
Smittesporing ved seksuelt overførbare infeksjoner i Norge gjennom 120 år

MEDISINSK HISTORIE

ÅSE HAUGSTVEDT

aahaugs@online.no

Olafiaklinikken

Oslo universitetssykehus

Åse Haugstvedt er overlege og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE KVEIM LIE

Avdeling for samfunnsmedisin og global helse

Universitetet i Oslo

Anne Kveim Lie er førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Smittesporing har fått ny aktualitet grunnet covid-19, men har lenge vært viktig i bekjempelsen av seksuelt overførbare infeksjoner. I denne artikkelen vil vi belyse hvordan smittesporingen ved seksuelt overførbare infeksjoner i Norge har endret seg de siste 120 årene.

MATERIALE OG METODE

Kildegrunnlaget er årsberetninger fra Kristiania Sundhetskommisjon og Oslo Helseråd, årsrapporter fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer ved Folkehelseinstituttet (MSIS), skjema for innkalling av pasienter, et originalt maskinskrevet manuskript av helseinspektør Harald Christian Gjessing (1896–1988) samt personlige meddelelser fra Øivind Jul Nilsen, seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet.

RESULTATER OG FORTOLKNING

Smittesporing er i varierende grad dokumentert i årsberetningene fra Kristiania Sundhetskommisjon fra slutten av 1800-tallet og fram til dagens MSIS-rapporter. Politiet var sterkt involvert i kontrollen av kjønnssykdommene på slutten av 1800-tallet, men legene overtok mer av ansvaret ut over 1900-tallet. Under den annen verdenskrig ble igjen politiet mer involvert i kontroll og smittesporing. I 1947 kom lov om åtgjerder mot kjønnssykdommer, som stadfestet behandlende leges plikt til å utføre smittesporing. Denne loven ble erstattet av smittevernloven i 1995. Kvaliteten på smittesporingen over tid er noe vanskelig å vurdere, da datagrunnlaget for statistikken har endret seg. Fra å være et moralsk anliggende, med sterke elementer av tvang og hjelp fra sedelighetspolitiet, ble smittesporing etter hvert basert på frivillighet og samarbeid mellom lege og pasient.

Hovedfunn

Smittesporing har vært en sentral del av forebyggingsstrategien mot seksuelt overførbare infeksjoner i Norge de siste 120 år.

I løpet av denne perioden har smittesporingsansvaret blitt forskjøvet fra jussen til medisinen.

Smittesporing var et anliggende for politiet i første halvdel av 1900-tallet, men etter hvert ble sporingen basert på tillit og samarbeid mellom helsepersonell og pasient.

Covid-19-pandemien har bidratt til at leger og befolkningen generelt har fått forståelse av hvor viktig smittesporing er for det generelle smittevernet.

Smittesporingen ved seksuelt overførbare infeksjoner har derimot vært lite framme i offentligheten. Vi ønsker derfor å belyse hvordan smittesporingen ved seksuelt overførbare infeksjoner og lovverket denne er basert på, har endret seg i Norge de siste 120 årene.

Smittesporing innebærer å finne kontakter og tilby disse undersøkelser og eventuell behandling. Under koronapandemien har vi sett hvor viktig det er å spore opp kontakter for å få testet dem, siden en person kan rekke å smitte mange andre dersom vedkommende ikke er klar over at hen er smittet. I venerologien har smittesporing, i tillegg til testing og behandling, i over hundre år vært viktig som ledd i å bekjempe seksuelt overførbare infeksjoner. Enkelte av disse, som hiv (humant immunsviktvirus) og syfilis, er uten behandling potensielt dødelige. Smittesporing er derfor viktig for å fange opp asymptomatiske personer som ikke nødvendigvis ville ha testet seg.

Dagens juridiske grunnlag for smittesporing er smittevernloven av 1995, som har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer (1). Loven omfatter de seksuelt overførbare infeksjonene som er definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer: hiv, syfilis, gonoré, genital klamydia (inkludert lymfograduloma venereum) samt hepatittene A, B og C. Ved mistanke om allmennfarlig smittsom sykdom ytes stønad til dekning av utgifter

ved undersøkelse hvis pasient eller lege har grunn til å tro at smitte foreligger selv om infeksjon ikke påvises. Legen som diagnostiserer sykdommen, har ansvaret for smittesporingen (§ 3 - 6), men oppgaven kan delegeres til annet helsepersonell. Pasientene har etter § 5 - 1 plikt til å samarbeide om smittesporingen (1, 2).

Forebygging av smittsomme sykdommer reiser noen etiske dilemmaer. Hvor inngripende overfor enkeltindividet kan staten være av hensyn til fellesskapets helse? Dette er særlig vanskelig når det gjelder seksuelt overførbare sykdommer, som ofte føles stigmatiserende. Medisinhistorikeren Peter Baldwin har hevdet at de skandinaviske landene i perioden 1830–1930 skilte seg fra en rekke andre europeiske land da de gradvis innførte smittesporing og gratis medisinsk behandling (3). Denne påstanden har vært omdiskutert og kritisert for å være for generaliserende (3, 4). Men det står fast at de «mest trengende» fra 1899 fikk gratis medisiner, og ut over første halvdel av 1900-tallet tilbød poliklinikker i de største byene gratis behandling i Norge (3).

Smittesporingens historie er et forsømt forskningsfelt både internasjonalt og i Norge. En av grunnene er mangel på kilder (4–7). Historikeren Ida Blom har beskrevet hvordan lovverket i Sverige, Danmark og Norge la føringer for blant annet smittesporing i perioden 1800–1950 (3, 8). I Norge har Elisabeth Koren undersøkt smittesporing i Bergen i perioden 1880–1927 og vist at den preventive kontrollen med prostituerte fortsatte der i mer enn 20 år etter at den var opphevet i Kristiania (4).

Vi vil her beskrive gjennom eksempler fra hovedstaden hvordan smittesporing ved seksuelt overførbare infeksjoner har endret karakter i perioden 1900–2020.

Materiale og metode

Som primærkilder har vi benyttet særtrykk av eldre artikler i Tidsskriftet, gamle innkallingsskjemaer, årsberetninger fra Kristiania Sundhetskommisjon og Oslo Helseråd; (hvert 10. år fra 1900 til og med 1980 samt fra 1945), årsrapporter fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) fra 1993, 2000, 2010, 2018, 2019 og 2020 samt et originalt maskinskrevet manuskript skrevet av helseinspektør Harald Christian Gjessing (1896–1988) ved daværende Oslo Helseråd. Manuskriptet er oppbevart på Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus. Data for årene 1993, 2000 og 2010 er meddelt personlig av Øivind Nilsen ved Folkehelseinstituttet, da de ikke foreligger på nett. Vi har søkt i Bokhylla.no og har også brukt sekundærlitteratur identifisert ved søk i databasen History of science, technology and medicine. Vi har brukt den terminologien (også for begrepene som tilsvarende seksuelt overførbare infeksjoner) som brukes i våre kilder i de enkelte epokene.

Resultater og diskusjon

Sykdommene, lovverket og seksualmoralen

På 1800-tallet var forebygging av det som den gang ble kalt venerisk sykdom, ikke bare en medisinsk oppgave. Den kollektive helsen skulle beskyttes, men også samfunnets seksualmoral, og valg av forebyggende strategi handlet i like stor grad om hva samfunnet anså som akseptabel seksuell oppførsel (9). Kontroll av prostitusjon var den viktigste måten å forebygge venerisk sykdom på 1800-tallet. I Kristiania ble prostituerte underlagt et strengt kontrollregime, med jevnlige kontroller hos politilegen (9, 10). Den prostituerte med påvist seksuelt overført sykdom ble innlagt i sykehus, selv om det ikke fantes effektiv behandling. Menn var det tydeligvis ikke så nøye å kontrollere, man regnet uansett med at det var den «løsaktige» kvinnen som var smitekilden (3, 4). I 1860 kom sunnhetsloven (3, 11). I hver kommune skulle man opprette en sunnhetskommisjon, som fikk vide fullmakter og rett til å isolere syke. Sunnhetsloven åpnet for bruk av tvang dersom den syke kunne smitte andre. Kjønnssykdommer og smittesporing ble ikke omtalt spesifikt i loven, men sunnhetskommisjonene fikk i oppgave å innkalle mulige smitekilder (3, 4).

I 1888 ble den offentlige reguleringen av prostitusjon avskaffet i Kristiania, og politiet kunne ikke lenger innkalle kvinner til legekontroll. Samme år kom nye kommunale forskrifter i Kristiania (utarbeidet av helserådet med utgangspunkt i sunnhetsloven fra 1860). De ga legene mer ansvar for å bekjempe venerisk sykdom (3). Velbegrunnet mistanke skulle være en forutsetning for medisinsk undersøkelse, og obligatorisk behandling og meldeplikt ble innført. Siden forskriften kom samme år som reguleringen av prostitusjon ble opphevet, er det nærliggende å anta at begrepet «velbegrunnet mistanke» kan sikte til mistanke om prostitusjon og om såkalt umoralsk atferd. Koren skriver at politiet også kunne undersøke «saadane som ved udsvevende levesett er at befrykte at sprer smitte» (4), men behandlingen var fremdeles ikke gratis, og pasientene var ikke pliktige til å oppgi smitekilder. Legene ble oppfordret til å gjøre smittesporing, men fikk fortsatt god hjelp av politiet (3).

I Norge ble det gjort flere forsøk på å vedta ny lov om kjønnssykdommer i perioden 1892–1923, men denne ble først vedtatt i 1947. Motstanden var dels begrunnet i økonomi og dels politisk uenighet om myndighetenes rolle i bekjempelsen av kjønnssykdommene (4). Svenskene fikk sin Lex Veneris allerede i 1918. Den stadfestet rett til gratis behandling for kjønnssykdommer, og smittesporing ble obligatorisk (3, 4). De norske sjømennene fikk imidlertid rett til gratis behandling av kjønnssykdommer etter Brussel-avtalen allerede i 1935 (12).

Ordenes makt

I årsberetningen fra Kristiania i 1899 står det:

«Af de modtagne Anmeldelser indeholdt 267 saadanne Oplysninger om Smittekilden, at de gav anledning til Efterforskning; i 180 Tilfælde gav denne Efterforskning et Resultat. (...) 34 Gange har man i Aarets Løb tilskrevet

Politiet for at erholde Assistance ved Eftersporingen af Smittekilder» (13).

Anmeldelser betød tilfeller av veneriske sykdommer som ble meldt til sunnhetskommisjonen/helserådet i Kristiania/Oslo fra praktiserende leger og sykehus. *Efterforskning* innebar innkalling av såkalte smittekilder via posten (rekommanderte brev) fra sunnhetskommisjonens kontor/helserådet (figur 1). Smittekildene ble meldt inn skriftlig i en smitteprotokoll. Hvis smittekilden ikke møtte til fristen, ble sedelighetspolitiet (egen avdeling i politiet som skulle ta seg av spørsmål knyttet til seksualmoral) bedt om å finne og framstille vedkommende til undersøkelse ved Oslo Helseråd (figur 2). Sedelighetspolitiet bisto også dersom pasienter ikke møtte til kontroll etter behandling. De politiaktige termene *anmeldelse* og *etterforskning* viser hvordan forebygging av venerisk sykdom var tett knyttet til moralsk kontroll. Omtalen av begrepet *smittekilde* tyder på at de trodde det var mulig å finne den ene personen som var årsaken til smitten. Gjessing definerte for eksempel smittekilde i en artikkel om smittesporing som «en person fra hvem smitten skriver seg» (14). I dagens smittesporing bruker vi ikke begrepene *smittekilde*, *anmeldelse* eller *etterforskning*. Pasienten som smittesporingen tar utgangspunkt i, kalles *indekspasient* og personer som oppgis av pasienten kalles *kontakter*. De kontaktene man får tak i og som viser seg å ha infeksjonen, blir så til nye indekspasienter (2).

Oslo Helseråd den.....

Navn.....

Adresse.....

De pålegges herved å møte i Oslo Helseråd, Stenersgt.11 hos
dr..... innen 1 uke /til kontroll,/
på grunn av angivelig forbinneise med en person lidende av
kjønnssykdom./

Mötetid for menn: Hver dag kl. 9-11, samt torsdag kl. 17-19.

Mötetid for kvinner: Hver dag kl. 9-10, samt mandag kl. 17-19.

Hvis De ikke møter innen nevnte frist, kan dette medføre
straffansvar ifølge Straffeloven av 1902 § 357.

Er De forhindret fra å møte innen nevnte frist eller De i
sakens anledning har søkt annen lege, må De sharest underrette
overlegen ved avdeling for veneriske sykdommer.

Tlf. sentralbord : 201070.

For overlegen

Figur 1 Innkallingsbrev, Oslo Helseråd (ukjent dato).

Oslo

Fra avdeling for veneriske sykdommer, Oslo Helseråd

Til Oslo Politikammer, Kriminalavdelingen.

Ifølge lov om åtgjerdelse mot kjønnssykdommer av 12. desember 1947

§ 11 vil man be om politiets hjelp til å få oppsporet og fremstilt

i Oslo Helseråd for dr.

nedennævnte person som er oppgitt som kontakt/ smittekilde /

er uteblitt fra kontroll.

Etternavn Fornavn

Alder

Bopel

Arbeidssted

Tilholdssted (ferdes)

Signalement

Dato for angivelig infeksjon

Sted for angivelig infeksjon

Innkalt ved rekommandert brev

Brev i retur / ikke hentet / flyttet / ukjent.

For overlegen

Figur 2 Brev med anmodning om assistanse fra Oslo Helseråd til Oslo Politikammer (ukjent dato).

Internering på Hovedøya

Under den annen verdenskrig økte antall tilfeller av kjønnssykdommer, og politiet fikk igjen en fremtredende rolle (15). De foretok razziaer på kafeer og restauranter der tyske menn møtte norske kvinner, og kjørte samtlige kvinner til Oslo Helseråd. I fredsåret 1945 ble 1 301 kvinner fremstilt til undersøkelse av politiet selv om de *ikke* var oppgitt som smittekontakter (16). Kvinnene ble igjen innhentet av politiet på danserestauranter og tvunget til undersøkelse neste dag (17). Menn ble ikke underlagt tvungen undersøkelse. Prosedyren var en del av myndighetenes straff for mulig omgang med tyskere, men smittevern

ble angitt som hovedgrunn i de offentlige dokumentene. 218 av de 1 301 kvinnene var syke med gonoré og/eller syfilis (16). 142 ble innlagt på sykehus, og mange ble internert på Hovedøya etter krigen (17–21). I en filmavis fra NRK fra 1945 sier reporteren blant annet at Helsedirektoratet i samarbeid med Oslo Helseråd og politiet hadde satt seg i spissen for interneringen. Myndighetene antok at omtrent 75 % av de 1 301 var smittefarlige, mens det reelle tallet var omtrent 17 % (16, 17, 22). Slik ble frykt for både moralsk og medisinsk smitte sammenblandet i en historie som fremdeles er lite kjent.

Smittesporing i etterkrigsårene

Myndighetene innså til slutt at obligatorisk og gratis behandling til alle innbyggere var viktig for å bekjempe kjønnssykdommer, og i 1947 kom lov om åtgjerder mot kjønnssykdommer. Denne stadfestet behandlende leges plikt til smittesporing, gratis behandling til alle samt pasientens plikt til å la seg undersøke og behandles (8). Kjønnssykdommene som den gang ble omfattet av loven, var syfilis, gonoré, bløt sjanker og lymfogranuloma venereum.

Individuell frihet og det å vinne pasientens tillit i smittesporingen fikk økt oppmerksomhet. Daværende helseinspektør ved venerisk avdeling i Oslo Helseråd, Harald C. Gjessing, gav noen detaljer om smittesporing i en artikkel i 1949: «En læge som opptrer med konduite og velvilje vil lettere få positive svar på sine spørsmål.» Det måtte presiseres at man ikke hadde til hensikt å skade pasienten eller smitekilden, og ofte visste pasienten bare fornavnet på partneren sin, skrev Gjessing. Pasienten måtte da oppfordres til «å søke vedkommende på samme sted hvor han møtte ham/henne første gang. Videre kan signalement være av en viss betydning, for eksempel omtrentlig alder, høyde, lys eller mørk, tykk eller tynn, dialekt, eiendommeligheter i klesdrakt eller andre spesielle kjennetegn.» (14).

Gjessing skrev også om kreativ bruk av virkemidler:

«Som smittekilde ble oppgitt en ... pike,fornavn x....l. Arbeidssted X-hotell. Vi ringte til hotellet og sa at det var en forespørsel fra Oslo kommune.. og spurte om en pike ved navn x.... var ansatt der. Vi fikk til svar at hun nylig var sluttet og at hotellet ikke visste hvor hun bodde. Vi fikk imidlertid oppgitt hennes etternavn. Vi ringte deretter til fremmedkontoret og fikk adressen til hennes vertsfolk. Så ble piken innkalt og det viste seg at vi hadde fått tak i den riktige». (Gjessing HC, «Bekjempelsen av de veneriske sykdommer», 1956, originalt (upublisert) maskinskrevet manuskript oppbevart på Olafiaklinikken).

Det er kanskje ikke så rart – all den tid sex mellom menn var forbudt inntil 1971 – at kildene aldri omtaler sex mellom personer av samme kjønn. Når det gjelder menns og kvinners rolle i smittespredningen, ser vi det som tidligere beskrevet at *kvinnene* ofte blir gitt ansvaret for smitten:

«Det hender ikke sjelden at flere menn uavhengig av hverandre, utpeker en bestemt kvinne som smittekilde for gonoré. I slike tilfeller kan man med stor sikkerhet gå ut fra at hunersmittekilden selv om det ikke skulle lykkes å påvise gonoré»

(Gjessing HC, «Bekjempelsen av de veneriske sykdommer», 1956, originalt (upublisert) maskinskrevet manuskript oppbevart på Olafiaklinikken).

Her ser vi at det så sent som på 1950-tallet ble insinuert det vi kjenner godt fra kjønnssykdommenes historie: De løsaktige kvinnene ble sett på som et slags reservoar av smitte, så vel som seksuell umoral.

Smittesporing 1900–80

I årsberetningene fra 1900 og fram til 1980 kan vi se det totale antallet meldte tilfeller av kjønnssykdommer og hvor mange smittekilder som ble oppsporet, altså hvor mange av de oppgitte kontaktene man faktisk fikk undersøkt (tabell 1). Antall smittekilder er direkte hentet fra årsberetningene fra Kristiania Sundhetskommisjon/Oslo Helsesråd (23–31). Vi vet ikke sikkert om registreringen foregikk på samme måte i hele denne perioden, og vi mangler antall smittekilder for årene 1930 og 1940. Det kan imidlertid se ut som at smittesporingen var mer vellykket i perioden 1950–80 enn før 1950 (tabell 1). For eksempel ble det i årsberetningen for 1970 meldt om totalt 2 851 tilfeller av kjønnssykdom, hvorav 467 hadde oppgitt smittekilder i utlandet eller utenfor Oslo. Av de resterende 2 384 ble det funnet 1 542 smittekilder i Oslo:

Tabell 1

Antall meldte tilfeller av kjønnssykdommer (gonoré, syfilis, bløt sjanker) og antall oppsporede smittekilder (dvs. hvor mange av de oppgitte kontaktene som møtte til undersøkelse) i årsberetningene hvert 10. år i perioden 1900–80 (23–31).

Årstall	Meldte tilfeller av kjønnssykdommer totalt i Kristiania/Oslo	Oppsporede smittekilder
1900	3 297	141
1910	2 092	103
1920	2 691	35
1930	2 613	ukjent
1940	1 526	ukjent
1945	2 778	614
1950	841	254
1960	848	413
1970	2 851	1 542
1980	3 440	1 474

«Man vil da se at det på 2384 pasienter er funnet 1542 smittekilder hvilket svarer til at smittekilder i Oslo er oppsporet i ca. 65 pst» (30).

Til sammenligning ble i 1920 kun 35 smittekilder av 2 691 meldte tilfeller av kjønnssykdommer oppsporet, noe som var betydelig lavere enn i 1970 (tabell 1) (25).

Dagens smittesporing

Etter 1980 har vi ikke funnet data på oppsporede smittesporer. Vi har heller ikke funnet noen dokumentasjon på smittesporing i perioden 1980–93. Fra 1993 ble registreringen endret fra summarisk meldeplikt for gonore og syfilis til individuell anonym overvåking (på samme måte som hiv fra 1985). Etter 1993 er det kun dokumentert hvor mange av pasientene med gonore, hiv og syfilis som har blitt testet *på grunnlag av smittesporing*. Det vil si at antall smittesporer ikke lenger registreres, og smittesporingen etter 1980 kan ikke direkte sammenliknes med perioden 1900–80.

Dagens smittesporing er imidlertid ikke helt ulik tidligere tiders smittesporing, selv om nye arenaer er kommet til. Olafiaklinikken benytter gule sider, datingnettsteder eller tar kontakt med vertskap for sexfester – et detektivarbeid – for å finne en smittesporer. Når indekspasienten oppgir kun ett navn på en kontakt, finner man kanskje et telefonnummer i gule sider. Da kan det vise seg å være en helt annen person med samme navn som svarer. Andre ganger har pasientene hatt full oversikt og levert navneliste med et titalls smittesporer for syfilis, gonore eller hiv.

Men hvor «god» er egentlig dagens smittesporing? Øivind Nilsen ved Folkehelseinstituttet har i personlig meddelelse oppgitt dataene for årene 1993, 2000 og 2010, da disse ikke foreligger på nett. For 2018–20 er tallene hentet direkte ut fra årsrapportene til Folkehelseinstituttet (32–34) (tabell 2). Når vi legger sammen antall pasienter med enten gonore, syfilis eller hiv som er testet på grunnlag av smittesporing i disse seks årene (1993, 2000, 2010, 2018–20 (totalt 1 020 personer)), finner vi at disse utgjør ca. 14 % av det totale antallet pasienter med påvist smitte. Dette innebærer at ca 14 % ikke nødvendigvis hadde testet seg dersom de *ikke* hadde blitt innkalt som smittesporer, og kunne ha smittet mange innen eventuelle symptomer oppsto. Det kan imidlertid være flere pasienter som testet seg på grunnlag av smittesporing, men som allikevel ble registrert til MSIS under annen årsak, for eksempel PrEP (preeksponeringsprofylakse) kontroll.

Tabell 2

Antall meldte tilfeller av gonore, hiv og tidlig syfilis sammenlagt til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og antall av disse som ble testet på grunnlag av smittesporing i perioden 1993–2020 (Ø. Nilsen, personlig meddelelse og Folkehelseinstituttets årsrapporter (32–34)).

Årstall	Tilfeller av gonore, hiv og syfilis totalt	Antall positive som ble testet på grunnlag av smittesporing
1993	461	44
2000	470	53
2010	788	101
2018	2 080	309
2019	2 081	212
2020	1 469 ¹	301

Årstall	Tilfeller av gonoré, hiv og syfilis totalt	Antall positive som ble testet på grunnlag av smittesporing
Totalt	7 349	1 020

¹ sosial nedstenging grunnet covid-19

En grundig smittesporing tar tid og blir lett nedprioritert i en travel hverdag. I årsrapporten 2020 fra Folkehelseinstituttet skriver de:

«Systematisk smitteoppsporing rundt hvert diagnostiserte tilfelle er derfor en gyllen anledning og et svært effektivt og viktig virkemiddel for å spore opp asymptomatiske bærere og dermed bryte smittekjeden» (34).

Sitatet som dermatovenerologen E. Gundersen skrev i 1929 er derfor like aktuelt den dag i dag (35):

«... Thi det viktigste middel til å begrense syfilis er ikke den tidlige behandling, men at smittekildene oppspores og kommer under behandling. Hvad hjelper det om 20 - 30 mann med primærlues kommer tidlig under behandling, når det fra den samme smittekilde stadig infiseres nye individer».

Konklusjon

I Norge ble plikten til å foreta smittesporing først vedtatt i nasjonal lov i 1947. I første halvdel av 1900-tallet var smittesporingen hovedsakelig basert på tvang og bruk av politiets assistanse, men i de siste 70 år har man lagt mer vekt på samarbeid og tillit. Registrering av smittekilder (det som i dag kalles kontakter) gjøres ikke lenger, men smittesporing er fremdeles like viktig. Det kan være mye å hente på å intensivere dette arbeidet, men smittesporing krever tid og ressurser enten det gjelder seksuelt overførbare infeksjoner eller covid-19.

Artikkelen er fagfelleurdert.

REFERENCES

1. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55> Lest 18.6.2022.
2. Folkehelseinstituttet. Smitteoppsporing ved seksuelt overførbare infeksjoner - veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/16.-smitteoppsporing-ved-seksuelt-o/> Lest 18.6.2022.
3. Blom I. Fighting venereal diseases: Scandinavian legislation c.1800 to c.1950. *Med Hist* 2006; 50: 209–34. [PubMed][CrossRef]
4. Koren E. «En trusel for selve Samfundene» Venerisk sykdom: medisinsk forståelse og moraldebatt i Norge 1880-1927. Hovedoppgave. Bergen:

Humanistisk fakultet, Universitetet i Bergen, 2003.

[https://bora.uib.no/bora-](https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/1653/Masteroppgave-koren.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[xmlui/bitstream/handle/1956/1653/Masteroppgave-koren.pdf?](https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/1653/Masteroppgave-koren.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[sequence=1&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/1653/Masteroppgave-koren.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Lest 18.6.2022.

5. Davidson R. 'Searching for Mary, Glasgow': contact tracing for sexually transmitted diseases in twentieth-century Scotland. *Soc Hist Med* 1996; 9: 195–214. [PubMed][CrossRef]
6. Kampf A. A 'little world of your own': stigma, gender and narratives of venereal disease contact tracing. *Health* 2008; 12: 233–50. [PubMed][CrossRef]
7. Cowan FM, French R, Johnson AM. The role and effectiveness of partner notification in STD control: a review. *Genitourin Med* 1996; 72: 247–52. [PubMed][CrossRef]
8. Blom I. Medicine and morality – legislation on venereal diseases in Denmark and Norway c. 1900–1994. *Michael* 2010; 7: 321–30.
9. Melby K. Prostitusjon og kontroll. En analyse av debatten om prostitusjon, kontroll av prostituerte kvinner og venerisk sykdom i Kristiania 1860-1900. Hovedoppgave. Humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 1977.
10. Schiøtz A. Prostitusjon i Kristiania ca. 1870-1890: En sosialhistorisk undersøkelse. Hovedoppgave. Humanistisk fakultet, Universitetet i Oslo, 1977.
11. Schjøsby HP. Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 80–1. [PubMed]
12. Koren ES. Helse til sjøs og i fremmed havn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3259–63. [PubMed]
13. Ustvedt Y. Beretning fra Kristiania Sundhedskommission for Aaret 1899. Kristiania: J. Chr. Gundersen Bogtrykkeri, 1900.
14. Gjessing HC. Oppsporing av veneriske smittekilder og spredningskontakter – En viktig oppgave for den praktiserende læge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1949; 69: 92–3.
15. Gjessing HC. Jakt etter veneriske smittekilder i Oslo under og etter den annen verdenskrig. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1949; 69: 296–9. [PubMed]
16. Madsen A. Beretning fra Oslo Helseråd for året 1945. Oslo: J.Chr. Gundersen Boktrykkeri, 1947.
17. Papendorf K. Siktet som tyskertøs: rettsoppgjøret i videre forstand. Oslo: Novus forlag, 2015.
18. Johannesen MW. Tyskertøsene: myndighetenes behandling og befolkningens reaksjoner. Haugesund: Vormedal forlag, 2016.

19. Pedersen TA. Tyskerjenter i Norge Reaksjoner og klippeaksjoner, 1940-1946 Masteroppgave. Humanistisk fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/23580/pedersen_47508.pdf?sequence=2 Lest 18.6.2022.
20. Smedsrud MS. Kvinner som spredte kjønnssykdommer ble stuert vekk på øy under krigen. Apollon 30.11.2021.
https://www.apollon.uio.no/artikler/2021/4_tyskerjentene.html Lest 18.6.2022.
21. Kalle LC. Det hemmelige landssvikoppjøret. NRK 11.5.2015.
<https://www.nrk.no/ytring/det-hemmelige-landssvikoppjøret-1.12351065> Lest 18.6.2022.
22. Ekanger A. Tyskerjentenes straff. NRK 18.3.2008.
<https://www.nrk.no/vestland/tyskerjentenes-straft-1.5149987> Lest 18.6.2022.
23. Ustvedt Y. Beretning fra Kristiania Sundhedskommission for Aaret 1900. Kristiania: J. Chr. Gundersen Bogtrykkeri, 1901.
24. Ustvedt Y. Beretning fra Kristiania Sundhedskommission for Aaret 1910. Kristiania: J. Chr. Gundersen Bogtrykkeri, 1911.
25. Schou P. Beretning fra Kristiania Sundhedskommission for Aaret 1920. Kristiania: J. Chr. Gundersen Bogtrykkeri, 1921.
26. Schou P. Beretning fra Kristiania Sundhedskommission for Aaret 1930. Kristiania: J. Chr. Gundersen Bogtrykkeri, 1931.
27. Gundersen E. Beretning fra Oslo Helseråd for året 1940. Oslo: J.Chr. Gundersen Boktrykkeri, 1941.
28. Gjessing HC. Beretning fra Oslo Helseråd for året 1950. Oslo: J. Chr. Gundersen Boktrykkeri, 1952.
29. Gjessing HC. Beretning fra Oslo Helseråd for året 1960. Oslo: J. Chr. Gundersen Boktrykkeri, 1962.
30. Gundersen T. Beretning fra Oslo Helseråd for året 1970. Oslo: Aas Wahls Boktrykkeri, 1972.
31. Gundersen T. Beretning fra Oslo Helseråd for året 1980. Mysen: Indre Smaalenes Trykkeri, 1981.
32. Blystad H, Caugant D, Kløvstad H et al. Årsrapport 2018 Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne hepatitter. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/arsrapport-blod-og-sex-2018.pdf> Lest 18.6.2022.
33. Caugant D, Kløvstad H, Nilsen Ø et al. Årsrapport 2019 Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne hepatitter.

Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/soi-rapport-2019.pdf> Lest 18.6.2022.

34. Caugant DA, Kløvstad H, Nilsen Ø et al. Årsrapport 2020 Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/soi-arsrapport-2020.pdf> Lest 18.6.2022.

35. Gundersen E. Om den departementale komités instilling av 1923 til lov om foanstaltninger til bekjempelse av veneriske sykdommer. I: Bemerkninger til diskusjonen herom i Norsk Dermatologisk Forening, desember 1929. Oslo: Steenske Boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1929.

Publisert: 9. desember 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0875

Mottatt 9.12.2021, første revisjon innsendt 12.4.2022, godkjent 18.6.2022.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.