

HISTORISK TIDSKRIFT
(Sweden)

129:1. 2009

Migration och folkhälsa

Hälsovårdspolitiska bedömningar i den svenska flyktingmottagningen under 1940-talets första hälft

Av Norma Montesino & Malin Thor

Internationell forskning visar att hälsovårdspolitiska bedömningar spelar en central roll i nationalstaters regleringar av migrationsrörelser. Det övergripande syftet med denna artikel är att introducera ett hälsovårdspolitiskt perspektiv i svensk historisk migrationsforskning i allmänhet och i forskning kring svensk flyktingmottagning i synnerhet. Inledningsvis presenteras den internationella forskningen som kopplar hälsovårdspolitiska frågor till migrationspolitik. Centrala teoretiska perspektiv lyfts fram för att senare prövas i en pilotstudie. Syftet med pilotstudien är att undersöka vilken roll hälsoaspekter spelade i den svenska statens planering inför och i den faktiska mottagningen av flyktingar under 1940-talets första hälft.

Gränser, kategorier och åtgärder

Tvångsförflyttningar och andra former av våldsutövning under de två världskrigen skapade nya uppdelningar, rubbade tidigare etablerade gränser och förändrade individuella öden genom att individer och grupper flydde eller fördrevs från sina länder och därmed från etablerade sociala och politiska posi-

Fil. dr Norma Montesino, f. 1956, är lektor i socialt arbete vid Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, IVOSA, Växjö universitet. Montesino driver tillsammans med Malin Thor det tvärvetenskapliga projektet "Föreställningar kring arbetsförmåga och ohälsa: icke-arbetsföra flyktingar i Sverige 1950–2005", som finansieras av Vetenskapsrådet. Montesino har tidigare bl.a. publicerat *Zigenarfrågan: intervention och romantik* (2002) och "Flyktingskap, ett handikapp", *Socialvetenskaplig tidskrift* (2008).

Adress: Socialt arbete, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet, 351 95 Växjö

E-post: norma.montesino@vxu.se

Fil. dr Malin Thor, f. 1974, lektor i historia vid Historiska studier, Malmö högskola. Thor har tidigare bl.a. publicerat *Hechaluz – en rörelse i tid och rum: tysk-judiska ungdomars exil i Sverige ca 1933–1943* (2005), *Muntlig historia*, tillsammans med Lars Hansson (2006), "Svallvågorna av katastrofen kom också till vår stad: hjälpverksamhet inom Norrköpings mosaiska församling i skuggan av Förintelsen", i Lars M. Andersson & Karin Kvist Geverts (red.), *En problematisk relation? Flyktingpolitik och judiska flyktingar i Sverige 1920–1950* (2008).

Adress: Lärarutbildningen, Historiska studier, Malmö högskola, 205 06 Malmö

E-post: malin.thor@mah.se

tioner till en situation av utanförskap. De internationella organisationernas och de nationella myndigheters agerande för att hantera dessa gruppers och individers situation illustrerar de processer som sociologen Charles Tilly benämner gränsförändringar.¹ Gränsförändringar är processer där sociala gränser skapas eller förgörs, aktiveras eller passiviseras. De internationella och nationella myndigheternas reglering av denna situation gav upphov till en ny socialpolitisk kategori – ”flyktingen” – och till ett nytt interventionsområde – ”flyktingfrågan”.² I regleringen av detta område spelade hälsofrågor en viktig roll.

Tilly skiljer på olika sociala mekanismer som skapar social förändring. Han intresserar sig för de processer som leder till inkludering eller exkludering i sociala organisationer. Tilly menar att sociala gränser skapar nya mellanmänskliga konstellationer och gemenskaper, eftersom de bygger på en relation mellan grupper som legitimerar sina existenser i relation till varandra och till sina egna medlemmar. Det finns sociala mekanismer, hävdar Tilly, som framkallar förändringar eftersom de kan skaka om etablerade sociala uppdelningar. Vi är intresserade av de mekanismer som leder till sådana förändringar genom till exempel nya påbud från myndigheter. I det organisatoriska arbetet, menar Tilly, finns det en generell mall som innefattar såväl inkluderande som exkluderande praktiker. När nya grupper skall inkluderas i en organisation hanteras de utifrån etablerade regelverk och klassificeras utifrån redan befintliga kategorier. De egenskaper som tidigare användes för att legitimera deras exklusion ersätts med egenskaper som används för att beskriva det egna kollektivets medlemmar. Tilly anser att kategorier används för att utföra ett grundläggande arbete i sociala organisationer. Med hjälp av kategorier konstruerar och bevarar organisationer sina gränser. Kategorier används för att tala om vilka som tillhör och vilka som skall uteslutas från den sociala organisationen liksom för att ange de villkor som gäller för potentiella nya organisationsmedlemmar. Tilly utgår från ett relationellt perspektiv – kategorier finns inte som isolerade enheter utan i relation till andra kategorier.³ Vår förståelse av flyktingkategorin har detta perspektiv som utgångspunkt. De egenskaper som flyktingkategorin tilldelades utgick från den förmenta normalitet som representerades av tillhörighet till en specifik nationalstat.⁴

1. Det engelska begrepp som Tilly använder är ”boundaries changes”. Se Charles Tilly, *Identities, boundaries and social ties* (London 2005) s. 131–152.

2. Liisa Malkki, ”Refugees and exile: from ‘refugee studies’ to the national order of things”, *Annual review anthropology*, 24 (1995) s. 495–523.

3. Charles Tilly, *Beständig ojämlikhet* (Lund 2000 [1998]).

4. Jämför Hannah Arendt, *The origins of totalitarianism* (New York 2004 [1968]).

Hälsoaspekter spelade en viktig roll som reglerande mekanism i de åtgärder som vidtogs i syfte att normalisera flyktingarnas situation i slutet av och efter andra världskriget. Normaliseringsprocessen påbörjades i flyktinglägren.

Flyktinglägret blev den första institution som skapades på internationell nivå för att reglera situationen för de människor som definierades som flyktingar.⁵ Flyktinglägret organiserades enligt fastslagna rutiner. De som inordnades i kategorin flyktingar uppdelades utifrån en välkänd statistisk ordning. I denna ordning fanns det en etablerad uppdelning där kön, ålder, hälsosituation och arbetsförmåga representerade grundkriterierna. I slutet av andra världskriget blev flyktingläger en akut åtgärd som i första hand betraktades som en övergångslösning. Hälsovårdspolitiska bedömningar spelade en viktig roll i organisationen av dessa institutioners arbete och för de åtgärder som vidtogs för att lösa flyktingarnas situation. I det följande undersöker vi denna problematik utifrån en svensk kontext. Vi utgår från studier som förenar två stora forskningsfält: migrationsforskning och forskning om folkhälsa. Från migrationsforskningen inspireras vi av de studier som hävdar att folkhälsa utgör ett viktigt område i myndigheternas reglering av migration. Med stöd i folkhälsoforskningen tar vi utgångspunkt i de studier som analyserar myndigheternas hälsoförebyggande strategier i relation till grupper som uppfattas som fattiga och/eller avvikande. Deras rörlighet reglerades i en mycket restriktiv lagstiftning. Epidemihantering och andra hälsoförebyggande åtgärder har sannolikt spelat en viktig roll i dessa sammanhang. Vi vill undersöka om samma rationalitet styrde de svenska myndigheternas organisering och reglering av flyktinginvandringen i början av 1940-talet.

Forskningsfältet/n migration och folkhälsa

Migration och folkhälsa är i allmänhet fortfarande skilda forskningsområden inom historiska studier i Sverige, även om svenska historiker och idéhistoriker har intresserat sig för såväl hälso- och sjukvårdsfrågor⁶ som migrationsfrågor.⁷

5. Arendt (2004) s. 279–285.

6. För att nämna några forskare och titlar, se Anders Berge, *Sjukvårdens underklass: sjukvården i den kommunala fattigvården 1910–1950* (Umeå 2006); Marie C. Nelson, "Frågor kring pest och kolera: Sverige, Europa och den svenska hälsopolitikens utveckling vid 1900-talets början", i *Att se det osedda: vänbok till Ann-Sofie Ohlander* (Stockholm 2006); Eva Palmblad, *Medicinen som samhällslära* (Stockholm 2005); Roger Qvarsell & Ulrika Torell (red.), *Reklam och hälsa: levnadsideal, skönhet och hälsa i den svenska reklamens historia* (Stockholm 2005); Karin Johannisson, *Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm 2004); Jenny Björkman, *Vård för samhällets bästa: debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970* (Stockholm 2001). Se även *Historisk tidskrifts* temanummer "Kropp och hälsa", 121:4 (2001).

7. Se t.ex. Lars M. Andersson & Karin Kvist Geverts (red.), *En problematisk relation? Flyktingpolitik och judiska flyktingar i Sverige 1920–1950* (Uppsala 2008); Mikael Byström, *En broder, gäst och parasit:*

Internationellt har forskning om migration och offentlig hälsovård kombinerats och gett upphov till flera omfattande studier som kritiskt granskat staters och deras (hälsovårds)myndigheters agerande i relation till epidemiska sjukdomar utifrån historiska och samtida perspektiv. Vi är främst intresserade av de studier som problematiserar uppfattningar kring sjukdomars ökade förekomst i bland annat krigssituationer eller perioder av ökad migration.

Den amerikanske historikern Alan M. Kraut problematiserar relationen hälsa och migration i en tongivande studie som behandlar de amerikanska myndigheternas reglering av invandringen vid det förra sekelskiftet. Med hjälp av ett stort empiriskt material söker Kraut visa hur föreställningar kring sjukdom legitimerade en repressiv praktik både vid gränskontroller och i hanteringen av hälsoförebyggande åtgärder i invandrarnas bostadsområden. Dessa åtgärder riktades huvudsakligen mot fattiga invandrare. Läkare och annan sjukvårdspersonal sorterade bort misstänkt sjuka och funktionshindrade vid landets gränser. Det var också sjukvårdspersonal som förordade geografisk isolering när fattiga invandrare anklagades för att sprida smittosamma sjukdomar. Kraut menar att kopplingen mellan invandring och folkhälsa i dag framstår som en självklarhet bland såväl hälsoexperter som dem som direkt arbetar med flyktingar och andra invandrare.⁸

Flera andra västerländska historiker har arbetat med utgångspunkt i relationen mellan folkhälsa och migration.⁹ Den australiensiska historikern Alison Bashford har ensam och i samarbete med forskare från bland annat Kanada, Storbritannien och USA gett ut tongivande arbeten inom forskningsfältet migration och folkhälsa som visar hur den medicinska vetenskapen har

uppfattningar och föreställningar om utlänningar, flyktingar och flyktingpolitik i svensk offentlig debatt 1942–1947 (Stockholm 2006); Christina Johansson, *Välkomna till Sverige? Svenska migrationspolitiska diskurser under 1900-talets andra hälft* (Malmö 2005); Malin Thor, *Hechaluz – en rörelse i tid och rum: tysk-judiska ungdomars exil i Sverige 1933–1943* (Växjö 2005); Lars Olsson, *På tröskeln till folkhemmet: baltiska flyktingar och polska koncentrationslägerfångar som reservarbetskraft i skåniskt jordbruk kring slutet av andra världskriget* (Lund 1995); Andrzej Nils Uggle, *I nordlig hamn: polacker i Sverige under andra världskriget* (Uppsala 1997); Anders Svensson, *Ungrare i folkhemmet: svensk flyktingpolitik i det kalla krigets skugga* (Lund 1992); Kim Salomon, *Refugees in the cold war: Toward a new international refugee regime in the early postwar era* (Lund 1991); Tommie Sjöberg, *The powers and the persecuted: the refugee problem and the Intergovernmental Committee on Refugees (IGCR), 1938–1947* (Lund 1991).

8. Alan M. Kraut, *Silent travelers: germs, genes and the "immigrant menace"* (New York 1994).

9. Se t.ex. Emily K. Abel, *Tuberculosis and the politics of exclusion: a history of public health & migration to Los Angeles* (New Jersey & London 2007); Alison Bashford (red.), *Medicine at the border: disease, globalization and security, 1850 to the present* (New York 2006); Alison Bashford, *Imperial hygiene: a critical history of colonialism, nationalism and public health* (New York 2004); Amy L. Fairchild, *Science at the borders: immigrant medical inspection and the shaping of the modern industrial labour force* (Baltimore & London 2003).

legitimerat konstruktionen av olika slags gränser: territoriella gränser (nationalstater) och institutionella gränser, platser som avskiljer invandraren från den infödde, till exempel genom isolering i karantänsförläggningar.¹⁰ Inom detta forskningsfält har specifika frågeställningar utvecklats som undersöker framväxten av en institutionaliserad praktik för att hantera invandrare och flyktingar, bland annat hur den geografiska isoleringen som används för att förebygga epidemier har bidragit till konstruktionen av föreställda gränser mellan flyktingar, asylsökande och nyanlända invandrare å den ena sidan och medborgare å den andra. I denna uppsats undersöker vi vilken roll hälsovårdspolitiska bedömningar spelade vid organiserandet av flyktingmottagandet under 1940-talets första del i Sverige.

I andra historiska studier har relationen mellan politiska beslut och medicinska rekommendationer analyserats.¹¹ Komparativa studier har visat att relationen mellan hälsovårdspolitiska beslut och regleringen av invandringen är komplex. Exempelvis har den brittiske historikern John Welshman ifrågasatt snabba slutsatser och direkta samband kring medicinsk vetenskap och gränskontrollerande åtgärder i Storbritannien. Han jämför nationella och lokala beslut samt visar på skillnader mellan rekommendationer och handling vid gränskontroller. Mot denna bakgrund efterfrågar han nyanserade frågeställningar som tar hänsyn till skillnader mellan vetenskap, politik och implementering av politiska beslut på olika nivåer. Vi ansluter till Welshmans efterlysning men vill också understryka behovet av empiriska studier som undersöker dessa processer i en svensk kontext.

Den ovan refererade forskningen har alltså visat på att hälsovårdspolitiska bedömningar legitimerat restriktiva invandringslagar och repressiva åtgärder mot nyanlända invandrare. I ett växande antal internationella studier undersöks hur flyktingar hanterades och bemöttes under och efter andra världskriget. Vissa forskare hävdar att verksamheten kännetecknades av dålig planering och rädsla för smittosamma sjukdomar och att denna hantering även underordnades den nya geopolitiska ordningen.¹² Andra forskare har

10. Bashford (red.), (2006); Bashford (2004); Alison Bashford & C. Strange (red.), *Isolation: places and practices of exclusion* (London & New York 2003); Alison Bashford & Claire Hooker (red.), *Contagion: historical and cultural studies* (London & New York 2001).

11. Se t.ex. Marks Lara & Michael Worboys (red.), *Migrants, minorities, and health: historical and contemporary studies* (London 1997); John Welshman, "Compulsion, localism, and pragmatism: the micro-politics of tuberculosis screening in the United Kingdom, 1950–1965", *Social history of medicine*, 16:2 (2006) s. 295–312.

12. Se t.ex. Rieko Karantani, "How history separated refugee and migrant regimes: in search of their institutional origins", *International journal of refugee law*, 7:3 (2005) s. 517–541; Paul Weindling,

undersökt de internationella flyktingläger som skapades i slutet av och efter andra världskriget och hur flyktingar behandlades och bemöttes inom dessa slutna institutioner.¹³ Sammantaget visar dessa studier på den medicinska vetenskapens roll i avgränsningen av en särskild flyktingproblematik och hur flyktingar differentierades i nya kategorier utifrån kriterier som hämtades från snabbexpanderande kunskapsområden som psykologi och socialt arbete.

Inspirerade av Tillys socialteori menar vi att andra världskriget framkallade förändringar som skakade om etablerade gränser. Internationella och nationella myndigheter försökte hantera dessa förändringar genom nya påbud som skulle reglera flyktingmigrationen. I dessa regleringsförsök spelade hälsofrågor en viktig roll och vår avsikt är att undersöka dessa processer i en svensk kontext. Vi undersöker en mycket kort tidsperiod med hjälp av ett mycket begränsat empirisk material. Undersökningen är av pilotkaraktär och skall ses som en sonderande studie där vi vill pröva hur de mer övergripande perspektiv som tidigare diskuterats förhåller sig till ett konkret empiriskt exempel.

Hälsoförebyggande arbete under andra världskriget

Sverige hade vid andra världskrigets slut en differentierad lagstiftning som fastställde vad som gällde vid epidemiutbrott och hur förebyggande insatser skulle hindra förekomsten av sådana sjukdomar bland den svenska befolkningen. En viktig åtgärd gällde kontrollen av rikets gränser där djur, varor och människor skulle hindras från att komma in i landet om de misstänktes bära på smittosamma sjukdomar.¹⁴

Under andra världskriget grundades den ökade gränskontrollen i rädslan för militära angrepp men även i rädslan för pandemiska sjukdomar som befarades i samband med krigshändelserna. De sjukdomar som stod i centrum för uppmärksamheten var de som tidigare hade drabbat Sverige, i synnerhet

¹³Belsinitis': liberating Belsen, it's hospitals, UNRRA, and selection for re-emigration 1945–1948", *Science in context*, 19:3 (2006) s. 401–418.

13. Se t.ex. Nadav Davidovitch & Zalashik Rakefet, "Measuring adaptability: psychological examinations of Jewish detainees in Cyprus internment camps", *Science in context*, 19:3 (2006) s. 419–441; Atina Grossman, "Victims, villains, and survivors: gendered perceptions and self-perceptions of Jewish displaced persons in occupied postwar Germany", *Journal of the history of sexuality*, 11:2 (2002) s. 291–318; Vincent E. Slatt, "Nowhere to go: displaced persons in post-V-E-Day Germany", *The historian* (2001) s. 275–293; Ben Shephard, *Befrielsen av Bergen Belsen* (Lund 2006).

14. Se t.ex. SFS 1915:33 & 539; SFS 1917:362; SFS 1919:145; SFS 1920:297; SFS 1921:297, 520 & 596; SFS 1922: 405 & 495; SFS 1934:142.

den fattiga befolkningen, i slutet av 1800-talet. I första hand handlade det om difteri, tyfus och tuberkulos.¹⁵

Gränsbevakningen kan således förstås som en militär säkerhetsåtgärd, men också som en hälsoförebyggande strategi. Det fanns vid tiden för andra världskriget erfarenheter kring epidemiska utbrott under krigstid. Spanska sjukans utbredning under första världskriget var ett skräckexempel på hur en epidemisk sjukdom inom en mycket kort tidsperiod kunde utvecklas till att bli pandemisk.¹⁶ Sådana händelser användes som argument för att införa förebyggande insatser som koncentrerades mot vissa specifika grupper, i detta fall nyanlända från krigsdrabbade områden. Det handlar om ett hälsoförebyggande arbete som byggde på nationella lagar och internationella överenskommelser. Fokus riktades oftast på rörligheten, som antogs underlätta spridningen av epidemiska sjukdomar. Myndigheternas åtgärder byggde på etablerade kunskaper, tidigare erfarenheter och förut stiftade lagar.¹⁷

Dessa sammanhang skapade en del av de generella organisatoriska förutsättningar inom vilka den statliga flyktingverksamheten skulle växa fram. Andra förutsättningar grundlades av den organisation som staten skapade som förberedelse inför ett eventuellt krigsutbrott, exempelvis de byggnader och andra resurser som skulle disponeras vid en evakuering av den svenska civilbefolkningen. Vi kommer i det följande att diskutera de hälsovårdspolitiska bedömningarnas betydelse för att strukturera den specifika organisationen för att ta emot flyktingar. Vilken roll spelade dessa bedömningar i uppdelningen och övervakningen¹⁸ av de nyanlända flyktingarna? Vilken innebörd

15. Lars Hambræus, "Krig har sot i sitt följe: om krigen och epidemierna", i Birgitta Evengård (red.) *Epidemiernas historia och framtid* (Stockholm 1992) s. 85–111; Matthew Smallman-Raynor & Andrew D. Cliff, "War and disease: some perspectives on the spatial and temporal occurrence of tuberculosis in wartime", i Matthew Gandy & Alimuddin Zumla (red.), *The return of the white plague: global poverty and the "new" tuberculosis* (London 2003) s. 70–92.

16. Bi Puranen, "Tuberkulos: 'La Belle Dame sans Merci'", i Evengård (red.), (1992) s. 167–186.

17. Norma Montesino, "Hälsa i svensk invandringspolitik: en historisk belysning" i Svante Lundberg & Ellinor Platzer (red.) *Efterfrågad arbetskraft?* (Växjö 2008).

18. Forskning kring frågor om övervakning av flyktingar och utlänningar i förläggningar har under senare år i viss mån uppmärksamats av svenska historiker, men dessa har inte studerat vilken roll hälsovårdspolitiska bedömningar spelade utan har haft ett disciplinerings- eller ett systemperspektiv. Det är främst slutna förläggningar som har studerats. Se t.ex. Tobias Berglund, "Svenska utlänningsförläggningar för civila i Sverige under andra världskriget: ett systemperspektiv i en omvärldskontext", i Lars M. Andersson & Karin Kvist Geverts (red.), *En problematisk relation? Flyktingpolitik och judiska flyktingar i Sverige 1920–1950* (Uppsala 2008); Tobias Berglund & Niclas Sennerteg, *Svenska koncentrationsläger i tredje rikets skugga* (Stockholm 2008); Jesper Johansson, *Vägershult: en disciplineringsförläggning för flyktingar i Sverige under andra världskriget* (Växjö 2004); Jörg Lindner, "Att röka på förbjuden plats kostar en månads fickpengar: svenska interneringsläger under andra världskriget: diskriminering, degradering och disciplinering", *Arbetshistoria*, 18:1 (1994), s. 3–13.

hade de för de konkreta åtgärder som skapades för att ta emot flyktingarna? I framställningen vill vi också nyansera diskussionen genom att skilja på planeringen och implementeringen av myndigheternas beslut.

Planering och förberedelser

År 1942 beordrade regeringen en inventering av sjukvårdsresurserna inför ett möjligt krigsutbrott.¹⁹ De disponibla anstalterna och andra byggnader, som till exempel civila sjukhus och skolor, skulle utnyttjas för att ge sjukvård åt sårade soldater, men även för att ta hand om civila vid en evakuering av befolkningen. Vid 1942 års inventering räknades även antalet platser vid landets sanatorier och andra institutioner. Dessa inventeringar visade att det fanns en utvecklad infrastruktur som senare kom att användas när mottagningen av flyktingar skulle organiseras.

Under hösten 1943 började förberedelserna för att kunna hantera mottagandet av en större mängd flyktingar från Sveriges grannländer. Chefen för Socialdepartementet kallade till ett första möte som skulle sammanföra representanter från flera statliga myndigheter och centralisera flyktingverksamheten samt tydliggöra ansvarsfördelningen mellan de olika myndigheterna.²⁰ Uppdraget var att skapa en preliminär plan kring den svenska organisationen inför vad som kallades en eventuell flyktingström.²¹ Resultatet blev en noggrann planering som fastslog att flyktingarnas omhändertagande skulle organiseras i etapper. Lokala frivilliga och offentliga organisationer skulle nu underordnas de statliga direktiven. Planen omfattade följande steg: mottagande vid rikets gränser; transport till uppsamlingsplatser; transport till karantänsläger; omhändertagande i karantänsläger; transport samt omhändertagande i permanenta förläggningar.²²

Den plan som skapades var mycket noggrann och angav i detalj vad som skulle ske vid de olika etapperna och vilken myndighet som hade ansvar för och skulle verkställa de enskilda momenten. I det preliminära upplägget föreslogs att militära myndigheter skulle bära huvudansvaret. I november 1944

19. Handlingar om inrättandet av provisoriska sjukhus, Sjukhusavd., Vid händelse av krig, Medicinalstyrelsens arkiv, Ea:2, Riksarkivet (RA).

20. De myndigheter som var representerade vid mötet var Försvarsstaben, Medicinalstyrelsen, Sjukvårdsstyrelsen, Socialstyrelsen, Statspolisen, Utrymningskommissionen, Järnvägsstyrelsen, Trafikkommisionen, Livsmedelskommissionen, Arbetsmarknadskommisionen och Allmänna säkerhetstjänsten.

21. V.P.M. till herr statsrådet och chefen för Kungl. socialdepartementet angående preliminär plan för omhändertagande av eventuella flyktingströmmar från Sveriges grannländer, odat., sannolikt oktober 1943, Lasarettstyrelsen. Beredskapsavdelning, Flc:1/2, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.

22. Ibid.

sammanställde evakueringsstaben en redogörelse för sin verksamhet vid den svensk–finska gränsen under perioden från september till november samma år.²³ Utifrån denna redogörelse analyseras här implementeringen av 1943 års plan. Evakueringsstabens berättelse omfattar dock enbart de första etapperna, emedan Utrymningskommissionen sedermera övertog huvudansvaret för flyktingarna i karantänslägren. Analysen av hur planen verkställdes i karantänslägren grundas därför i en analys av dokument från Statens utlänningskommissions arkiv. Först diskuterar vi således hur planen såg ut och vilken roll hälsopolitiska bedömningar spelade i varje etapp, sedan diskuteras om dessa bedömningar fick någon praktisk tillämpning när de finska flyktingarna kom till Sverige hösten 1944.

Mottagandet vid gränsen

Enligt den plan som upprättades hösten 1943 skulle flyktingarna mottas vid gränsen av militära myndigheter och en representant från polisen. I de militära bedömningarna ansågs det viktigt att flyktingarna snabbt skulle lämna gränsområden. Rikets gränser skulle hållas fria för att underlätta bevakningen. Att militären fick ansvaret för denna etapp och även ansvarade för hälsovårdsfrågor och andra liknande uppgifter kan förstås utifrån det faktum att planeringen skedde under krigstid. Den offentliga organisationen skulle underordnas försvarsmakten.

En sanitetsbehandling skulle genomföras och särskilda anstalter för husdjur som flyktingarna eventuellt kunde medföra in i landet skulle inrättas.²⁴ Planeringen följde de redan gällande lagarna, bland annat 1919 års epidemilag och 1934 års karantänkungörelse. Dessa lagar fastslog vilka åtgärder som skulle vidtas för att hindra spridningen av smittosamma sjukdomar.²⁵ 1934 års karantänkungörelse föreskrev vilka kontroller och åtgärder som gällde vid rikets gränser. Denna kungörelse följde internationella riktlinjer för epidemiförebyggande arbete.²⁶

Implementeringen av 1943 års plan illustrerar de konkreta problem som uppstår när en skrivbordsprodukt skall omvandlas till konkret verksamhet. Hälsovårdsförebyggande kriterier styrde myndigheternas planering men de

23. Evakueringen av norra Finland påbörjades den 4/9 1944. Sammanlagt evakuerades ca 104 000 personer och 51 000 husdjur från Norra Finland, av vilka 56 400 personer och 18 000 husdjur till Sverige.

24. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA (som i not 21).

25. SFS 1919:443; Anvisningar för smittrening jämlikt § 5 i SFS 1920:251; Karantänkungörelse 1934:142, etc.

26. Montesino (2008).

konkreta insatserna fick omdefinieras utifrån mänskliga behov och disponibla lokala resurser. Planen byggde på en föreställning om en evakuering som skulle ske i mycket organiserade former. Denna välgenomtänkta organisation visade sig vara orealistisk.²⁷ De evakuerade kom i sådana mängder att de ansvariga militärerna på platsen bedömde att det var nödvändigt att snabbt få dem undanfördra från gränsområdet.²⁸ Den hälsoförebyggande strategin fick därmed stå tillbaka för de militära säkerhetsåtgärderna.

Enligt planen var det meningen att flyktingarna i den mån det var möjligt skulle förflytta sig till fots, eskorterade av svensk följetrupp under ledning av en officer. Föresatsen var att hushålla med arméns motorfordon. Detta visade sig dock vara omöjligt, eftersom majoriteten av de evakuerade var kvinnor, barn och åldringar, ”vilka samtliga voro i dålig kondition”. De orkade därför inte gå de en till två milen till uppsamlingsplatserna.²⁹

Uppsamlingsplatserna – kategorier och åtgärder

På uppsamlingsplatserna skulle det som i planen kallades för uppdelningen och sorteringen av de nyanlända ske utifrån hälso- och säkerhetspolitiska bedömningar. Det tillvägagångssätt som följdes utgick från etablerade kategorier. Den första polisiära insatsen var att registrera de nyanlända och förse dem med ett identitetskort om annan legitimationshandling saknades. Handlingen (flyktingkortet) skulle innehålla flyktingens fullständiga namn, födelsedag, nationalitet, yrke. Varje flykting fick också ett nummer. Kortet gav flyktingen rättighet att vistas i anvisat läger.³⁰ Den gällande lagstiftningens krav på uppehålls- och arbetsvisering eftersattes därmed och ersattes av flyktingkortet, som gav individen rätt att vistas i Sverige inom ett mycket begränsat geografiskt område. Från och med den 1 oktober 1943 undantogs dock alla nordiska medborgare från arbetsvisering. För andra flyktingar fortsatte lagen att gälla.³¹ Den polisiära undersökningen avsåg också att skilja mellan civila och militära flyktingar samt att identifiera de flyktingar som utifrån polisens bedömning krävde fortsatta förhör. Dessa flyktingar skulle skiljas från de övriga och placeras i en bevakad lokal. Vid en mycket stor flyktingström kunde den polisiära utredningen, enligt planen, ske vid karantänslägen.³²

27. Evakueringsstabens redogörelse för evakueringstjänsten vid svensk–finska gränsen under tiden 10/9–12/11 1944, s. 1, Lasarettbyrån. Beredskapsavdelning FiC:1, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.

28. *Ibid.*

29. *Ibid.*

30. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA (som i not 21) s. 5.

31. Se t.ex. Byström (2007); Olsson (1995).

32. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA (som i not 21).

Hälsokontrollen vid uppsamlingsplatserna omfattade så kallade sanitära åtgärder samt en summarisk läkarundersökning. Läkarundersökningen syftade till att identifiera smittsamma sjukdomar och flyktingar som på grund av sitt hälsotillstånd krävde särskild sjuktransport. De smittsamt sjuka och de som krävde sjuktransport skulle skickas till civila sjukvårdsanstalter eller undantagsvis till militära sjukvårdsförband. Eventuellt kunde också krigssjukhus och beredskapsjukhus användas.

Enligt 1943 års plan borde uppsamlingsplatserna läggas upp utifrån hälsoförebyggande kriterier och säkerhetspolitiska bedömningar. I den utarbetade planen sökte myndigheterna möjliggöra en effektiv ekonomisk hantering av hälso- och säkerhetsfrågor med utgångspunkt i de befintliga resurserna. Platserna skulle vara belägna i *närheten* av men inte *vid* gränsen, fastslogs det i karantänslagarna. De borde helst ligga intill sanitetsanstalter, alternativt kunde provisoriska sanitetsanstalter skapas. Militära baracker och i andra hand samlingslokaler, skolor, kyrkor samt särskilt upprättade tältläger kunde också användas som uppsamlingsplatser. Sanitetsanstalterna innefattade möjligheter till bad, desinfektion och tvättinrättningar där kläder kunde tvättas och desinficeras. Planen följer här lagstiftade åtgärder. Arbetsrutinerna för sanitetsanstalterna var fastställda i detalj i specifika anvisningar. Till sanitetsanstalter kunde folkskolor och vissa städers varmbadhus räknas, platser som sedan tidigare var disponibla i händelse av epidemiutbrott. Här kunde flyktingar avlusas i syfte att förebygga förekomsten av fläckfeber. Avlusningen var en åtgärd som lagstodades år 1920 och ansvaret för den låg på Medicinalstyrelsen och Sjukvårdsstyrelsen.³³ I samband med avlusning skulle flyktingarna även förses med nya eller lånade kläder och de civila och militära flyktingarna skiljas åt. Om det var möjligt borde de civila flyktingarna delas upp efter nationalitet och i olika socialgrupper, som det hette i planeringen. Med det sistnämnda menades familjer med små barn, familjer med barn i skolådern samt ensamstående män och kvinnor. Vidare särskildes flyktingar som kunde medverka vid eventuellt framtida flyktingmottagande, som till exempel läkare, poliser och tolkar.³⁴

Militären hade således ansvar för säkerhetsfrågor och hälsoåtgärder men de hade, enligt planen vid denna etapp, också en omhändertagande roll eftersom de hade att tillgodose flyktingarnas omedelbara behov, det vill säga ge dem

33. SFS 1934:142; V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA, (som i not 21) s. 8; Anvisningar för smittrening jämlikt § 5 i SFS 1920:251.

34. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA, (som i not 21) s. 3.

mat och förse dem med rena kläder. I varje steg tänktes andra myndigheter och frivilligorganisationer hjälpa till genom att ställa sina lokala resurser till förfogande.³⁵ Grupperna skulle sedan transporteras till olika karantänsläger.

Enligt 1943 års plan skulle flyktingarna registreras, undersökas av polisen, sanitetsbehandlas samt undersökas av en läkare vid uppsamlingsplatserna. I rapporten från mottagningen av de finska flyktingarna hösten 1944 menade man att denna ordningsföljd hade fungerat bra. Sanitetsreglerna kunde dock inte följas i sin helhet. På grund av massevakueringen hade de evakuerade vid ett flertal tillfällen fått stanna i vad som beskrevs som orena läger. Förläggningar ordnades i första hand i baracker, tomma gårdar, församlingshus och andra offentliga lokaler. I sista hand användes skolbyggnader. Sammanblandning med ortsbefolkning skulle med hänsyn till smittorisker undvikas, men trots detta tilläts ett stort antal av de evakuerade inkvartera sig hos släktingar och vänner längs gränsen. Beslutet att personer med vänner eller släktingar fick bosätta sig hos dessa i stället för i uppsamlingslägren fattades sannolikt på plats och byggde på en omvärdering av smittorisker, men kanske främst på bristande resurser för inkvartering. Omvärderingen av planen är ytterligare ett tydligt exempel på hur komplex relationen var mellan medicinsk vetenskap, politiska beslut och implementering av dessa på lokal nivå.³⁶ Den medicinska vetenskapen angav kriterierna för det hälsoförebyggande arbetet. Myndigheternas planering tog hänsyn till dessa kunskaper men fick anpassa sina beslut till de befintliga resurserna och den rådande krigssituationen. När de statliga myndigheternas beslut skulle implementeras fick de lokala beslutsfattarna och de verkställande myndigheterna utgå från de tillgängliga resurserna och de konkreta situationer som uppstod när flyktingarna kom till den svenska gränsen.

En summarisk läkarundersökning genomfördes vid uppsamlingsplatserna för att snabbt avskilja fall av smittosamma sjukdomar. En mer ingående undersökning skulle senare ske vid karantänslägren. På varje mottagningsplats tjänstgjorde en läkare och biträden. Läkaren gjorde en första undersökning av de evakuerade för att identifiera dem som krävde omedelbar sjukhusvård – dessa skickades efter sanitetsbehandling till sjukhus. Sanitetsbehandlingen omfattade de evakuerade och deras bagage och ägde rum i samband med läkarundersökningen. Resultatet av undersökningen antecknades på baksidan av registreringshandlingarna. Det som antecknades var hälsotillstånd, eventu-

35. *Ibid.*, s. 5.

36. Jämför Welshman (2006) s. 295–312.

ella sjukdomar, om flyktingen var sanitetsbehandlad, resultat från difteriprov, uppgift om difterivaccinering samt skärmbild.³⁷

Läkarundersökningen skulle således omfatta både difteriprov och skärmbildsundersökning, men detta kunde inte konsekvent genomföras. På grund av det stora antalet evakuerade gick det inte att kvarhålla dem under tillräckligt lång tid – fyra dagar – i uppsamlingslägren för att kunna avvakta alla resultat av tagna prov. Även om provsvaren inte alltid inväntades ”kunde dock ett stort antal bacillbärare fränskiljas”. Sammanlagt mottogs på militära sjukhus 2 750 sjuka evakuerade varav omkring 550 var tbc-positiva. Till civila sjukhus, det vill säga beredskapssjukhus, skickades omkring 700 personer. De som bedömdes tillräckligt friska transporterades vidare till karantänsläger.³⁸

Implementeringen av 1943 års plan anpassades till de lokala förutsättningarna när delar av den finska befolkningen evakuerades till Sverige hösten 1944. Flyktingarna registrerades och delades först upp utifrån ålder, kön och hälsostatus. I uppdelningen av flyktingarna tycks förekomsten av smittosamma sjukdomar ha prioriterats eftersom det saknades resurser för att fullfölja alla insatser som ingick i 1943 års plan. Etablerade medicinska uppdelningar användes för att utskilja de flyktingar som betraktades som sjuka. Dessa flyktingar sändes till specialiserade institutioner för vidare sjukvård. Det skapades inga särskilda institutioner för att ta hand om de flyktingar som bedömdes vara smittosamma. De skickades i stället till befintliga sjukvårdsinrättningar, som fick anpassa eller utvidga sin verksamhet för att ge plats åt flyktingarna. Så blev fallet med de tbc-sjuka flyktingar som skickades till provisoriskt byggda avdelningar på psykiatriska sjukhus i olika delar av landet till exempel Sundby sjukhus i Strängnäs, S:t Sigfrids sjukhus i Växjö och Umedalens sjukhus i Umeå.³⁹

Karantänslägren – avskildhet och isolering

Efter uppsamlingsplatserna skulle flyktingarna enligt planen transporteras till särskilt inrättade karantänsplatser. Man tänkte sig att transporten kunde ske genom landsvägsmarscher, men även med bussar, lastbilar, tåg eller till sjöss. Det var militär personal som hade att övervaka ordningen vid transporterna, men även representanter från de civila myndigheterna borde när-

37. Evakueringsstabens redogörelse för evakueringstjänsten 10/9–12/11 1944, RA, (som i not 27) s. 27f.

38. *Ibid.*, s. 29.

39. Angående ersättning av kostnader för sjukvård åt flyktingar från Finland och de baltiska stater m.m. 16/12 1944, Lasarettbyrån beredskapsavdelning FIC:1, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.

vara. Sjukvårdspersonalens uppgift var i första hand att se till att området avspärrades. Militära flyktingar skulle transporteras för sig och skickas direkt till interneringsläger, som stod under armémyndigheternas ansvar.⁴⁰ Planen följde här 1934 års karantänkungörelse som anbefallde inrättandet av karantänsstationer och observationsplatser vid hamnstäder och andra strategiska gränsplatser. De nyanlända som misstänktes vara sjuka eller hade kommit i kontakt med sjuka måste också, framhölls det, sättas i karantän eller komma under observation. Karantän är en åtgärd som historiskt har använts för att hindra den fria rörelsen av människor och gods i syfte att hindra spridningen av smittosamma sjukdomar.⁴¹ Kungörelsen fastslog också att misstänkta sjukdomsfall, som till exempel fläckfeber, och kolera, skulle identifieras, isoleras och följas upp.⁴² Syftet med karantänen var att förebygga spridning av smittosamma sjukdomar, men lägren för nyanlända flyktingar borde, enligt militära önskemål, vara belägna så långt från land- och sjögränserna som möjligt.

Enligt planen skulle Utrymningskommissionen ansvara för flyktingarna i karantänslägren, vilket även fastslogs i 1941 års utrymningslag som föreskrev vad som gällde vid tillfälligt vistelse av flyktingar i en kommun.⁴³ Utrymningskommissionen hade redan tidigare fått i uppdrag att presentera en planering för den kommunala organisationen vid händelse av krig eller epidemier. Samma planering kunde nu användas för att hantera det eventuella mottagandet av ett större antal flyktingar. Till att börja med skulle placeringen av karantänslägren utnyttja Utrymningskommissionens redan utförda preliminära rekognosceringar. Hälsovårdspersonal infogades i lägrens personalstyrka och Medicinalstyrelsen och Arbetsmarknadsstyrelsen ansvarade för personalrekrytering. Om det inte fanns tillräckligt med personal som anmälde sig frivilligt hade arbetsmarknadsmyndigheten att rekrytera personal med hjälp av tjänstepliktslagen. Även offentliga och frivilliga organisationer tänktes ingå i arbetet.

Enligt planen skulle registreringer avslutas och hälsoundersökningarna genomföras med större noggrannhet under vistelsen i karantänförläggningarna. En undersökning av flyktingarna skulle göras av särskilt förordnade flyktingläkare. Isoleringen fick inte hävas utan denna läkares tillstånd.⁴⁴ Medicinska

40. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA, (som i not 21) s. 8.

41. Carl-Fredrik De Ron "Lagar och levnadsregler genom tiderna ur epidemiperspektiv", i Evengård (red.), (1992) s. 218–249.

42. SFS 1934:142.

43. SFS 1941:587.

44. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA, (som i not 21).

åtgärder spelade en huvudroll under denna etapp. Karantänslägrens rutiner organiserades utifrån en medicinsk modell med en mottagande avdelning där inkommande flyktingar stannade för att undersökas av läkare. De flyktingar som misstänktes vara sjuka måste avskiljas och behandlas utifrån medicinska rutiner avsedda för behandlingen av deras specifika sjukdom. De som hade eller misstänktes ha kommit i kontakt med smittosamma sjukdomar skulle isoleras i de tillgängliga sjukvårdsinstitutionerna. Karantänsanvisningarna stadgade smittrening av både människor och deras ägodelar. Personer med sjukdomar som inte var smittsamma skulle få sjukhusvård eller annan vård och gravida kvinnor skickas till förlossningshem upprättade enligt Utrymningskommissionens tidigare planer. Karantänen bestod av 14 dagars observation, enligt karantänkungörelsen.⁴⁵

Enligt karantänsanvisningarna skulle flyktingarna alltså hållas helt avskilda från den svenska befolkningen under de första 14 dagarna. Isoleringen innebar att flyktingarna inte fick lämna förläggningarna. Vid varje förläggning fanns dock ett särskilt område utomhus där flyktingarna fick vistas. Det var viktigt att upplysa den svenska befolkningen om meningen med förläggningarnas isolering under karantänstiden och uppmana omgivningen att inte ta kontakt med flyktingarna på förläggningarna. Förbudsskyltar skulle uppsättas, ordningsvakter anställas och förläggningarna avspärras med rep, tråd eller grindar. Polischefen på alla orter skulle kontaktas för råd om bevakning och avspärrning, något som var särskilt angeläget vid förläggningar som låg i samhällen.⁴⁶ I förläggningarnas vardag omtolkades dessa föreskrifter om absolut isolering så att flyktingarna ”under lämplig tillsyn få plocka lingon eller taga upp potatis om de blott icke komma i beröring med den svenska befolkningen härvid”.⁴⁷

Planeringen av nyanlända flyktingars karantän följde existerande bestämmelser. Detsamma gällde hur deras isolering organiserades och hur länge karantänen skulle gälla. Smittoreningen, det vill säga avlusning och andra sanitära åtgärder, var åtgärder som gällde vid alla misstankar om epidemibrott. Isoleringen syftade till att förebygga sjukdomars spridning och att upptäcka eventuella dolda fall. Myndigheterna planerade en mottagning som byggde på gällande epidemilagar, men den praktiska implementeringen av

45. SFS 1934:142.

46. Anvisningar angående omhändertagande av finska flyktingar, Nr. 4., Särskilda åtgärder under karantänstiden, dat. 22/9 1944, Kanslibyrån E2:28, Statens utlänningskommissions arkiv, RA.

47. *Ibid.*

planerna skapade en organisation och en praktik som skilde ut nyanlända flyktingar som en speciell kategori.

Permanent förläggningar – hygieniska och sanitära förhållanden

Transporten från karantänslägren till permanenta flyktingförläggningar skulle organiseras av Utrymningskommissionen i samarbete med Järnvägsstyrelsen och Trafikkommissionen. Själva transporten skulle organiseras utifrån en hälsoförebyggande strategi, sjukvårdspersonal följa med under transporten och fordonen rengöras utifrån fastställda direktiv kring smittorening.⁴⁸

I planeringen av vad som gällde under denna etapp uppstod två viktiga frågor: Den ena handlade om myndigheternas rätt att internera flyktingarna under en obegränsad tidsperiod. Den andra handlade om de undantags-situationer som gav flyktingarna "rätt" att vistas utanför förläggningarna. I 1943 års plan efterfrågades en undantagsparagraf som gav myndigheterna rätten att internera flyktingarna under en längre tid. I planen nämndes också att flyktingarnas internering borde kunna avbrytas i samband med en ökad efterfrågan på arbetskraft.⁴⁹

Karantänslägren skulle bestå av lokaler för en kort vistelse. På permanenta förläggningar ställdes det andra krav, eftersom flyktingar avsågs vistas där under en längre tid. I 1943 års plan föreslogs att förläggningarna spreds över större områden och att barackbyggnader ordnades.⁵⁰ Barackförläggningarna borde ha en viss hygienisk standard i syfte att förebygga förekomsten och spridningen av sjukdomar. Vid ankomsten till de permanenta förläggningarna skulle de ansvariga myndigheterna förse förläggningarnas ansvariga med flyktingarnas identitetshandlingar samt med information om deras hälso- och familjesituation. Vardagen i de permanenta förläggningarna gav upphov till en omfattande organisation och hierarkiska strukturer som i första hand byggde på en uppdelning mellan flyktingar och svenskar. Den statligt organiserade flyktingmottagningen skapade nya jobb och befattningar för den svenska befolkningen. På varje förläggning skulle det finnas en svensk internatföreståndare som bodde på förläggningen. Föreståndaren utsågs av inkvarteringsnämnden, som också kunde rekvirera personalhjälp från lokala Röda korset eller Lottakåren. I övrigt var huvuddelen av arbetet på förläggningarna tänkt att utföras av flyktingarna själva. Här skapades ytterligare

48. Anvisningar för smittrening jämlikt § 5 SFS 1920:251.

49. V.P.M. till chefen för Kungl. socialdepartementet, RA, (som i not 21), RA.

50. Ibid.

uppdelningar som gjordes efter flyktingarnas tidigare arbetserfarenheter och utbildningar. Flyktingarna skulle delta i skapandet av förläggningens inre ordning. De hade att utse en egen förtroendeman som fördelade arbetet bland flyktingarna. Sjukvårdspersonal skulle finnas på förläggningarna och annan vårdpersonal på förläggningar med äldre.⁵¹ Därtill anställdes svenska så kallade flyktingläkare och flyktingssköterskor vars uppgift var att ge de finska flyktingarna hälso- och sjukvård. De var underställda förste provinsialläkaren.⁵² Flyktingläkarna och flyktingssköterskorna förordnades av Medicinalstyrelsen. Flyktingläkaren hade ansvaret för den direkta undersökningen och för sjukvården på förläggningen.⁵³

Hälsovården fick därmed stort utrymme i förläggningarnas vardagsrutiner. Läkarna skulle en gång per vecka skriva en kortfattad redogörelse över hälsotillståndet i stort vid förläggningarna. De beordrades att rapportera om förekomsten av sjukdomar som mässling, vattkoppor och diarrésjukdomar. De skulle också uppskatta spridningen av difteri, scarlatina och andra sjukdomar.⁵⁴ Trots att tjänsteplikt gällde för medicinsk personal i Sverige, räckte inte de svenska läkarna och sjuksystrarna till. Flera sjukhus anmälde svårigheter att anskaffa personal – lönerna ansågs för låga och riskerna på epidemiavdelningarna för stora.⁵⁵ Därför gjordes inventeringar bland de evakuerade, för att se om det bland dem fanns sjukvårdskunniga som kunde tjänstgöra.⁵⁶ Bristen på personal skapade ett intresse för flyktingar som potentiell arbetskraft.

När flyktingarna anlände till de permanenta förläggningarna ingick de i en redan skapad ordning. De var identifierade och registrerade och deras hälsosituation hade utretts. På förläggningen skulle de ingå i en organiserad vardag. I detta sammanhang kunde tidigare förvärvade erfarenheter och kunskaper

51. Anvisningar angående omhändertagande av finska flyktingar, Nr. 1., dat. 17/9 1944, Kanslibyrån E2:28, Statens utrymningskommissions arkiv, RA.

52. I slutet av 1800-talet inrättades i varje län en tjänst som förste provinsialläkare. Denne skulle bland annat vara rådgivare åt sina kolleger i länet. Provinsialläkarna var anställda av staten och hade ansvar för smittskyddet, de veneriska sjukdomarna, vaccinationer m.m.

53. Instruktion för flyktingläkare och flyktingssköterskor, Medicinalstyrelsen, dat. 22/9 1944, Sociala byrån E3A:1, Statens utlänningskommissions arkiv, RA.

54. Cirkulärskrivelse till samtliga första provinsialläkare och därmed jämställda första stadsläkare ang. uppgifter om hälsotillståndet vid förläggningar för flyktingar, dat. 7/10 1944, Sociala byrån E3A:1, Statens utlänningskommissions arkiv, RA.

55. Översikt över efter den 17 september 1944 vidtagna och planerade medicinska åtgärder rörande flyktingar, dat. 7/10 1944, Lasarettbyrån. Beredskapsavdelning, Medicinalstyrelsens arkiv, RA.

56. Till vederbörande tjänsteläkare, ang. finsk och baltisk medicinpersonal, dat. 6/10 1944, Sociala byrån E3A:1, Statens utlänningskommissions arkiv, RA.

ge vissa flyktingar arbete och på det sättet vissa fördelar i relation till andra flyktingar.

Avslutande diskussion

I denna artikel har vi i ett svenskt sammanhang introducerat den i internationell forskning etablerade ståndpunkten, att hälsovårdspolitiska strategier spelar en viktig roll för regleringen av migrationsrörelser. Vi har också i en pilotstudie visat att hälsoaspekter spelade en central roll i planeringen inför och organiseringen av det svenska flyktingmottagandet i början 1940-talet. I myndigheternas planeringsarbete inför flyktingmottagandet användes kategorier och utformades åtgärder som särskilde flyktingarna som grupp. I vår pilotstudie har vi främst studerat hur planeringen för första gången implementerades vid evakueringen av delar av den finska befolkningen hösten 1944. De kategorier som användes vid detta mottagande var "evakuerade" och "flyktingar". Mottagandet byggde på att de evakuerade skulle vistas i Sverige under en begränsad tid. Oberoende av vistelsens längd skulle mottagningen av flyktingarna organiseras utifrån tidigare fastställda bestämmelser som reglerade rörligheten. Det gällde i första hand delar av hälsovårdslagstiftningen: epidemilagen från år 1919, som fastställde åtgärderna för att hantera epidemier inom landet, och karantänkungörelsen från år 1934, som stadgade vad som gällde för resande från och till andra länder. Dessa lagar innehöll direktiv om kontroll- och frihetsinskränkande åtgärder för potentiellt smittade personer.

Pilotstudien av de svenska myndigheternas hantering av evakuerade från Finland visar att medicinska överväganden upptog stort utrymme i myndigheternas planering och i det konkreta mottagandet av flyktingarna. Den verksamhet som organiserades utgick, med Tillys termer, från de villkor som gällde i en redan etablerad organisation: nationalstaten. För de evakuerade gällde samma villkor som för andra för att vara med i denna organisation, oberoende av om deras vistelse i Sverige var temporär eller permanent. Hälsokontroller och frihetsinskränkande åtgärder som karantän var krav som gällde alla som passerade den nationella gränsen och som misstänktes komma från potentiellt smittade områden. Syftet var inte att exkludera utan att ge en temporär vistelse för människor som kom från krigsdrabbade områden. Om den konkreta praktiska hanteringen av de evakuerade hade exkluderande konsekvenser kvarstår att undersöka.

Vår pilotstudie visar bland annat på tydliga skillnader mellan den centrala

planeringen och den lokala implementeringen av myndigheternas beslut när det gäller finska flyktingar. Dessa skillnader är något som också den brittiske historikern John Welshman har lyft fram i sin studie av relationen mellan medicinsk vetenskap, hälsoförebyggande arbete och det konkreta mottagandet av nyanlända invandrare i Storbritannien. Vidare studier av svenska förhållanden, exempelvis med brännpunkt på lokala nivåer och/eller på andra kategorier av flyktingar och invandrare, skulle ge oss kunskap om de lokala myndigheternas tillämpning av de centrala myndigheternas beslut, men också om hur de lokala kunskaperna förhållit sig till medicinska vetenskapligt grundade rekommendationer.

Uppsatsens övergripande ambition har varit att introducera ett hälsovårdspolitiskt perspektiv i historisk migrationsforskning. I vårt pågående arbete visar vi att föreställningar och lagstiftning kring hälsa/ohälsa har spelat en viktig roll i myndigheternas reglering av rörlighet och i utformningen av den svenska flyktingmottagningen.⁵⁷ Andra studier skulle till exempel kunna undersöka de medicinska bedömningarnas betydelse vid den statligt organiserade rekryteringen av arbetskraftsinvandrare. Relationen mellan migration och hälsovårdspolitiska strategier är ett område med stor forskningspotential, men det finns även behov av komparativa studier som kartlägger myndigheternas hälsoförebyggande arbete i relation till andra grupper som har kategoriserats som socialt avvikande – detta oavsett deras etniska bakgrund.

57. För en allmän diskussion om karantänens betydelse för regleringen av rörlighet vid landets gränser, se Norma Montesino, "Hälsa i svensk invandringspolitik", och för en diskussion om hälsopolitiska bedömningar i relation till kategorin kvotflyktingar, se Malin Thor, "Arbetsmarknadsstyrelsen och kvotflyktingarna: föreställningar om kön, nationalitet, (o)hälsa, yrkeserfarenhet och ålder vid kvotuttagningen av flyktingar under 1950-talet och 1960-talets första hälft", båda i Svante Lundberg & Ellinor Platzer (red.) *Efterfrågad arbetskraft?* (Växjö 2008).

Migration and public health: Public healthcare assessments in Swedish refugee reception in the early 1940s.

The link between public health and migration control at the national level is well established in international migration research. This relationship provides the starting point of our research on the Swedish management of refugees during the Second World War. The aim of the article is to introduce the international research field migration and public health and to analyze the role that public health strategies played in the organized refugee reception in the beginning of the 1940's. We have studied the preparation and implementation of policies designed to handle a large number of newly arrived refugees.

Public health strategies played an important part in preparations for the reception of a large number of refugees from Sweden's neighboring countries. Existing laws and established organizations created the framework for the emergence of organized refugee activities in the beginning of the 1940's. This is clearly discernible in the routines that were established to identify and separate refugees suspected of carrying a contagious disease. In order to protect the national citizens, all newly arrived persons had to pass through a health inspection. This included both a medical examination at the transit point as well as a two-week period in quarantine. After quarantine, the refugees were placed in permanent camps. The purpose of the isolation of the refugees was to prevent epidemics. Most likely the isolation also underscored the perceived otherness of the newly arrived.

Keywords: migration and public health, Swedish reception of refugees – 1940's, isolation and quarantine – Sweden, contagious diseases, isolation and quarantine – Sweden, refugee camps