

Helse til sjøs og i fremmed havn

Sammendrag

Helsearbeidet rettet mot sjøfolk må ses i sammenheng med det øvrige norske helsearbeidet i perioden 1890–1940. Det var først og fremst forebyggende, og hygiene og tuberkulosearbeid sto sentralt. Tiltakene ble utført i et samarbeid mellom staten, aktører innen skipsfartsnæringen og frivillige organisasjoner som Norges Røde Kors.

På viktige områder var likevel helsearbeidet overfor yrkesgruppen sær-egent. Det var hos sjøfolk det først ble påbudt med forebyggende helseundersøkelser. Under opphold i fremmede havner var de utsatt for andre sykdommer enn hjemme, og i perioden som er omtalt her, var norsk tropemedisin og helsearbeidet blant sjøfolk to sider av samme sak. I tillegg var forebygging og behandling av kjønnsykdommer viet stor oppmerksomhet, særlig etter første verdenskrig.

Artikkelen er basert på forfatterens doktorgradsarbeid, som, foruten litteratur, bygger på artikler i presse og tidsskrifter og arkivmateriale fra sosialdepartementet og sjøfartskontoret i handelsdepartementet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Elisabeth S. Koren*

elisabeth.s.koren@norsk-sjofartsmuseum.no
Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen

* Nåværende adresse:
Norsk Sjøfartsmuseum
Bygdøynesveien 37
0286 Oslo

Det var først fra slutten av 1800-tallet at norske myndigheter og medisinerer gradvis begynte å interessere seg for helsesituasjonen blant sjøfolk. Helsearbeidet overfor yrkesgruppen ble fra da av formet av den generelle utviklingen innen medisinen, men også av forhold som var særegne for skipsfarten: næringens mobilitet, økonomiske interesser og ensidige kjønns sammensetning. Sjømannshelsen illustrerer slik forholdet mellom den brede medisinhistorien og det partikulære og særegne ved livet til sjøs.

I denne artikkelen beskrives hovedtrekkene i helsearbeidet overfor norske sjøfolk i utenriksfart frem til 1940. En grov karakteristikk av utviklingen kan være at man gikk fra kollektive miljørettede tiltak (som kaptein og rederi hadde ansvar for å gjennomføre) til den enkelte sjømanns ansvar for helsen. Samtidig endret risikooppfatningen seg: På 1800-tallet ble opphold på skipet definert som farlig og sykdomsbringende, etter den første verdenskrig ble søkelyset rettet mot forholdene sjøfolk møtte i utenlandske havner.

Lovregulering av skipsmiljøet

Fra 1890-årene viste myndighetene større vilje enn tidligere til å regulere forholdene i handelsflåten, også de som angikk helse. Det som direkte utløste endringene, var visse enkelthendelser som hadde ført til medieoppslag og krav om at forholdene til sjøs måtte bedres (1–3). Særlig den såkalte *Franklin*-affæren i 1889, der to av mannskapet på hvalfangeren *Franklin* døde av tyfoidfieber, vakte oppsikt og førte til flere oppslag i avisen *Verdens Gang*. Samtidig var sikkerheten til sjøs en av samtidens brennbare politiske saker. I Storbritannia hadde man av sikkerhetshensyn innført bestemmelser om hvor tungt skip skulle kunne lastes, og debatten om Norge burde innføre tilsvarende reguleringer som begrenset skipsnæringens frihet gikk høyt – frem til forslaget falt i Stortinget i 1903 (for

så å bli vedtatt i 1909). Også arbeidslivet på land ble mer regulert på denne tiden. Fabrikktilsynsloven fra 1892 var resultat av internasjonal interesse for arbeidervern og inneholdt blant annet bestemmelser som skulle bekjempe et usunt miljø på fabrikkene (4).

Alt dette førte til at forholdene til sjøs gradvis og forsiktig ble regulert. I første omgang ble det vedtatt bestemmelser av to typer: For det første regler om førstehjelp og utstyr til behandling av sykdom, for det andre ble skipsmiljøet og kostholdet om bord regulert.

Førstehjelp og utstyr til behandling

På passasjerskip og på hvalfangst var det vanlig å ha lege om bord, men slik var det ikke på handelsskip. Kapteinen skulle sørge for førstehjelp og behandling ved sykdom og ulykker. Til rådighet hadde han legebokens instruksjon om forbindelse, pleie og amatørkirurgi, en støyt brennevin og medisiner som kinin og digitalistinktur (5) (fig 1). I 1893 ble det vedtatt at han skulle ha legebok og medisinforsyning til hjelp i dette arbeidet, selv om påbudet var en kodifisering av en allerede utbredt praksis (6). Det var likevel nytt at bøkene måtte ha offentlig godkjenning.

To bøker ble godkjent etter de nye forskriftene: *Veiledning i Sundhedspleie og Sygebehandling ombord i Handelsskibe*, oversatt fra tysk og utgitt av Indredepartementet i 1891, og *Lægebog for Sømand* av Vilhelm Uchermann (1852–1929), første gang utgitt i 1886. Det var den sistnevnte som var mest utbredt, den kom i flere reviderte utgaver og var i perioder den eneste godkjente boken på markedet. Etter Uchermanns død i 1929 ble den revidert av Peter Christian Kreyberg (1866–1933) og etter den annen verdenskrig av hans sønn Leiv Kreyberg (1896–1984). Senere overtok

Hovedbudskap

- Sjøfolk har hatt en særstilling innen norsk helsearbeid og medisin
- Fra 1890-årene ble skipshygiene lovregulert, fra 1903 smitteforebygging om bord
- Etter første verdenskrig ble sjømannshelse assosiert med kjønnsykdommer og opphold i land



Figur 1 I 1893 ble det påbudt for norske skip å ha medisinbeholdning og legebok om bord, men slikt utstyr var vanlig også før det. Dette skipsapoteket ble kjøpt i London 1824 og stadig supplert med medisiner, sist i Drammen i 1921. Fra Norsk Sjøfartsmuseums samlinger. Foto Terje Olsen

hans sønn, som også het Peter Christian Kreyberg (1931–93), redigeringen av boken. Siste utgave kom i 1976. Etter den annen verdenskrig ble endringene så omfattende at Uchermann ikke lenger sto som forfatter, men til tross for dette var altså den samme medisinske teksten, jevnlig oppdatert, brukt til sjøs i over 90 år. I 1926 ga Røde Kors ut en konkurrerende legebok redigert av Harald Engelsen (1883–1954). Selv om Engelsens bok var mer omfangs- og innholdsrik, kom den bare i denne ene utgaven (fig 2).

Regulering av skipsmiljø og kosthold

Den andre typen helsetiltak introdusert på flåten de første par tiårene etter *Franklin*-affæren var de som skulle gjøre skipsmiljøet mindre farlig. Det som først og fremst karakteriserte sjøfolks situasjon, var at hele livet i perioder utfoldet seg på skipet, isolert fra det øvrige samfunnet. Sjøfolk arbeidet, spiste og sov i de samme omgivelsene og blant de samme menneskene, det var derfor ikke noe klart skille mellom helsetiltak som rettet seg mot sjøfolkenes hjem og tiltak på arbeidsplassen. Et skip var dessuten et strengt hierarkisk arbeidssted, senere karakterisert som en total institusjon (7). Sjøfolks

helseforhold var i stor grad avhengig av faktorer utenfor deres kontroll: skipsomgivelser, arbeidsforhold, kosthold og sykdom blant arbeidskameratene.

Lovgivningen tok sikte på å regulere forholdet mellom kaptein og mannskap, slik at sjøfolkene ikke ble utsatt for helsefarlige forhold. Regler om kosthold ble vedtatt i 1893, og sjødyktighetsloven fra 1903 inneholdt bestemmelser om størrelsen på og ordningen av mannskapsrommene. Imidlertid var ingen av disse lovene særlig radikale, de bygde på etablerte oppfatninger om hva som var forsvarlig behandling av underordnede. (Som en digresjon kan det også nevnes at kostholdsbestemmelsene antakelig var mer til skade enn til gagn, siden de ved å anbefale utstrakt bruk av hermetikk var medvirkende til økningen av beriberi, mangel på vitamin B₁, på den norske flåten.) Det var derfor først lugarforskriftene fra 1916 som førte til vesentlige endringer i forholdene om bord. Disse forskriftene ble betegnet som en stor bedring av sjøfolkenes kår, med hensyn til helse, trivsel og velferd (8).

I tillegg til lovene og forskriftene ga også legebøkene retningslinjer om hvordan man skulle holde sykdom borte fra skipet. Siden

kapteinen var lovpålagt å kjenne til innholdet i bøkene, var rådene også uttrykk for en offentlig politikk. At de fysiske omgivelsene påvirker helsen, var grunn tanken i hygiene-faget, og utviklingen innen skipshygiene var knyttet til utviklingen innen hygienefaget for øvrig. Ved inngangen til 1900-tallet handlet hygiene-faget om kosthold, boligforhold og inn klima, og det var nettopp slike forhold som også ble definert som viktige for helsetilstanden til sjøs (9).

Mannskapsrommene hadde alle karakteristiske tegn på dårlig miljø, de var mørke, fuktige, trange og vanskelige å ventilere. På 1890-tallet så skipsmedisinerne disse omgivelsene som farlige og sykdomsfremkallende i seg selv. Blant annet inneholdt legebøkene retningslinjer for å holde skipet sunt, og det ble anbefalt å desinfisere som et forebyggende tiltak: «Karbolsyre bruges efter Anvisning overalt, hvor der er raaden Lugt» (5). At sykdom ble knyttet til lukt, forråtnelse og dårlig luft, er spor etter en eldre, miasmatiske sykdomsforståelse som hadde stått sterkere tidligere på 1800-tallet. Selv om bakteriologien var etablert som medisinsens kunnskapsgrunnlag, ble miljørettede forebyggings tiltak, som var utviklet

på bakgrunn av en annen kunnskapstradisjon, fortsatt benyttet.

Forståelsen av at skipet i seg selv utgjorde en fare for sykdom, ble imidlertid moderert, samtidig som legene ble mer opp-tatt av smittefaren til sjøs. Etter 1918 inneholdt ikke legebøkene lenger råd om rutinemessig desinfeksjon, man anbefalte tiltaket kun når det faktisk var brutt ut sykdom og når skipet hadde oppholdt seg i en havn der det var grunn til å tro at smittsom sykdom opptrådte. Parallelt med omleggingen fra desinfeksjon ble vanlig rundvask stadig viktigere, fra 1906 skulle lugarene vaskes og luftes daglig i mannskapets fritid, fra 1916 skulle sjømennene bruke arbeidstiden på dette (fig 3).

Også begrunnelsen for bestemmelsene om størrelsen på og innretningen av mannskapsrommet endret karakter. Reglene fra 1903 skulle først og fremst beskytte sjøfolkene mot det helseskadelige skipsmiljøet. Dette aspektet ble beholdt og understreket i de nye lugarforskriftene fra 1916, som fortsatt skulle beskytte sjømennene mot utdunsting fra bunnvannet, fuktig tøy og kjemikalier. Men i tillegg var lugarforskriftene begrunnet med smittefare mannskapet imellom. Trangboddhet var ikke lenger bare et problem fordi det skapte usunne omgivelser, men også fordi det lettet overføringen av smittsom sykdom mellom sjøfolkene. Særlig gjaldt det tuberkulose.

Denne utviklingen innen skipsmedisinen skilte seg noe fra tuberkuloseforebyggingen på land. Hovedutviklingen der var at man i 1920-årenes sosialhygiene la vekt på å bekjempe de sosiale og miljømessige forholdene som kunne bidra til sykdom, mens forebyggingsarbeidet fra 1930-årene ble mer innrettet mot direkte smittebekjempelse (10). Innen skipsmedisinen ble imidlertid smittefaren tillagt stor vekt allerede i utarbeidningen av lugarforskriftene fra 1916. Til gjengjeld ble de miljømessige og sosiale tiltakene beholdt og strammet inn. Dette kan ha hatt sammenheng med at forebygging i hjem og på arbeidsplass gikk ut på ett, men også at skipet var et så spesielt miljø at det nødvendiggjorde ekstraordinære tiltak.

Forebyggende helseundersøkelser

Forebyggingsstrategiene overfor sjøfolk skilte seg altså fra den generelle tendensen innen tuberkulosebekjempelsen. Dette illustreres særlig ved legeundersøkelsene før påmonstring, som fra 1903 var en betingelse for å kunne arbeide til sjøs.

Også for den øvrige befolkningen kunne smittsom sykdom begrense tilgangen på lønnet arbeid. Etter tuberkuloseloven fra 1900 kunne ikke folk som led av tuberkulose arbeide med fremstilling og salg av mat (10), og straffeloven fra 1902 forbød en kvinne med syfilis å være amme (11). Men man skal merke seg at sjødyktighetsloven gikk lenger enn dette, siden den innførte

forebyggende legeundersøkelser av alle som mønstret på i utenriksfart fra Norge, også av dem som tilsynelatende var friske. Årsaken var igjen de spesielle forholdene om bord: Trangboddheten, fuktigheten og det harde arbeidet ble regnet som faktorer som førte til at smitte lett kunne spres blant mannskapet. Undersøkelsene var likevel rettet mot den enkelte sjømann, i motsetning til de omtalte påbudene om ordningen av skipsmiljøet, som først og fremst var kapteins og reders ansvar.

Men selv om legeundersøkelsene alt fra 1903 skulle redusere smittefaren, tok det likevel en stund før de ble virkelig effektive. Reglene var gjenstand for flere revideringer, men før 1940 fantes det få retningslinjer for hvordan undersøkelsene skulle foregå, utover at legen skulle foreta «undersøkelse i den utstrækning, som han i hvert tilfælde maatte finde nødvendig» (12).

I 1938 kom det imidlertid et privat initiativ, Skuld-systemet. Systemet var initiert av assuranceselskapet Skuld, som på vegne av rederiene bar en del av utgiftene når sjøfolk ble syke (de øvrige utgiftene ble båret av staten og sjøfolkene selv). Det var derfor i selskapets interesse at flåten ble bemannet med så sterke og så sunne folk som mulig. Systemet innførte mer grundige og omfattende legeundersøkelser enn det de offentlige påbudene krevde, som lungeundersøkelse, urinprøve og anamnese. Systemet hadde også mange flere diagnoser som diskvalifiserte for arbeid på skip enn de offentlige reglene. Skuld-systemets finmaskede siling av arbeidsstyrken illustrerer de kommersielle interessene knyttet til sjøfolks helse.

I januar 1940 ble de offentlige bestemmelsene om legeundersøkelsene mer detaljerte, og etter den annen verdenskrig ble de enda mer omfattende og finmasket. Da ble også Skuld-systemet avsluttet, siden de nye bestemmelsene, etter Karl Evangs (1902–81) initiativ, forbød legen som foretok undersø-

kelsen å ha noen slags bindinger til sjømann eller rederi.

Havnebyens farer og fristelser

Tiltakene som til nå er omtalt, skulle beskytte sjøfolkene mot helsefarlige skipsomgivelser og mot smitte fra skipskamerater. Men også opphold i land var forbundet med fare, og norske myndigheter og frivillige organisasjoner ble særlig opptatt av dette i årene umiddelbart etter første verdenskrig. I fremmede havner lurte tropesykdommer, epidemier – og kjønns sykdommer. I større grad enn tidligere ble sjøfolks fritid gjenstand for oppmerksomhet, og parallelt med dette ble helsearbeidet i større grad rettet mot sjømannen selv. Tiltakene for å endre omgivelserne om bord ble gjennomført via rederi og kaptein, mens arbeidet for å endre sjøfolkene oppførsel i utenlandske havner ble rettet direkte mot mannskapet selv. I mellomkrigstiden utarbeidet flere organisasjoner (slik som Røde Kors, Rederforbundet, Norsk matros- og fyrbøterunion og sjømannshjemmene) helseopplysningsmateriell som ble delt ut blant mannskapet. Særlig ble det spredt opplysning om kjønns sykdommer, men også om andre helseforhold.

Før den annen verdenskrig var sjøfolk omtrent de eneste som oppholdt seg i tropiske strøk, og norsk tropemedisin var først og fremst en del av sjøfartsmedisinen. Sosialdepartementet, sjøfartskontoret og forfatterne av de legebøkene som var påbudt om bord samlet informasjon om tropesykdommer og om hvordan sjøfolk best kunne beskytte seg mot dem. Norske myndigheters og medisineres retningslinjer om malariaproylaks, drikkevann og hygieniske forhold i tropene var altså utarbeidet med tanke på sjøfolk. Generelt handlet helserådene om å vise forsiktighet med mat og drikke og om å beskytte skip og mannskap mot mygg og rotter.

Også på dette området fant det sted en endring i årene etter den første verdenskrig



Figur 2 Legebøker ble i 1893 påbudt til sjøs. Her er de tre vanligste: *Veiledning i Sundhedspleie og Sygebehandling ombord i Handelsskibe* fra 1891, *Vilhelm Uchermanns Lægebog for Sjømænd* (her 5. utg. fra 1897) og *Lægebog for Sjømenn*, redigert av Harald Engelsens i 1926



Figur 3 Storvask på dekket av barken «Støveren». Renhold og hygiene til sjøs var viktig for et sunt bo- og arbeidsmiljø, og et renskurt dekk var en del av det. Fotografiet er fra 1917–19, fra albumet til Ingard Henriksen, sekretær i Den norske sjømannsmisjon. Fra Norsk Sjøfartsmuseums samlinger

henimot i større grad å involvere de underordnede sjømennene i helsearbeidet. Harald Engelsen tok til orde for å lære opp sjøfolkene til å ta del i sykdomsbekjempelse, de kunne f.eks. passe på at det ikke var vannpytter om bord der malariamyggene kunne formere seg. Ifølge Uchermann var dette imidlertid kapteinens ansvar, og slik innblanding fra mannskapet ville kun føre til «rivninger og misnøje, med svekkelse av hans autoritet». På sikt var det imidlertid Engelsens syn som vant frem, og gjennom opplysningsmateriell fra medisinaldirektøren og frivillige organisasjoner skulle sjøfolk selv lære å passe på helsen. Slik fikk den enkelte sjømann stadig større ansvar for å oppføre seg på en slik måte at han holdt seg frisk. Opplysning skulle sette ham bedre i stand til å gjøre nettopp dette.

Massiv innsats mot kjønnsykdommer

Den største endringen innen sjømannshelse i løpet av 1920-årene var imidlertid økt oppmerksomhet omkring gonoré og syfilis. Dette skyldtes for det første at sykdommene internasjonalt hadde blomstret opp under og umiddelbart etter verdenskrigen (13), for det andre at myndigheter og frivillige organisasjoner ble mer opptatt av sjøfolks kår i land. Fra 1920 ble situasjonen drøftet i internasjonale fora.

Sjøfolks helseproblemer ble satt i sammenheng med livet i havnestrøkene, lugubre skjenkesteder, fyll og prostitusjon (14, 15). Disse forholdene utgjorde en risiko for kjønnsykdommer, men også for andre sykdommer som tuberkulose og epidemier. Sjømennene kunne bli utnyttet og

lurt, men også deres uansvarlige livsstil ble definert som et problem.

Arbeidsledighet og de økonomiske krisene i skipsfartsnæringen, særlig i 1920 og 1929, forverret sjøfolks kår i fremmede havner og bidro til å sette dette på dagsordenen ved at norske aviser trykte rapporter om de miserable forholdene (16). Norske sjøfolk og redere var imidlertid ikke så begeistret for slike beskrivelser, siden de ikke bare stilte de utenlandske havnekvartalerne, men indirekte også de norske sjøfolkene i et uheldig lys. Både Nordahl Griegs (1902–43) roman *Skibet gaar videre* fra 1924 og en artikkelserie i *Aftenposten* i 1928 om forholdene i europeiske havnebyer ble møtt med påstander om at de fremstilte sjøfolk som «menneskehetens utskud» (17, 18).

For å forebygge kjønnsykdommer rettet leger og myndigheter blikket mot sjøfolks fritid i land. Forebygging skulle regulere sjøfolks seksuelle praksis. Hovedsakelig ble det benyttet tre virkemidler: opplysning, kjemisk profylakse og gratis behandling. Bekjempelsen av kjønnsykdommer hos sjøfolk gikk lenger enn i den øvrige befolkningen. Særlig den kjemiske profylaksen var kontroversiell (19), den ble sett på som uegnet i den øvrige forebyggingen av moralske hensyn. Den var også omstridt blant sjøfolk, og i 1924 mente Norsk Styrmannsforbund at plakater som opplyste om kjemisk profylakse var «en direkte opfordring til ekteskapsbrud og ubehersket hengivelse til ens lyster». Men til tross for slike innvendinger ble midlene gjort tilgjengelige, og i 1927 ble kalomelsalve, som kunne beskytte mot syfilis, ført opp på listen av legemidler som alle skip skulle ha om bord (20). Det var først i 1930-årene at slike midler var i fritt salg på apoteket for resten av befolkningen (21).

Også legebehandling av kjønnsykdommer ble tidligere gjort tilgjengelig for sjøfolk enn for andre. Rundt 1920 var det enighet blant norske medisinerere om at gratis behandling var et effektivt virkemiddel i bekjempelsen, uten at myndighetene fant penger til å gjennomføre det (22, 23). Etter sjømannsloven fra 1923 fikk imidlertid sjøfolk rett til behandling for kjønnsykdom i utenlandske havner i inntil 12 uker. I 1935 tiltrådte Norge en internasjonal avtale, Brussel-avtalen, som sikret sjøfolk ytterligere tilgang på behandling for kjønnsykdommer i Norge og i de andre landene tilknyttet avtalen.

Innen kjønnsykdomsbekjempelsen sto altså sjøfolk i en særstilling, og innen sjømannsmedisinen sto kjønnsykdommene helt sentralt. Dette var et resultat av den økte oppmerksomheten rettet mot sjøfolks fritid og forholdene i fremmede havner og en følge av ønsket om å beskytte ektefeller og kjærester hjemme mot smitte.

Avslutning

Sjøfolk skilte seg fra resten av befolkningen ved at de under de lange oppholdene til sjøs



Livet til sjøs var strevsomt og farlig, og iblant gikk det galt. Begravelse om bord på barken «Støveren». Fotografiet er fra 1917–19, fra albumet til Ingard Henriksen, sekretær i Den norske sjømannsmisjon. Fra Norsk Sjøfartsmuseums samlinger

bodde og arbeidet i samme omgivelser. Lovgivningen tok fra 1890-årene sikte på å regulere disse forholdene og bestemme hvilket ansvar rederi og kaptein hadde for underordnet mannskap – i en del av arbeidslivet som var særlig hierarkisk og paternalistisk innrettet. Innen skipsmedisinen var man opptatt av kosthold, størrelsen på mannskapsrom og desinfeksjon av skipsmiljøet. Fra 1903 skulle sjøfolk også legeundersøkes før påmønstring for å hindre smittsom sykdom om bord. Etter første verdenskrig endret helsearbeidet overfor sjøfolk karakter. Det ble i større grad innrettet mot fritid og opphold i land, assosiert med kjønnssykdommer og mer rettet mot sjøfolkens egen atferd. Fra 1890 til 1940 gikk altså helsearbeidet fra en innretning mot epidemier til vekt på tuberkulosebekjempelse og deretter kjønnssykdommer – et resultat av endret sykdomsbilde hos sjøfolk, men også av legenes og myndighetenes måte å definere og forstå situasjonen på.

Endringen skyldtes flere forhold. For det første ble lugarforskriftene fra 1916 ansett som gode og tilstrekkelige, ytterligere regulering av forholdene om bord var kostbart og unødvendig. For det andre førte overgangen fra seilskuter til damp- og motorskip til kortere sjøreiser og hyppigere opphold i land. En tredje årsak var endringer innen medisinen selv. Man må forstå opplysningskampanjene rettet mot sjøfolk som en del av mellomkrigstidens bredere folkehelsearbeid, der den enkelte gjennom opplysning og påvirkning selv skulle innrette livet slik at man holdt seg frisk. Dette hang sammen med sosialhygienens positive helsebegrep, målet var ikke kun fravær av sykdom, men aktiv sunnhetsfremming. Overfor sjøfolk kom dette til uttrykk gjennom omleggingen fra å fjerne helseskadelige faktorer i omgivelsene til å innprente den enkelte om hvordan han skulle ta vare på seg selv.

Arbeidet med sjømannshelse skilte seg imidlertid også fra den øvrige medisinen.

Yrkesgruppen var den del av befolkningen som først ble møtt med krav om legeundersøkelse med tanke på smittsomme sykdommer. Slike undersøkelser ble introdusert i 1903. Til sammenlikning ble ikke skolebarn tuberkuloseundersøkt før i 1920-årene, mens undersøkelse av lærere, gruvearbeidere og rekrutter ble startet i 1930-årene. Dette må ha vært økonomisk betinget. Det var billigere med legeundersøkelse av mannskapet enn å forbedre skipsmiljøet tilstrekkelig til å forhindre smitte (særlig siden sjømennene de første årene selv måtte betale for undersøkelsen). Også de særegne forholdene om bord begrunnet slik siling av mannskapet, og det var etablert en forståelse av at ikke alle var skikket for livet til sjøs. Sjømannsyrket stilte høye krav til dem som utøvde det, og som Skuld-systemet illustrerer var sjøfolks helse knyttet til økonomiske interesser – for rederiet, nasjonen og for sjøfolkene selv.

Litteratur

1. Tønnessen JN. Fra klipperen til motorskipet. Bd. 2, del 3. I: Den norske sjøfarts historie: fra de ældste tider til vore dage. Oslo: J.W. Cappelens forlag, 1951: 123–8.
2. Jones N. The plimsoll sensation: the great campaign to save lives at sea. London: Little Brown, 2006.
3. Ot.prp. nr. 25 (1901–1902). Angaaende udfærdigelsen af en lov om statskontroll med skibes sjødyktighed m.v.
4. Bjørnson Ø. Perspektiver på arbeidsmiljøets historie. Arbeiderhistorie 1997; 5–32.
5. Uchermann V. Lægebog for sjømænd. Veiledning for skibsførere og styrmænd i sundheds- og sygepleie om bord i handelsskibe. 4. utg. Kristiania: Aschehoug, 1895.
6. Forslag til forskrifter om sundhedsforanstaltninger om bord i skibe, med motiver. Bilag til Ot.prp. nr. 25 (1901–1902). Angaaende udfærdigelsen af en lov om statskontroll med skibes sjødyktighed m.v.
7. Aubert V, Arner O. The ship as a social system. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Universitetet i Oslo, 1962.
8. Olstad F. Vår skjebne i vår hånd. Bd. 1. av Norsk Sjømannsforbunds historie. Oslo: Pax, 2006: 79–80.
9. Elvbakken KT. Hygiene som vitenskap: fra politikk til teknikk. Notat nr. 23. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, 1994.
10. Blom I. Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900–1960. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
11. Koren E. «En Trusel mot selve Samfundene». Venerisk sykdom: tiltak, medisinsk forståelse og moraldebatt i Norge 1880–1927. Hovedoppgave i historie. Bergen: Universitetet i Bergen, 2003: 55.
12. Veiledning for læger 22. mai 1906. Norsk medicinallovgivning. Indeholdende en kronologisk samling af love, plakater, resolutioner, skrivelser m.m. vedkommende Norges medicinalvæsen for aarene 1906–1910. Utgitt med henvisninger av Th. Boye. Kristiania: I kommission hos Aschehoug, 1911.
13. Weindling P. The politics of international co-ordination to combat sexually transmitted diseases, 1900–1980. I: Berrigge V, Strong P, red. AIDS and contemporary history. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
14. Salvesen T. Havnebyer. Internasjonalt samarbeide av sjømanns livsvilkår i land. Oslo: Aschehoug, 1931.
15. Report of the Oslo Conference convened by the Norwegian Red Cross Society and the league of Red Cross Societies on the health of the merchant Seaman, June 28th – July 5th, 1926. Paris: League of Red Cross Societies, 1926.
16. Huitfeldt C. Gullfisk og haier. Oslo: Gyldendal, 1929.
17. Skipsreder Jacob Olsen. Norges Handels- og Sjøfartstidende 16.10.1928.
18. Vold H. Nordahl Grieg – forsøk på en innkretsning. I: Hansen I, Skjævesland T, Sørensen K, red. Nordahl Grieg i våre hjerter. Oslo: Falken forlag, 2002.
19. Baldwin P. Contagion and the State in Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 1999: 461–768.
20. Meddelelser fra Sjøfartskontoret nr. 2 1928. Oslo: Sjøfartskontoret, 1928.
21. Evang K, red. Populært tidsskrift for seksuell opplysning. Årbok 1933. Oslo: Fram forlag, 1933: 262–4.
22. Koren ES. Från moral til hälsa? Debatter om förebyggande av könssjukdom i Norge. I: Svanström Y, Jansdotter A, red. Sedligt, renligt, laglig. Prostitution i Norden 1880–1940. Stockholm: Makadam forlag, 2007.
23. Blom I. Contagious women and male clients. Public policies to prevent venereal diseases in Norway, 1888–1960. Scand J History 2004; 29: 97–177.

Manuskriptet ble mottatt 1.10. 2007 og godkjent 4.11. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.