



# Hva kan vi lære av kampen mot tuberkulosen i kampen mot covid-19? «Spytt ikkje på golvet! Host ikkje mot nokon!»

## What Can We Learn from the Fight Against Tuberculosis for the Fight Against Covid-19? «Don't Spit on the Floor! Don't Cough on Anyone!»

Jan Erik Grindheim

*Cand.polit. og Ph.d., førsteamanuensis ved Handelshøyskolen, Universitetet i Sørøst-Norge*

[Jan.Erik.Grindheim@usn.no](mailto:Jan.Erik.Grindheim@usn.no)

### Sammendrag

I den moderne velferdsstaten er det å bekjempe smittsomme sykdommer som covid-19 noe av det viktigste offentlige myndigheter kan være ansvarlig for overfor innbyggerne. Men samtidig reiser et offentlig ansvar for blant annet smittevern og kontrolltiltak mot smitte noen rettspolitiske spørsmål knyttet til forholdet mellom et samfunns sikkerhetsbehov og den enkeltes frihet. I denne artikkelen diskuterer jeg denne problemstillingen ved hjelp av en sammenligning av hvordan norske myndigheter har møtt koronapandemien i 2020–21 med hvordan kampen mot tuberkulosen ble organisert i Norge hundre år tidligere. Utfordringen den gangen som nå var at når en ny bakterie eller et virus oppstår og sprer seg, er det vanskelig å vite hvilke tiltak som kan og bør settes i verk når vi egentlig ikke vet hvordan vi best kan manøvrere oss gjennom krisen.

### Nøkkelord

Covid-19, tuberkulose, smittevern, folkehelse, individuelle rettigheter og rettsstat

### Abstract

In the modern welfare state, combating infectious diseases such as Covid-19 is perhaps one of the most important responsibilities of public authorities towards the citizens. But at the same time, making such things as infection control a public responsibility raises some legal policy issues about the relationship between a society's security needs and civil liberties. In this article, this issue is discussed through a comparative analysis of how Norwegian authorities have met the corona pandemic in 2020-21 with how the fight against tuberculosis was organized in Norway hundred years ago. The challenge then as now is that when a new bacterium or virus emerges and spreads, it is difficult to know what measures can and should be implemented when we do not really know how we can best maneuver through the crisis.

### Keywords

Covid-19, tuberculosis, infection control, public health, individual rights and rule of law

## Introduksjon

I januar 2020 ble det oppdaget et nytt koronavirus kalt SARS-CoV-2 i koronavirusfamilien. Koronavirusfamilien omfatter mange forskjellige virus som kan gi luftveisinfectionsjoner. Noen fører til forkjølelse, andre gir mer alvorlige sykdommer, som covid-19, og i visse tilfeller dødsfall. Smittemåten er i all hovedsak dråpe- og kontaktsmitte, enten direkte gjennom kontakt mellom mennesker eller indirekte ved at vi berører ting koronasmittede har tatt på. Avhengig av type overflate kan koronavirus overleve på overflater fra timer til dager, men vi vet foreløpig lite om den videre smitteeffekten. Smittevern er derfor en viktig del av arbeidet med å hindre at covid-19 sprer seg, ved siden av vaksine mot viruset.

Covid-19 minner om en helt annen sykdom som ikke skyldes et virus, men en bakterie kalt *Mycobacterium tuberculosis*. Denne er helt uvanlig i Norge i dag, men svært utbredt i andre deler av verden, og for hundre år siden var den årsaken til den største folkesykdommen i det moderne Norge: tuberkulose. I de fleste tilfellene oppstår tuberkulose i lungene, men den kan ramme alle kroppens organer og være en svært alvorlig sykdom dersom den ikke behandles. Tuberkulose er lite smittsom sammenlignet med mange andre sykdommer, også covid-19, og smitte forutsetter vanligvis tett samvær over tid. Men i likhet med koronaviruset skjer smitten gjennom små dråper i luften, for eksempel når en person med ubehandlet lungetuberkulose hoster eller nyser, og derfor laget Den norske Nationalforening mot Tuberkulosen for hundre år siden en plakat med teksten «Spytt ikkje på golvet! Host ikkje mot nokon!».

Denne plakaten kunne gjerne trykkes opp igjen i dag i kampen mot covid-19. For selv om de to sykdommene er svært forskjellige med hensyn til hvor raskt de sprer seg og hva som skjer med de som blir syke, er det stor grad av likhet mellom dem når det kommer til spørsmål om hvordan slike sykdommer bekjempes når det må handles raskt på et usikkert faglig grunnlag. Dette gjelder ikke minst når vi skal se nærmere på balansen mellom samfunnets sikkerhetsbehov og den enkeltes frihet i situasjoner som det vi står overfor med covid-19. Men i den sammenheng kunne det også ha vært gjort en sammenligning med andre og kanskje likere sykdommer enn tuberkulosen, for eksempel spanskesyken, som var en influensaepidemi som spredte seg til hele verden i 1918–19, og tok livet av rundt 15 000 mennesker i Norge (Borza, 2001), eller koleraepidemiene som rammet Norge i 1832–33 og i 1853 (Knarberg Hansen, 1986). Dette var også lokale utbrudd av verdensomspennende pandemier i et samfunn som var veldig forskjellig fra det som møtte covid-19 i 2020–21. Men selv om folketallet var langt under det halve i 1900 sammenlignet med i dag, og aldersforskjellen og boforholdene med trangboddhet og langt flere som bodde i spredtbygde strøk var veldig forskjellig, ble spesielt kampen mot tuberkulosen i Norge organisert på en måte som vi kan lære noe av i dag.

Vi vet fremdeles lite om hvor omfattende koronapandemien vil kunne bli, og hvilke ettervirkninger den vil kunne ha på lengre sikt, men i begynnelsen av juni 2021 var det på verdensbasis registrert mer enn 172 millioner tilfeller av sykdommen. Av disse var over 3,7 millioner meldt døde (WHO, 2021). Norge var et av de landene som hadde færrest tilfeller per innbygger, og færrest dødsfall. Per 7. juni 2021 var det blitt gjennomført 5 885 362 tester i Norge, 126 817 tilfeller var blitt oppdaget, 4533 hadde vært innlagt på sykehus, hvorav 869 fikk intensiv behandling, og 784 var døde. Av de døde var mer enn 82 prosent over 70 år, og som FHI opplyser, er det ikke alltid mulig å skille om pasienten har dødd av eller med covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021).

Til sammenligning antas det at rundt 30 prosent av verdens befolkning, det vil si to milliarder mennesker, i dag er smittet av tuberkulose, mens det knapt registreres 300 tilfeller i Norge hvert år, og da primært blant mennesker fra land med høy smitte. Rundt 1900 var

situasjonen helt annerledes. Da var omtrent hvert femte dødsfall i Norge forårsaket av tuberkulose, og 60 prosent av de døde var under 30 år. Bare i årene 1901–05, da Norge hadde en befolkning på rundt 2,1 millioner, døde 35 254 mennesker av tuberkulose. I 1930 var folketallet økt til 2,8 millioner, mens tallet på tuberkulosedødsfall var sunket til 22 125 i femårsperioden før (Pedersen, 2007, s. 30).

I denne artikkelen vil jeg for det første se nærmere på hva som kan forklare denne nedgangen på mer enn 10 000 dødsfall på et kvart århundre, selv i en tid med en sterk befolkningsvekst og før det ble utviklet en vaksine mot sykdommen. For det andre vil jeg vise hvordan kampen mot tuberkulosen ble organisert, og med utgangspunkt i dette diskutere noen utfordringer vi også har støtt på i dag, som følge av de tiltakene som er blitt satt i verk i kampen mot covid-19. Dette gjelder i første rekke i forbindelse med smittevern og kontroll og den inngripen i den enkeltes frihet og integritet dette nødvendigvis fører til.

Det empiriske grunnlaget for sammenligningene som gjøres, er basert på analyser av offentlige dokumenter, lover og forskrifter, tidsskriftartikler fra de to tidsperiodene og medieoppslag med skriftlige intervjuer for å lete etter likheter og forskjeller i noen av de viktigste medisinske, rettsstatlige og politiske argumentene som er blitt fremsatt i kampen mot covid-19, og som var fremtredende i kampen mot tuberkulosen. Når det gjelder kampen mot tuberkulosen, bygger de empiriske analysene i stor grad på et omfattende skriftlig og muntlig datamateriale som ligger til grunn for min bok om Nasjonalforeningen for folkehelsens historie fra 1910 til 2010, hvor den første av tre deler omhandler kampen mot tuberkulosen fra slutten av 1800-tallet til 1950-tallet (Grindheim, 2010).

Smittevern og kontroll er to stikkord som har stått sentralt i kampen mot covid-19 så langt, men ikke uten at de offentlige tiltakene som har vært iverksatt for dette, har skapt debatt, og da spesielt om hvor langt offentlige myndigheter bør kunne gå i smitteverntiltakene gjennom inngripen i den private sfære og den enkeltes frihet. Dette var også et viktig moment i kampen mot tuberkulosen som grep sterkt inn i mange menneskers liv og hadde omfattende sosiale konsekvenser. Derfor tok det også lang tid før offentlige myndigheter ble engasjert i tuberkulosearbeidet og det ble innført lover og tiltak på kommunalt og statlig nivå som kunne hindre smittespredning.

Utfordringen den gangen som nå var at når en ny bakterie eller et virus oppstår og sprer seg, er det vanskelig å vite hvilke tiltak som kan og bør settes i verk på en slik måte at de oppfattes som nødvendige og derved legitime i befolkningen. Som vi skal se i denne artikkelen, var smittevern og kontroll en vellykket strategi i kampen mot tuberkulosen, og det ser så langt ut som at dette også har vært en riktig måte å møte koronapandemien på, selv etter at vaksineringsen mot covid-19 er kommet godt i gang.

Men slike tiltak byr på utfordringer i et åpent og fritt samfunn. Som en gruppe kommuneoverleger skrev i Aftenposten 11. desember 2020, er ikke smittevern og kontrolltiltak mulig uten en inngripen i vår individuelle frihet: «Skal vi klare å holde smitten under kontroll, må karantenereglene overholdes. Alle med symptomer må holde seg borte fra jobb og teste seg, og alle smittede må være i isolasjon. Reglene bør legges best mulig til rette for dette» (Helgebostad et al., 2020, ikke paginert). Eller som direktør Adele Matheson Mestad i Norges institusjon for menneskerettigheter sier det: «Når regjeringen iverksetter tiltak for å beskytte mot en alvorlig smittsom sykdom, så er det for å beskytte retten til liv og helse, som er en grunnleggende menneskerettsforpliktelse» (siteret i Larsen, 2020, ikke paginert).

Samtidig understreker Mestad at de tiltakene som iverksettes, må ha hjemmel i lov, ivareta et lovlig formål og være forholdsmessig tilpasset den situasjonen de skal verne mot. Men som jeg konkluderer med i denne artikkelen, er dette ikke alltid like lett å imøtekomme når vi står overfor utfordringer som det covid-19 har skapt, og helsemyndighetene må manøvrere i en

situasjon hvor de egentlig ikke fullt ut vet hva som må gjøres. Derfor kan vi lære av hvordan lignende situasjoner er blitt møtt tidligere, fra politikernes side, fra offentlige myndigheters og det sivile samfunns side og fra hver og en av oss.

## Hvordan manøvrere når vi ikke vet

I *Tidsskrift for Den norske legeforening* skrev sjefredaktør Are Brean 30. oktober 2020 at vi fortsatt etter ti måneder med koronapandemien ikke visste hva den beste strategien var for å håndtere den, og at vi derfor måtte være på vakt mot å bli forført av enkle og skråsikre løsninger på en så alvorlig utfordring: «Begrenset og usikker vitenskapelig evidens må kontinuerlig veies og vurderes opp mot økonomiske, politiske og etiske hensyn. Det krever åpenhet i beslutningsprosesser og bred offentlig debatt» (Brean, 2020, ikke paginert).

Uttalelsen minner om tiden da det første smittevernet mot tuberkulose ble etablert i Norge i 1889. Da publiserte Den norske lægeforening en instruks med opplysninger om tuberkulosen og dens smittefare med elleve omfattende forholdsregler for å unngå sykdommen. Hovedinnholdet i det som ble kalt «Tuberkuloseplakaten», handlet om å beskytte mot smitten ved hjelp av det lege og professor Francis Harbitz (1928) tre tiår senere, da tuberkulosen var på sitt verste i Norge, kalte «tæringssykes avsondringer av enhver art og sørge for desinfeksjon». «Tæring» ble på denne tiden ofte brukt synonymt med tuberkulose, men egentlig var tæring et generisk begrep anvendt også om andre sykdommer som gjorde at de syke «tæret hen». Som medisinhistoriker Øivind Larsen har påpekt, lå denne forståelsen av en sykdoms symptomer snarere enn dens årsaker også til grunn for synet på tuberkulosen frem til det ble mulig å stille en medisinsk diagnose (siteret i Kvam 2016, ikke paginert).

Det skjedde i 1882, da den tyske legen Robert Koch fant årsaken til tuberkulosen i den smittsomme bakterien *Mycobacterium tuberculosis*, som ifølge Koch bare førte til tuberkulose hvis den som smittet andre, selv hadde sykdommen (Cambau & Drancourt, 2014). Derfor vokste det i samtiden også frem en forståelse for at tuberkulosen ikke bare måtte bekjempes medisinsk, men i tillegg gjennom offentlige reguleringer og forebyggende tiltak. Ett eksempel var de mange tuberkulosesanatoriene som etter hvert ble etablert over hele Europa og i andre deler av verden (Martini et al., 2018), og som sammen med det som senere ble kalt tuberkulosehjem, også ble en del av tuberkulosearbeidet i Norge (Grindheim, 2010). Men oppdagelsen av tuberkulosebakterien utløste samtidig en langvarig strid blant leger om retningslinjene for tuberkulosearbeidet. «Noen leger bøyet seg ikke for mikroskopets dom og forkastet bakteriologien som vranglære», som Sofie Rogstad (2010, s. 6) har formulert det. Deres medisinske forståelse bygget i stedet på en teori som gikk tilbake til antikken om at sykdommer som tuberkulose skyldtes ikke-observerbare urenheter og forurensninger i luften, såkalte luftbårne miasmer, og arvelige disposisjoner.

Miasmeteorien stod ved lag helt til slutten av 1800-tallet og ble først fortrent da nye oppdagelser innen mikrobiologien vant frem. Men selv om den i ettertid er blitt påvist å være feilaktig og til tider latterliggjort, var den til en viss grad også allment akseptert fordi erfaring viste at hygieniske tiltak som vask og lufting for å unngå miasmer ofte hjalp i arbeidet mot dødelige sykdommer. Så sent som i 1887 ble for eksempel Ullevål sykehus i Oslo bygget med utgangspunkt i denne tankegangen (Larsen & Nylenna, 2012).

Det kan ofte være vanskelig å avgjøre hvilke tiltak som virker best i kampen mot alvorlige smittsomme sykdommer. For tuberkulosens vedkommende var for eksempel dødeligheten svært høy tidlig på 1900-tallet, men den sank jevnt de neste 50 årene, og mesteparten av nedgangen kom før det ble utviklet vaksine og medikamentell behandling mot sykdommen. Grunnen var antagelig at det norske samfunnet i disse årene opplevde en markant økning

i folks levestandard, bedre boforhold, ernæring og hygiene og en høyere grad av bevissthet rundt samfunnsmessige forhold som kunne hindre at de som hadde utviklet tuberkulose, smittet andre (Folkehelseinstituttet, 2014).

Når vi skal manøvrere oss i en ukjent situasjon, kan parolen fra hundre år tilbake om ikke å spytte på gulvet og ikke hoste mot noen derfor være et godt utgangspunkt for kampen mot covid-19. Smittevern handler i stor grad om holdninger, og derfor har også helsemyndighetene oppfordret folk til å holde god avstand til hverandre og bruke munnbind mot spredning av covid-19, selv etter at det ble utviklet en vaksine mot sykdommen. Da Norge stod overfor det helsemyndighetene kalte den andre smittebølgen i forbindelse med koronapandemien i november 2020, sa statsminister Erna Solberg at folk må ta sine forholdsregler: «Min beskjed til det norske folk er: Hold dere mest mulig hjemme. Ha minst mulig sosial kontakt med andre. Sammen kan vi snu den skumle utviklingen i smittetallene, men det krever at vi alle er med på en skikkelig dugnad de neste ukene» (Solberg, 2020, ikke paginert).

Statsministeren hadde sine ord i behold da en tredje smittebølge med en mutert og mer smittsom virusvariant nådde Norge i mars 2021, og byrådet i Oslo la ned forbud mot mer enn to besøkende i private hjem, innførte heldigital undervisning på ungdomstrinnet og videregående skole samt videreførte allerede strenge regler om stengte butikker og serveringssteder. I en kommentar til de strenge tiltakene sa assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad: «Dette er godt begrunnede, målrettede, nødvendige og forholdsmessige tiltak. De vil kunne snu smitteutviklingen i Oslo hvis de følges av innbyggerne» (sitert av NTB Nyheter i Dagsavisen, 2021, ikke paginert).

## Et inngrep i den enkeltes frihet

Tiltakene regjeringen innførte i november 2020, gikk i hovedsak ut på at alle i de kommende ukene i størst mulig grad skulle holde seg hjemme og begrense sin sosiale kontakt med andre mennesker. Men det ble også bestemt at det i private hjem, hager eller hytter – med visse unntak – ikke skulle være mer enn fem gjester i tillegg til medlemmene av husstanden (Folkehelseinstituttet, 2020a). Dette skapte naturlig nok debatt rundt hvor langt offentlige myndigheter bør kunne gå ved innføringen av smitteverntiltak uten at dette griper for sterkt inn i den enkeltes frihet, og denne debatten fikk en bredere politisk betydning enn forventet fordi den ble knyttet til at det noen måneder tidligere var blitt innført en egen lov i arbeidet mot covid-19 som ga regjeringen utvidete fullmakter til å handle uten Stortingets godkjenning for å hindre smittespredning. Koronaloven ble vedtatt enstemmig av Stortinget 21. mars 2020 og bifalt ved andregangsbehandling 24. mars. Dette var en midlertidig lov som regjeringen i utgangspunktet ville gi en varighet på seks måneder, men etter komitébehandlingen i Stortinget ble dette endret til at koronaloven kun skulle gjelde i én måned, og ved lovendring av 24. april 2020 ble den forlenget med en måned til frem til 27. mai 2020. Når det gjaldt forskrifter med hjemmel i loven, ble det bestemt at også disse skulle være midlertidige og tre i kraft en dag etter at Stortinget var blitt skriftlig meddelt om nye forskrifter, og oppheves når loven ble det i mai 2020 (Regjeringen, 2020).

Grunnen til at koronaloven ble møtt med ekstra stor oppmerksomhet, var at med denne loven vedtok de folkevalgte også en ny bestemmelse i sin forretningsorden om hvordan «meddelelser fra regjeringen om slike forskrifter raskt og effektivt kan behandles i Stortinget» (Stortinget, 2020, ikke paginert). Aftenposten kalte det en «unntakslov» og intervjuet i den sammenheng jusprofessor Hans Petter Graver, som mente at denne fullmaktsloven ville kunne åpne for å gjøre ting vi i dag kanskje ikke helt kan forestille oss i et demokrati (sitert i Ekroll, 2020, ikke paginert).

Samtidig viste Graver forståelse for at det er nødvendig med ekstraordinære tiltak i situasjoner som dette, men at det i denne saken ble lagt for lite vekt på hvordan regjeringens fullmakter skulle reguleres, for eksempel av rettsapparatet. I Morgenbladet dagen etter at loven ble vedtatt skrev Graver:

Alle kan svikte når panikken kryper på og det er nødvendig å fremstå resolutt og handlekraftig. Det er uheldig at fullmaktsloven er forberedt i hemmelighet. [...] Fullmaktslover i krisetider er alvorlige saker og er ofte en trussel mot rettsstaten. I krisetider er rettsikkerheten ofte et første offer, og sammenbrudd av rettsstaten innledes som oftest med argumenter om krise og unntakstilstand. Situasjonen er særlig farlig når de kritiske røstene mangler, og når regjeringen ikke møter en sterk opposisjon i parlamentet og i befolkningen for øvrig (Graver, 2020, ikke paginert).

Innføringen av koronaloven i 2020 ligner situasjonen før vi fikk den første tuberkuloseloven i Norge i 1900, men måten kampen mot koronapandemien ble organisert på, er veldig forskjellig fra hvordan den organiserte kampen mot tuberkulosen startet i Norge i 1890-årene. Mens det var statlige myndigheter og den norske regjeringen og kommunene som raskt satte i gang tiltak mot koronapandemien i 2020, startet kampen mot tuberkulosen på initiativ av privatpraktiserende leger, sentrale medlemmer i Den norske lægeforening og frivillige organisasjoner. Dessuten var enkelte kommuner involvert, mens staten først kom med da Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme, tuberkuloseloven, ble vedtatt 8. mai 1900 (Nasjonalbiblioteket, 2021, ikke paginert).

Tuberkuloseloven var streng. Den påla de kommunale sunnhetskommisjonene å føre tilsyn med hjem hvor det forekom tuberkulose, og sørge for desinfeksjon når noen døde eller flyttet til en annen bolig. Legene fikk også meldeplikt til sunnhetskommisjonene når det oppstod nye tilfeller, og det ble forbudt for tuberkuløse å arbeide med tilberedelse og salg av matvarer. Det som likevel skapte mest strid, var tuberkuloselovens paragraf 6. Den åpnet for tvangsinnleggelse av tuberkuløse hvis det ikke var mulig å overholde nødvendige forsiktighetsregler i deres hjem. Dette var en sterk inngripen i den enkeltes frihet, og det var uklart hvem som skulle betale for eventuelle innleggelse. Det fantes ikke noe fullgodt behandlingstilbud eller offentlig omsorgsapparat mot tuberkulose, og selv de mest grunnleggende finansieringsordningene og helseinstitusjonene for isolasjon og behandling av tuberkuløse manglet (Grindheim, 2010).

## Et offentlig ansvar

Disse utfordringene har vi ikke i dag i en velutviklet og omfattende velferdsstat. Men de rettspolitiske spørsmålene knyttet til forholdet mellom samfunnsmessig nødvendige smitteverntiltak og respekten for privatlivets fred, er langt på vei de samme som for hundre år siden. Derfor er det også interessant å se at da tuberkuloseloven ble utarbeidet på slutten av 1800-tallet, var det en enda sterkere skepsis mot statlig styring og inngripen i enkeltmenneskers liv og levesett enn vi opplever med dagens koronapandemi. Riktignok var tvangsaspektet overfor den enkelte tuberkuløse mer fremtredende i den langt mer detaljerte tuberkuloseloven enn i koronaloven, som ifølge § 1 bare skulle «legge til rette for forsvarlige og effektive tiltak som er nødvendige for å begrense forstyrrelsen av normale samfunnsfunksjoner som følge av utbruddet av Covid-19, og for å avhjelpe negative konsekvenser for befolkningen, næringslivet, offentlig sektor og samfunnet for øvrig». Dessuten het det i § 2 at «[f]orskriftene kan ikke fravike regler i Grunnloven. Innskrenking av rettigheter kan bare

gjøres så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020, s. 17). Men som Graver påpekte, ville koronaloven kunne ha åpnet for å gjøre ting vi i dag kanskje ikke helt kan forestille oss i et demokrati.

Det var ikke like lett å få igjennom tuberkuloseloven i 1900 som det var med koronaloven i 2020, selv om det den gangen var langt høyere smittetall og dødsfall som følge av tuberkulosen enn det er i dag som følge av covid-19. En grunn til dette var at tiltakene i tuberkuloseloven ville føre til en sterk økning i de offentlige utgiftene, og det harmonerte dårlig med samtidens skepsis mot for sterk statlig inngripen i økonomien. Den største forskjellen fra i dag var likevel at argumenter mot statlig inngripen overfor den enkelte var langt mer utbredt i de medisinske fagmiljøene, og ikke minst kom det frem en motvilje mot offentlige inngrep i private hjem blant mange norske leger (Blom, 1999).

Dette endret seg imidlertid gradvis etter at overlege ved Bergen Sykehus, Klaus Hanssen, som i lengre perioder også var formann i Den norske lægeforening og den første formannen for Den norske Nationalforeningen mot Tuberkulosen fra 1910 til 1914, sammen med medisinaldirektør Michael Holmboe i 1895 la frem et lovforslag som hjemlet en mulighet for nettopp slike inngrep i kampen mot tuberkulosen (Holmboe & Hanssen, 1895). «Ingen kan motsette seg disse undersøkelsene», het det i den radikale loven, som var den første av sitt slag i verden, og derfor kom til å danne mønster for en rekke andre lands lovgivning i kampen mot tuberkulosen utover på 1900-tallet (Sæbø, 1982).

Politisk sett var det viktigste resultatet av tuberkuloseloven av 1900 at det offentlige helsetesenet tok et økt ansvar for den enkeltes helse som vi i dag, med den moderne velferdsstatens utvikling, langt på vei tar som en selvfølge. Det samme gjelder mange av de tiltakene loven åpnet for i offentlig regi, men som var svært radikale for sin samtid, for eksempel virkemidler som meldeplikt ved smitte, tilsyn, tvangsinnleggelse og tvungne hygieniske tiltak. Sammenlignet med dagens situasjon, og debatten om hvilke tiltak som kan redusere spredningen av koronaviruset i den norske befolkning og internasjonalt, fremstår de sterke konfliktlinjene i de medisinske fagmiljøene om privatlivets fred og smitteårsaker til tuberkulosen på slutten av 1800-tallet nærmest uforståelig. Men som tidligere påpekt med henvisning til Brean (2020) kan erfaringene fra debatten rundt tuberkuloseloven også sees på som en påminnelse om å være på vakt mot å bli forført av enkle og skråsikre løsninger på en så alvorlig utfordring som det koronapandemien er. Dette gjelder fra et medisinsk så vel som et samfunnsmessig og rettspolitisk ståsted.

## En dramatisk sykdom med sosiale konsekvenser

Virus- og bakteriesykdommer som korona og tuberkulose rammer folk på forskjellige måter, både når det gjelder den enkelte og grupper av mennesker. De som blir smittet, trenger ikke å utvikle sykdomstegn, eller de kan få milde til moderate utslag av sykdommen, mens den i verste fall kan føre til at mennesker dør. Så langt har vi sett at det er svært få som har dødd av covid-19 i Norge, mens tuberkulosen tok mer enn 180 000 liv i de første femti årene av det forrige århundret. Men også når det gjelder varighet og overlevelse, er det store forskjeller mellom de to sykdommene. Halvannet år etter utbruddet av covid-19 vet vi at sykdomsforløpet ser ut til å være kortvarig og for de aller fleste uten varige men. Det var helt annerledes da tuberkulosen herjet som verst i Norge for hundre år siden.

For de som overlevde med tuberkulose, kunne innleggelse i sykehus, sanatorier og tuberkulosehjem ofte være en sterk fysisk og følelsesmessig påkjenning, slik forfatteren Dag Skogheim (2001) har fortalt om etter at han selv ble rammet av sykdommen bare 15 år gammel i 1943 og først i 1954 kunne forlate Grefsen folkesanatorium. Det var lange dager, som var

strengt regulert av 30 og 60 minutters rutiner med spaserturer, arbeidsterapi, måltider og søvn. I tillegg kom det som ble kalt liggekurene, der pasientene lå på rekke og rad på de etter hvert så karakteristiske verandaene som kjennetegnet behandlingsinstitusjonene for tuberkulose. Verst var det for unge med tuberkulose. De mistet ofte kontakten med familien, arbeidsplassen og vennene sine, og de sosiale konsekvensene kunne være vanskelig å bære i tillegg til selve sykdommen. Derfor ble også de offentlige smitteverntiltakene og institusjonaliseringen av tuberkulose diskutert i medisinske og politiske kretser. Tidligere var det bare spedalske som hadde kunnet isoleres i Norge, men med tuberkuloseloven av 1900 gjaldt dette også tuberkulose. Det førte til at begreper som stigmatisering, isolering og arbeidsløshet ble en del av de tuberkuloses hverdag, og når tuberkulose eller tidligere tuberkulose skulle skaffe seg bolig, ble utfordringene nesten uoverskuelige (Grindheim, 2010).

I likhet med de profesjonsorienterte og politiske diskusjonene rundt smitteverntiltak og forskning på mulige legemidler og medisinske nyvinninger i forbindelse med dagens koronapandemi ser vi fra Holmboes og Hanssens (1895) forarbeider til tuberkuloseloven at de også baserte seg på at kampen mot tuberkulosen måtte føres på flere fronter, oppsummert i tre hovedtiltak: (1) opplysning og informasjon om sykdommen og smitteutbredelsen, (2) restriktive tiltak for å begrense smitteoverføring og (3) behandlingstilbud til de syke. Meldplikten ble legenes ansvar. De skulle rapportere om alle tilfeller av smitteførende tuberkulose til lederne for de lokale sunnhetskommisjonene, som fra 1905 skiftet navn til helseråd, og som hadde ansvaret for oppfølgingen av de tuberkulose. De første helserådene var blitt opprettet allerede på 1700-tallet, som sunnhets- og karantenekommisjoner, og i 1831 fikk alle kjøpsteder, ladesteder og prestegjeld helseråd, som kom til å bli kjernen i det kommunale helsearbeidet i årene fremover (Mykland & Masdalen, 1987).

Dette var ikke minst et resultat av de to koleraepidemiene som herjet landet i 1832–33 og i 1853, hvorav særlig den siste gikk hardt ut over Christianias befolkning. På de snaue tre månedene epidemien varte, døde omtrent 10 prosent av hovedstadens innbyggere, som på denne tiden utgjorde i underkant av 30 000 (Roos, 2017). Som medisinhistoriker Aina Schiøtz (2003) har vist, førte dette også til et gjennombrudd for en ny måte å tenke et offentlig ansvar på når det gjaldt sykdomsbehandling og forebygging, og det fikk stor betydning for innføringen av sunnhetsloven i 1860 (Schjønsby, 2001). Tuberkuloseloven i 1900 bygde videre på sunnhetsloven, og koronaloventen som ble vedtatt i 2020, og håndteringen av covid-19 følger langt på vei de samme prinsippene som ble nedfelt i 1860 når det gjelder det kommunale ansvaret for smitteverntiltak og sykdomsforebygging.

## Statlig strategi med kommunale løsninger

Selv om helserådene forsvant som en egen enhet i 1988, er altså dagens smittevern mot covid-19 langt på vei organisert på samme måte som da tuberkuloseloven i 1900 og sunnhetsloven i 1860 la grunnlaget for en offentlig politikk i kampen mot smittsomme sykdommer. Mens helserådene var kommunale organer bestående av folkevalgte med en statlig ansatt distriktslege som leder, er deres oppgaver nå lagt til kommunene med hjemmel i folkehelsesloven og smittevernloven. Når det gjelder koronapandemien, skal kommunene ifølge smittevernloven § 7-1(1) sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, får tilbud om forebyggende smitteverntiltak, herunder vaksinasjon når det eventuelt blir en mulighet. Kommunelegen har også et ansvar for organisering og ledelse av det lokale smittevern- og massevaksinasjonsarbeidet i kommunen, mens dette ansvaret på regionalt nivå er tillagt ledelsen ved de fire regionale helseforetakene. Her skal det være en lege som står ansvarlig for å koordinere smittevernet i de enkelte helseinstitusjonene, men det er ledelsen ved insti-



tusjonen som har det endelige ansvaret for de tiltakene som settes i verk. Helseforetakene og kommunene har i tillegg en lovpålagt plikt til å samarbeide med de myndighetene som i dag har det som kalles «oppgaver av betydning for de aktuelle smitteverntiltakene, og for å inngå gjensidige samarbeidsavtaler» (Folkehelseinstituttet, 2020b, ikke paginert).

Da den tidligere omtalte fullmaktsloven i kampen mot covid-19 ble vedtatt av Stortinget i slutten av mars 2020, skjedde dette som nevnt med enstemmighet og uten noen forutgående debatt om eventuelle utfordringer knyttet til hva den kunne føre til av inngripen i enkeltmenneskers liv eller sosiale og politiske konsekvenser. Dette var, som Graver (2020) påpekte, ikke uproblematisk, siden fraværet av kritiske røster og en manglende opposisjon i Stortinget ga regjeringen svært vide fullmakter med denne loven i hånd. Dette bekymret også Mestad ved Norges institusjon for menneskerettigheter, som sa: «Vanligvis er lovforslag som er så inngripende som de vi ser nå, ute på høringer med lange frister, men nå går ting veldig raskt» (sitert i Larsen, 2020, ikke paginert). Koronaloven møtte likevel lite motstand i befolkningen eller blant relevante fagmiljøer unntatt hos juridiske eksperter og i deler av pressen, til tross for at den ble forlenget én gang etter opprinnelig å skulle gjelde midlertidig i én måned (Holmøyvik, 2020).

## En samfunnsoppgave

Selv etter at tuberkuloseloven ble vedtatt i mai 1900, tok det lang tid før staten kom med for fullt i tuberkulosearbeidet. I motsetningen til hva tilfellet var i mange andre land i Europa, var ikke det første tuberkulosearbeidet enhetlig organisert eller like faglig forankret i offentlige institusjoner i Norge, slik vi har erfart med dagens reaksjon på covid-19. De første tiltakene for å hjelpe tuberkuløse før tuberkuloseloven kom, ble, som vi har sett, satt i gang av privatpraktiserende leger og frivillige organisasjoner, som åpnet sanatorier og pleiehjem for tuberkuløse, og etter hvert egne tuberkulosehjem. I tillegg fantes det enkelte frittstående lokale tiltak, organisert som lokale foreninger og det som ble kalt tuberkulosekomiteer. Først på slutten av 1890-tallet ble det første statlig drevne sanatorium for tuberkuløse åpnet på Reknes i Molde (Strand, 2000). Det kunne på ingen måte dekke behovet for tuberkuloseplasser for de som ikke hadde råd til selv å betale for dette, og enkelte leger begynte derfor å snakke om at det offentlige måtte engasjere seg mer i byggingen av sanatorier og pleiehjem. Tuberkulosen var blitt en folkesykdom som truet hele det norske samfunnet (Andreassen, 1997).

Det var Den norske lægeforening og frivillige organisasjoner som Norske Kvinners Sanitetsforening (dannet i 1896), Norges Røde Kors (dannet i 1865) og det som fra 1910 ble Den norske Nationalforening mot Tuberkulosen (i dag kjent som Nasjonalforeningen for folkehelsen), som ble drivkreftene i kampen mot tuberkulosen de første årene, selv etter at tuberkuloseloven var vedtatt i 1900. Disse frivillige humanitære organisasjonene, som hadde et utbredt nettverk av lokalforeninger og etter hvert velutviklede organisasjonssekretariater sentralt, kom til å drive et omfattende arbeid på en rekke fronter for å bekjempe tuberkulosen. De drev lobbyvirksomhet og pengeinnsamlinger, Sanitetsforeningen blant annet ved salg av det som het Maibloomsten, og Nasjonalforeningen gjennom innsamlingen av frimerker under tittelen TUBFRIM. Sammen med Røde Kors stod de også for et utstrakt opplysningsarbeid og foredragsvirksomhet gjennom utstillinger og ved hjelp av omreisende lærere, leger og sykepleiersker, som det het den gangen, og som de tre humanitære organisasjonene utdannet mange av med utgangspunkt i tuberkulosearbeidet. Dessuten satte disse organisasjonene i gang flere forebyggende tiltak, som undersøkelser av skolebarn, og de startet flere typer hjelpe- og omsorgstjenester som det det ikke fantes noe offentlig tilbud om:

En lang rekke små og store hjem og sykehus ble etablert: pleiehjem, feriehjem, hjem for tuberkulosetruede barn, syke- og tuberkulosehjem, kysthospitaller, sykehus og sanatorier. Omkring 1950 drev for eksempel Norske kvinners sanitetsforening 19 tuberkulosehjem og 15 kombinerte syke og tuberkulosehjem. Disse hadde til sammen nesten 1200 sengeplasser (Teknisk museum, 2020, ikke paginert).

Rollen de frivillige organisasjonene eventuelt kan ha i arbeidet mot covid-19 og lignende sykdommer i fremtiden, ser ut til å være ganske annerledes enn den de hadde i kampen mot tuberkulosen. Den viktigste grunnen til dette er at de oppgavene de frivillige organisasjonene tok på seg for hundre år siden, i dag er blitt en samfunnsoppgave som offentlige myndigheter har ansvaret for blant annet som følge av politisk press fra de samme organisasjonene innen flere sektorer i det helse- og sosialpolitiske arbeidet. Det betyr likevel ikke at frivillige organisasjoner ikke kan ha en rolle i koronaarbeidet, for eksempel gjennom den forankringen flere av dem fremdeles har i mange lokalsamfunn. I et møte mellom Norges Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norske kvinners sanitetsforening og Helsedirektoratet i mars 2020 kom det for eksempel frem at disse organisasjonene kunne stille sitt organisasjonsapparat og frivillige medlemmer til disposisjon for å bistå kommunene og helsetjenesten i arbeidet med koronautbruddet. Kommunenes ledelse ble i etterkant oppfordret til å kontakte de aktuelle frivillige organisasjonene for å få en oversikt over tilgjengelige ressurser og hvilke oppgaver disse organisasjonene kunne påta seg lokalt i koronaarbeidet (Helsedirektoratet, 2020a).

Helsedirektoratet så i den sammenheng de frivillige organisasjonene som mulige medhjelpere i arbeidet med å hente og levere nødvendige husholdningsartikler fra butikker eller utleveringssteder til personer i hjemmeisolering og karantene. Men til forskjell fra når slike tiltak ble til på de frivillige organisasjonenes eget initiativ for hundre år siden i kampen mot tuberkulosen, skulle de nå, hvis de gikk inn på slike avtaler, motta en klar bestilling fra kommunenes side om tjenesten som skulle utføres, og det var kommunene som skulle ha den direkte kontakten med og oppfølgingen av de lokale butikkene/utleveringsstedene og koordinere hentingene. I en konkretisering av kriteriene for samarbeid fra Helsedirektoratet (2020b) ble dette samarbeidet regulert ned i minste detalj og styrt av nasjonalstatlige myndigheter ovenfra og ned.

Det er så langt uvisst hvor mye det har vært av slikt samarbeid mellom kommunene og de frivillige organisasjonene i møte med koronapandemien, men Røde Kors har på sin hjemmeside fremstilt sitt bidrag til koronaarbeidet som at de opererer som «støtteaktør for myndighetene», og at de er i dialog med nasjonale og lokale myndigheter der det offentlige ikke har kapasitet: «Våre frivillige er i aktivitet over hele landet og bistår blant annet på sykehus, flyplasser og havner. Vi hjelper også med utkjøring av dagligvarer til mennesker i karantene og andre behov i lokalsamfunnene» (Røde Kors, 2020, ikke paginert). For Norsk Folkehjelp (2020) handler det om at deres faste beredskap for Hovedredningssentralen, politi, helseforetakene og kommunene opprettholdes, mens Norske Kvinners Sanitetsforening (2020, ikke paginert) «bidrar til tilpasning og spredning av oppdatert informasjon til alle grupper», og spesielt på språkene dari, farsi og urdu.

## Konklusjon

Måten frivillige organisasjoner i dag eventuelt kan fungere på som «støtteaktører for myndighetene» i koronaarbeidet, er svært forskjellig fra den aktive rollen de spilte som initiativtakere og pådrivere for en sterkere offentlig innsats i kampen mot tuberkulosen for hundre år siden. Det samme gjelder privatpraktiserende leger og kommunene. Da koronapandemien kom til Norge vinteren 2020, var det statlige folkehelsemyndigheter og regjeringen som utformet en strategi for smitteverntiltak og kontroll av covid-19-spredningen med kommunale løsninger. Frivillige organisasjoner ble etter hvert sett på som mulige støttespillere for myndighetene, og da gjennom strengt regulerte avtaler mellom kommunene og de frivillige organisasjonene.

I den moderne velferdsstaten er tiltak mot smittsomme sykdommer noe av det viktigste offentlige myndigheter kan være ansvarlig for overfor innbyggerne. Men samtidig reiser dette noen rettspolitiske spørsmål knyttet til forholdet mellom et samfunns sikkerhetsbehov og den enkeltes frihet. Det var mange leger som var skeptiske til en for sterk statlig inngripen overfor tuberkulose da tuberkuloseloven ble vedtatt i mai 1900, og da den midlertidige koronalovent ble vedtatt i mars 2020, førte det til en debatt ikke bare om hvor grensene for statens makt overfor den enkelte bør gå, men også regjeringens fullmakter og uavhengighet av Stortingets kontrollvirksomhet i kampen mot smittsommes sykdommer som covid-19.

Smittevern handler i stor grad om holdninger. Derfor har også helsemyndighetene oppfordret folk til å holde god avstand til hverandre og bruke munnbind mot spredning av covid-19 selv etter at det ble utviklet en vaksine som stadig flere har fått nytten av. Denne artikkelen er avsluttet i juni 2021, rett etter at Norge igjen ser ut til å åpnes opp etter de strenge tiltakene mot koronapandemiens utfordringer. Men vi vet fremdeles lite om hvordan denne sykdommen vil utvikle seg fremover, og hvilke medisinske og sosiale konsekvenser den vil kunne få på lengre sikt. Derfor bør vi, som for hundre år siden, kanskje også fremover følge helsemyndighetenes råd om «Spytt ikkje på golvet! Host ikkje mot nokon!». For hvis vi gjør det, trenger kanskje ikke myndighetene å få utvidete fullmakter til å kunne gripe inn med sterkere virkemidler mot nye bølger av covid-19 eller andre smittsomme sykdommer i fremtiden.

## Referanser

- Andreassen, T. (1997). *Legene og tuberkulosen. Faser og forutsetninger for tuberkuloseloven av 1900*. Hovedfagsoppgave i historie, Universitetet i Bergen.
- Blom, I. (1999). Frivillige organisasjoner i kamp mot tuberkulose 1900–1940. En norsk-dansk sammenlikning. I T. Janfelt (red.), *Den privat-offentliga gränsen. Det sociala arbetets strategier och aktörer i Norden 1860–1940* (s. 209–240). Nord 1999:9. Nordisk Ministerråd.
- Borza, T. (2001). Spanskesyken i Norge 1918–19. *Tidsskriftet*, (30).  
<https://tidsskriftet.no/2001/12/medisinsk-historie/spanskesyken-i-norge-1918-19>.
- Brean, A. (2020). Koronaseilasen. *Tidsskriftet*, (16). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0866>
- Cambau, E. & Drancourt, M. (2014). Steps towards the discovery of *Mycobacterium tuberculosis* by Robert Koch, 1882. *Clinical Microbiology and Infection*, 20, 196–201.  
<https://doi.org/10.1111/1469-0691.12555>
- Den norske nationalforening mot tuberkulosen (1912). Motivering av forslag til forandring av tuberkuloseloven. *Meddelelser fra Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen*, 2(8).
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Rundskriv om kommunale smitteverntiltak*. Revidert 5. november 2020. [https://www.regjeringen.no/contentassets/5a5099f052864a23a513aff6a7a71b54/rundskriv\\_kommunale\\_smitteverntiltak\\_201105.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/5a5099f052864a23a513aff6a7a71b54/rundskriv_kommunale_smitteverntiltak_201105.pdf).

- Ekroll, H.C. (2020). Jusprofessor om kriselov mot koronaviruset: Åpner for. Gjøre ting som vi i dag ikke kan forestille oss. *Aftenposten*, 18. mars.  
<https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/1A5q5A/jusprofessor-om-kriselov-mot-koronaviruset-aapner-for-aa-gjoere-ting-som>.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse i Norge 1814–2014*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814--2014/>.
- Folkehelseinstituttet (2020a). *Avstand, karantene og isolering*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/avstand-karantene-og-isolering/>.
- Folkehelseinstituttet (2020b). *Samhandling, roller og ansvar*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/veileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/samhandling-og-ansvarsfordeling/innledning/>.
- Folkehelseinstituttet (2021). *Statistikk om koronavirus og covid-19*.  
<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags-og-ukerapporter/dags-og-ukerapporter-om-koronavirus/>.
- Graver, H.P. (2020). Rettsstaten i karantene? *Morgenbladet*, 19. mars.  
<https://morgenbladet.no/ideer/2020/03/rechtsstaten-i-karantene>.
- Grindheim, J.E. (2010). *I menneskets og samfunnets tjeneste. Nasjonalforeningen for folkehelsen 1910–2010*. Universitetsforlaget.
- Hansen, L.I.K. (1986). Koleraen i Christiania i 1853. Ny utgave. *Michael*, 17, 660–911.  
<https://www.michaeljournal.no/i/2020/12/Koleraen-i-Christiania-i-1853>.
- Harbitz, F. (1928). Utviklingen av og retningslinjer for tuberkulosearbeidet i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 48, 1017–31.
- Helgebostad, K.-A., Claudi, T., Hagen, K.B., Kibsgaard Nordberg, E.M., Hana, Ø., Juul, J. H., Svensson, A., Røkenes, M., Bleidvin, I. & Andersen, K. (2020). Smittevernet trues av at utlendinger på jobboppdrag i Norge ikke har rett til sykepenger. *Aftenposten*, 11. desember.  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/eKzeJg/smittevernet-trues-av-at-utlendinger-paa-jobboppdrag-i-norge-ikke-har-r>.
- Helsedirektoratet (2020a). *Korona: Be om bistand fra frivillig sektor og sørg for gode hygienetiltak på kollektivtransport*. Brev datert 11.03.2020.  
[https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Be%20om%20bistand%20fra%20frivillig%20sektor%20og%20sorg%20for%20gode%20hygienetiltak%20pa%20kollektivtransport.pdf/\\_attachment/inline/23b9fd4a-8134-4f81-b1d5-6c7d5c75fa9e:d2123c0ad3d023da327c28785fff03228704b9b7/Be%20om%20bistand%20fra%20frivillig%20sektor%20og%20sorg%20for%20gode%20hygienetiltak%20pa%20kollektivtransport.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Be%20om%20bistand%20fra%20frivillig%20sektor%20og%20sorg%20for%20gode%20hygienetiltak%20pa%20kollektivtransport.pdf/_attachment/inline/23b9fd4a-8134-4f81-b1d5-6c7d5c75fa9e:d2123c0ad3d023da327c28785fff03228704b9b7/Be%20om%20bistand%20fra%20frivillig%20sektor%20og%20sorg%20for%20gode%20hygienetiltak%20pa%20kollektivtransport.pdf).
- Helsedirektoratet (2020b). *Kommunene bør ha avtale for å motta bistand fra frivillige organisasjoner i korona-arbeidet*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/idrett-kultur-fornoyelsesparker-og-frivillige-organisasjoner/frivillige-organisasjoner/kommunene-bor-ha-avtale-for-a-bistand-fra-frivillige-organisasjoner-i-korona-arbeidet#null-sammendrag>.
- Holmboe, M. & Hanssen, K. (1895). *Forslag til offentlige Foranstaltninger mod Tuberkulosen*. Christiania: J. Chr. Gundersens Bogtrykkeri.  
[https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009042803017?page=1](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2009042803017?page=1).
- Holmøyvik, E. (2020). Koronaloven. *Store norske leksikon*. <https://snl.no/koronaloven>.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2020). Prop. 56 L (2019–2020). *Midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven)*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-56-l-20192020/id2694040/>.

- Kvam, M. (2016). Tæring og tuberkulosekamp i Norge. *NHI.NO*, 14. november.  
<https://tidsskriftet.no/2020/10/fra-redaktoren/koronaseilasen>.
- Larsen, M.H. (2020). Menneskerettslig balansekunst. *Nationen*, 15. desember.  
<https://eavis.nationen.no/#reader/296739/1/2572861525>.
- Larsen, Ø. & Nylenna, M. (2012). Kampen om smitten. *Michael*, 11.  
<https://www.michaeljournal.no/i/2012/11/Kampen-om-smitten>.
- Martini, M., Besozzi, G. & Barberis, I. (2018). The never-ending story of fight against tuberculosis: from Koch's bacillus to global control programs. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 59(3), E241–E247. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196368/>.
- Mykland, L. & Masdalen, K.-O. (1987). *Administrasjonshistorie og arkivkunnskap: kommunene*. Universitetsforlaget.
- Nasjonalbiblioteket (2021). *Tuberkuloseloven*. <https://www.nb.no/artikler/tuberkuloseloven/>.
- Norsk Folkehjelp (2020). *Retningslinje for operativ innsats under koronapandemien. Covid-19 5.11.2020*.  
<https://folkehjelp.no/files/Redningstjeneste-og-forstehjelp/Covid-19/Retningslinje-for-operativ-innsats-under-koronapandemien-05-11-2020.pdf>.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (2020). *Om korona*. <https://sanitetskvinnene.no/om-korona>.
- NTB Nyheter (2021). Raymond Johansen: Det er ingen tvil om at vi er inne i en tredje smittebølge. *Dagsavisen*, 15. april.  
<https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2021/03/15/raymond-johansen-det-er-ingen-tvil-om-at-vi-er-inne-i-en-tredje-smittebolge/>.
- Pedersen, A.G. (2007). Dødelighetsmønsteret i endring: Fra infeksjoner til livsstil. I R.R. Bore (red.), *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Regjeringen (2020). *Forskrifter med hjemmel i koronaloven*.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/forskrifter-med-hjemmel-i-koronaloven/id2695150/>.
- Rogstad, S. (2010). Norsk smittevernpolitikk år 1900 og 1994. Fra synd, fra sorg, fra fare ... . *Arkivmagasinet*, 2/10, 6-10.
- Roos, M. (2017). Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera – tiltak og pressedekning i 1853. *Michael*, 14, 199–216.  
<https://www.michaeljournal.no/i/2017/09/Praktisk-Viisdom-i-Foranstaltninger-mod-Cholera-tiltak-og-pressedekning-i-1853>.
- Røde Kors (2020). *Korona: Dette gjør Røde Kors*.  
<https://www.rodekors.no/vart-arbeid/beredskap/pandemi/korona-rode-kors/korona-dette-gjor-rode-kors/>.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget.
- Schjønsby, H.P. (2001). Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskriftet*, 10. januar 2001.  
<https://tidsskriftet.no/2001/01/merkesteiner-i-norsk-medisin/innforingen-av-sunnhetsloven-i-1860>.
- Skogheim, D. (2001). *Sanatorieliv – fra tuberkulosens kulturhistorie*. Tiden Norsk Forlag.
- Solberg, E. (2020). – Hold dere hjemme, ha minst mulig sosial kontakt. *Statsministerens kontor og Helse- og omsorgsdepartementet*. Pressemelding 5. november 2020.  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/-hold-dere-hjemme-ha-minst-mulig-sosial-kontakt/id2783763/>.
- Strand, R. (2000). *Lær deg å elske de nære ting. Nasjonalforeningen i Møre og Romsdal gjennom hundre år*. Nasjonalforeningen i Møre og Romsdal.

Stortinget (2020). *Koronaloven*.

<https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Nyhetsarkiv/Hva-skjer-nyheter/2019-2020/skal-behandle-fullmaktslov/>.

Sæbø, Ø. (1982). *Tuberkuloseloven av 8/5 1900 og dens forutsetninger*. Hovedoppgave i historie, Universitetet i Bergen.

Teknisk museum (2020). *Folkesykdommen tuberkulose*.

<https://tekniskmuseum.no/tuberkulose-i-norge>.

World Health Organization (WHO) (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*.

<https://covid19.who.int>.