

# Om distriktsleger og hvordan de hadde det

*Michael 2007;4:88–103.*

## **Sammendrag:**

*Med utgangspunkt i egen bakgrunn som offentlig lege (distriktslege og fylkeslege) og egne studier av etatens historie gjennomgår forfatteren hvordan det var å inneha en stilling som distriktslege, fra de økonomisk og faglig magre år rundt 1800, gjennom distriktslegevesenets historisk kanskje noe romantiserte vekstperiode rundt 1900, via glanstiden under helsedirektør Karl Evangs ledelse av det offentlige helsevesen, til avviklingen som kom som følge av endrede samfunnsforhold i 1980-årene.*

## **De første distriktslegene og deres levekår**

I et sirkulære i desember 1803 fra kanselliet i København ble amtmennene i Norge instruert om at landets leger årlig skulle avgi en «Medicinalindberetning». I denne beretningen var de forpliktet til å besvare en rekke spørsmål kanselliet (eller innenriksdepartementet) antok var viktige for å få informasjon om helsetilstand og helsevesen i riket. Et av disse spørsmålene handlet om helsepersonellens «Vilkaar» i vedkommende embetsdistrikt. Det var første gang overordnet helsemyndighet viste aktiv interesse for de offentlige legers livssituasjon, eller «hvordan de hadde det», og innvarslet derved en modernisert personalpolitikk. Den gang, som til dels også i dag, dreide det seg stort sett om lønninger, og det var alltid lønsmottakerne selv som måtte ta initiativet og søke Kongen direkte om lønnsforhøyelse. Man må også huske på at de første generasjoner distriktsleger i likhet med de fleste andre embetsmenn ikke kunne dra nytte av noen pensjonsordninger. Riktignok ble det opprettet en «Norsk Enkekasse» i 1814, men en pensjonskasse for statens tjenestemenn kom først i 1873.

## Økonomiske betingelser

I 1801 skrev amtsfysikus Christian Lintrup (1768-1844) (figur 1) i Hedemarkens amt til Kongen fordi han så seg

«med Bekymring nødsaget til, aller underdanigst at ansøge om Tillæg i min Gage, da denne samme, regnet med mine øvrige uvisse Fortiænester, ikke kan betrygge mig en Familie for Mangel»(1).

Slike henvendelser var ikke sjeldne og var en av de få veier embetsmennene kunne gå for å rette opp de relativt dårlige lønningene (figur 2). Det gjaldt i høy grad også de offentlige legene, som ble organisert i en etat sist på 1700-tallet (2).

Bønnebrevet fra Lintrup var konsist og velskrevet. Som de aller fleste av sine samtidige og kolleger universitetsutdannede embetsmenn var han latiner og var som dem preget av «det klassisistiske formideal og det rationalistiske livs-og samfunns-syn» (3).

Brevet var også innholdsrikt, og ga oss innsikt i en offentlig leges tanker om sin arbeidssituasjon og forhold til samfunnet rundt seg. I 1801 var det



Fig. 1: Amtsfysikus Christian Lintrup (1768-1844) med familie. Silhuett ca. 1801. Privat eie. (Foto: H.P. Schjønby)

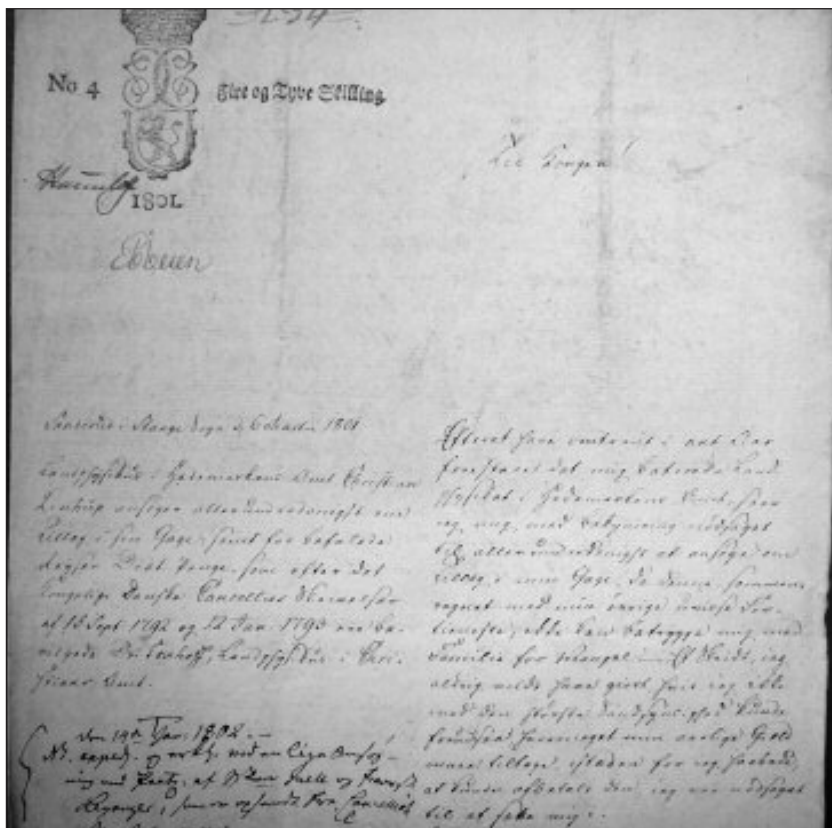


Fig. 2: Utsnitt av brev datert 6. mars 1801 fra amtsfysikus Lintrup til Kongen med forespørsel om lønnsøkning. Hamar, Statsarkivet i Hedmark og Oppland. (Foto: H.P. Schjønby)

epidemisk sykdom (dysenteri og tyfoidfeber) i Hedmark, særlig i sørfylket. Tidene var ikke gode, og Lintrup var eneste universitetsutdannende lege i embetsdistriktet, som altså omfattet hele amtet. Arbeidsbyrden var tung. Amtslegen dokumenterte at de årlige og nødvendige innkjøp til drift av gård og familie, og i tillegg til «Folkeløn», «beløber sig til en Summa, vel dobbelt saa stor som min Gage, og enda skal Gield afbetales..»

De fleste distriktslegene var bevisste på hvem de var og hva de representerte. De visste utmerket vel sin plass i datidens standssamfunn, og mange ga også klart uttrykk for dette i sine søknader om bedre lønnsforhold.

Lintrup fortalte videre om «de Besværligheder som mit Embede ..medfører, ikke (ere) ubetydelige ved forefaldende Embeds Rejser i dette vidtløftige District, hvis Længde er henimod 400 Miile», som da han nylig

måtte reise til Odalen «i Anledning epidemisk Sygdom». Og han klaget også over at han hadde vanskeligheter med å få utbetalt diett penger på slike reiser i motsetning til sin kollega Eckhoff i Kristians amt.

Lintrup var ellers på linje med sine kolleger når han skrev at «Ogsaa træffer det ikke siælden, at jeg maae udgive Medicamenter til Fattige, som ikke have Evne til at betale», og han benyttet dette som argument for den utilfredsstillende lønnsituasjonen.

Amtsfysikus avsluttet sin søknad retorisk og i tidens stil:

«Andre Deres Kongelige Majestæts Embedsmænd have paa Grund af de nu dyrere Tider erhødet forhøyet Gage; dette giver mig Haab om at vente, og Dristighed til at anraabe Deres Majestæt om allernaadigst Bønhørelse».

Noe senere fikk Lintrup innvilget tillegg i lønnen på 40 riksdaler. Det hører med til historien at han ble en holden mann og etterlot seg en ikke ubetydelig formue (4).

## Distriktslegene forteller

Vi har også andre vitnesbyrd og utsagn fra våre første offentlige leger (5). I 1804 skrev for eksempel distriktskirurg i øvre Romerike, Jens Wahlbom (1760-1818) at

«Betreffende mine Vilkaar, der er foruden den mig allernaadigst forundte Gage meget lidet ved Praxis at fortiene, da den største Delen af de Syge ere fattige, hvor jeg som oftest maae give Hjælpemidler uden mindste Gotgjørelse, da den Nødlidende og Syge tillige, har naturlig Krav for mig og enhver at hielpe efter Ævne».

I 1815 (en periode med synkende pengeverdi og dyrtid) konstaterte distriktskirurg Christian Uchermann (1762-1844) (nylig dimittert som militærlege under krigen 1807-14) i Nordfjord følgende i sin medisinalmelding for 1814:

«Jeg har intet Jordbrug og min faste Løn som Districts Læge er 140 rd der næsten er min eneste Indtægt og neppe er tilstrækkelig til de fornødne Klæder, langt mindre til at ernære mig med en talrig Familie i en Tiid som denne». «..mine Vilkaar (ere) yderst trykkende, og efter at jeg har tient mit Fedreland i 30 Aar uden Selvroes, som virksom Læge, har jeg intet Levebrød».

Stadskirurg Samuel Hoffmann (1757-1822) i Kristiansund uttalte seg i samme retning i 1804:

«Mine Vilkaar ere paa 150 rd Løn foruden saare ubestemte Indkomster, da det beroer paa, hvor mange eller faae Kure jeg har at gjøre hos formuende Borgere; thi Almuen er her i Almindelighed saa fattig, at de neppe har til Livets Ophold».

## Lønningene

Lønnsforholdene for de offentlige legene var ikke gode sammenholdt med andre embetsmenn på den tiden. Både medisinalberetningene og særlig distriktslegenes øvrige offentlige korrespondanse vitner om at når det gjaldt «Vilkaar», var det først og fremst deres privatøkonomi det dreide seg om. Dette hadde nok til dels sammenheng med at helsevesenet slik det nå ble bygget opp, stort sett var nytt, og dets embetsmenn var nykomlinger i en krets som hadde dominert standen og vært enerådende i mange hundre år, nemlig teologene, juristene og offiserene. Til dels hadde det sammenheng med at det ble forventet av myndighetene at distriktslegene også skulle brødfø seg ved hjelp av inntekter fra privat praksis; et vel kjent prinsipp helt til distriktslegeordningen ble opphevet i 1984.

Historikeren Ståle Dyrvik har kalkulert embetsmennes inntekter i slutten av 1700-tallet. Det viste seg at de offentlige legers gjennomsnittsinntekt på ca. 200 riksdaler i året, omtrent tilsvarte inntekten til en tollbetjent eller en kapellan. Til sammenligning tjente en skolelærer 15-49 rd i året, og en daglønner mellom 10 og 30, mens amtmenn og generaler lå 5-10 ganger høyere enn en amtslege (6).

Som man vil forstå, var det nok ingen grunn til å ha særlig medynk med amtsfysikus Lintrup i Hedemarkens amt. Derimot var det ingen tvil om at kollegene i mer grisgrendte strøk, særlig vest- og nordpå, hadde langt vanskeligere levekår. Dette ble nok kjent, og det var ingen tilfældighet at Stortinget i 1824 vedtok det første distriktpolitiske virkemiddel i den offentlige helsetjenesten i Norge, nemlig høyere lønninger for de nyopprettede stillingene for offentlige leger i de nordligste fylkene (7). Også på departementshold ble det arbeidet videre med bedring av distriktslegenes kår. I 1832 ble således korpsslege, senere professor Andreas Conradi (1807-1868) sendt til Nordfjord for å undersøke helsetilstanden og medisinalforholdene i fogderiet blant annet på bakgrunn av overnevnte distriktslege Uchermanns sykелighet og manglende arbeidsevne. Conradi hadde flere forslag i sin rapport, blant annet øket legedekning og høyere lønn (8).

## Levekårene og øvrige arbeidsforhold

Levekårene for mange av de offentlige legene var altså ikke alltid tilfredsstillende, og det hadde nok sammenheng med blant annet pasientgrunnlaget, fattigdom og manglende betalingsevne hos store deler av befolkningen. Distriktene var store, ofte tilsvarende fogderiene, og reisene var som nevnt lange. Det ble ikke noe bedre av at forholdet til de sentrale helsemyndigheter i departementets medisinalkontor var fjernt, sparsomt og ofte byråkratisk. Det skapte også vanskeligheter at for flertallet av befolkningen var

tilgjengelighet til utdannet lege noe nytt. Ikke minst var befolkningen sterkt konservativ og tradisjonsbundet, og når man samtidig måtte betale for legebesøk, var det ikke så underlig at det tok tid før distriktslegen ble brukt av befolkningen. Det er mange vitnesbyrd om dette i de samtidige medisinalberetningene (5). Den samme utviklingen så man for øvrig hos jordmødrene (9).

Peter Heiberg (1778-1849) ble utnevnt som distriktslege i Østerdalens distrikt i 1831, men måtte gi opp allerede året etter. Distriktet ble for omfattende og «Indtægterne for ringe». I et brev til amtmann Heidmann (1777-1850) i 1832, refererte han fra «sidste Post», der han har sett at «Districtslæge Bencke (1797-1832) i Drøbak er ved Døden afgaaet og saaledes Districtslægeembedet for Ager, Follo og nedre Rommerige er vacant». Han ba nå om permisjon for å se på dette distriktet, for som han skrev: «Gagen er større og Eenepraxis kan haves, for hiint» (1).

### **Andre inntektskilder**

Kost- og skyssgodtgjørelse var en viktig inntektskilde den gangen, og ble utbetalt når det var tale om offentlige oppdrag, slik som i tilfelle epidemisk sykdom.

Distriktslegene måtte være pinlig nøyaktige i avfattelsen av deres reiseregninger. Regningene måtte kontrolleres hos fogden, og de ble grundig revidert både av amtmannen og av «Revisionen» i Christiania. Det var heller ikke uvanlig at oppfatningsforskjeller om reiseregningene måtte avgjøres av departementet.

En annen inntektskilde var offentlig refusjon av medikamentutgifter distriktslegen hadde ved epidemier. Det var få apotek på denne tiden slik at legene måtte dispensere medisiner selv. For noen kunne det nok være fristende å være litt rause ved utfyllingen av slike regninger. En av disse var distriktslege Patroclus Hirsch (1815-1887) i midtre Sogn. Dette medførte at han faktisk ble fradømt sitt embete ved høyesterettsdom i 1865, og endte sitt yrkesliv som lege ved Senjens Nikkelverk (10).

Et annet eksempel i en litt annen gate berodde på myndighetenes sendrekthet med hensyn til utbetalingen av slike skyss- og diettregninger og forteller om at det ikke alltid var lett for distriktslegene å få endene til å møtes. Distriktslege Terkel Schultz (1795-1847) i Vinger og Odalen skrev i 1839 til amtmannen og purret på slik utbetaling, idet det var gått over to år siden reiseregningene ble innsendt. Han purret for n-te gang og måtte i sin fortvilelse nærmest true amtmannen med å klage til kongen:

«Dersom Deres Høyvelbaarenhed endnu ikke uagtet alle de forhen desangaende frem-satte Anmodninger, skulde finde det fornødent at opfylde mit ovennævnte fattige For-langende, nødes jeg mod min Villie at indgaae til den Kongelige Regiering eller Hans Majestæt Kongen med underdanigst Foranstaltning i denne Anledning»(1).

Det var ikke småtterier det dreide seg om heller, 200 spesiedaler. Rundt 1840 var eksempelvis salgsverdien på en god hest 15 spesies.

### **Distriktslegevekst**

Det tok ikke mange ti-årene før distriktslegene var integrert i distriktene. I 1836 vedtok Stortinget en betydelig økning av antall stillinger, og utover 1800-tallet økte etterspørselen etter deres tjenester i tråd med velstands-utviklingen, de store naturvitenskapelige oppdagelser og den kunnskaps-revolusjon dette innebar.

Flere distriktsleger var også samfunnsbyggere gjennom sin aktive delta-kelse i det kommunale liv etter at formannskapslovene fikk feste og kom-munene etter hvert ble modernisert. I denne positivismens tid ble legene sammen med ingeniører og naturvitere lett idealisert. Kjente lederskik-kelser fantes blant dem også, slike som Christopher Munthe (1816-1884) i Elverum, Thorvald Buchholz (1813-1887) på Hadeland og noe senere Andreas Wessel (1858-1940) i Sør-Varanger.

Aina Schiøtz har sin monografi om distriktslegeinstitusjonens historie også tatt for seg deres plass i den samtidige litteraturen (11). Særlig har hun pekt på at bildet av den heroiske og alltid hjelpende distriktslege sjelden ble gjenspeilet i datidens realistiske litteratur. Dette er en liten, men betyd-ningsfull indikasjon på at det bør utvises forsiktighet ved å spikre fast det idealiserte bildet av «gammeldoktoren». Malerne på denne tiden, slike som Fritz Thaulow (1847-1906), Gerhard Munthe (1849-1929) og Jacob Glø-ersen (1852-1912) kunne også gi virkelighetsnære skildringer av legens rolle i datidens samfunn. Typisk var det for øvrig at disse kunstnerne ofte hadde en sykebesøksituasjon som motiv (fig 3). I dag er som kjent «syke-besøk» blitt et forhenværende begrep.

Realiteten var vel at flertallet av de offentlige legene da som senere var pliktoppfyllende slitere som utførte et anstendig arbeid i sine distrikter. De stilte opp, var gode folkeopplysere, skapte trygghet og gjorde ellers ikke så mye av seg utad. Mange av dem slet, ikke så få ble på sjøen, og mange døde unge etter å ha blitt smittet under utøvelsen av sin gjerning.

### **Samfunnssyn og holdninger**

Det lar seg ellers vanskelig dokumentere at distriktslegene som stand hadde et særlig liberalt samfunnssyn. De var nok som embetsfolk flest, seriøse i sin





*Fig. 3: Jacob Gløersen (1852-1912). Doktorbesøg (1885). Privat eie. (Foto: H.P. Schjønsby)*

yrkesutøvelse, litt selvhøytidelige, kanskje pompøse og sikre på sin autoritet. Ut fra deres medisinalmeldinger lar det seg vanskelig avlede at de var kjennetegnet ved et særlig humanistisk preget sinnelag, noe man kanskje skulle tro ut fra den ideologi man mente lå bak deres yrkesutøvelse. Embetsmenneskenes utpregede pliktfølelse og lojalitet overfor overordnet myndighet dannet bakgrunn for deres ofte uselviske virke, og i dette lå en tradisjonell paternalistisk holdning overfor pasientene. Distriktslegene var viktorianere, og – som samtiden for øvrig – moralistiske og ansvarspåleggende på individplan. Et eksempel på dette var distriktslege William Wille (1851-1915) i Rendalen som i sin medisinalmelding for 1896 rapporterte at: «..Arbeidernes Fattigdom skyldes væsentlig manglende Sans for al slags Økonomi og Kvinders Uduelighed til alle huslige Sysler.»(12).



## Distriktslegene hundre år senere

### Forutsetninger

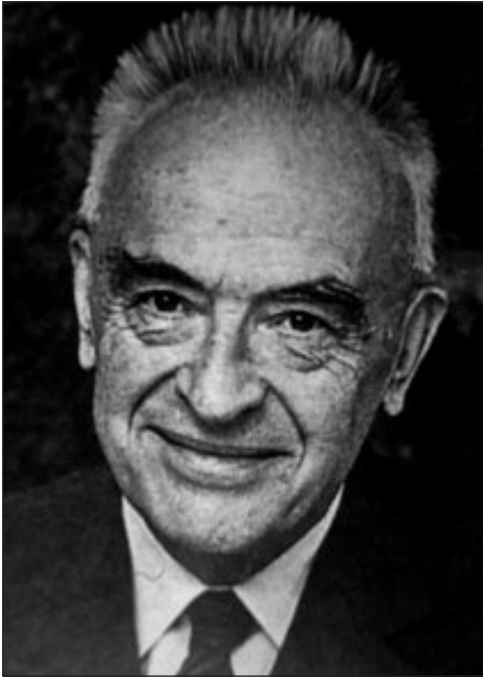
Den generasjonen distriktsleger som 100 år senere begynte sin virksomhet, altså i 1960-70 årene, var stort sett født mellom ca. 1930 og 1950. Det var den siste generasjon som kunne nyte en sen-viktorsk oppdragelse. I all-fall var mange av våre foreldre ikke så lite preget av tidligere generasjoners «gravalvor og forherligelse av dyd, flid og arbeid» (13) samtidig som mange av dem nok kom under innflytelse av mellomkrigstidens borgerlige liberalisme.

Vi var ingen opprørere, dertil var vi for meget preget av vår bakgrunn og etterkrigstidens solidaritetstankegang. De fleste av oss hadde hatt en oppvekst i et trygt og beskyttet miljø, Gerhardsen og sosialdemokratiet styrte kongeriket på bakgrunn av felleserklæringen fra 1945, en ideologi det var liten uenighet om. Karl Evang (1902-1981) var en av tidens helter. Hans formidable innsats innenfor seksualhygiene og ernæringspolitikk og for de svake gruppene i samfunnet, appellerte til mange unge den gangen, og var uten tvil en av grunnene til våre senere yrkesvalg, til tross for at atskillige fedre og bestefedre skumlet om at Evang egentlig var kommunist og at hans besikkelse til helsedirektør var politisk betinget fordi han forbigikk mange og angivelig mer kvalifiserte søkere (figur 4).

Bakgrunnen for at man gikk inn i den offentlige legeetaten, er gjennomdrøftet av Schiøtz (11). Hun har vektlagt flere og sterkt varierende forhold; generell samfunnsinteresse, samfunnsfagernes fremmarsj og unge menneskers ønske om å bidra i samfunnsutviklingen, spenning og uavhengighet i forhold til den institusjonelle yrkesutøvelse, familietradisjon; økonomisk og sosial trygghet, bredt og ikke spesialistisk arbeidsfelt, nærkontakt med både individet og lokalsamfunnet. For de fleste av oss var sikkert flere av disse grunnene aktuelle.

### Inn i det evangske system

Fra begynnelsen av 1960-årene lå forholdene vel til rette for en karriere i det offentlige helsevesenet. Særlig på grunn av den økende sykehusutbyggingen var etterspørselen etter legenes arbeidskraft økende, og det ble vanskelig å få besatt distriktslegestillinger. Vi gikk inn i en etablert etat med tradisjoner langt tilbake i tiden. Den ble modernisert i slutten av tretti-årene i tråd med sosialdemokratiets grunnleggende tro på det historikeren Even Lange kaller «politikkens vitenskapeliggjøring» (14). Samfunnsforskeren Rune Slagstad (15) skapte begrepet «system Evang» og la i det fagstyringen av helsevesenet som det eneste saliggjørende for å løse landets



*Fig. 4: Karl Evang (1902-1981). (Fra Store norske leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget 2005.)*

helseproblemer etter krigen. «Det er lægene selv som overtar hovedansvaret for administrasjonen av egen etat og av de medisinske og hygieniske spørsmål i landet i bredere forstand» fastslo Evang under legeforeningens landsmøte høsten 1945. Systemet hadde aksept blant fagfolk – naturlig nok særlig hos leger og i legeforeningen.

Vi hadde heller ikke noe imot at inntektsforholdene var gode, og at man var sikret statlig pensjon.

### **Skurring**

Slike forutsetninger innga trygghet. Det skulle imidlertid ikke gå så lenge før man begynte å stille forsiktige spørsmål. Visst trivdes man, sammen og med pasientene, og man følte at man gjorde seg nyttig. Det var vanligvis god samhörighet og kollegialitet mellom distriktslegene, og det var som sikkert også tidligere, alltid noen å drøfte felles problemer med. Det var et slitsomt yrke, særlig når man også måtte vikariere i nabo-distriktet, men man opplevde også tilfredsstillelse i å ha ansvar overfor både enkeltpersoner og overfor kollektivet. Det var godt å være distriktslege; vi trivdes.

Men noe skurret, og det skyldtes nok til dels at vi var mer influert av den antiautoritære velferdsstatskritikken og miljøverntankegangen som kjen-

netegnet tiden enn vi var klar over (16). Det var flere forhold vi merket oss i vår yrkesutøvelse. I forhold til vår overordnede som distriktsleger, Helsedirektoratet, syntes det som om det kunne foreligge et manglende samsvar mellom de folkehelseproblemer slik vi observerte dem og slik de ble omtalt fra direktoratets side.

### **Nye tider, nye forutsetninger**

Forhold kunne tyde på at Helsedirektoratet nok var blitt hengende etter i samfunnsutviklingen. Eksempelvis var 1960 og -70 årenes sykdomspanorama sterkt preget av oppkomsten av sivilisasjonssykdommene, og ikke minst hjertekarsykdommene. I femårsperioden 1961-65 døde i snitt pr. år 11797 personer (327/100000) i Norge av sykdommer i sirkulasjonsorganene (17) og antallet økte. Dette var den hyppigste dødsårsaken. I 1900 anga legene at 6374 personer døde av tuberkulose (306/100000), som var den hyppigste årsaken den gangen (18). I «Meddelelsesblad for Helsedirektoratet», årgangene fra 1964 til 1972, hvori opptatt Helsedirektørens taler til de offentlige leger herunder distriktslegene, er hjerte/kar-sykdommer og de dramatiske endringer i folkesykdomspanoramaet omtrent ikke nevnt. Derimot ble det viet plass til blant annet polio, difteri og en rekke sosialmedisinske problemstillinger.

### **1970-årenes radikalisering og følgene for distriktslegevesenet**

Miljøverninteressen skapte miljøpolitikk rundt 1970, og Miljøverndepartementet ble opprettet. Det ble straks skapt et ekspertorgan (Statens forurensingstilsyn) med regionale funksjoner og et effektivt forskriftsverk. Noe tilsvarende skjedde med næringsmiddelkontrollen, som fikk sitt nye lovverk i 1978. Begge disse instanser var resultatet av behovet for moderniseringen av forvaltningen, og dette merket vi som distriktsleger og ordførere i de kommunale helse rådene. På landet var det tradisjonelt helse rådene – representert ved to-spannet distriktslege/helsesøster som hadde vært forurensingsmyndighet og også den instans som hadde søkt å effektivere næringsmiddelkontrollen. I forhold til den kompetanse som var nødvendig for å håndheve et helt nytt og tidsmessig regelverk, var det nå mindre plass til det nevnte to-spannet. Kompetansen holdt ikke, befolkningens økende etterspørsel etter distriktslegens kurative tjenester tok for mye tid, og ikke minst strakk helsevesenets lovverk og dets virkemidler ikke til. I en tale i møtet for fylkesleger og stadsfysici i 1969 tok Evang opp betydningen av økologisk tankegang når det gjaldt forurensingsproblemer, at helsemyndighetene burde spille en rolle, men «Helsemyndighetenes hjemmel til å gripe inn her er uklar og undertiden svak»(19). Det hadde Evang helt rett i.

## Impotent lovgivning

At sunnhetsloven av 1860 ikke var et tilstrekkelig godt instrument for å drive oppdatert folkehelsearbeid og omgivelseshygiene, ble raskt klart for oss, likesom det var det for generasjoner distriktsleger før oss (20). Evang innrømmet dette selv så tidlig som i 1948:

«vårt samfunn har imidlertid ikke sørget for at samtidig som lovgivningen ble bygget ut, å sikre effektive organer til å sette bestemmelsene ut i livet» (21).

Sunnhetsloven hadde altså intet opplegg for moderne implementering i et presist og påleggende forskriftsverk, slik for eksempel arbeidsmiljøloven har det i dag, og den hadde heller ikke et hensiktsmessig økonomisk fundament. Loven ga heller ikke muligheter for relevante sanksjoner. Resultatet var at et godt og praktisk folkehelsearbeid i distriktene ble avhengig av den enkelte distriktsleges personlige initiativ og egenskaper. Resultatet ble selvsagt en altfor ulik profil på helserådsarbeidet i de ulike kommuner. Dette ble for så vidt forutsagt av lovgiveren selv:

«Hovedelementet i Commissionerne maa imidlertid altid Lægen antages at ville blive, og paa hans større eller mindre Iver og Dygtighed vil derfor Sagens heldige Udfald bero» (22).

Og slik forble det helt til distriktslegeordningen opphørte i 1984.

## Pasientrettigheter

Det har vært uttalt at den medisinske paternalisme var en integrert del av Evangs velferdsstatsprosjekt (15). Også for oss som befant oss nederst på rangstigen i et slikt hierarkisk fagstyresystem – der pasientene til tider kunne umyndigjøres i kollektivets interesse og i den teknokratiske paternalismes navn – var det ikke alltid lett å svelge at pasientene i denne omskiftelige tiden ble tilkjent rettigheter. Og det skulle ta en tid før den utøvende helsetjenesten greide å ta dette til seg.

Ved en høyesterettsdom i 1977 fikk pasientene innsynsrett i sine egne journaler. Vedtaket var begrunnet i allmenne forvaltningsmessige premiser om informasjon og opplysninger om det enkelte individ i lys av rådende oppfatninger om enkeltmenneskers rettigheter. Dette var en skjellsettende bestemmelse for lege/pasient-forholdet, og den innvarslet en systematisering og videreføring av rettighetstankegangen i helsevesenet. Det er for øvrig interessant at denne prosessen foregikk uten helsevesenets initiativ eller medvirkning. Saken ble reist av en tannlege, og førstevoterende i Høyesterett var Elisabeth Schweigaard Selmer.

## Kommunene

Det var i kommunene vi levde og arbeidet. I de fleste kommuner hadde distriktslegene stelt med sitt og med helserådene uten at lokalpolitikerne brydde seg, perifere som helserådene jevnt over var blitt i lokalpolitikernes bevissthet. Til grunn for denne posisjonen lå nok også at helserådene var lite belastende for den kommunale økonomi

Etter hvert gjorde den nye og hierarkiopløsende tiden også sitt inntog på arbeidsstedene våre, og det var ikke lenger tilstrekkelig å vinne innpass på bakgrunn av status og tradisjon og derved akseptert posisjon.

Nå var det tilkommet flere distriktsleger som var svært aktive som helserådsordførere, spesielt når det gjaldt lokale forurensingsproblemer, slik som drikkevannsforurensing og avfallsproblemer. Noen av kollegene var så aktive at det fantes kommuner som skiftet ut mer anonyme helserådsmedlemmer med ordføreren eller formannskapsmedlemmer for å ta kontroll dersom det var fare at helserådet skulle komme til treffe kostnadskrevende vedtak, slik som nedlegging av søppelplasser og lignende. I en del kommuner, helst de litt større, var det igjen andre distriktsleger som på sin måte innså at den gamle måten å drive helseråds- og offentlig helsearbeide på, ikke lenger holdt mål. «Passivt ekspedisjonsorgan» var et uttrykk som ble brukt for helserådet så tidlig som i 1920-årene (20).

Det var ikke vanskelig for oss distriktsleger på denne tiden å observere at våre offentlige arbeidsfelt etter hvert ble innskrenket. Dette gjaldt også det forebyggende arbeid for mor og barn. Den nye helsestasjonsloven (1974) ansvarliggjorde helsesøstervirksomheten i langt større grad enn før, og distriktslegen inntok i realiteten mer en medisinsk rådgiverstilling, slik hennes lodd ble etter innføringen av kommunehelseloven i 1984.

Frem til 1980-årene hadde samfunnsradikaliseringen altså medført at desentralisering og politisering av fagområder, vektlegging av tverrfaglighet og oppkomsten av nye og godt organiserte faggrupper, hadde overtatt flere og flere biter av områder som i evangperioden var definert som tilhørende det offentlige helsevesenet.

Politiseringen av fagområdene, også av folkehelseproblemer har fortsatt, både sentralt og lokalt. I etterpåklokskapens lune halvmørke kunne vi vel ha forutsett det. Likevel følte en gammel og pensjonert distriktslege seg rådvill og ikke helt vel da han nylig festet seg ved et oppslag i hjemstedets lokalavis (23). Her fremgikk det at formannskapet hadde gått mot den lokale og rådgivende medisinske faglighet og derved også rådmannens innstilling, og bevilget over en halv million kroner til pneumokokkvaksine for 340 barn (fig 5).

Det var ikke dette vi hadde forventet da vi i sin tid arbeidet for å fornye det offentlige helsearbeid og etablerte samfunnsmedisinen. Man skulle i det

# Flertall for vaksine med Odd G. Dambuens støtte

Arbeiderpartiets Odd Gude Dambuens stemmegivning ble avgjørende for at barn født i 2004 og 2005 får tilbud om pneumokokkvaksinering.

Jan Rune Bakkelund 62 34 77 11

jan.rune.bakkelund@ringsaker-blad.no

Det var Aina Bjerke, SV, tidligere Ap, som ba om at formannskapet måtte få en sak om pneumokokkvaksinering for 340 barn. Da saken kom til behandling onsdag var Bjerke fraværende. Når hun er borte fra formannskapet, betyr det at Ap får inn en varamann. Onsdag var det Odd Gude Dambuens som



Odd Gude Dambuen var eneste Ap-representant som støttet vedtaket om pneumokokkvaksine for barn født i 2004 og 2005. Lovise Skaug og tre Ap-representanter utgjorde mindretallet sammen med Høyres Odd-Hermann R. Børke. (Foto: Jan Rune Bakkelund).

var Bjerkes varamann. At Dambuens som eneste Ap-representant støttet vaksineforslaget, gjorde at flertallet vant stemmegivningen seks mot fem. Flertallet besto for øvrig av to SV-ere,

to fra Senterpartiet og en fra Frp.

Vaksinen koster kommunen 560.000 kroner.

Fig. 5: Ringsaker Blad, Moelv, 9.desember 2006. (23) (Foto: H.P. Schjønsby)

minste ha ønsket seg en bedre balanse mellom politikk og fag, og for å sikre en tidligere helseminister, at man spilte mer på samme lag.

## Distriktslegene og legeforeningen

For distriktslegenes yrkesorganisasjon – Offentlige Legers Landsforening (OLL) – var det i slutten av 1960 årene blitt ganske klart at systemet var blitt tilstivnet og trengte forandring i tråd med samfunnsutviklingen. Dette medførte et bevisst arbeid fra foreningens side om å styrke de offentlige legers kompetanse. Legeforeningen på sin side prioriterte modernisert allmennlegeutdanning, men påbegynte arbeidet med spesialitet for oss distriktsleger i slutten av 1970-årene. I 1984 ble spesialiteten samfunnsmedisin vedtatt, ironisk nok samtidig med at distriktslegeordningen opphørte.

Mange av de yngre distriktslegene var opposisjonelle i forhold til legeforeningens offisielle politikk. Dette gjaldt særlig kretsen rundt «Utpos-

ten», et månedsskrift for primærhelsetjenesten, opprettet av tre unge og systemkritiske distriktsleger på nord-vestlandet (Tore Birger Rud, Harald Siem, Per Wium). OLL gikk flere ganger ut med oppfatninger om helsevesenets struktur, innhold, og ikke minst avlønningsformer som ikke samsvarte med moderforeningens. Ikke minst var det uenighet om viktige prinsipielle forhold som den fremtidige kommunehelsetjenestes organisering og ledelse. Konfrontasjonene fant sted gjennom lengre tid, de var ikke alltid behagelige og det kunne oppstå sår. Det var på mange måter en idékamp mellom periferi og sentrum, mellom de institusjonelle og de distriktplasserte leger, de konservative kontra de liberale i et laug; det var et bilde på hvordan den postindustrielle periode og samfunnsradikaliseringen i 60-70 årene fikk sitt uttrykk i legeföreningens virksomhet på denne tiden.

### **Avslutningen**

Distriktslegeordningen ble opphevet i 1984. I praksis hadde den da vært i virksomhet i om lag to hundre år.

I lys av den politiske utvikling som fant sted fra 1960-årene eksemplifisert blant annet ved den nye kommuneloven av 1992 og dens sterke presisering av kommunen som selvstendig politisk enhet, hadde distriktslegesystemet overlevd seg selv.

Medvirkende var også at folkesykdommene og truslene mot folkehelsen ikke lenger var utelukkende medisinsk betinget. Infeksjonssykdommer, slik som tuberkulose, ble avløst av sivilisasjons- og livsstilsykdommer. De er som oftest miljøbetingede og menneskeskapt og trenger følgelig andre forebyggelsesstrategier og behandlingsmetoder. Ikke minst har folkesykdommene også skapt behov for større tverrfaglig kompetanse og innsats. Like viktig var politisk ansvarskjennelse og plassering.

Det var slitsomt og ansvarstygende å være distriktslege. Men det var likevel en bra tid. Artikkelforfatteren var selv i etaten da det stormet. Det lå dynamikk og forandringer i luften, mens mange av premissene for vårt arbeid ble gitt av et samfunn i forandring. Man fikk brukt seg selv, og det hendte også at man fikk en og annen positiv tilbakemelding. Det var fint å tilhøre en etat med en historie og viktig tradisjon bak seg, en etat som i mesteparten av sin virketid gjorde nyttig arbeid for folk enten det var på individ- eller gruppeplanet.

Det var det viktigste.



## Litteratur

1. *Brev fra leger 1789-1839*. Fylkesmannsarkivet. Boks 748. Hamar: Statsarkivet i Hedmark og Oppland.
2. Moseng OG. Formingen av et helsevesen. I: Schiøtz A. (red.) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Bd.1. Oslo: Universitetsforlaget, 2003:165-313.
3. Schnitler CW. *Slegten fra 1814*. Kristiania: Aschehoug, 1911.
4. *Skifteprotokol for Sør-Østerdal 1844-1851*. Hamar: Statsarkivet i Hedmark og Oppland.
5. *Sundhedscollegiet 1809-1815*. Plk.15-18. Oslo: Riksarkivet.
6. Dyrvik S. Embetsstanden. I: Mykland K. (red.) *Norges Historie*. Bd.8. Oslo: J.W.Cap-pelens forlag, 1978: 310-334.
7. Hodne F. Social overhead capital and the government. I: *An economic history of Norway 1815-1970*. Trondheim: Tapir, 1975: 190-229.
8. Schiøtz A. Forebygge, pleie og kurere: Helseprofesjonene vokser fram. I: Schiøtz A. (red.) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Bd.2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 123-171.
9. Kjørheim K. *Mellom kloke koner og kvitklede menn*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1987.
10. Sager, paakjendte i Høiesterets 1ste Session 1864. *Norsk Retstidende* 1864;15: 225-228.
11. Schiøtz A. *Distriktslegen – institusjonen som forsvant*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag og Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2000.
12. Norges offisielle Statistikk. Beretning om Sundhedstilstanden i Norge 1896. Kristiania: Direktøren for det civile Medicinalvæsen, 1898:74.
13. Bliksrud L. Dikterens fremtidsdrøm. I: Vitenskapens utfordringer 1850-1920. *Norsk Idéhistorie* Bd.4. Oslo: Aschehoug, 2001: 257.
14. Lange E. Nye krefter slipper til. I: Helle, K. (red.) *Aschehougs Norgeshistorie*. Bd.11. Oslo: Aschehoug, 1998:19.
15. Slagstad R. Systemet Evang. I: *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax, 1998: 309-318.
16. Benum E. Det radikale oppbruddet. I: *Aschehougs Norgeshistorie*. Bd.12. Oslo: Aschehoug 1998: 28-49.
17. *Historisk statistikk 1968*. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1969.
18. *Norges offisielle Statistikk. Beretning om Sundhedstilstanden i Norge 1900*. Kristiania: direktøren for det civile Medicinalvæsen 1902: 52.
19. Evang K. *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*. 1969; desember:3-15.
20. Gierløff C. *Liv og død i Norge*. Oslo: Gyldendal, 1935: 536
21. Evang K. *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet* 1948, 2:1-3.
22. Ot.prop.nr.24/1860. *Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing betref-fende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme*. Christiania: Departementet for det Indre, 1860.
23. Ringsaker Blad, 9.desember 2006.

## Om forfatteren

*Hans Petter Schjønby (f. 1936) er tidligere fylkeslege i Hedmark.*