

Forebygging av tuberkulose i Finnmark 1900–60

Sammendrag

Arbeidet mot tuberkulosen i Finnmark i første del av 1900-tallet ble definert som et nasjonalt ansvar. Staten og frivillige organisasjoner, med Nasjonalforeningen mot tuberkulosen i spissen, iverksatte særlige tiltak mot sykdommen i det flerkulturelle fylket. Arbeidet for å øke isoleringskapasiteten var viktig. Like viktig var imidlertid siviliseringen av befolkningen, særlig samene – det kulturelle og sosiale nivå skulle heves. I mellomkrigstiden ble dette erstattet av en mer rendyrket kamp mot smitten. I forbindelse med de store skjermbildeundersøkelsene iverksatt i Finnmark fra 1952 kom kulturelle forhold igjen på forebyggernes dagsorden, men nå i en ny medisinsk og minoritetspolitisk kontekst.

> Se også side 2817

Teemu Ryymin

teemu.ryymin@rokkan.uib.no
Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen

Tuberkulosen, den sykdommen som krevde flest menneskeliv i Norge i første del av 1900-tallet, rammet Finnmark forholdsvis hardt (fig 1) (1). Særlig i årene 1901–10 var tuberkulosedødeligheten i Finnmark høy, og den holdt seg på om lag dobbelt så høyt nivå som landsgjennomsnittet helt frem til rundt 1950. De skiftende forestillinger knyttet til Finnmarks-befolkningen, særlig samene, preget tuberkulosearbeidet i fylket i første halvdel av det 20. århundre.

Sykdomsbekjempelse i det flerkulturelle Finnmark

Tuberkulosebekjempelsen i Finnmark fant sted i et multietnisk, flerspråklig område. Da den norske tuberkuloseloven ble vedtatt i Stortinget i 1900, utgjorde de norskspråklige om lag 55 % av Finnmarks 32 800 innbyggere, samene rundt 28 % og kvenene (etterkommere av finskspråklige innvandrere fra Sverige og Finland) 17 % av befolkningen (2). Det flerkulturelle var en medvir-

kende årsak til at de statlige myndighetene fra midten av 1800-tallet var bekymret for fylkets nasjonale stilling. Engstelse for at minoritetene kunne utgjøre en trussel mot Norges nasjonale integritet og blomstrende norsk kulturnasjonalisme lå under myndighetenes assimileringspolitik, som tok sikte på å fornorske samenes og kvenenes språk og kultur. I skolen og kirken skulle det brukes norsk fremfor samisk og finsk (kvensk) (3). Samisk og kvensk var imidlertid fortsatt i utstrakt bruk i fylket rundt 1900.

Fornorskningspolitikken var også tuftet på en forestilling om et etnisk-kulturelt befolkningshierarki i Finnmark. Minoritetene ble av mange sett på som kulturelt underutviklet sammenliknet med den norske majoriteten. De bofaste sjøsamene hadde det dårligste omdømmet, mens kvenene var i en slags mellomposisjon, med den norske majoriteten over seg og samene under. Stereotypiske fortellinger om samene karakteriserte dem som skitne, primitive, barnslige og ukultiverte, ute av stand til å utvikles til et «kulturfolk». Enkelte betraktet samene til og med som «et folk viet til undergang». Men mange betraktet også hele Finnmarks-befolkningen, nordmennene inkludert, som fattig, uvitende og uhygienisk, til og med degenerert og usivilisert. Slike forestillinger satte sitt preg på tuberkulosearbeidet.

Fra innføringen av tuberkuloseloven i 1900 frem til rundt 1914 ble tuberkuloseforebyggingen i Finnmark, som ellers i Norge, stort sett drevet i tråd med den såkalte infeksjonsprofylaktiske strategien som lå til grunn for loven (4). Vekten lå på etablering av institusjoner for de mest smittefarlige syke, opplysning om smitteforhold og desinfeksjon. Arbeidet i Finnmark var til å begynne med primært lokalt drevet – fylkets første pleiehjem for tuberkulose ble etablert i 1905, lokale sunnhetskommisjoner drev opplysningsarbeid og kommunene hadde ansvar for desinfeksjon. Men blant annet som en følge av den høye tuberkulosedødeligheten og de vanskelige økonomiske forhold i fylket ble tuberkuloseproblemet i Finnmark i løpet av de første tiårene på 1900-tallet definert som et nasjonalt anliggende. Staten engasjerte seg i sykdomsbekjempelsen i fylket på måter som ikke kan gjenfinnes i andre områder, blant annet i form av støtte til driften av tuberkulosehjem. Vanligvis var driften av slike lokale tuberkuloseinstitusjoner et lokalt ansvar. Såkalte nasjonale årsaker bidro til statens engasjement: Støtten til tuberkulosearbeidet

ble sett på som et ledd i bestrebelsene på å integrere Finnmark tettere i den norske nasjonalstaten eller – med andre ord – som del av sikringen av Norges grenser (5).

«Nasjonale årsaker» bidro også til frivillige organisasjoners engasjement i sykdomsbekjempelsen i Finnmark. Den norske nasjonalforeningen mot tuberkulose, stiftet i 1910 med prominente leger og medlemmer av samfunnseliten i spissen, lanserte en plan for tuberkulosebekjempelsen i fylket i en rapport fra 1914. Nasjonalforeningens engasjement ble legitimert ut fra en forestilling om at tuberkulosearbeidet i nord var for viktig til å overlates til de lokale kreftene, som dessuten ble ansett som for veikte til å klare oppgaven på egen hånd. I rapporten ble det fastslått at Finnmarks beliggenhet var så utsatt og fylkets befolkning «saa opblandet med fremmede elementer, at ethvert arbeide, selv det mindste, for at knytte denne landsdel til det øvrige land, ogsaa blir et nationalt arbeide av betydning» (6, s. 18). Dette gjaldt også tuberkulosearbeidet.

Isolasjon og sivilisering

Det planmessige tuberkulosearbeidet fra 1914, som tok utgangspunkt i den infeksjonsprofylaktiske strategien, førte til en kraftig utvidelse av isoleringskapasiteten i Finnmark frem mot midten av 1920-årene. Gjennom et samarbeid mellom sentralledene i Nasjonalforeningen og Norske Kvinners Sanitetsforening, samemisjonsforeninger og offentlige myndigheter og lokale sanitets- og tuberkuloseforeninger ble seks nye tuberkulosehjem etablert i fylket (7). Nasjonalforeningen vektla også betydningen av sosiale og kulturelle forhold i tuberkulosebekjempelsen. Skulle man klare å slå tilbake sykdommen i Finnmark, måtte befolkningens kulturelle og materielle nivå heves.

Hovedbudskap

- Tuberkulosebekjempelsen i Finnmark sto i en særstilling i det statlige og frivillige tuberkulosearbeidet
- Etniske stereotyper gjorde seg gjeldende innledningsvis, men fikk mindre spillerom da sykdomsforståelsen endret seg
- Masseundersøkelsene i 1950-årene ble søkt tilpasset den samiske befolkningens språk og levevis

Vektleggingen av behovet for slik sivilisering av Finnmarks-befolkningen som et ledd i tuberkulosearbeidet hang dels sammen med en oppfatning av denne befolkningens «lavere kulturelle nivå» og de elendige boligforholdene i fylket, sammenliknet med resten av landet (6, s. 25–79, 111). Men siviliseringsbestrebelsene hang også sammen med en bestemt forståelse av tuberkulosen som en «sivilisasjonssykdom» som spredte seg med den fremrykkende moderniseringen av samfunnet. I Nasjonalforeningens rapport om tuberkulosen i Finnmark ble samene utpekt som den mest utsatte gruppen, ikke bare ut fra dødelighetsstatistikken, men også ut fra forestillinger om den samiske kulturens «primitiv» karakter, som angivelig gjorde samene mest utsatt for sivilisasjonens svøpe – tuberkelbasillen (6, s. 10–8).

Sivilisering som tuberkulosebekjempelse i Finnmark kom konkret til uttrykk blant annet gjennom krav om en statlig finansiert boligreform, innrettet mot å erstatte særlig gammene, men også dårlige trehus, med mer hygieniske boliger. Også styrkingen av skolevesenet i fylket, særlig utbyggingen av de statlige skoleinternatene (fig 2), ble sett på som et viktig våpen i arbeidet. I internatene skulle barna ikke bare lære seg norsk, men også hygieniseres og kultiveres til bedre å takle tuberkulosen. Skolen og de statlige skoleinternatene ble i tråd med dette definert som et av de mest sentrale arenaene for sykdomsforebygging i Finnmark (6, s. 113–7). Selv om samisk og finsk i en viss grad ble tatt i bruk i opplysningsarbeid rettet mot voksne, ble muligheten til å opplyse skolebarn om tuberkulosen på deres morsmål ikke engang drøftet i rapporten fra 1914. Tuberkulosebekjempelsen i Finnmark var på denne tiden fundert på en forestilling om at endring av kultur og språk var en forutsetning for at samene skulle få ta del i samfunns-goder som helsefremmende arbeid og slik unngå sykdom. Denne type forestillinger var naturligvis ikke særegne for helsefeltet, de lå til grunn for hele fornorskingspolitikken. Kulturgeografen Amund Helland (1846–1918) uttrykte denne tenkningen i sin oppsummering av språkforholdene blant samene i Finnmark i verket *Norges land og folk* fra 1906 slik:

«Saa længe de fastboende finner [samer] ikke er blevet mere kyndige i norsk, vil de praktisk talt ikke blive delaktige i vort samfunds goder eller naa en høiere kultur. De vil vedblive at være en art paria inden vort folk, til skade for dem selv og til liden ære for vort land. At forsøge at hæve finnerne som finner til et kulturfolk ved siden af nordmændene er neppe muligt; finnerne maa blive kyndige i norsk, hvis de ikke skal sygne hen i aandelig og materiell ussel-dom» (8).

Tiltakene som skulle få bukt med tuberkulosen i fylket, f.eks. en boligreform, fikk politisk gjennomslag. Blant annet kunne

man fra 1915 få statlige lån til husbygging i Finnmark til gunstigere betingelser enn noen andre steder i landet (9). Så vel staten som Nasjonalforeningen understreket at særordningene i tuberkulosearbeidet ikke skulle få konsekvenser for andre deler av landet, det var de «særegne Finmarkske forhold» som legitimerte dem (10). Det eneste unntaket var Tysfjord i Nordland, der forholdene ifølge myndighetene liknet dem som rådet i Finnmark.

Skiftende strategier

Det norske tuberkulosearbeidet forandret seg i betydelig grad i løpet av mellomkrigstiden. Infeksjonsprofylaksen ble i 1920-årene forbigående supplert med en bredere, sosialhygienisk orientert strategi, der man vektla styrkingen av organisk motstandskraft mot infeksjonen, særlig blant barn. I kjølvannet av depresjonen i begynnelsen av 1930-årene ble imidlertid en eksposisjonsprofylaktisk strategi dominerende. Vekten ble nå lagt på oppsporing av nylig smittede lungetuberkulosestilfeller og behandling, blant annet gjennom røntgenundersøkelser på de såkalte diagnosestasjoner og kirurgiske inngrep. Denne strategien ble lovfestet i 1942 og videreført etter frigjøringen, i kombinasjon med BCG-vaksiner (11).

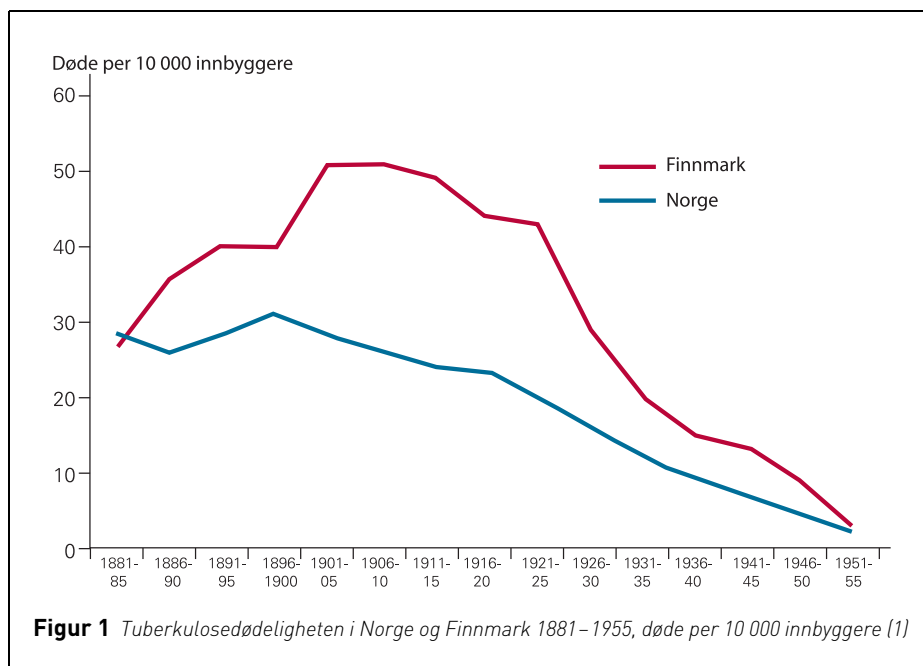
I Finnmark ble sykdomsforebyggingen lagt om i 1930-årene, i tråd med de nasjonale tendensene, for eksempel ble en rekke diagnosestasjoner etablert i fylket. Fylkets tuberkulosenemnd fastslo selv i 1939 at eksposisjonsprofylaksen var mer konsekvent gjennomført i Finnmark enn mange andre steder (12). En viktig konsekvens av 1930-årenes teknifisering og medikalisering av tuberkulosearbeidet var en nedtoning av vekten på kultur i det forebyggende arbeidet. I tråd med den økende vektlegging av

røntgendiagnostikk på diagnosestasjonene, tuberkulintesting og aktive kirurgiske inngrep for å gjøre de syke smittefrie ble deres kulturelle bakgrunn langt på vei irrelevant for tuberkulosearbeidet. De tidligere etablerte forebyggingstiltak ble ikke endret – for eksempel fortsatte opplysningsarbeidet i Finnmark i hovedsak på norsk – men når legene i 1930-årene drøftet tiltak mot sykdommen og diskuterte årsaker og risikofaktorer for tuberkulosen i Finnmark, var det tilstedeværelsen av bærere av tuberkelbasillen i hjemmene som var det sentrale, ikke befolkningens språk eller deres kulturelle og sivilisatoriske nivå (13–16).

Etter krigen ble eksposisjonsprofylaksen videreført gjennom blant annet nye lover i 1947, som påbød skjermbildefotografering, tuberkulintesting og BCG-vaksinasjon. Implementeringen av disse tiltakene, særlig de store skjermbildeundersøkelsene, førte i Finnmark paradoksalt nok til at den samiske kulturen og det samiske språket igjen dukket opp på legenes dagsorden, men på en annen måte enn tidligere.

Masseundersøkelser i en ny minoritetspolitisk tid

Eksposisjonsprofylaksen ble iverksatt i stor skala i Finnmark etter at problemene som var skapt av nedbrenningen i krigens slutfase var noenlunde løst, i alle fall når det gjaldt helseinstitusjoner og helsepersonell. I 1952 ble forholdene i fylket vurdert å være gode nok med henblikk på diagnosestasjoner og leger til at det var mulig å sette i gang med masseundersøkelser, og den første lovpåbudte skjermbildefotograferingskampanjen ble gjennomført. Frem til 1966 ble Finnmark hyppigere saumfart enn noe annet fylke i Norge, til sammen sju ganger. Dette hang utvilsomt sammen med at man der fortsatt hadde den høyeste tuber-



Figur 1 Tuberkulosedødeligheten i Norge og Finnmark 1881–1955, døde per 10 000 innbyggere (1)



Figur 2 Feiring av 20-årsjubileum, Strand internat i Langfjorddalen. Skoleinternater som dette ble tillagt vekt i tuberkulosearbeidet i første del av 1900-tallet. Foto © Finmarksbiblioteket

kuloseforekomsten og den høyeste dødeligheten i Norge (17).

I etterkant av den første undersøkelsen konstaterte fylkeslege i Finnmark, Øyvind Jonassen (1908–75), at dersom arbeidet virkelig skulle bli effektivt også blant den samiske befolkningen, måtte man i opplysnings- og propagandaarbeidet ta i bruk befolkningens eget språk. Fra 1953 av ble samisk, og i noen mindre grad finsk, systematisk benyttet i propagandarbeidet for BCG-vaksinasjon og skjermbildefotografering (fig 3). Dette brøt med ettspråkslinjen som hadde dominert tuberkulosearbeidet i fylket etter 1914. Skjermbildefotograferingene ble også forsøkt tilpasset de lokale særpreg. For eksempel ble reindriftssamene fotografert ved kirkestedene i Indre Finn-

mark ved påsketider, der de tradisjonelt samlet seg i forbindelse med vårflyttingen, mens befolkningen i resten av fylket ble undersøkt om sommeren. Disse tilpasningene av arbeidet vitnet om en fundamental endring i synet på relasjonen mellom minoritetenes språk og kultur på den ene side og helsearbeidet på den andre: Der legene og andre som var involvert i tuberkulosearbeidet i første tiår av 1900-tallet hadde understreket behovet for å endre minoritetenes, særlig samenes, kultur og språk eller til og med erstatte det med norske ekvivalenter for å gjøre befolkningen delaktig i det helsefremmende arbeidet, ble bruk av minoritetsspråk nå sett på som en forutsetning for vellykket offentlig helsearbeid, i denne sammenheng effektive masseunder-

søkelser omkring tuberkulose. I 1959 uttrykte fylkeslege Jonassen denne tankegangen slik i Tidsskriftet:

«Flyttsamene har bare sparsomt fått del i den materielle og kulturelle fremgang i tiden. Hittil er det aldri blitt utdannet en samisk læge, en samisk ingeniør eller tannlege. Samene har ikke høve til å få allmennkunnskaper på sitt morsmål. De er henvist til å erverve dem via norsk i løpet av en kort folkeskole, hvor norsk må først læres. (...) Lægene bør når det gjelder helseopplysningsarbeidet bruke det samiske språk der det lar seg gjøre. (...) (H)elsestellet (bør) forsøke å bygge mest mulig på det verdifulle i samenes egen livsførsel fra gammelt av. Vondt kan ellers bli verre» (18).

Jonassen var ikke alene. Radiologiprofessor Johan Torgersen (1906–78) hadde tre år tidligere, også i Tidsskriftet, lagt for dagen et syn på den samiske kulturen og dens relasjon til helse som var diametralt motsatt det Nasjonalforeningens Finnmarks-komité hadde lagt til grunn i 1914. Samene var ifølge Torgersen «et livskraftig folk, kulturelt tilpasset det circumpolare miljø», som ikke var truet av «utdøen» selv om spedbarnsdødeligheten var høy. Det som var truet, var «den samiske kultur som er utsatt for et voldsomt press i forbindelse med de senere års industrialisering og mekanisering av livet i bygdene» (19). Selv om Torgersens syn på den samiske kulturen kan karakteriseres som statisk og essensialistisk, var hans vurdering av «sivilisasjonsprosessen» trusler og den samiske kulturens betydning for befolkningens helse og livskraft stikk motsatt det syn hans kolleger på begynnelsen av 1900-tallet hadde lagt til grunn. Dette pekte mot nye måter å se på relasjonen mellom helse og minoritetskultur: Legenes rolle skulle ikke lenger være å assimilere samene til norsk språk og kultur og dermed styrke deres helse, tvert imot skulle de bidra til «kulturell trivsel» hos samene og dermed styrke deres «vitalitet».

Det sosialdemokratiske velferdsprosjektets vektlegging av de sosiale forholds betydning for folkehelsen bidro også til økende oppmerksomhet omkring særlig reindriftssamenes helseforhold og sosiale forhold i 1950-årene. Denne nye interessen for samisk helse hadde et videre utgangspunkt enn tuberkulosebekjempelse. Tiltakene som ble lansert fra legehøld for å bedre den samiske befolkningens helse, tok som i begynnelsen av det 20. århundre fortsatt utgangspunkt i at deres angivelig lavere kulturelle og sosiale standard, uttrykt i dårlig hygiene, elendig boligstandard og høy spedbarnsdødelighet, måtte heves. Men medisinen som ble foreskrevet var ny: Det helsefremmende arbeidet blant samene skulle nå tuftes på forestillinger om kultur, språk og helse som var diametralt motsatte de som hadde preget tuberkulosearbeidet i Finnmark fra 1914. I 1950-årene var det ikke

Prográm'ma
šær'bmagaávidæbmi 1958
GUOV'DAGÆINO, KÁRASJÁGA JA
BUOL'BMAGA GIELDAIN

GUOV'DAGÆINO GIELDAS:

Tuberkulose-ákkádehmi	Šær'bmagaávidæbmi
15/2 Friid'ággáka buo'vítádehmi, Miam.	12/2 Friid'ággáka buo'vítádehmi, Miam.
12/3 Láppádehmi doad'ádehmi.	14/2 Láppádehmi doad'ádehmi.
14/2 Mikáel Párua Bepin, Ge'ábuorv'p'p.	17/2 Miam doad'ádehmi.
15/2 Miam doad'ádehmi.	
17-22/2 Guov'ággáno ákkádehmi.	19-22/2 Guov'ággáno ákkádehmi.
23/2 Johan M. Kámmán, Sábá.	23/2 Johan M. Kámmán, Sábá.

KÁRASJÁK GIELDAS:

Tuberkulose-ákkádehmi	Šær'bmagaávidæbmi
28/2 Sábádehmi doad'ádehmi.	28/2 Sábádehmi doad'ádehmi.
3/3 Kámmán Hámán, Hámánáránd, Jár'páin.	3/3 Kámmán Hámán, Hámánáránd, Jár'páin.
5/3 Ámmáel Grávváil, Bepin'ággáidá.	5/3 Ámmáel Grávváil, Bepin'ággáidá.
8/3 Per Oámmán Mámán, Ákkádehmi.	8/3 Per Oámmán Mámán, Ákkádehmi.
9/3 Párua.	9/3 Párua.
4/3 Váilága doad'ádehmi.	4/3 Váilága doad'ádehmi.
15/3 Váilága doad'ádehmi.	15/3 Váilága doad'ádehmi.
12-18/3 Kámmán doad'ádehmi.	14-18/3 Mikáel Nuor'ákkádehmi.
17/3 Gámán vuor'ádehmi.	19/3 Gámán vuor'ádehmi.

BUOL'BMAT GIELDAS:

Tuberkulose-ákkádehmi	Šær'bmagaávidæbmi
18/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	21/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.
19/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.
21/3 Jáká Námán, Jáká, Ákkádehmi.	24/3 Námán Ákkádehmi.
21/3 Sábádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
22/3 Támmánáránd, Ákkádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
22/3 Námán Ákkádehmi, Ákkádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.
24/3 Ákkádehmi doad'ádehmi.	25/3 Námán Ákkádehmi.

Ákkádehmi: Ákkádehmi doad'ádehmi 10-13 ja 14-17.
Šær'bmagaávidæbmi gálgat ákkádehmi doad'ádehmi 10-13 ja ákkádehmi doad'ádehmi 14-17.
Ákkádehmi ákkádehmi k. 100 illes illes, ákkádehmi doad'ádehmi doad'ádehmi.

Šær'bmagaávidæbmi
1958

**Skjermbilde-
fotograferingen**

Figur 3 Program for skjermbildeundersøkelser i indre Finnmark, 1958. Samisk ble tatt i bruk i opplysningsarbeidet mot tuberkulosen i 1950-årene, etter initiativ fra fylkeslege Øyvind Jonassen. I arkivet etter Sosialdepartementet, Helsedirektoratet H.3, Tuberkulosekontoret. Riksarkivet

lenger snakk om å fornorske samene for å gjøre dem delaktige i helsearbeidet, tvert imot ble det produsert en hel del helseopplysningsmateriale på samisk. Ikke minst ble samiske kvinner trukket aktivt med i utformingen (20). Den nye linjen reflekterte de fundamentale endringer i den norske minoritetspolitikken – og dermed i synet på bruken av samisk språk i offentlige sammenhenger – som fant sted i årene etter krigen. Fra 1946 ble det fra flere hold krevd at assimileringspolitikken måtte erstattes av en mer kulturpluralistisk tilnærming, først og fremst i skolen. Nedsettingen av den såkalte Samekomiteen i 1956, dens rapport, som forelå i 1959, og stortingsbehandlingen av den i 1963 markerte at nå skulle staten styrke og utvikle den samiske kulturen i stedet for å streve med å omdanne samene til norskspråklige nordmenn (21).

Også det offentlige helsearbeidets grensesikringsfunksjon i Finnmark endret seg fundamentalt i 1950-årene. Som nevnt ble igangsettingen av det spesielle tuberkulosearbeidet og mer allment det offentlige helsearbeidet i fylket generelt ofte forstått som nasjonalt grensesikringsarbeid som skulle bidra til å integrere området tettere i det nasjonale fellesskapet og sikre grensene, særlig mot Finland. I forbindelse med skjermbildeundersøkelsen i 1952 ble det imidlertid etablert et grenseoverskridende samarbeid om skjermbildeundersøkelser, som senere ble utviklet til et medisinalt samarbeid i grensestrøkene mer allment (22). Dermed ble også forholdet mellom offentlig helsepolitikk og grensesikring radikalt omlagt i 1950-årene.

Avslutning

Arbeidet mot tuberkulosen i Finnmark var, som i landet for øvrig, tett innvevd i en videre samfunnsmessig kontekst og ble preget av skiftende økonomiske omstendigheter, politiske forhold og endringer i den medisinske forståelsen av sykdommen (23). De «særegne Finmarkske forhold» spilte også inn på måten de overordnede strate-

giene mot tuberkulosen ble implementert i fylket. Forestillinger knyttet til Finnmarks befolkning og samene især spilte særlig i 1910- og 1920-årene en vesentlig rolle for hvordan den vitenskapelig funderede tuberkuloseforebyggingen i fylket ble utformet. Men det er viktig å understreke at måten tuberkulosearbeidet ble preget på av for eksempel etniske stereotypier også hang sammen med hvordan tuberkulosen som sykdom ble forstått – for eksempel passet oppfatningen av tuberkulose som en sivilisasjonssykdom, fremmet i Finnmarks-komiteens innstilling av 1914, som hånd i hanske med forestillinger om samene som en særlig «usivilisert» befolkningsgruppe. Da forbindelsen mellom tuberkulose og sivilisasjon ble oppløst i 1930-årene, ble spillerommet for de etniske stereotypiene i tuberkulosearbeidet mindre. Men gjennom endringer i tuberkuloseforståelsen og nye teknologiske metoder i sykdomsbekjempelsen kunne nye forestillinger om samene og det samiske språkets og kulturens betydning for befolkningens helse på nytt få spillerom i tuberkuloseforebyggingen etter krigen – i en ny minoritetspolitisk kontekst. Vi har med andre ord å gjøre med et dynamisk historisk felt der relasjonen mellom sykdomsbekjempelse og kulturelle forestillinger var i kontinuerlig endring. Utviklingen fra tuberkulosebekjempelse som siviliseringsprosjekt via kulturell likegyldighet under det eksposisjonsprofylaktiske regimet til vektlegging av kulturell frigjøring som et ledd i folkehelsearbeidet i 1950-årene viser dette med all tydelighet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Backer JE. Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856–1955. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1961.
2. Norges offentlige utredninger. Om samenes rettsstilling. Tab 3.1. NOU 1984: 18: 83.
3. Eriksen KE, Niemi E. Den finske fare. Sikkerhetsproblemer og minoritetspolitikk i nord 1860–1940. Oslo: Universitetsforlaget, 1981.
4. Alsvik O. «Friskere, sterkere, større, renere.» Om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skole-

- barn. Hovedoppgave.. Oslo: Historisk institutt, Universitetet i Oslo, 1991: 202–3.
5. Stortingsforhandlinger 1915 (19.5.1915): 789, 793.
6. Tuberkulosen i Finmark og dens bekjæmpelse. Indstilling fra den av Den norske nationalforening mot tuberkulosen nedsatte komité. Bergen: Foreningen, 1914.
7. Allment om byggingen av tuberkuloseinstitusjoner i Nord-Norge. I: Elstad I, Hamran T. Sykdom. Nord-Norge før 1940. Bergen: Fagbokforlaget, 2006: 275–353.
8. Helland A. Topografisk-statistisk beskrivelse over Finmarkens amt. Anden del. Befolkning og historie I: Norges land og folk topografisk-statistisk beskrevet. Bd. 20. Kristiania: Aschehoug, 1906: 425.
9. Lov om smaabruk- og boliglaan m.v. av 23. juli 1915, § 83, 1. og 3. avsnitt.
10. St.prp. nr. 1 (1909), hovedpost VI, kap.10, tit. 24: 20–21; Nationalforeningens 2det raadsmøte. Meddelelser fra Den norske nationalforening mot tuberkulose 1913 (4): 25.
11. Ryymin T. «Tuberculosis-threatened children»: the rise and fall of a medical concept in Norway, c. 1900–1960. Med Hist 2008; 52: 347–64.
12. Finnmark fylkestings forhandlinger 1939, sak 24.
13. Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik 1933. Tidsskr Nor Lægeforen 1935; 55: 291–301, 417–21, 651–60, 698–702, 958–74.
14. Blaauw H, Lie P, Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik 1933. Tidsskr Nor Lægeforen 1935; 55: 474–83.
15. Kristiansen K. Pirquet-undersøkelser i Vadsø lægedistrikt 1928–1934. Tidsskr Nor Lægeforen 1935; 55: 995–1007.
16. Gjessing T, Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. Tidsskr Nor Lægeforen 1936; 56: 971–8.
17. Bjartveit K. Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet. Norsk Epidemiologi 1997; 7: 159.
18. Jonassen Ø. Sosiale og hygieniske forhold i flyttsamenes basisområde. Tidsskr Nor Lægeforen 1959; 79: 118.
19. Torgersen J. Noen populasjonsgenetiske data fra samene. Tidsskr Nor Lægeforen 1956; 76: 810.
20. Fylkeslegen i Finnmark. Propaganda: Brosjyrer på samisk. # 52, mappe 1953–1974 52 C. Tromsø: Statsarkivet i Tromsø, 1953–74.
21. Aarseth B. Norsk samepolitikk 1945–1990: målsettinger, virkemidler og resultater. Oslo: Vett & Viten, 2006.
22. Fylkeslegen i Finnmark. Andre nasjoners helsevesen. Medisinsk samarbeid i Norden. # 49, mappe 1955–1967 19.1.a. Tromsø: Statsarkivet i Tromsø, 1955–67.
23. Ryymin T. Smitte, språk og kultur. Tuberkulosearbeidet i Finnmark 1900–1960. Oslo: Scandinavian Academic Press, 2008; under trykking.

Manuskriptet ble mottatt 20.8. 2008 og godkjent 3.11. 2008. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.