statistiske registre, det vil si registre som er blitt opprettet i forbindelse med løpende statistikkproduksjon som tellinger eller pålagte, løpende innrapporteringer. Disse registrene kan bare brukes til statistiske formål. Andre er administrative registre, det vil si at formålet primært er administrasjon og å danne et grunnlag for å treffe enkeltvedtak.

Det finnes en egen lov for de registrene som defineres som helseregistre (gjelder langt i fra alle helserelaterte registre), hvor det legges en del begrensninger på bruk av disse til statistiske formål. Det er kun den organisasjonen eller virksomheten som eier registeret, som kan produsere statistikk. Disse registrene kan til statistiske formål bare kobles mot andre helseregistre, ikke personregistre, utdaninningsregistre etc., men det er mulig å søke om tillatelse til å gjøre slike krysskoblinger hvis formålet er forskning.

«Medisinalberetningene er enestående kilder til forståelsen av befolkningens kår – kulturelt, sosialt og økonomisk. Men de gir også innsikt i legestandens kulturelle ståsted – allmuens og embetsstandens»

Fordelen med å kunne ta i bruk administrative registre, for eksempel i sykehusstatistikken på 1970- og 1980-tallet, var at de ofte representerte totaltellinger av den aktuelle populasjonen, slik at en eventuell usikkerhet knyttet til utvalg ble borte. De kunne gi opplysninger som var vanskelig å innhente på andre måter, for eksempel ved intervju, og bruk av registerdata var som regel mindre ressurskrevende enn å samle inn egne intervjudata. På generelt grunnlag kan vi si at det også er ulemper knyttet til bruk av administrative registerdata i statistikkproduksjon. Definisjoner kan være lite tilpasset statistikkens behov, det

kan være mangel på opplysninger, registrene kan være utilstrekkelig dokumentert og datakvaliteten kan være dårlig (NOU 1997:26).

Mye mer – og litt mindre

Framveksten av helsestatistikken fra 1700- og 1800-tallet må ses i sammenheng med oppbyggingen av nasjonalstaten, og myndighetenes behov for å ha oversikt over befolkningen. Lenge var den helserelaterte statistikken preget av innberetternes vurderinger av helsetilstanden. Etter hvert som vår tids velferdsordninger vokste fram, meldte behovet seg for statistikk knyttet til ulike former for helsetjenester. Administrative registre ble da i større grad en kilde til helsestatistikk, en utvikling som selvfølgelig også var preget av teknologiutviklingen innenfor elektronisk databehandling.

Mens den helserelaterte statistikken etter den annen verdenskrig har økt enormt i omfang og nådd en bedre kvalitet på mange områder, så er det likevel noe som har gått tapt fra 1800-tallets beretninger. Aina Schiøtz skriver: «Medisinalberetningene er enestående kilder til forståelsen av befolkningens kår – kulturelt, sosialt og økonomisk. Men de gir også innsikt i legestandens kulturelle ståsted – allmuens og embetsstandens» (Schiøtz 2003b). Dagens helsestatistikk gir oss kanskje ikke riktig det samme innblikket i livet bak tallene, verken blant de som ble telt, eller de som telte.

Referanser

Backer, J.E. (1947): «Den norske befolkningsstatistikk. En historisk oversikt», i *Statistiske Meddelelser,* nr. 7–9, 1947, Statistisk sentralbyrå.

Hansson, R. (1925): «Norges offentlige medicinalstatistik. Et socialpolitisk drama i 4 (5?) akter.», i *Tidsskrift for Den norske lægeforening,* s. 486–491, 1925, Oslo.

Lie, E. og H. Roll-Hansen (2001): *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge,* Universitetsforlaget, Oslo.

NOU 1997:26 (1997): *Helserelaterte registre i Norge.*

Schiøtz, A. (2003a): *Folkets helse – landets styrke 1850–2003,* Universitetsforlaget, Oslo.

Schiøtz, A. (2003b): «Medisinalinnberetningene som historie og kilde», i *Arkivmagasinet,* nr. 3/2003, Oslo.

Statistisk sentralbyrå (1955): *Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1952,* Norges offisielle statistikk XI. 196.

Statistisk sentralbyrå (1994): *Pasientstatistikk 1992,* Norges offisielle statistikk C 116.