

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Allmennmedisinsk forskning – de første årene



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.

The editors



Michael Skjelderup portrayed by Johan Gørbitz (1782–1853)

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 22 / 4 / 2025

Allmennmedisinsk forskning – de første årene



Michael 2025; 22: 311–462



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](#). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.

Program for forskning og fagutvikling i distriktsmedisin ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har gitt prosjekt- og trykkestønad til denne utgaven av *Michael*.

Forsidefoto: Ingvild Jønsberg

Det norske medisinske Selskab 2025
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2025



Innhold

Leder

Allmennmedisinsk forskning må styrkes!	
<i>Magne Nylenna</i>	317

Tema

Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane	
<i>Steinar Hunsbår</i>	322

To eksempel på epidemiologisk forskning i 1880-årene:	
Meslingepidemiologi og lepraårsaker	
<i>Hogne Sandvik</i>	343

Distriktslege Wilhelm le Févre Grimsgaard og	
forskningsprosjektet <i>De mørke maaneders indflydelse paa blodet</i>	
<i>Jørund Straand</i>	349

Distriktslege Tobias Gedde-Dahl og doktoravhandlinga hans	
frå 1948 om tuberkulose i Kinn legedistrikt	
<i>Steinar Hunsbår</i>	362

Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte	
doktoravhandling fra 1966	
<i>Hogne Sandvik, Steinar Hunsbår</i>	379

Herman R. Folmer: Nederlandsk distriktslege i Tysfjord	
(1964–1966) med «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling	
i Utrecht (1968)	
<i>Steinar Hunsbår</i>	392

1975: Norge først i verden med allmennmedisin som	
universitetsfag ved alle medisinske fakulteter	
<i>Jørund Straand</i>	428

Nasjonalt senter for distriktsmedisin: lite senter – viktig oppdrag <i>Birgit Abelsen, Anette Fosse</i>	431
Hva skjer?	
Øivind Larsen: Fra perm til perm – et liv i medisinsk historie <i>Nina Husom</i>	446
<i>Michael</i> vol. 22, 2025, innhold	458

Allmennmedisinsk forskning må styrkes!

Michael 2025; 22: 317–321

doi: 10.56175/michael.12758

Kunnskapsproduksjon er nødvendig for all framtidsrettet helsetjeneste. I motsetning til sykehusene har ikke kommunehelsetjenesten noen forskningsforpliktelse. Motivasjonen og rammebetingelsene mangler også. Skal primærhelsetjenesten i Norge opprettholde sin kvalitet og sitt renommé, må den bebudede helse-reformen sikre en reell styrking av allmennmedisinsk forskning. Allmennleger må stimuleres til nysgjerrighet og få tilgang til forskningslitteratur.

– Norsk primærhelsetjeneste er en undervurdert eksportartikkel. Det sa tidligere administrerende direktør i Helse Sør-Øst Bente Mikkelsen i et møte i Det norske medisinske Selskab nylig. Etter mange års arbeid i Verdens helseorganisasjon minnet hun oss om betydningen av en sterk første-linjetjeneste med lett tilgjengelighet og høy kvalitet. Mange land mangler og savner denne grunnmuren i helsetjenesten. Allmennlegen er det medisinske navet i det som her i landet er blitt en omfattende kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Spesialiseringen av leger har en kronglete historie (1). Allmennlegevirksomhet, som var opprinnelsen til all legepraksis og har eksistert siden tidenes morgen, ble egen spesialitet først i 1985. Også i akademia er allmennmedisin et ungt fag, selv om norske universiteter var tidlig ute i internasjonal sammenheng (2). I 1975 var allmennmedisin etablert som universitetsfag ved alle fire medisinske fakulteter (3).

Forskning er veien til kunnskap

I likhet med andre medisinske spesialiteter har allmennmedisin sine særtrekk. Kompetansen innebærer både ferdigheter og kunnskap. Mye av dette kan allmennlegen lære av sine sykehuskolleger, men et uselektert pasientgrunnlag, kontekst og kontinuitet fordrer spesialitetsspesifikk kompetanse.

Kunnskap forfaller jevnt og fullstendig lydløst, lærte jeg av min mentor, den danske medisinetiker og redaktør Povl Riis (1925–2017). Gammel kunnskap må fornyes, og behovet for ny kunnskap er uendelig. Veien til pålitelig kunnskap har alltid gått gjennom systematisk arbeid med vitenskapelige metoder – det vil si forskning.

I dette nummeret av *Michael* presenterer vi eksempler på allmennmedisinsk forskning fra lenge før faget ble et formelt universitetsfag og egen spesialitet (4–8). Initiativet til artikkelsamlingen kommer fra professor Steinar Hunskaar, og prosjektet har fått økonomisk støtte fra Program for forskning og fagutvikling i distriktsmedisin ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Hva er allmennmedisinsk forskning?

Hunskaar drøfter hva som kan regnes som allmennmedisinske doktoravhandlinger. (9). For fagets kunnskapsutvikling er nok temaet og forskningsspørsmålet viktigere enn hvor forskningen foregår, men klassifiseringen er vanskelig og avgrensningen uklar. Doktordisputaser er en god indikator på forskningsaktiviteten i et fagfelt, men både før og nå utføres mye god og viktig forskning som ikke inngår i doktoravhandlinger.

I tillegg til etableringen av de allmennmedisinske instituttene for 50 år siden er det innført mange tiltak for å stimulere forskningen i faget. I 2006 ble det opprettet allmennmedisinske forskningsenheter ved alle de fire medisinske fakultetene. Legeforeningen har etablert et Allmennmedisinsk forskningsfond, og i 2013 ble en Nasjonal forskerskole i allmennmedisin, finansiert av Norges forskningsråd, opprettet (10). I 2018 ble forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et eget nettverk, PraksisNett (www.praksisnett.no) (11). Flere allmennmedisinske kompetansesentre gir også forskningsmuligheter, som Antibiotikasenteret for primærmedisin i Oslo, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen og Allforsk i Rogaland. Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø forvalter et eget program for distriktsmedisinsk forskning (12). Allmennmedisinsk forskning er ikke bare klinisk. Det er behov for kunnskap – og dermed forskning – både om organisering, finansiering og arbeidsmetoder.

Men forskningsproduksjonen er lav til tross for tiltakene. I 2024 utgikk det i alt ni doktoravhandlinger fra de fire allmennmedisinske instituttene (Steinar Hunskaar, personlig meddelelse). Selv om det ganske sikkert ble forsvart andre avhandlinger med allmennmedisinsk relevant tema, utgjorde de en svært lav andel av de 550 doktordisputasene innen medisin og helse i Norge samme året (13).

Jakten på gode spørsmål

Det er mange grunner til det lave omfanget av allmennmedisinsk forskning. Manglende finansiering er bare en av dem.

Det er små forventninger og få insentiver til forskning i hele primærhelsetjenesten. I spesialistutdanningen for leger er det ingen krav om egen forskning, kun om «forskningsforståelse».

Det er bred enighet om at allmennmedisinsk forskning må styrkes, men virkemidlene er få. Løpende forskningsaktiviteter bør være like naturlig i førstelinjetjenesten som i sykehusene.

De fleste allmennleger er selvstendig næringsdrivende, og det trengs ordninger som gjør det mulig for disse å kombinere praksis med forskning både praktisk og økonomisk. Et kommunalt forskningsansvar på linje med helseforetakene er en mulig vei å gå (14). Dessverre er norske kommuner i dag allerede overbelastet og underfinansiert. Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) er et prisverdig initiativ, men foreløpig uten store resultater (15).

Motivasjon er den første, og kanskje viktigste, forutsetningen på alle nivåer. Dessverre er ikke den politiske viljen til å skape forskningsmotivasjon i tjenesten stor. Gode forskningsspørsmål krever kunnskap om hva vi vet og hva vi ikke vet, kombinert med nysgjerrighet.

Allmennleger må ikke avspises med retningslinjer og prosedyrer som skal følges. De må også lære å stille nye spørsmål basert på egne erfaringer. Til det behøves en forskningskultur. Da må legene ha tilgang til et miljø som inspirerer til forskning, og ikke minst ha tilgang til andres forskning. Forskningslitteratur stimulerer både til å ta i bruk andres kunnskap og til å produsere ny. Ved å lese vitenskapelige tidsskrifter eksponeres man for nye ideer.

En av mine største faglige sorger er skjebnen *Helsebiblioteket* fikk. Fra 2006 utviklet vi et system som ga alle allmennleger – og for den del også alle andre i Norge – fri tilgang til flere tusen medisinske tidsskrifter, inkludert de største og viktigste som *The Lancet*, *BMJ*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* og *The New England Journal of Medicine* (16). Med avviklingen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2015 og overføring av *Helsebiblioteket* til Folkehelseinstituttet forsvant tidsskrifttilgangen raskt. Helse- og omsorgsdepartementet var tydelig på at det ikke var behov for forskningslitteratur i kommunehelsetjenesten. Allmennleger må klare seg med «de kliniske oppslagsverkene», ble det sagt (17). I årets stortingsmelding om allmennmedisinens framtid står det at: «Tilbudet gjennom Helsebiblioteket er blitt betydelig redusert av ulike årsaker» (18, s. 140). Den viktigste årsaken er at departementet selv mente at tjenesten er unødvendig.

Det er interessant å lese hvor viktig forskningslitteratur var allerede for de første allmennmedisinske forskerne. For over 100 år siden kunne distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard melde fra Karlsøy at «den tungvindte adkomst til den nødvendige litteratur har lagt mig hindringer i veien» (5). Mot midten av 1900-tallet erfarte Tobias Gedde-Dahl det samme på Vestlandet. «Han arbeidet med resultatene kontinuerlig i prosjektfasen, men etter krigen følte han trang for større konsentrasjon om analyse og skriving, samt tilgang på litteratur. Han reiste til Oslo» (6).

Slik er det fortsatt.

Framtiden

En stortingsmelding om framtidens allmennlegetjenester ble framlagt i april 2025. «Det er behov for systematisk kunnskapsstøtte i allmennlegetjenesten og for mer forskning både i, med og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur», står det (18, s. 120). Men den ene siden som er viet forskning og implementering, er mer beskrivende enn framtidsrettet, og uten noen løfter om nye tiltak (18, s. 139).

Regjeringen Støre har planer om en større helsereform, og har nylig nedsatt et utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste (Helsereformutvalget). I premissene for utvalget heter det at «Det legges til grunn at kommunene skal ha ansvar for omsorgstjenester og at staten skal ha ansvar for sykehus og spesialisthelsetjenester» (19). Den kommunale helsetjenesten er ikke nevnt, og ansvaret for framtidens allmennmedisin er dermed usikkert. Uansett organisering må den medisinske grunnmuren i førstelinjetjenesten sikres faglig stimulering og betingelser for forskning på linje med spesialisthelsetjenesten.

Litteratur

1. Haave P. *I medisins sentrum*. Oslo: Unipub, 2011.
2. Straand J, de Wit N. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 483–492. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2335537>
3. Straand J. 1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter. *Michael* 2025; 22: 428–430.
4. Sandvik H. To eksempel på epidemiologisk forskning i 1880-årene: Meslingepidemiologi og lepraårsaker. *Michael* 2025; 22: 343–348.
5. Straand J. Distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard og forskningsprosjektet «De mørke maaneders indflydelse paa blodet». *Michael* 2025; 22: 349–361.
6. Hunskaar S. Distriktslege Tobias Gedde-Dahl og doktoravhandlinga frå 1948 om tuberkulose i Kinn legedistrikt. *Michael* 2025; 22: 362–378.

7. Sandvik H, Hunsår S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966. *Michael* 2025; 22: 379–391.
8. Hunsår S, Herman R, Folmer: Nederlandsk distriktslege i Tysfjord (1964–1966) med «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling i Utrecht (1968). *Michael* 2025; 22: 392–427.
9. Hunsår S. Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane. *Michael* 2025; 22: 322–342.
10. Janssen SE. Nasjonal forskerskole i allmennmedisin – riktig initiativ til rett tid. *Utposten* 2013; nr 2: 11.
11. Bjorvatn B, Straand J, Halvorsen P et al. PraksisNett – et nettverk av fastlegepraksiser. En storsatsing på forskning i allmennpraksis. *Utposten* 2018; nr 4: 40–43.
12. Abelsen B, Fosse A. Nasjonalt senter for distriktsmedisin: lite senter – viktig oppdrag. *Michael* 2025; 22: 431–445.
13. Steine F. Flere doktorgrader innenfor medisin og samfunnsvitenskap bidrar til rekordtall i 2024. Statistisk sentralbyrå 2025. <https://share.google/4AH2qy57UuzRR3o4q> (16.10.2025).
14. Vatten I. Også allmennleger må få forske. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0336>
15. Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/kommunenes-strategiske-forskningsorgan> (16.10.2025)
16. Nylenna M, Eiring Ø, Strand G et al. Wiring a nation: putting knowledge into action. *Lancet* 2010; 375: 1048–1051. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61832-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61832-8)
17. Storvik AG. – FHI må forholde seg til rammene i budsjettet. *Dagens Medisin* 9.12.2020. <https://www.dagensmedisin.no/folkehelseinstituttet-helse-og-omsorgsdepartementet-helsebiblioteket/fhi-ma-forholde-seg-til-rammene-i-budsjettet/198193> (16.10.2025)
18. Meld. St. 23 (2024–2025). *Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.
19. Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste (Helsereformutvalget). <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/utvalg-for-en-helhetlig-og-sammenhengende-helsetjeneste-helsereform-utvalget/id3117111/> (16.10.2025)

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin og redaktør av Michael.

Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane

Michael 2025; 22: 322–342

doi: 10.56175/michael.12759

Artikkelen drøfter kva som kan reknast som ei allmennmedisinsk doktoravhandling. Deretter presenterer og diskuterer den norske allmennmedisinske doktoravhandlingar før og etter opprettinga av dei fire universitetsinstitutta på bakgrunn av publikasjonslister og annan innhenta informasjon.

Det tok lang tid frå etableringa av dei fire allmennmedisinske institutta (1968–1975) til doktorgradsproduksjonen tok til, og enda fleire år før volumet vart stort. Men frå slutten av 1970-talet (Oslo) og 1990-talet (dei tre andre) har dei vore i stand til å rekruttere til sine akademiske stillingar gjennom eigne allmennmedisinske avhandlingar. Til 1992 hadde om lag 20 allmennlegar disputert. Bjørn Øgar var den første som disputerte med utgangspunkt i eit allmennmedisinsk institutt, i 1977 ved Universitetet i Oslo. Det er funne fleire relevante doktorgradar før dette. Carl Schiøtz disputerte i 1917 på ei avhandling om barnehelse. Tobias Gedde-Dahl disputerte i 1948 på ei avhandling om tuberkulose og tuberkulinmatrikkelen i Kinn legedistrikt. Nederlandaren Herman Folmer disputerte i 1968 ved Universitetet i Utrecht på ei praksisundersøking frå Tysfjord.

Avhandlingane kan i starten seiast å vere enkle, deskriptive og praksisnære. Dei gir eit interessant innblikk i prioriteringar, utfordringar, forskingsaktivitet og -tematikk i dei fire allmennmedisinske institutta sine første tiår. Forskinga var teorifattig eller «ateoretisk», og det var ikkje mykje genuin teoriutvikling. «Du skal telle ditt fag», kan vere ein passande karakteristikk. Institutta måtte dokumentere sin eksistens både overfor akademiet og sitt eige praksisfelt, noko som ikkje var utan spenningar.

Doktordisputasar er ein milepæl og stas for kandidaten, eit uttrykk for forskingsaktiviteten i miljøet og betyr pengar og ære til institutt og fakultet. Slik er det også for allmennmedisinsk forskning. Det tok lang tid å etablere

ein større allmennmedisinsk doktorgradsproduksjon i Norge. Grunnane var truleg fleire; universitetsinstitutta og forskingsmiljøa måtte byggast frå grunnen, relevant forskings- og rettleiingskompetanse mangla, det var dårleg finansiering av stipendiatstillingar, fleire aktørar meinte at utdanning og ikkje forskingsaktivitet var det viktigaste i startfasen, og rekruttering til forskning frå det allmennmedisinske praksisfeltet var svak og utfordrande. «Langsamt blir faget vårt eget», heiter det i den allmennmedisinske historieboka (Fugelli & Johansen 1984), og det gjaldt også for forskingsaktiviteten og doktorgradane.

I denne artikkelen vil eg omtale dei første allmennmedisinske doktoravhandlingane og forskingsmiljøet og doktorgradsproduksjonen ved dei fire allmennmedisinske instituttmiljøa i dei første tiåra etter opprettinga, i tillegg til relevante avhandlingar før dette. Men først trengs nokre avklaringar og avgrensingar.

Kva er ein allmennmedisinsk doktorgrad?

Det er absolutt ikkje eintydig kva som skal reknast som ein *allmennmedisinsk* doktorgrad, og fleire tilnærmingar, som ikkje er gjensidig utelukkande, kan brukast:

- temaet og forskningsspørsmålet si allmennmedisinske forankring
- doktoranden si allmennmedisinske forankring
- ei metodebasert inndeling
- ei formell-administrativ inndeling etter kor avhandlinga kjem frå

Temaet og forskningsspørsmålet si allmennmedisinske forankring er nok det mest sentrale vurderingspunktet. Mange har skrive om kva som er viktige allmennmedisinske forskingsfelt, og kva som må prioriterast (Bentsen 1966, Fugelli et al. 1984, Bentsen 1988, Fugelli 1988). Problemet var at i starten var *alt* av allmennmedisinsk fag og praksis forskingsmessig udokumentert og av interesse. Bentsen diskuterer dette og prøver seg forsiktig på ei avgrensing ved å definere allmennmedisinske forskningstema til å gjelde allmennlegane sitt arbeid – inkludert terapi, epidemiologi, symptom og kliniske undersøkingar, sosialmedisinske problemstillingar og utdanningsspørsmål (Bentsen 1966). I ein seinare artikkel diskuterer han arenaer og metodar for allmennmedisinsk forskning i vid forstand, og har stor toleranse for kva som kan definerast innfor, det må vere arenaen og problemstillinga som bestemmer (Bentsen 1988).

Forskaren og doktorandane si allmennmedisinske forankring har utan tvil gjennomgått ei utvikling dei siste 50 år. I starten var det innforstått at forskaren måtte vere allmennlege, slik Bentsen ser ut til å ta for gitt (Bent-

sen 1966). Mange personar i allmennmedisinske akademiske stillingar har likevel ein forskingsmessig bakgrunn frå heilt andre fag. Deira avhandlingar kan ikkje reknast som allmennmedisinske, sjølv om personen seinare vart både allmennlege, spesialist og professor i allmennmedisin. Endra syn på forskarrekruttering har også medført at ein i dag godt kan ha allmennmedisinske doktorgradsprosjekt drivne av medisinske studentar (for eksempel forskarlinestudentar), unge legar utan LIS1-teneste og forskarar som kan vere ikkje-klinikarar, eller ha heilt andre utdanningsbakgrunnar.

Forskinsmetodane har også vore forsøkt som avgrensande variabel (Bentzen 1988, Almind et al. 1988). Sjølv om ein lett ser for seg at prekliniske og laboratoriebaserte studiar fell utanfor, viser historia at det er mange allmennmedisinske avhandlingar som har tatt i bruk «basale» forskingsmetodar frå laboratoriefag, matematikk, statistikk og epidemiologi, og allmennmedisinen var også ganske tidleg ute med kvalitative forskingsprosjekt og andre humanistiske forskingstradisjonar (Straand et al. 2022).

Ei *formell-administrativ inndeling* er å rekne alle avhandlingar som kjem frå dei allmennmedisinske universitetsinstitutta/seksjonane/avdelingane etter 1968 som allmennmedisinske. Dette er enklast for universiteta i Oslo og Bergen som har hatt allmennmedisinske institutt og organisatoriske einingar i heile den aktuelle perioden, medan det i Tromsø og Trondheim har vore breiare samfunnsmedisinske institutt som gjer identifiseringa vanskelegare og meir individuell og skjønsmessig. På den andre sida er det klare allmennmedisinske avhandlingar frå Oslo og Bergen som av ulike grunnar ikkje er avlagt ved miljøa for allmennmedisin, og etter kvart har ein stadig minkande part av avhandlingane herifrå vorte utført av allmennlegar eller har hatt sentrale allmennmedisinske problemstillingar, spesielt i Bergen (Møen et al. 2022).

Samla sett viser den historiske utviklinga at ein har gått frå ein ganske snever og praksisnær definisjon av allmennmedisinsk forskning til ein vidare definisjon som omfattar både teoretiske tilnærmingar og eit vidt spekter av metodar, arenaer og forskarbakgrunnar.

Datamateriale og metode

Det finst ingen samla bibliografi over norske allmennmedisinske forskingspublikasjonar eller doktoravhandlingar. Men produksjonen var lenge låg, med gjennomsnittleg sju forskingspublikasjonar årleg totalt frå norske allmennlegar for perioden 1950–1982 (Fugelli 1984). Ein lovande referanse viser seg aldri å ha blitt publisert (Solberg E, Fugelli P. Bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning 1950–1982. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.). Eg har innhenta lister over tildelte doktorgrader frå Universitetet i Oslo

fram til 1972 (Andresen 1962, Andresen 1974, Larsen 2014), dei allmennmedisinske instituttmiljøa etter 1968 og søkt i årsmeldingar frå institutt og fakultet. Gjennom eige litteraturarkiv har eg funne relevante publikasjonar som omhandlar den tidlege forskingsaktiviteten. Fagfeller har gitt tips om aktuelle avhandlingar. I Nasjonalbiblioteket har eg søkt etter relevant stoff i aviser, bokkapittel og andre kjelder om avhandlingane, forskarane og disputasane.

Funn og kommentarar

Avhandlingane frå dei allmennmedisinske institutta lar seg relativt enkelt identifisere og vert omtalt nedanfor. Frå tida før opprettinga av dei allmennmedisinske universitetsinstitutta har eg identifisert åtte kandidatar med det som kan karakteriserast som allmennmedisinske avhandlingar, der fire enda med godkjent disputas, to vart refusert og to potensielle vart ikkje bedømt.

Anton Martin Magelssen (1848–1935) var allmennlege i Christiania/Oslo og overlege ved Hankø Bad. Han meinte det var viktige samanhengar mellom mange sjukdommar og klimaet, og han utvikla ein teori om eit «medisinsk-meteorologisk system», der årstider og månadlege fluktuasjonar («bølgeteori»), var sentrale for å forklare sjukdommars forlaup og prognose. Etter å ha publisert sine teoriar i tyske meteorologiske tidsskrift, publiserte han i 1889 boka *Om sygdommenes afhængighed af veirliget* (Magelssen 1889). Året etter leverte han boka til universitetet for å få den vurdert for medisinsk doktorgrad. Avhandlinga vart under dissens akseptert for disputas, men ved disputasen underkjente begge opponentane avhandlinga, og universitetskollegiet tok dette til følge. Magelssen tok i ettertid kraftig til motmæle mot universitetet. Det vart ein heftig avisdebatt, og han ga seinare ut ei bok på eige forlag om disputasen, med sterke angrep på universitetet. Historia om Magelssen og avhandlinga hans er grundig omtalt i eit bokkapittel (Dietrichs 2006).

Wilhelm le Fèvre Grimsgaard (1868–1937) var distriktslege i Karlsøy i Troms 1905–1912. I 1908 fekk han Kongens gullmedalje for ei avhandling som svar på ei utlyst prisoppgåve frå Universitetet i Christiania/Oslo. Avhandlinga hadde tittelen *Giv en paa egne undersøgelser støttet fremstilling af de mørke maaneders indflydelse paa blodet*. Den hadde eit omfang og ein kvalitet som truleg ville ha stetta krava til ei doktoravhandling på den tida, men var nok primært tenkt som prisoppgåve, ikkje som doktoravhandling (Straand 2025a).

Carl Schiøtz (1877–1938) var allmennlege i Førde, Frøya, Flosta, Nes i Hedmark og Hamar i åra 1904–1914. Han vart seinare spesialist i indremedisin med eigen praksis i Oslo, men først og fremst kjent for sin store

innsats for skulehelsetenesta både i Oslo og i landet elles (Alsvik 1991, Larsen 2014). Han vart i 1931 professor i hygiene og bakteriologi ved Universitetet i Oslo. I Nes (1907–1914) interesserte han seg for, og publiserte artiklar om, struma hos born – spesielt vekstforstyrningar. Dette førte så til ei stor epidemiologisk undersøking av i alt 10 000 skuleborn i Mjøsregionen og Oslo (kontrollar), der vekst og antropologi var i fokus (høgde, vekt, hovudomkrets, hår- og augefarge, ernæring og mykje meir). Han disputerte ved Universitetet i Oslo i 1917 på avhandlinga *En undersøkelse av 10 000 norske skolebarn, særlig med hensyn til vekstforhold* (Schiøtz 1917a), og vart kreert til dr.med. i 1918. Ei av prøvoførelesingane vart utgitt som bok med sterk kritikk av tilhøva innan skulehelsetenesta (Schiøtz 1917b). Forskinga hans fekk praktiske konsekvensar, og Schiøtz sto mellom anna bak «Oslo-frukosten» frå 1929, eit viktig tiltak for å sikre god ernæring hos skuleborn.

Gert Magne Høye (1898–1972) var distriktslege i Valle i Setesdal frå 1932. I åra 1936–1938 gjorde han omfattande innsamlingar av sosiodemografiske og medisinske data frå 173 familiar med 826 personar i Valle, noko som utgjorde ca. 85 % av folketalet. Høye var spesielt opptatt av karies og årsaker til denne. Undersøkinga vart vitskapleg og statistisk bearbeidd ved Hygienisk institutt, Universitetet i Oslo, og utgitt som ein monografi (Høye 1941). Boka på 187 sider har alle kjenneteikn på ei doktoravhandling frå universitetet, men eg finn ingen informasjon som tilseier at Høye disputerte for doktorgraden.

Tobias Müller Gedde-Dahl (1903–1994) disputerte ved Universitetet i Oslo i 1948 på ei avhandling om tuberkulose og tuberkulinprøver (Gedde-Dahl 1948). Han samla eit stort materiale frå allmennpraksis om sjukdommen og diagnostikken i Kinn legedistrikt (Florø) der han var distriktslege i åra 1936–1946 (Evensen 2009). Han var deretter generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen resten av yrkeslivet. Gedde-Dahl og avhandlinga er omtalt i ein eigen artikkel (Hunskår 2025a), men doktoravhandlinga er mest sannsynleg den einaste som er avlagt av ein norsk allmennlege og med data frå allmennpraksis i Norge før universitetsinstitutta vart oppretta.

Bent Guttorm Bentsen (1926–2008) var kommunelege i Nes i Akershus 1953–1975 og ein pioner i norsk allmennmedisinsk forskning ved at han i åra 1961–1966 publiserte 14 artiklar med data frå allmennpraksis. Artiklane leverte han som ei doktoravhandling ved Universitetet i Oslo i 1966, men avhandlinga vart refusert (Sandvik & Hunskår 2025). Sett i ettertid hadde artiklane god kvalitet og burde kunne ha danna grunnlag for ein doktorgrad, men den hadde formelle manglar i høve til doktorgradsreglementet. Avhandlinga vart seinare utgitt i engelsk utgåve (Bentsen 1970).

Bentsen var i 1975–1993 professor i allmennmedisin ved Universitetet i Trondheim.

Herman R. Folmer (f.1933) frå Nederland var distriktslege i Tysfjord i Nordland i 1964–1966. Han disputerte i 1968 ved Universitetet i Utrecht på ei avhandling om helsetilhøva i Tysfjord (Folmer 1968). Historia om Folmer (Hunskår 2025b) er ein viktig del av den allmennmedisinske akademiske historia i Norge, men avhandlinga presenterer også interessante historiske tilhøve om distriktslegeordninga og klinisk allmennmedisin i Utkant-Norge midt på 1960-talet.

Victor Lindén (1914–1993) var allmennlege i Bergen frå 1946, trygdelege og eit par år amanuensis ved Institutt for hygiene og sosialmedisin. Han disputerte i 1968 på avhandlinga *Absense from work and work capacity*. Avhandlinga presenterte data frå trygdeetaten om prognosen etter sjukmelding, den gjekk ut frå eit sosialmedisinsk fagmiljø, og Lindén definerte seg nok mest som trygdelege og sosialmedisinar i denne samanhengen. Men avhandlinga ville opplagt kunne vore utført ved eit allmennmedisinsk institutt, dersom eit slikt hadde funnest. Han vart seinare godkjent som Almenpraktiker Dnlf (1974), og vart første professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø (sjå nedanfor).

Dei allmennmedisinske institutta og deira første doktoravhandlingar

Før universitetsinstitutta kunne komme i gang med doktorgradsproduksjon, måtte dei etablere naudsynte strukturar, professorar måtte tilsettast, og det måtte finnast kompetanse på allmennmedisinsk forskning og forskingsmetode. Det var ikkje opplagt at slikt kunne finnast, og både i Oslo og Bergen vart det tilsett professorar med liten eller ingen allmennmedisinsk erfaring, både klinisk og forskingsmessig (figur 1).

Dei første professorane sin allmennmedisinske akademiske bakgrunn

Christian Fredrik Borchgrevink (1924–2024) var verdast fjerde professor i allmennmedisin da han 45 år gammal vart professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo i 1969, og hadde stillinga til 1994 (Fugelli & Johansen 1984, Straand & de Wit 2024). Han hadde sparsam allmennmedisinsk bakgrunn, men hadde vore assistent hos distriktslege Aage Johansen (1901–1964) i Gloppen i eitt år i 1952–1953. Sidan utdanna han seg i indremedisin og tok doktorgrad innan basal hematologi på avhandlinga *Studies on the haemostatic mechanism* (1961). Han søkte professorat både i indremedisin og allmennmedisin, vart innstilt til begge, men valte allmennmedisin. I forbindelse med at Legeforeininga oppretta sitt gåveprofessorat, fekk han



Figur 1. Dei tre professorane i allmennmedisin. Bilde frå opninga av Institutt for almenmedisin i Bergen i 1972. Fra venstre Sigurd Humerfelt (Bergen), Christian Borchgrevink (Oslo) og Victor Lindén (Tromsø). Foto: Privat

utdanningsstipend i allmennmedisin i 1968/69 for å kvalifisere seg til professoratet. Borchgrevink ga i intervju uttrykk for sterk motivasjon for å bygge opp eit nytt fag, sjølv om han verken metodemessig eller klinisk hadde særleg allmennmedisinsk forankring (Fugelli & Johansen 1984).

Sigurd Humerfelt (1914–2000) var ein av tre søkarar til gåveprofessoratet i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen i 1970. Ingen vart vurdert professorkompetente, men to av dei, Humerfelt og Victor Lindén (sjå nedanfor) fekk begge eitt års utdanningsstipend for å kvalifisere seg. Humerfelt hadde ingen bakgrunn frå allmennpraksis, og hadde heller ikkje turnus-teneste, da han var utdanna før denne vart innført. Han var spesialist i indremedisin, hadde utdanning frå England innan epidemiologi og hadde professorkompetanse i indremedisin etter ein stor forskingsinnsats innan hypertensjon. Han disputerte i 1965 på avhandlinga *An epidemiological study of high blood pressure with special reference on the influence of blood pressure and age on cardiac signs and symptoms*. Han hadde omfattande erfaring med undervisning og utdanningsadministrasjon. Stipendet vart gjennomført som allmennlege og distriktslege i Askøy. Han fekk deretter professoratet i Bergen og starta oppbygginga av instituttet der i 1972, 57 år

gammal (Hunskår & Haug 2001, Hunskår & Haug 2022a). Han gjekk av for aldersgrensa i 1984, da Per Fugelli (1943–2017) overtok.

Victor Lindén søkte professorstillinga i Bergen. Han vart ikkje vurdert som kompetent, men fekk eitt års professorstipend frå Legeforeininga. I innstillinga frå vurderingskomiteen skin det tydeleg gjennom at dei ønskte Humerfelt framfor Lindén, trass i at Lindén hadde betydeleg allmennmedisinsk praksis, relevant doktorgrad, ganske stor vitskapleg produksjon og stor undervisningserfaring frå universitetet. Han var professorstipendiat i eitt år fram til august 1971, og vart deretter i statsråd utnemnd til første professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø, ei stilling han starta i på nyåret 1972, 57 år gammal. Han var i denne stillinga berre fram til nyåret 1975, da han vart professor i sosialmedisin same stad. I dei tre åra var han nok ikkje ei drivande kraft i å bygge det allmennmedisinske fagmiljøet i Tromsø, verken når det gjaldt forskning, rettleiing eller undervisning. Det er først og fremst *Anders Forsdahl* (1930–2006) som blir tenkt på som «urprofessoren» i Tromsø, men han vart ikkje professor før i 1980, 50 år gammal, etter å ha vore universitetslektor og dosent sidan 1973. Forsdahl hadde ikkje doktorgrad, men lang praksis som distriktslege. Han er likevel verdskjent for sine publikasjonar om samanhengen mellom helsetilstanden og levekår i Finnmark, der han utvikla ein teori om at dårlege oppvekstvilkår kan legge grunnlag for hjartesyjukdom og død i vaksen alder (Forsdahl-Barker-hypotesen) (Vangen et al. 2005, NSDM 2025).

Bent Guttorm Bentsen heldt fram som allmennlege, men også med akademisk arbeid etter refusjonen av avhandlinga i 1966 (Sandvik & Hunskår 2025), mellom anna var han forskingsstipendiat og universitetslærer ved instituttet i Oslo 1968–1975. 49 år gammal vart han professor i allmennmedisin ved det nyoppretta Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim frå 1975 til 1993, og han var ansvarleg for oppbygging av forskning og undervisning der.

I løpet av seks år frå 1969 til 1975 var det altså på plass professorar i allmennmedisin ved alle dei fire medisinske fakulteta (Straand 2025b), men dei hadde mange oppgåver utover å starte avansert forskning med doktorgradar som siktemål. Grunn- og vidareutdanninga var første prioritet, medan forskingsaktiviteten måtte lide. Kontakten med praksisfeltet var ei utfordring, og det var heller ikkje slik at allmennlegane og deira organisasjonar jubla for eit innovervendt fokus med vekt på teori og metode (Utposten 1972, Lærum 1983, Bruusgaard 1986, Hunskår 2022).

Avhandlingane frå Universitetet i Oslo 1968–1992

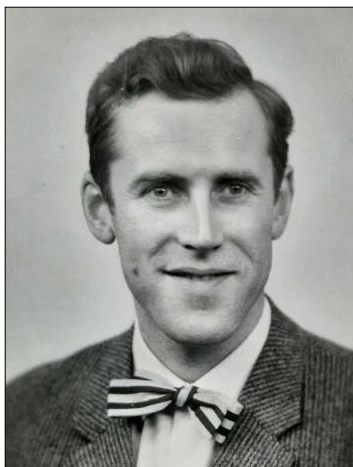
Tabell 1 viser dei første avhandlingane som kom frå instituttet i Oslo etter oppstarten. Av lista ser vi at det store fleirtalet av kandidatane seinare fekk akademiske stillingar innan allmennmedisin eller tilgrensande fag. Åtte av dei 12 avhandlingane hadde norske titlar, og dei viser eit stort mangfald av tema, med vekt på å beskrive sentrale delar av det allmennmedisinske faget. Det gjekk likevel åtte år til den første disputasen, mens det deretter kom tre til i løpet av eit par år. Oslo hadde produsert eit titals avhandlingar før dei andre institutta kom i gang frå ca. 1990. Den første avhandlinga skal her omtalast særskilt av fleire grunnar. Den er ofte blitt omtalt som landets første, fordi Gedde-Dahl og Folmer har vore lite kjent innan dei allmennmedisinske miljøa dei siste 50 åra, men den har òg nokre andre interessante aspekt.

Tabell 1: Dei 12 første allmennmedisinske avhandlingane utgått frå Universitetet i Oslo (1977–1992).

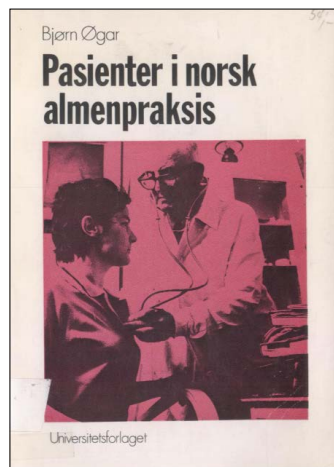
År	Namn	Tittel
1977	Bjørn Øgar	Pasienter i norsk almenpraksis
1978	Per Fugelli	Helsetilstand, helsetjeneste og legemiddelforbruk på Værøy og Røst
1979	Dag Bruusgaard	To alen av samme stykke – prosjekt igangsatt for å bedre arbeidsdeling og samarbeid mellom den primære helsetjeneste og sykehus
1979	Ellen Ganes	En undersøkelse om kreftpasienters medisinske og sosiale situasjon
1984	Even Lærum	Studies in urolithiasis in general practice
1984	Anders Grimsmo	Fra å bli syk – til å bli pasient
1986	Olav Rutle	Allmennpraksis – tema med variasjonar. Ein analyse av årsakene til ulike arbeidsmåtar i primærlegetenesta
1988	Åsa Rytter Evensen	Sykehjemsøkere – hvem er de, hvorfor søker de, hva kan vi gjøre for dem
1988	Magne Nylenna	Cancer, a challenge to the general practitioner
1990	Gunnar Tellnes	Sickness certification
1991	Arild Bjørndal	Forbruk av psykofarmaka i Norge
1992	Per Hjortdahl	Continuity of care in general practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice

Bjørn Øgar (1932–2019) (figur 2) var cand. med. frå Oslo (1957), og arbeidde som allmennlege og distriktslege i Mosjøen og Nesna 1959–1967, før han i 1967 starta spesialistutdanning i psykiatri i Osloregionen. Han fekk spesialistgodkjenning i 1973. Sterkt inspirert av tida i allmennpraksis, men som lege i psykiatrien, starta Øgar i 1969 på det som skulle ende med doktorgrad i 1977. Basis var Gaustad sjukehus, men prosjektet vart seinare overført til Institutt for allmennmedisin, med Borchgrevink som hovudrett-leiar. Våren 1971 gjennomførte han ei pilotundersøking med vekt på psykiatriske diagnoser, for å teste ut eit registreringsskjema, teste om det var mogeleg å rekruttere allmennlegar til å samle data og korleis samarbeidet mellom forskar og deltakarane burde vere. Pilotundersøkinga var stor, Øgar skriv at den både var fór omfattande og tok for lang tid. Det deltok 13 legar frå ti praksisar som samla skjema frå 1803 pasientar. Resultata vart publisert i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (Øgar 1972). Konklusjonen var at psykiske sviktilstandar var hyppige, og at dei var nøye knytt til somatiske tilstandar og sosiale problem. Ei hovudundersøking måtte difor ha mykje større breidde i symptom- og diagnosevariablar for å kunne studere denne samvariasjonen.

Hovudundersøkinga hadde ei nasjonal og allmenn målsetting: å registrere sjukdom i allmennpraksis, inkludert diagnoser, funksjon, behandling og tilvisingar samt relevante sosiale tilhøve, i eit representativt utval. Undersøkinga inngår altså i tradisjonen etter Bentsen og Folmer, noko Øgar gjorde merksam på. No gjaldt det likevel ikkje ein enkelt lege eller kommune, men data frå 13 436 pasientar samla inn av 56 spesielt rekrutterte allmennlegar



Figur 2. Bjørn Øgar, første doktorand frå Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, 1977. Bilde ca. 1975. Foto: Privat



Figur 3. Bjørn Øgar si avhandling vart utgitt som bok på Universitetsforlaget.

frå heile landet. Avhandlinga (figur 3) er ei bok på 215 sider, bygt opp som ein tradisjonell monografi med omfattande tabellverk, analysar og diskusjon, inkludert metode- og representativitetsdiskusjon. Avhandlinga vart godkjent, og disputasen var i september 1977 (Øgar 1977).

Men før denne første avhandlinga kunne feirast, oppstod det ei krise mellom akademiet og praksisfeltet. I april 1977 trykte *Tidsskrift for Den norske lægeforening* tre artiklar med hovudresultata frå avhandlinga (Brekke & Øgar 1977, Øgar & Brekke 1977a, Øgar og Brekke 1977b). På grunnlag av desse kom det eit heilsides godt illustrert oppslag i Aftenposten som vakte stor oppsikt og irritasjon i allmennpraktikarkorpset (figur 4). Ei rekke resultat frå doktoravhandlinga vart referert og forfattarane, legane Truls Brekke og Bjørn Øgar, vart intervjuet og sitert. Hovudessensen i det kritiske oppslaget var at gjennomsnittspasienten berre fekk 16 minuttar til konsultasjon, og at det var lange ventetider for å få legetime. Det vart ei rekke oppfølgande innlegg i fleire aviser. Kritikken frå allmennlegane mot forskingsresultata førte til eit kraftig angrep på instituttet i Oslo over to sider i neste nummer av *Utposten*, forfatta av redaktør Per Wium (Wium 1977). Han skreiv at det var stor uro blant allmennlegane, og at det ikkje kom fram at «legane» bak undersøkinga var psykiater (Øgar) og ein medisinsk student (Brekke). Wium skreiv vidare mellom anna:

«Flere av deltakerne stilte seg tvilende til hele undersøkelsen og kom med kritiske merknader. Disse har ikke blitt tatt til følge. Jeg synes det er merkelig at man ikke kunne bruke almenpraktiserende leger til å gjennomføre undersøkelsen, men at man skulle være nødt til å ty til en psykiater og en medisinsk student [...] Hvordan (skal) instituttet for fremtiden kunne drive forskning blant almenpraktiserende leger. Det som har vært årsak til fadese, er manglende innsikt på instituttet, i den spenning som finnes mellom primærleger og forskere. [...] Instituttet har gjennomført to andre undersøkelser, [...] ved begge har instituttet gjort samme bommert. [...] tilliten mellom Institutt for almenmedisin og almenpraktikerne har fått seg en liten knekk. Det er nå opp til instituttet selv å rette på dette.» (Wium 1977).

Ein dårlegare start på nye doktorgradsprosjekt i samarbeid med allmennlegane kunne vel ikkje instituttet ha opplevd. Debatten tona etter kvart ut, og professor Bentsen i Trondheim skreiv i Dagbladet eit forsvar for undersøkingane og meinte at 16 minuttar per pasient slett ikkje var så verst som gjennomsnitt, og betre enn i mange andre land. Men det gjekk nokre år før instituttet igjen utførte store datainnsamlingar frå allmennlegar.

Avhandlingane frå Universitetet i Bergen 1972–1996

Også i Bergen var det nye instituttet prega av satsing på studentundervisning og vidare- og etterutdanning. Forskinga leid under ressursmangel. Dei to fast tilsette var indremedisinarar som ville halde fram med si epidemio-

Almenpraktiker-undersøkelse:

Gjennom- snitts- pasienten får 16 minutter hos legen

Tekst: Gerda Vislie Tegning: Sv. Sønsteby



Figur 4. Overskrift og karikaturteikning frå oppslag i *Aftenposten* 20. april 1977 ved Gerda Vislie og Sven Sønsteby. Til eit bilde av ei pasientkø utanfor eit legesenter var teksten: «Noen steder stiller pasientene seg i kø dagen i forveien for å sikre seg et nummerskilt, slik at de har chance til å komme inn til legen neste dag.» Faksimile frå Nasjonalbiblioteket

logiske blodtrykksforskning. Først på slutten av Humerfelt-perioden ser ein tendensar til allmennmedisinsk vinkla forskning. Ein gjennomgang av årsmeldingane viser at i 13-årsperioden 1972–1984 vart det publisert éin einaste engelskspråkleg originalartikkel totalt frå instituttet, mens det var 15–20 artiklar i *Tidsskriftet*, det meste i form av kommentarartiklar og oversikter utan originaldata (Malterud & Hunskaar 2022). Ingen doktorgradar var på beddinga. Da Humerfelt overlet roret til Per Fugelli i 1984, måtte han erkjenne at mykje var tenkt, ein god del planlagt, men at mykje sto att å gjennomføre.

I 1984–1991 da Per Fugelli var professor, skjedde det store endringar (Haug & Hunskaar 2003, Hunskaar & Haug 2022b). I løpet av få år fekk instituttet fleire forskarar, og nokre var i gang med doktorgradsarbeid. Det vart etablert samarbeid med andre forskingsmiljø, og NAVF-programmet (Fugelli et al. 1984, Bærheim 2022) hadde tilført betydelege ressursar. Ein viktig diskusjon med store konsekvensar for Bergen-miljøet var spørsmålet om allmennmedisinsk forskning skulle organiserast tematisk, eksempelvis omkring ein metode (kvalitativ metode, klinisk-kontrollerte forsøk, epidemiologi etc.) eller omkring kliniske tema (laboratoriet, medikamentforskriving, urinvegssjukdommar etc.). Fugelli støtta ei tematisk samling med fleire

forskarar og avhandlingar på same tema over tid, og formulerte seg i kjent retorisk stil: «Den allmennmedisinske forskningen må disiplineres ved å styre de ensomme ulvene inn i grupper og legge bort haglgeværene og finne frem riflene» (Fugelli 1988). Dette fekk store konsekvensar for doktorgradsproduksjonen i Bergen (tabell 2).

I 1990 hadde tre tilsette doktorgrad, basert på arbeid utført andre stader. Det var derfor ein milepæl da Kirsti Malterud i 1990, som den første etter 18 år, forsvarte doktorgraden sin om kvinnelege pasientar i allmennpraksis (figur 5). Dette var også den første doktorgraden i allmennmedisin der forskinga utelukkande hadde nytta kvalitative forskingsmetodar. I tidsrommet 1990–2002 var det på 13 år 13 disputasar, eit teikn på sterk framgang i forskinga. Av lista ser vi også effekten av tematiske og metodologiske prioriteringar. Både Malterud (metode) og Hunskår (tema) har seinare rett-leia titals doktorandar innan sine område. Allmennlege Geir Thue disputerte som den første innan laboratoriemedisin knytt til Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser), seinare er det om lag 15 disputasar

Tabell 2: Dei sju første allmennmedisinske avhandlingane frå Universitetet i Bergen (1990–1996).

År	Namn	Tittel
1990	Kirsti Malterud	Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter
1994	Anders Børheim	Lower urinary tract infections in women. Aspects of pathogenesis and diagnosis
1994	Kjell Haug*	Smoking cessation among pregnant women. An intervention study in general practice
1994	Eva Gjengedal**	Understanding a world of critical illness. A phenomenological study of the experiences of respirator patients and their caregivers
1995	Hogne Sandvik	Female urinary incontinence. Studies of epidemiology and management in general practice
1995	Geir Thue	The office laboratory. A study related to near patient testing in general practice and occupational health care
1996	Marit Hafting	Et eple om dagen. Eldre småforbrukere av helsetjenester

* Avhandlinga gjekk ut frå Seksjon for sosialmedisin, men var planlagt og delvis utført ved Institutt for allmennmedisin, har klar allmennmedisinsk forankring i tema og kandidat, og vert difor rekna med i denne oppstillinga

** Avhandlinga er eit døme på formell-administrativ organisering, da den gjekk ut frå Seksjon for allmennmedisin på grunn av hovudrettleiar si tilknytning, medan tema og forskar ikkje var allmennmedisinsk forankra



Figur 5: Den første: Kirsti Malterud disputerer i Store auditorium, Haukeland universitetssjukehus, 21. september 1990. Frå venstre: Andre-opponent Kari Wærness (sosiolog), Kirsti Malterud, dekanus Tollak B. Sirnes, førsteopponent: Christian F. Borchgrevink og Hanne Haavind (psykolog, tredje medlem av komitéen). Foto: Alf Petter Andersen, UiB

innan dette temaet, ikkje minst knytt til Sverre Sandberg, laboratorielegen som vart professor i allmennmedisin (Sandberg 2022).

Avhandlingane frå Universitetet i Tromsø 1973–1996

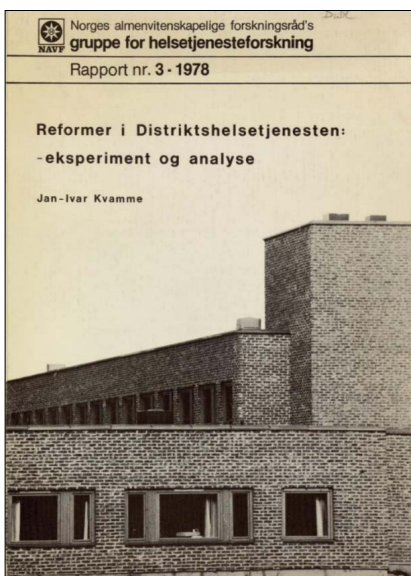
Forskinga og doktorgradsproduksjonen i Tromsø hadde mange likskapar med utviklinga i Bergen (tabell 3), med svært mange år før forkinga tok av. Anders Forsdahl rekrutterte etter kvart allmennlegar og yngre forskar-rekruttar, og frå 1991–1996 disputerte seks personar som alle enda opp i akademiske toppstillingar, fire av dei i Tromsø. Det var eitt unntak, allmennlegen Jan-Ivar Kvamme disputerte så tidleg som i 1981 på sitt andre forsøk på å ta doktorgrad.

Jan-Ivar Kvamme (1936–2013) var ein faginteressert og engasjert allmennlege, distriktslege og helsesjef i Alta i 1968–1985. Han var ein pionér for utviklinga av primærhelsetenesta, ved å satse på integrerte legesenter med ambulering av spesialistar frå sjukehus. «Altamodellen» viste at det var fullt mogeleg å utvikle fagleg forsvarlege tenester i stor avstand frå sjukehus. I samarbeid med NAVFs Gruppe for helsetjenesteforskning skreiv Kvamme ein omfattande evalueringsrapport om planløysingar, bygging og drift av Alta helsesenter (Kvamme 1978) (figur 6). Kvamme skreiv at heile prosjektet var eit stort «eksperiment», og argumenterte innleiingsvis for at rap-

Tabell 3. Dei 7 første allmennmedisinske avhandlingane utgått frå Universitetet i Tromsø (1981–1996).

År	Namn	Tittel
1981	Jan-Ivar Kvamme	Hypertensjon i distriktshelsetjenesten
1991	Knut Hortedahl	Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice
1991	Synnøve Fønnebo Knutsen	The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors
1992	Roar Johnsen	Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From the The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Study
1992	Hasse Melbye	Diagnosis of pneumonia in adults in general practice
1995	Edvin Schei	The Military Service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscripts
1996	Toralf Hasvold	Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive populations studies in Northern Norway

porten hadde ei vitskapleg tilnærming. Rapporten vart søkt vurdert for dr.med.-graden i Tromsø, med professor Peter F. Hjort, leiar for NAVF-gruppa og første rektor i Tromsø, som rettleiar, noko som skulle borge for god akademisk forankring. Men avhandlinga vart underkjent. Eg har ikkje hatt tilgang til vurderingane, men truleg vart delar av innhaldet vurdert som mest beskrivande, mellom anna var det mange sider med byggeteikningar og liknande. Avhandlinga skilte seg nok ut frå det gjengse, og kanskje vart den ramma av litt akademisk «ovanfrå og ned»-haldning til denne typen nye samfunnsmedisinske prosjekt (Evensen 2009). Kvamme ga likevel ikkje opp. Etter først å ha skrive ein rapport om resultatane frå hjarte- og karundersøkingane i Finnmark, starta han på ein rapport om kvaliteten på blodtrykksbehandlinga i distriktshelsetenesta i Finnmark, som ei oppfølgingsundersøking av personar som deltok i to screeningundersøkingar 1974–1978 (Kvamme 1980). Avhandlinga analyserer blodtrykkspatientane, men også legane, legestabiliteten og legane sitt eige syn på blodtrykksbehandling. Kvamme skal ha uttalt at han måtte gå inn på «akademiets premissar» for



Figur 6. To avhandlingar frå Jan-Ivar Kvamme. Til venstre den refuserte avhandlinga frå 1979. Til høgre den godkjente avhandlinga for dr.med.-graden i 1981 ved Universitetet i Tromsø.

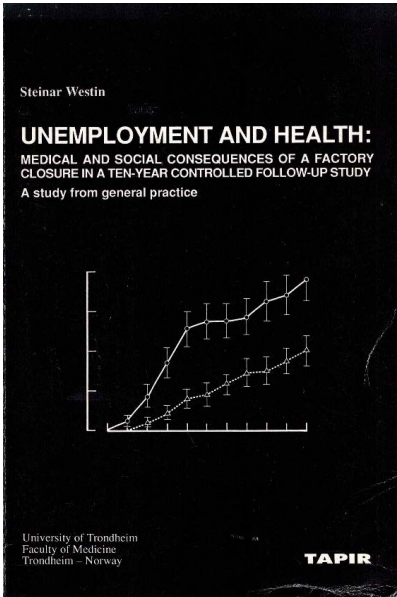
å få ei godkjent avhandlinga (Evensen 2009). Avhandlinga vart godkjent, og Kvamme disputerte i Tromsø i september 1981 (figur 6). Han takka Institutt for samfunnsmedisin for inspirerende og nyttig arbeidsmiljø i ein periode der. Hovudrettleiar eller andre namn ved instituttet er ikkje oppgitt. Hovudkonklusjonane i avhandlinga var at blodtrykksbehandlinga måtte bli betre, den må ha god organisering, og det må satsast på handlingsprogram. Det følgde han opp ved å vere medforfattar til NSAMs første handlingsprogram for høgt blodtrykk (Holmen 1986). Kvamme heldt fram som kliniskar, og hadde ikkje akademiske stillingar.

Avhandlingane frå Universitetet i Trondheim 1975–2009

Heller ikkje Bent Guttorm Bentsen hadde gode vilkår for å bygge eit vitalt og produktivt allmennmedisinsk instituttmiljø. Det gjekk lang tid før doktorgradsproduksjonen tok til (tabell 4), og heile 19 år å komme til sju disputasar etter den første. Men i 1978 kom Steinar Westin (f. 1944) som amanuensis, etter å ha vore distriktslege i Askøy ved Bergen. Der hadde han samla data om helsemessige effektar av nedlegging av ei fiskeforedlingsbedrift. Avhandlinga hadde seks publiserte artiklar, var ei kontrollert undersøking, som både den gong og no er blant dei mest kjente på området (figur 7). Dei

Tabell 4. Dei sju første allmennmedisinske avhandlingane utgått frå Universitetet i Trondheim/NTNU (1990–2009).

År	Namn	Tittel
1990	Steinar Westin	Unemployment and health: medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study. A study from general practice
1992	Terje Johannessen	Controlled trials in single subjects
1999	Irene Hetlevik	The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice
2002	Egil Andreas Fors	Non-malignant pain in relation to psychological and environmental factors. Experiential and clinical studies of pain with focus on fibromyalgia
2003	Arnulf Langhammer	Respiratory symptoms, lung function and bone mineral density in a comprehensive population survey. The Nord-Trøndelag Health Study 1995–97
2006	Linn Getz	Sustainable and responsible preventive medicine. Conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology
2009	Tom Christensen	Bringing the GP to the forefront of EPR development



Figur 7. Doktoravhandlinga til Steinar Westin frå Universitetet i Trondheim (Westin 1990).

seinare avhandlingane frå Trondheim har hatt vidt forskjellige tema, og ingen bygger direkte på kvarandre. Bentsen utvikla ikkje sjølv noko omfattande forskingstradisjon ved instituttet, men gjorde ein stor internasjonal innsats for allmennmedisinsk klassifikasjonsarbeid gjennom WONCA (den internasjonale allmennlegeorganisasjonen) og utvikling av diagnose-systemet ICPC (Bentsen 1986). Både Westin og dei neste fem fekk profes-sorstillinger ved instituttet, og alle sju har hatt stor påverknad på norsk allmennmedisin på ulike område.

Litteratur

- Almind G, Bruusgaard D, Bentzen N et al. *Forskning i nordisk allmennmedisin*. Oslo: Uni-versitetsforlaget, 1988.
- Alsvik O. «*Friskere, sterkere, større, renere*». Om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skole-barn. Oslo: Historisk institutt, Universitetet i Oslo, 1991.
- Andresen GW. *Doctores kreert ved Universitetet i Oslo 1817–1961*. Oslo: Universitetsforlaget, 1962.
- Andresen GW. *Doctores kreert ved Universitetet i Oslo 1961–1972*. Oslo: Universitetsbiblio-teket i Oslo, 1974.
- Bentsen BG. Forskning i almen praksis. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 1966; 86: 314–321.
- Bentsen BG. *Illness in general practice*. Oslo: Universitetsforlaget; 1970.
- Bentsen BG. International Classification of Primary Care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1986; 4: 43–50.
- Bentsen BG. Forskning i allmennpraksis. Den store utfordringen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1988; 108: 2586–2590.
- Brekke TH, Øgar B. Pasienter i norsk almenpraksis – En generell praksisundersøkelse med spesiell vekt på psykiatriske og sosiale faktorer. Beskrivelse av metodikk og gjennomfø-ring. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1977; 97: 491–494.
- Bruusgaard D. Skal teoretisk allmennmedisin ofres på praksisens alterbål? *Utposten* 1986; 15(6): 193–196.
- Bærheim A. NAVFs Program for allmennmedisinsk forskning (1986–1990). *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 87–93.
- Dietrichs E. Dr. Magelssen og været. I: Dietrichs E, Stien R, red. *Hjernen og kulturen*. Oslo: Koloritt forlag, 2006: 311–321.
- Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al. Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
- Folmer HR. *Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrikt in noord-Noorwegen*. Doktoravhandling (Doctor in de geneeskunde). Utrecht: Univer-sitetet i Utrecht, 1968.

- Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1984; 104: 1343–1346.
- Fugelli P. Allmennmedisin som universitetsfag. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1988; 108: 2591–2594.
- Fugelli P, Bruusgaard D, Westin S. *Forslag til støtteprogram for forskning i almenmedisin*. Oslo: Rådet for medisinsk forskning (RMF), Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, 1984.
- Fugelli P, Johansen K, red. *Langsomt blir faget vårt eget. Festskrift til Christian F. Borchgrevinks 60 års dag og Sigurd Humerfeldts 70 års dag* Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Gedde-Dahl T. *Tuberkuloseinfeksjonen i lys av tuberkulinmatrikkelen*. Oslo: Johan Grundt Tanum, 1948.
- Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Bjørndal A, Nylenna M, red. *Med makten i sitt ord. Festskrift til Per Fugelli*. Oslo: Unipub forlag, 2003: 33–45.
- Holmen J, Forsdahl A, Kvamme J-I et al. *Høyt blodtrykk. NSAM's handlingsprogram for almenpraksis*. GHE-K/Rapport nr. 11 1986. Oslo: Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) med flere, 1986.
- Hunskaar S, red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022. *Michael* 2022; 19: Supplement 29.
- Hunskaar S. Tobias Gedde-Dahl og doktoravhandlinga hans frå 1948 om tuberkulose i Kinn legedistrikt. *Michael* 2025a; 22: 362–378.
- Hunskaar S. Herman R. Folmer: Nederlandsk distriktslege i Tysfjord (1964–1966) med «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling i Utrecht (1968). *Michael* 2025b; 22: 392–427.
- Hunskaar S, Haug K. Sigurd Humerfelt (1914–2000) og akademisk allmennmedisin i Bergen 1972–1984. *Utposten* 2001; 30(2): 16–18.
- Hunskaar S, Haug K. Sigurd Humerfelt – en allmennmedisinsk biografi. *Michael* 2022a; 19: Supplement 29: 26–32.
- Hunskaar S, Haug K. Å bygge et institutt er lagarbeid. *Michael* 2022b; 19: Supplement 29: 69–86.
- Høye GM. *Sosialmedisinske undersøkelser i Valle, Setesdal*. Oslo: AW Brøgers boktrykkeri AS, 1941.
- Kvamme JI. *Reformer i Distrikthelsetjenesten: – eksperiment og analyse*. Rapport nr. 3-1978. Oslo: NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, 1978.
- Kvamme JI. *Reformer i distrikthelsetjenesten III. Hypertensjon i distrikthelsetjenesten*. ISM skriftserie nr. 5. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1980.
- Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). Noen trekk fra utviklingen og noen tanker om den. *Michael* 2014; 10: Supplement 15: 245–246.
- Lærum E. Almenpraksislærer uten almenpraksis? *Utposten* 1983; 12(8): 38–40.
- Magelssen AM. *Om sygdommenes afhængighed af veirliget*. Christiania: Albert Cammermeyer, 1889.
- Malterud K, Hunskaar S. Instituttet og virksomheten 1972–1984. *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 33–42.

- Møen KA, Meland E, Hunskaar S. Doktoravhandlingene 1972–2021: 102 disputaser. *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 399–414.
- NSDM – Nasjonalt senter for distriktsmedisin. *Anders Forsdahls pris*. <https://www.nsdmm.no/anders-forsdahls-pris/> (16.07.2025).
- Sandberg S. Noklus (1992). *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 331–338.
- Sandvik H, Hunskaar S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966. *Michael* 2025; 22: 379–391.
- Schiøtz C. En undersøkelse av 10 000 norske skolebarn, særlig med hensyn til vekstforhold. *Medicinsk Revue* 1917a; 34: 673–707, 751–832.
- Schiøtz C. *Steller Norge forsvarlig med sine skolebarn og sin ungdom? NEI!. 2den prøveforelesning for den medisinske doktorgrad over det opgivne emne «Om skolehygienens opgaver»*. Kristiania: JW Cappelens Forlag, 1917b.
- Straand J. Distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard og forskningsprosjektet «De mørke maaneders indflydelse paa blodet». *Michael* 2025a; 22: 349–361.
- Straand J. 1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter. *Michael* 2025b; 22: 426–430.
- Straand J, Malterud K, Hunskaar S. Forskningen på 1990-tallet: Medgang avler medgang. *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 137–153.
- Straand J, de Wit N. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 483–492.
- Utposten (usignert). Institutt for allmenmedisin i Oslo. *Utposten* 1972; 1(2): 3–4.
- Vangen S, Nordhagen R, Lie KK. Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2005; 125: 451–453.
- Vislie G, Sønsteby S. Almenpraktikerundersøkelse: Gjennomsnittspasienten får 16 minutter hos legen. *Aftenposten* 20. april 1977: 12.
- Westin S. *Unemployment and health: medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study. A study from general practice*. Trondheim: Tapir, 1990.
- Wium P. Institutt for almenmedisin i praksis. *Utposten* 1977; 6(3): 3, 15.
- Øgar B. Psykiatri i almenpraksis. En pilotundersøkelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1972; 92: 905–912.
- Øgar B. *Pasienter i norsk almenpraksis: En generell undersøkelse fra almenpraksis med spesiell vekt på psykiske og sosiale forhold basert på 13436 pasientkontakter hos 56 leger*. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.
- Øgar B, Brekke TH. Pasienter i norsk almenpraksis – En generell praksisundersøkelse med spesiell vekt på psykiatriske og sosiale faktorer. Hovedmaterialet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1977a; 97: 494–501.
- Øgar B, Brekke TH. Pasienter i norsk almenpraksis – En generell praksisundersøkelse med spesiell vekt på psykiatriske og sosiale faktorer. 738 barn. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1977b; 97: 501–503.

Takk til Ivar Aaras og Linn Getz for hjelp til å identifisere doktorgradane ved UiT og NTNU. Takk også til Jo Telje, Steinar Westin, Kjell Haug, Jørund Straand, Petter Øgar, Kirsti Malterud og Jan-Magnus Kvamme for hjelp med og kontroll av opplysningar til denne artikkelen.

*Steinar Hunskaar
steinar.hunskar@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 7804
5020 Bergen*

Steinar Hunskaar er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han er professor emeritus i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Research AS.

Program for forskning og fagutvikling i distriktsmedisin ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin har gitt prosjekt- og trykkestønad til denne artikkelen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

To eksempel på epidemiologisk forskning i 1880-årene: Meslingepidemiologi og lepraårsaker

Michael 2025; 22: 343–348

doi: 10.56175/michael.12760

Allerede fra 1880-årene finner vi spor av epidemiologiske studier fra allmennpraksis. Denne artikkelen gir to korte eksempler. Det første utforsker reell insidens og legesøkning i en epidemi av meslinger. Det andre bruker et lokalt helseregister til å sannsynliggjøre genetiske årsaker til lepra.

Fra 1830 var alle leger pålagt å skrive en medisinalberetning hvert år (1). Denne skulle sendes til departementet og dannet grunnlaget for offisiell helsestatistikk. Det statistiske materialet finnes i trykte publikasjoner som er digitalisert og søkbare i Nasjonalbiblioteket (2, 3), mens de håndskrevne medisinalberetningene oppbevares i Riksarkivet (4-6). Denne artikkelen bygger i all hovedsak på de håndskrevne medisinalberetningene.

Det er grunn til å stille spørsmål ved validitet og hvor representativ statistikken basert på medisinalberetningene faktisk var.

Ikke alle leger prioriterte dette arbeidet like høyt, og mange distriktsleger hadde ansvar for så store distrikter at det var helt urealistisk at de kunne ha noen detaljert oversikt over sykeligheten i distriktet sitt. Geografiske tverrsnittsstudier vil derfor ha begrenset validitet, men dersom registreringsfullstendigheten endret seg lite fra år til år, kan relative endringer i registrert sykdomsforekomst likevel bli rimelig pålitelige. Men noen distriktsleger var opptatt av statistikk og gjennomførte lokale prosjekter som kan klassifiseres som epidemiologisk forskning. Her presenteres to eksempler på dette.

Meslinger

Epidemier av smittsomme barnesykdommer herjet med ujevne mellomrom og med betydelig dødelighet blant barna. Dødsfall blant små barn var noe de fleste familier opplevde, og det var en utbredt oppfatning at dette var

Guds styrelse, og noe man måtte tåle (7). Når det gjelder meslinger, var det nesten utelukkende barn som døde, og de aller fleste var under fem år (2, 3).

I 1888 og 1889 herjet en kraftig meslingepidemi i Bergensområdet. Distriktslege Alfred Habel (1847–1898) i Lindås legedistrikt nord for Bergen skrev i sin medisinalberetning fra 1889 (6):

Meslinger importeredes i Slutningen af 1888 fra Bergen til flere Steder i Distriktet, og da Sygdommen ikke havde forekommet her paa mange Aar, greb den hurtigt om sig. Den udbredte sig i Begyndelsen af 1889 over det hele Distrikt og kulminerede i Marts. I Juni har jeg noteret de sidste Tilfælde.

For folk på landsbygda fortonte det seg ofte som om Bergen var et arnested for smittsomme sykdommer. Når nye epidemier brøt ut, kunne man som regel spore smittekilden tilbake til dette sottehullet, som byen ble kalt (8).

I denne epidemien ble det ifølge offisiell statistikk registrert 5 218 tilfeller av meslinger i Bergen, hvorav 169 pasienter døde. I Lindås legedistrikt var det registrert 233 tilfeller og 32 dødsfall (2, 3). Samtidig angir den samme statistikken at Bergen hadde 46 552 innbyggere og Lindås 11 480 (2, 3). Den registrerte insidensen av meslinger i denne epidemien var dermed 11,2 % i Bergen og 2,0 % i Lindås. Tilsvarende var mortaliteten 363 per 100 000 innbyggere i Bergen og 279 i Lindås.

Det var et vanlig fenomen at det var mye høyere registrert sykdomsaktivitet i byene enn på landsbygda. Distriktslegene hadde ansvar for urimelig store distrikter og hadde ingen mulighet til å registrere alle syke. I 1888–1889 arbeidet det 30 leger i Bergen. Lindås hadde bare én lege, distriktslege Alfred Habel (2, 3). Legedekningen var dermed 7–8 ganger høyere i Bergen enn i Lindås, noe som sikkert langt på vei kan forklare den store forskjellen i antall registrerte pasienter med meslinger.

Men hva var de reelle tallene? Det var dette Alfred Habel studerte nærmere i denne epidemien (5, 6). Han kartla utbredelsen av meslinger ved hjelp av sunnhetskommisjonens tilsynsmenn. Disse ble utstyrt med skjema hvor de skulle registrere alle tilfeller og dødsfall av meslinger. Hver tilsynsmann hadde ansvar for sin del av distriktet – sin rode.

Da epidemien var over, samlet Habel inn alle skjemaene og talte opp hvor mange tilfeller det hadde vært av meslinger i Lindås legedistrikt. Resultatene var inkludert i medisinalberetningen for 1889, satt opp som en tabell (figur 1) (6).

Til sammen var det registrert 1 204 tilfeller av meslinger i Lindås legedistrikt, og nesten 90 % av disse var barn. Det var jevn fordeling mellom

	Mænd		Kvinder		Døde
	Børn	Voksne	Børn	Voksne	
Lindaas	243	21	230	37	11
Manger	236	28	246	38	8
Kastfjord	52	9	61	12	1
<i>Ialt =</i>	<i>531</i>	<i>58</i>	<i>537</i>	<i>77</i>	<i>20</i>
Af de 1204 angrebne, som Indvandsmandenes Op- gaver udviser, kom blot 59 under min Be- handling.					

Figur 1 Distriktslege Habels oversikt over alle pasienter med meslinger i Lindås legedistrikt i 1888–1889.

kjønnene. Den reelle insidensen av meslinger var dermed 10,5 %, altså fem, seks ganger så høyt som den registrerte insidensen, og på nivå med registrert insidens i Bergen.

Det var bare 59 av disse 1 204 som var behandlet av distriktslegen. Det sier ganske mye om legesøkningsatferden, når bare 5 % av de syke kontaktet lege. Men legen hadde jo ingen effektiv behandling å tilby, og de fleste syntes nok ikke det var noen vits i å ta kontakt. Uansett er det imponerende at man på denne måten klarte å fremskaffe så gode data for reell sykелighet og legesøkning.

Lepra

I Norge var lepra et betydelig folkehelseproblem på 1800-tallet, særlig på Vestlandet. Fra 1856 var distriktslegene pålagt å registrere pasienter med lepra og rapportere dem til et nasjonalt lepraregister (9). Fra samme år ble alle «spedalske» legedistrikter pålagt å etablere lokale sunnhetskommisjoner som skulle hjelpe til med å gjennomføre registreringen. Fra 1860 ble påbudet om sunnhetskommisjoner utvidet til å gjelde hele landet. Lepraregisteret regnes som verdens første nasjonale pasientregister. Det inneholder 8 231 pasienter, og har fått plass på UNESCOs verdensarvliste (10).

Årsaken til lepra var lenge omdiskutert. Det var ikke åpenbart at en kronisk sykdom skulle skyldes smitte, men i 1873 så bergenslegen Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841–1912) leprabasillen i mikroskopet. Han brukte også lepraregisteret til å sannsynliggjøre smitteteorien, ved å demon-

streere sammenhenger mellom smittekontrolltiltak og sykdomsforekomst (9).

Men selv om Armauer Hansen hadde påvist leprabasillen, var det på langt nær allmenn enighet om at spedalskhet virkelig *var* en smittsom sykdom. En av skeptikerne var Thomas Collett (1835–1898). Collett var distriktslege i Ytre Nordhordland i over 20 år, og da han forlot distriktet i 1884, gjorde han en opptelling av det lokale lepraregisteret (4). Collett hadde tro på at epidemiologiske metoder kunne avklare årsaken til lepra:

Distriktslægenes Protocoller er efter min Mening den Kilde hvorpaa Oplysninger til Bestemmelse af Sygdommens Ætiologi skal hentes.

I den lokale opptellingen fant Collett at det var registrert 164 pasienter i løpet av de 29 årene som var gått. Han satte pasientene opp i en tabell, fordelte dem på ulike prestegjeld og sogn, etter slektskap med andre spedalske, etter ekteskapsforhold og om de hadde spedalske barn (figur 2). Dette er et vedlegg til den siste medisinalberetningen han leverte fra Ytre Nordhordland i 1884, altså mer enn ti år etter at Armauer Hansen oppdaget leprabasillen.

*Extrakt
af den af Biskopskolen i Ytre Nordhordlands Lege-distrikt førte Protocol
(fra 1^{te} Jan. 1856 til 31^{de} Decbr. 1884.)*

	Sønder. Antal Antagne de	Slektsskapsforhold			Eggen Hæderforhold			Spædalske Afkom	Blind og.
		Med en Sønder	Med en Datter	Med en Søster	Med en Søster	Med en Søster	Med en Søster		
<i>Prestegjeld Sogn</i>									
Lurås	21		16	5	10	2	9	4 Børn 1 Børn	"
Styking	39		23	6	15	"	15	3 Børn 1 Børn	"
Styking	18		14	3	11	"	7	3 Børn	"
Styking	14		6	2	2	4	6	2 Børn	"
Lurås - - -	79		7	"	6	9	"	4 Børn	"
Styking - - -	13		8	"	3	3	"	3 Børn	"
Styking - - -	11		6	"	1	3	"	4 Børn	"
Styking - - -	7	31	6	"	1	3	"	5 Børn 2 Børn	1 Børn 1 Børn
Styking - - -	30	24	"	6	15	"	15	5 Børn	1 Børn
Styking - - -	24	20	3	1	9	2	19	5 Børn	1 Børn
<i>Tilsummen</i>	164	124	14	26	79	4	81	25 Børn 4 Børn	2.

Figur 2 Distriktslege Colletts oversikt over spedalske pasienter registrert i Ytre Nordhordland legedistrikt i årene 1856–1884. Tabellen er tidligere presentert i Tidsskrift for den norske lægeforening 1992: 112: 3799-3801.

Collett brukte sin omfattende lokalkunnskap da han analyserte dette datamaterialet. Han fant at de aller fleste pasientene var i slekt med andre spedalske, hos 124 kunne han påvise slektskap. Hos bare 14 pasienter mente han å kunne utelukke slektskap. Blant de 85 pasientene som var gift, var det bare i to par at begge ektefellene hadde lepra. Collett trakk den naturlige konklusjonen at arv må være en vesentlig faktor for spedalskhet:

Var Smitte den eneste Aarsag, hvorfor skulde den da næsten udelukkende holde sig inden nogle faa av de mangfoldige Slægter ... Og hvorfor skulde i 85 Ægteskaber de 81 Ægtefæller undgaa Smitte?

Colletts argumenter er overbevisende, og ut fra hans data det er vanskelig å tro at smitte kan være eneste årsak til lepra. Nyere genetisk forskning har da også vist at arv spiller en vesentlig rolle for om en smittet person vil utvikle klinisk sykdom (11).

Denne historien viser hvor langt det er mulig å komme med enkle hjelpemidler og god analytisk forstand. Men en slik studie kunne ikke ha blitt utført uten inngående lokalkunnskap, og det er derfor et godt eksempel på allmennmedisinsk forskning.

Litteratur

1. Nylenna M, Larsen Ø. Medisinalberetninger og sykehusstatistikk. *Michael* 2015; 12: Suppl 17: 175–185.
2. *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1888*. Christiania: Udgiven af Direktøren for det civile Medicinalvæsen. I Kommission hos H. Aschehoug & Co, 1890.
3. *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1889*. Christiania: Udgiven af Direktøren for det civile Medicinalvæsen. I Kommission hos H. Aschehoug & Co, 1891.
4. Collett T. *Medicinalberetning fra Distriktslægen i Ytre Nordhordlands Lægedistrikt 1884*. Oslo: Riksarkivet (håndskrevet rapport).
5. Habel A. *Medicinalberetning fra Distriktslægen i Lindaas Lægedistrikt 1888*. Oslo: Riksarkivet (håndskrevet rapport).
6. Habel A. *Medicinalberetning fra Distriktslægen i Lindaas Lægedistrikt 1889*. Oslo: Riksarkivet (håndskrevet rapport).
7. Krohn M. *Om Børnepleien*. Møtereferat 8. mars 1861. Helserådsprotokollen. Manger: Radøy helseråd, 1858 (håndskrevet rapport).
8. Sandmo S. Helsehistorie som byhistorie – et overblikk. I: Fett T, Sandmo S, Nordal G et al, red. *Gamle Bergen*, Årbok 2003. Bergen: Foreningen Gamle Bergen, 2003.
9. Irgens LM. Oppdagelsen av leprabasillen – et 150-årsjubileum. *Michael* 2023; 20: 283–293.

10. UNESCO. *Memory of the world. The Leprosy Archives of Bergen*. <https://www.unesco.org/en/memory-world/leprosy-archives-bergen> (1.5.2025).
11. Zhang FR, Huang W, Chen SM et al. Genomewide association study of leprosy. *New England Journal of Medicine* 2009; 361: 2609–2618.

Hogne Sandvik
Hogne.Sandvik@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 7804
5020 Bergen

Hogne Sandvik er dr. med. og spesialist i allmennmedisin. Han er tidligere fastlege og forsker ved NORCE, nå gjesteforsker i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen.

Artikkelen er fagfellevurdert

Distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard og forskningsprosjektet *De mørke maaneders indflydelse paa blodet*

Michael 2025; 22: 349–361

doi: 10.56175/michael.12761

Wilhelm le Fèvre Grimsgaard (1868–1937), distriktslege på Karlsøy i Troms 1905–1909, mottok i 1908 Kongens gullmedalje for besvarelsen av Universitetets prisoppgave: «Giv en paa egne undersøgelser støttet fremstilling af de mørke maaneders indflydelse paa blodet».

Ved siden av et altoppslukende arbeid som distriktslege på Karlsøy og egen sykdom, gjennomførte Grimsgaard et ambisiøst klinisk forskningsprosjekt, som trolig er det første kjente eksempel på klinisk forskning i norsk allmennpraksis. Mange av utfordringene Grimsgaard møtte i forskningen, er forhold vi kan nikke gjenkjennende til.

For mange år siden fikk jeg stukket i hånden en uinnbundet bunke av Videnskabs-Selskabets skrifter fra rundt forrige århundreskifte. Det hadde vært loftsrydding på Bergen museum, og dette var noe som skulle kastes. Tittelen på første delen pirret umiddelbart nysgjerrigheten: *De mørke maaneders indflydelse paa blodet*, (figur 1) (1). Her hadde en lege undersøkt om mørketiden påvirket blodet til folk nordpå. Et kjapt oppslag i «Norges leger» (2) avslørte at forfatteren Wilhelm Le Fèvre Grimsgaard (1868–1937) var distriktslege på Karlsøy i Troms. Siden det ikke stod noe sted i Videnskabs-Selskabets skrifter om hvorfor og hvordan prosjektet kom til, tenkte jeg at utgangspunktet måtte ha vært at doktorfamilien hadde kjent seg unormalt tunge og trøtte i vintermørket nordpå. Dette til forskjell fra slik de hadde opplevd vintrene i Åsgårdstrand mens de bodde der. Videre, tenkte jeg, hadde den nysgjerrige distriktslegen undret seg over dette og deretter omformulert egne observasjoner til et forskbart spørsmål: blir folk nordpå vintertrøtte fordi de blir vinteranemiske?



Figur 1. Faksimile av førstesiden på *De mørke maaneders indflydelse paa blodet* av Wilhelm le Févre Grimsgaard (1).

I mange år har jeg vært kursleder og underviser på Grunnkurs D for spesialiteten i allmennmedisin: forskning og kunnskapshåndtering i allmennpraksis. At omformulering av et observert problem til et forskbart spørsmål kan være krevende, erfarer ofte deltakerne på grunnkurset når de i et langsgående gruppearbeid skal utvikle skisse til et selvvalgt forskningsprosjekt. Eksempelet fra Karlsøy anno 1906 har da vært framholdt som et eksempel på forskning som tar tak i en erfart og opplevd problemstilling i egen hverdag («*grav der du står*») og som så blir omformulert til en forskbar hypotese (*vintertrøtthet pga vinteranemi?*).

Da jeg skulle skrive denne artikkelen, oppdaget jeg imidlertid at verken idé eller prosjektittel hadde blitt unnfanget på Karlsøy. Tittelen kom fra Det medisinske fakultet i Kristiania! Som en forhåndsdefinert prisoppgave det ble invitert til å konkurrere om: *Giv en paa egne undersøgelser støttet fremstilling af de mørke maaneders indflydelse paa blodet* (3–4). Prisoppgaven ble opprinnelig lyst ut for Kronprinsens gullmedalje for årene 1904–1906 (3). Ettersom det ikke innkom noen besvarelser, ble utlysningen gjentatt i 1906 for årene 1907–1908 (4).

Premie for beste besvarelse var heder og ære, og kanskje vinne den nyinnstiftede Hans Majestet Kongens Gullmedalje (figur 2).



Figur 2. H.M. Kongens Gullmedalje ble innstiftet av kong Haakon 7. i 1907. Medaljen erstattet Kronprinsens gullmedalje som var universitetets prismedalje fra 1851 til 1905. Kongens gullmedalje har inskripsjonen IUVENI OPTIMAE SPEI (ung mann/kvinne av høyeste håp) omringet av en laurbærkrans (https://no.wikipedia.org/wiki/H.M._Kongens_gullmedalje).

Wilhelm le Fèvre Grimsgaard

Wilhelm le Fèvre Grimsgaard (1868–1937) (figur 3) (5) har etterlatt seg tydelige spor både som distriktslege, allmennmedisinsk forsker og som institusjonsbygger og administrator innen psykiatrien (tabell 1).

Som nyutdannet lege praktiserte Grimsgaard først ti år som allmennlege i Åsgårdstrand. Her ble han godt kjent med maleren Edvard Munch.



Figur 3. Wilhelm le Fèvre Grimsgaard (1868–1937) (5).

Tabell 1. Wilhelm le Fèvre Grimsgaard – hovedpunkter fra hans yrkesliv (2).

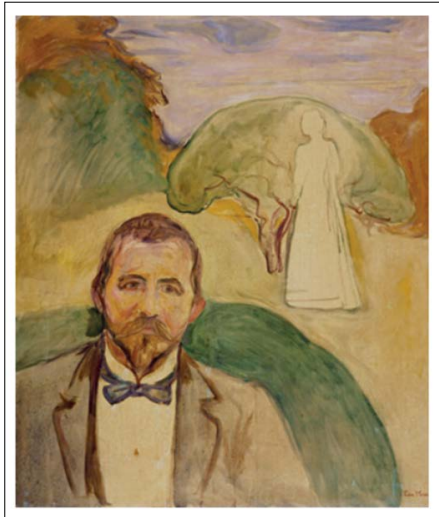
1894	Medisinsk embetseksamen
1895–1905	Allmennpraktiker og fattiglege i Åsgårdstrand
1905–1909	Distriktslege i Karlsøy, Troms
1908	Kongens gullmedalje for besvarelse av universitetets prisoppgave
1910–1911	Studier av epidemiologi og hygiene (bakteriologi) i Danmark og Tyskland
1911	Assistentlege Gaustad Sindsygeasyl
1912–1923	Distriktslege i Drammen
1923–1925	Fylkeslege i Buskerud
1925–1937	Overlege og direktør ved Lier asyl
1929	Kongens fortjenestemedalje i gull for sin innsats for norsk psykiatri

Åsgårdstrand

Som nyutdannet lege ble Grimsgaard i 1895 ansatt som fattiglege i Åsgårdstrand. Her virket han også som allmennlege i ti år. I Åsgårdstrand engasjerte Grimsgaard seg i lokalsamfunnet. Han ble valgt inn i kommunestyret der han spesielt var opptatt av ungdoms- og avholdssaken. Både Grimsgaard og hans kone ble etter hvert omgangsvenner med maleren Edvard Munch, som hadde kjøpt hus i Åsgårdstrand i 1898. Munch skal ha vært svært betatt av Grimsgaards kone Aagot Holst (1875–1913). På et Munch-maleri av

Grimsgaard (figur 4), nærmest svever hun i bakgrunnen (6, 7).

Munch hadde i 1898–1902 et stormfullt kjærlighetsforhold med Mathilde (Tulla) Larsen (1869–1942) (8, 9). Hun ønsket at de skulle gifte seg, men Munch



Figur 4. Edvard Munch: Doktor Grimsgaard med dame (1901) (6,7). Privat eie.

strittet imot. Ekteskap ville komme i veien for malerkunsten! Bruddet i Åsgårdstrand i september 1902 ble dramatisk. Munch drakk tett, de kran-glet høyrøstet og på et tidspunkt ble det avfyrt et revolverskudd. Kula traff Munchs venstre langfinger. En gjennomgang i 2010 av alle tilgjengelige kilder om hendelsen, konkluderer med at Tulla ikke var fysisk involvert i hendelsen og at vådeskuddet var selvforskyldt av Munch (10). Da Munch kom til seg selv, vasket Tulla blodet opp fra golvet. Munch ropte at hun måtte tilkalle lege. Det gjorde hun, men fulgte ikke med legen til pasienten. Mens doktor Grimsgaard sørget for å bandasjere skaden forsvant Tulla Larsen der og da ut av Munchs liv (8).

Neste dag sendte Grimsgaard den skadeskutte Munch til Rikshospitalet i Kristiania der ytterfalangen av malerens venstre langfinger måtte ampu-teres (9). Senere var dette en hendelse Munch stadig kom tilbake til.

Karlsøy i Troms

I mars 1905 dro Grimsgaard-familien nordover til Karlsøy i Troms der Grimsgaard var tilsatt som distriktslege. Legedistriktet omfattet også Helgøy. Det ble lokket med en årlig lønn på 2000 kroner. Familien bosatte seg i legeboligen som også fungerte som et lite lokalsykehus (figur 5) (11).

Grimsgaard fant raskt ut at han ikke kunne betjene det store legedis-triktet med de gamle robåtene. Han anskaffet seg derfor en overbygd motor-båt, det første motoriserte fartøyet på Karlsøy. Dette var heller ikke uten farer: *I 1908 løb han med sin motorbaad op paa et skjær i Baarsetsundet i Karlø legedistrikt* (2).

Tuberkulose var et alvorlig helseproblem på Karlsøy. Grimsgaard gikk til felts mot folks urenslighet og spesielt mot «spytteuvesenet» som fulgte med utbredt bruk av skråtobakk. Han holdt foredrag om hygiene og om smittevern, delte ut plakater om riktig kosthold og om andre forebyggende tiltak. Nytt var det at distriktslegen dro i oppsøkende hjemmebesøk til innbyggerne som ledd i folkehelsearbeidet. Dette gjaldt spesielt til alle hjem med nyoppdagede tilfeller av tuberkulose (11, 12).



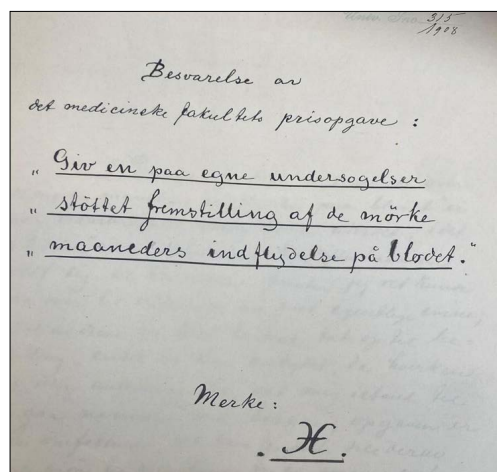
Figur 5. Legeboligen på Karlsøy fra 1876. Boligen fungerte også som lokalt sykehus fra 1880 til 1910 (11).

I medisinalberetningen fra 1905 har den nyankomne søringen Grims-
gaard et avsnitt der han beskrev befolkningen på Karlsøy (11): *Det har været os paafaldende, hvor mangt et vakkert ansigt, vi har truffet paa heroppe, særlig blant kvinderne. Flere af disse har vakt vor specielle opmærksomhed ved sine fine karakterfulde træk, og de legger for dagen en naturlig værdighed, ro og intelligens som forener deres væsen med en selvfølelse og belevenhed, saa vi uvilkaarlig har spurgt os selv, hvorledes man kan gjøre slige fund heroppe paa disse ensomme øer, udestængt som kvinden er fra all paavirkning udenfra? Videre var de: Som barnet [...] godtroende, noe overtroisk, lette at bede, smilende venlig naar de blir forståelsesfullt og godt behandlet, men også som barnet, kan jeg tænke mig, de nok kan lade sig tirre og bringes i affekt; men jeg har ofte seet eksempler paa, hvor hurtig vreden legger sig, og hvor lidet dybt naget sidder i dem – langsinte er de ikke!* (11).

Grimsgaard var distriktslege på Karlsøy fram til 1910. Forskningsprosjektet om «*De mørke maaneders indflydelse paa blodet*» ble her gjennomført «på si».

Klinisk forskning på Karlsøy

Grimsgaard hadde trolig merket seg prisoppgaven om *De mørke maaneders indflydelse paa blodet* da den ble lyst ut i 1904 (3). Etter første overvintring i mørketida på Karlsøy, var han i mai 1906 i full gang med egne undersøkelser for å besvare prisoppgaven. Han må ha visst at prisoppgaven ville bli gjentatt selv om kunngjøringen om dette først kom i juni 1906 (4). Våren 1908 sendte han inn sin håndskrevne besvarelse (figur 6) (13). I en trykket utgave utgitt av Videnskabs-Selskabet i 1910 (1), utgjør teksten rundt 90 sider inkludert 23 tabeller og 58 litteraturreferanser på skandinavisk, tysk og fransk.



Figur 6. Omslaget på det innleverte arbeidet som finnes i arkivet for Det akademiske kollegium i Riksarkivet. Selv om svarfristen til prisoppgaven var satt til 15. april 1908, er besvarelsen datert 29. april 1908.

I tillegg kommer fire «litograferede plancher» i stort format til å brette ut. Den videre framstillingen her bygger mest på den trykte utgaven (1).

Hva var kjent fra før?

I besvarelsens sluttkapittel finnes en fyldig litteraturgjennomgang om allerede kjent kunnskap om blodet og mørketiden. Innimellom kommer Grimsgaard med egne refleksjoner der han slutter seg til at mørketiden kan ha en «*enerverende*» indflydelse paa sindet, hvad der ytrer sig i et drag av melankoli og uoplathed, der ofte kan gaa over til ren livslede; særlig har jeg observeret dette hos tilflyttede; ubeskjeftigede og stillesiddende personer er mest udsat [...] Personlig maa jeg sige, at mørketiden ikke netop har lagt nogen udpræget dæmper paa min sindsstemning, omend jeg maa erkjende, at sollysets tilbagekomst altid har været imødeseet med jublende fryd – det har dog faaet det til at «lysne» baade ude og inde (1, s. 77–78).

Etter gjennomgang av eksisterende forskning, konkluderer Grimsgaard: *Jeg kan saaledes av alle tidligere hidtil kjendte forsøg ikke faa andet resultat ud, end at spørgsmaalet om, hvorledes de mørke maaneder indvirker paa blodet, endnu venter paa sin endelige løsning* (1, s. 81).

På denne bakgrunn valgte Grimsgaard å gå bredt ut i sine undersøkelser. Resultatet ble en forsøksrekke med repeterte målinger av flere hematologiske parametere analysert i kapillærblod hos en gruppe forsøkspersoner bosatt på Karlsøy (tabell 2).

Tabell 2. Utdrag av metodebeskrivelsen til forskningsprosjektet De mørke maaneders indflydelse paa blodet (s. 3–8).

Regelmessige blodprøvetagninger hos personer av begge kjønn bosatt på Karlsøy gjennom vinterhalvåret

Bestemmelse av hemoglobin etter professor Sahlis metode

Bestemmelse av blodets og serumets spesifikke vekt ble foretatt etter Hammerschlags metode

Blodets alkaliscens ble bestemt etter Zunz-Loewys modifiserte metode

Til bestemmelse av volumet av røde blodlegemer og serum ble benyttet E. Grawitz' "Blut-Voluminimeter"

Til telling av blodlegemer ble benyttet Thoma-Zeiss' tellingsapparat

Bestemmelse av solens høyde over horisonten er av betydning for bedømmelsen av lysmengden, som et sted mottar til enhver tid.
Tilvarende i Kristiania til sammenligning.

I besvarelsen beskriver Grimsgaard prosedyrer og analysene i stor detalj. For eksempel om blodprøvetakingen: *Stikket i fingertuppen gjøres saa dybt, at blodet rinder frit ud uden tryk draabevis; man maa undgaa, at det breder sig ud efter fladen; sker det, rengjøres fingren paany fuldstændig som ved første gangs indstik; dette maa paasees, da ellers det tilbageværende fibrinnettslag paa huden bringer blodet hurtigere til at koagulere end vanlig* (1, s. 4).

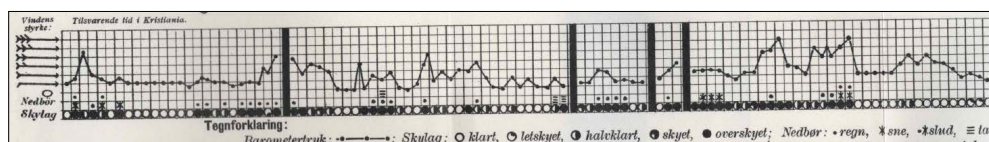
Hemoglobinbestemmelsen skulle skje etter professor Sahlis metode:

Ved rensningen av pipetten maa man ikke blæse ud den sidste alkohol-æther-søile, men lade den rinde ud av sig selv ved at holde spidsen ned mod fingertuppen; de sidste draaber fjernes fra den øvre ende ved fine tilspidsede filterpapirstrimler. Dermed undgaar man at anbringe fugtighed i kapillærrøret, hvad der vil vanskeliggjøre den senere tørring; denne sker paa en sterkt ophedet messingplade, hvor man paaser, at den koldere aabne ende ligger høiest, for at fugtige dampe kan undvige. Under avlesningen maa glassene indstilles slik, at der ingen skygge fra nogen kant kastes over dem. Man faar i almindelighed samme resultat enten avlesningen sker ved dagslys eller lampelys (1, s 5).

De øvrige undersøkelserne av blodet er beskrevet tilsvarende detaljert. Dette gjelder blodets spesifikke vekt og alkalitet, antall røde og fargeløse blodlegemer samt omfattende mikroskopiske undersøkelser med tellinger av de morfologiske bestanddelene i blodet. Alle metoder er dessuten kritisk drøftet med henblikk på mulige feilkilder.

Dette var om blodet, men hva så med lysmengden? *Det var av interesse for sammenligningens skyld at bestemme den tid av aaret, da solen i Kristiania var ligesaa længe over horisonten, som den var i Tromsø paa den tid, da forsøgene foretoges. Herved blir det lettere at bedømme en eventuel forskjell i blodets sammensætning paa to forskjellige steder ved at henføre den til nogenlunde kommensurable tidsperioder, hvad belysningens varighed angaar; vel er jeg selvfølgelig opmerksom paa, at ogsaa solens absolute høide over horisonten har sin store betydning i bedømmelsen av den lysmængde, som et sted modtager til enhver tid* (1, s. 3–4).

Besvarelsen omtaler ikke de meteorologiske registreringene i detalj, men i en 55 cm bred litografisk plansje til å brette ut, kan vi se at det i hele prosjektperioden daglig ble registrert både sollys, barometertrykk, vindstyrke, skylag og nedbør (figur 7).



Figur 7. Utsnitt av grafisk framstilling av hvordan lys og vær ble dokumentert hver dag (en kolonne per dag fra 20/5-06 til 1/3-07)

Blodprøveundersøkelsene ble foretatt i tre runder: i lysperioden vår og sommer 1906, i september-november før mørketida, og i mørketida i desember og januar 1907 hvor det *gjordes der omtrent daglig en flerhed av forsøg* (1, s. 4).

Forsøkspersonene

Forsøksrekken ble utført på sju personer (A-G), fire voksne og tre barn. Fire var innflyttere. Dette var Grimsgaard selv, hans frue og deres to eldste barn. De hadde nå en overvintring på Karlsøy bak seg. De øvrige to voksne og et barn var «indfødte» (tabell 3).

Tabell 3. Beskrivelse (utdrag) av inkluderte personer til forskningsprosjektet De mørke maaneders indflydelse paa blodet (1, s. 1–3).

Forsøgsrækken blev udført paa 7 personer (A-G)
A. Doktors frue (32) har altid været frisk; 4 børn, det sidste dec. 1905; gir ikke bryst. I begyndelsen av 1906 fik hun 200 jern-arsenik-piller, da hun følte sig lidt træt og mat [...]. Fuldstændig velbefindende ved forsøgenes <i>begyndelse</i> 22.5.06. Afføring daglig.
B. Læges Drengbørn (5 ½) Nov. 1905 havde han en let scarlatina [...] lidt træt og uoplagt til arbeide (gaar paa skole) [...] Noget stor for sin alder [...] Afføring i orden.
C. Læges Drengbørn (7) Ogsaa han havde en let scarlatina før julen 05 [...] stammer lidt. I senere tid lidt bleg og slap [...] Afføring daglig.
D. Læge (38) Altid frisk tidligere; færdes meget ude, dels paa embedsreiser, dels daglige spadserture [...] lidt dyspeptiske besværligheder; middels godt huld; ingen anæmiske symptomer [...] I almindelighed daglig afføring, dog er den lidt træg av og til. I september 1906 gennemgik han en poliomyelitis ant. acuta, der foraarsagede en paretisk tilstand i alle fire lemmer. I den sidste tid kommet sig meget, men havde dog ved forsøgenes <i>gjenoptagelse</i> 19/11 06 ikke fuld førlighed i sine ekstremiteter, ligesom atrofien var tydelig tilstede. [...] Tog en tid 50 jernpiller.
E. Fiskers Kone (42) menstruationen begyndte 16 aar gl.; altid regelmæssig, noksaa rigelig [...] 2 børn, der lever. Stolgen i orden. Beskjæftiger sig meget med indendørs arbeide, skuring, vadskning etc. Mener selv at have liden appetit, men trods stadig strengt arbeide og trods hun ser noget bleg ud, føler hun sig fuldstændig frisk og er altid arbeidsdygtig; hun siger selv, hun er den friskeste kvinde paa øen. Drikker meget kaffe. Har i flere år lidt av skurv i hodet.
F. Fiskers søn (8) Har altid været frisk; ser noget bleg ud, men befinder sig for tiden fuldstændig vel.
G. Arbeidsmand (27) Altid frisk, ser ud som sundheden selv.

Grimsgaard gjennomførte nitid kartlegging av kostholdet til forsøksdel-takerne. Basert på nøyaktig førte spisesedler, beregnet han daglig kaloriinntak og om det var tilstrekkelig i forhold til kroppsstørrelse og arbeidsopp-gaver. Kostens kvalitet, fordelingen mellom eggehvite, fett og karbohydrater, ble beregnet. Dette gjorde han bare for de «indfødte», ikke for legefamilien, ettersom de *lever alle til stadighed paa rigelig nærende kost. En analyse av denne for disses vedkommende har jeg ikke anset for nødvendig* (1, s. 2).

Resultater

Når det gjaldt volumbestemmelse av de røde blodlegemene, kunne ikke Grimsgaard finne at resultatene hadde noen sammenheng med mørketiden.

Der kunde tænkes, at mørketidens indflydelse kunde gjøre sig gjeldende en tid efter dens ophør. Hertil krævedes da en videre undersøgelsesrække udover i umiddelbar fortsættelse med mørketiden. En saadan var ogsaa paatænkt, men forholdene tillod mig desværre ikke at udføre denne avsluttende del av min forsøgsplan (1, s. 46).

Heller ikke kunne han trekke noen slutninger mellom mørketiden og blodets spesifikke vekt, alkalitet eller morfologi. Derimot fant Grimsgaard at hemoglobingehaltens forhold *taler for, at alle mine forsøgspersoners blod synes at vise en let grad av anæmi i mørketiden* (1, s. 83). Grimsgaard sammenfattet sine resultater i en tabell (figur 8).

Diskusjon

Å gjennomføre denne kliniske studien ved siden av omfattende gjøremål som distriktslege må ha vært særdeles krevende. Arbeidet må utvilsomt ha blitt påvirket av at Grimsgaard i flere måneder var lammet av poliomyelitt. Man kan derfor spørre seg om Grimsgaard gjorde alt arbeidet alene eller om han hadde hjelpere? Han skriver ingen ting om dette. Det må likevel være tillatt å tenke seg at hans kone var en viktig støttespiller og medarbeider i prosjektet. Hennes bakgrunn som realfagsartianer kan tale for en slik hypotese (2).

I forordet nevner Grimsgaard noen av vanskene han støtte på underveis. Mens forskningslitteraturen i dag bare er et par tastetrykk unna, var forholdene mye vanskeligere på Grimsgaards tid: *den tungvindte adkomst til den nødvendige litteratur har lagt mig hindringer i veien*.

Uten veileder(e) og en forskningsansvarlig institusjon i ryggen er det ikke rart at Grimsgaard ofte følte seg på tynn is: *Jeg er mig nok bevidst paa flere steder at være kommen ud paa omraader, hvor jeg mangler de nødvendige saglige kundskaber til helt at kunde overskue forholdet*.

Tab. 27.		Samlet oversigt over egne fund.									
Forsøgs- person	Volumbest. av røde blodleg. Tallene an- giver de absolut fundne differenser	Røde blodleg. antal. Differenserne i procent av ræk- kernes middeltal	Hæmoglobin- gehalt. Diff. udtrykt i procent av ræk- kernes middeltal	Globulære værdi. Diff. ud- trykt i $\frac{0}{100}$ av middelt.	Blodets specifikke vægt. Diff. i $\frac{0}{100}$ av middelt.	Serums specifikke vægt. Diff. i $\frac{0}{100}$ av middel- tallet	Alkalenesens. Differensen udtrykt i $\frac{0}{100}$ av middel- tallet	Hvide blod- legemes antal. Differensen udtrykt i $\frac{0}{100}$ av middel- tallet		Leukocyt- formlen udenfor mørketiden	Leukocyt- formlen i mørketiden
A	$\div 4,3 \frac{0}{100}$	$\div 7,8 \frac{0}{100}$	$\div 7,7 \frac{0}{100}$	$\div 0,8 \frac{0}{100}$	$\div 0,02 \frac{0}{100}$	$\div 0,09 \frac{0}{100}$	$\div 8 \frac{0}{100}$	$\div 22 \frac{0}{100}$	Voksne	75 $\frac{0}{100}$ polyg. 20 $\cdot$ lym. 45 $\cdot$ eo.	71 $\frac{0}{100}$ polyg. 26,3 $\cdot$ lym. 23 $\cdot$ eo.
B	$\div 0,5 \frac{0}{100}$	$\div 1,8 \frac{0}{100}$	$\div 8,7 \frac{0}{100}$	$\div 6,2 \frac{0}{100}$	$\div 0,12 \frac{0}{100}$	o	$\div 8 \frac{0}{100}$	$\div 65 \frac{0}{100}$			
C	$\div 6,3 \frac{0}{100}$	$\div 7,8 \frac{0}{100}$	$\div 1,04 \frac{0}{100}$	$\div 10,2 \frac{0}{100}$	$\div 0,2 \frac{0}{100}$	$\div 0,03 \frac{0}{100}$	o	$\div 16,7 \frac{0}{100}$			
D	$\div 2,5 \frac{0}{100}$	$\div 3,6 \frac{0}{100}$	[$\div 19,1 \frac{0}{100}$] $\div 10,7 \frac{0}{100}$	[?] $\div 9,3 \frac{0}{100}$	$\div 0,07 \frac{0}{100}$	$\div 0,09 \frac{0}{100}$	—	$\div 5,1 \frac{0}{100}$			
E	$\div 0,4 \frac{0}{100}$	$\div 0,3 \frac{0}{100}$	$\div 4,9 \frac{0}{100}$	$\div 4,2 \frac{0}{100}$	$\div 0,03 \frac{0}{100}$	$\div 0,14 \frac{0}{100}$	$\div 9,3 \frac{0}{100}$	$\div 43 \frac{0}{100}$	Børn	53,6 $\frac{0}{100}$ polyg. 41,6 $\cdot$ lym. 3 $\cdot$ eo.	61 $\frac{0}{100}$ polyg. 37 $\cdot$ lym. 22 $\cdot$ eo.
F	[$\div 0,4 \frac{0}{100}$]	$\div 5,5 \frac{0}{100}$	$\div 1,9 \frac{0}{100}$	$\div 5,3 \frac{0}{100}$	$\div 0,07 \frac{0}{100}$	$\div 0,19 \frac{0}{100}$	$\div 4,4 \frac{0}{100}$	$\div 46,6 \frac{0}{100}$			
G	[$\div 1,7 \frac{0}{100}$]	$\div 1,1 \frac{0}{100}$	$\div 0,4 \frac{0}{100}$	$\div 1,9 \frac{0}{100}$	$\div 0,08 \frac{0}{100}$	$\div 0,24 \frac{0}{100}$	$\div 8 \frac{0}{100}$	—			
Mørketidens resultater er lagt til grund for tallenes værdi.											

Figur 8. Oppsummering av resultatene i prosjektet De mørke maaneders indflydelse paa blodet (1, s. 82).

At arbeidet vokser med tiden og travelheten med det, er noe de fleste forskere i dag kan nikke gjenkjennende til. *Rammen for dette mit arbeide [...] er under udarbeidelsen stadig bleven udvidet, idet en hel del andre spørgsmaal har efterhaanden meldt sig til besvarelse[...] endel er kun antydet, da hverken tid eller anledning har sat mig istand til at gaa nærmere ind herpaa [...] Jeg betragter derfor dette arbeide kun som et forarbeide for senere forsøgsrækker [...] Udarbeidelsen har stadig været avbrudt i længere tid ad gangen, da jeg har været optaget med andre nødvendige giøremaal [...] Den sidste del av avhandlingen er forfattet under et for arbeidet selv mindre heldigt jag* (1).

Selv om Grimsgaard fant at alle forsøkspersonene hadde en lett grad av anemi i mørketiden, var han ikke skråsikker på om han helt kunne stole på konklusjonen: *dog betragter jeg ikke mine resultater saa hævede over enhver indvending, at jeg tør tillægge dem en avgjort betydning med hensyn til løsningen af spørgsmaalet "om de mørke maaneders inflydelse paa blodet"* (1, s. 83).

Bedømmelsen

Det kom inn to besvarelser til fakultetets prisoppgave i 1908. Bedømmelseskomiteen bestod av fysiologiprofessor Sophus Torup (1861–1937), farmakologiprofessor Edvard Poulsson (1858–1935) og professor i indre medisin og patologi Søren Bloch Laache (1854–1941) (14).

I en ellers svært rosende bedømmelse, merket komiteen seg at Grimsgaard ikke fant det nødvendig å dokumentere ernæringsforholdene i egen familie: *Med hensyn til det for hele saken overmaade vigtige spørmaal om de undersøkte individers almenfysiologiske tilstand og livsforhold gjør forfatteren rede for flere punkter. Dessverre har han i enkeltheterne [...] ikke underkastet ernæringsforholderne en undersøkelse [...] for alle individers vedkommende.*

Komiteen konkluderte med at *De almene resultater av undersøkelserne formulerer forfatteren med en sund og nøktern kritikk, og man maa i alt væsentlig være enig i de slutninger til hvilke han kommer. Der er i denne avhandling nedlagt en betydelig sum av samvittighetsfuldt arbeide, og den gir i flere henseender et godt bidrag til løsningen av det foreliggende spørmaal. Komiteen tillater sig derfor at indstille, at forfatteren tildeles H. M. Kongens guldmedalje* (14).

Ved Universitetets årsfest den 2. september 1908 mottok Grimsgaard både diplom og Kongens gullmedalje for fortjenestefullt arbeid (figur 2).

Grimsgaard, sinnsykepleien og Lier-asylet

I desember 1909 mottok Grimsgaard stipendmidler for å studere epidemiologi og bakteriologi i utlandet (tabell 1). Tjenestefrihet fra embetet på Karlsøy ble innvilget og i januar 1910 dro familien sørover. Men forskning ble det ikke mer av. Etter utenlandsstudiene og en kortvarig ansettelse ved Gaustad asyl, fulgte en tiårsperiode som distriktslege i Drammen. Nå var det sinnsykepleien som framfor alt engasjerte Grimsgaard. Etter et par år som fylkeslege i Buskerud, ble han i 1925 ansatt som overlege og direktør ved det nyopprettede asylet i Lier, som han selv hadde hatt en sentral rolle i å opprette. Her var Grimsgaard ansatt til sin død i 1937.

Første kliniske studie i norsk allmennpraksis?

For å søke å besvare et da uavklart spørsmål, framstår *De mørke maaneders indflydelse paa blodet* som et imponerende arbeid, ikke minst gitt konteksten der prosjektet ble gjennomført. Litteraturgjennomgang, gjennomføring, validering og kritisk diskusjon er omfattende.

I mer moderne termer kan prosjektet beskrives som en prospektiv klinisk studie med repeterte målinger hos en gruppe forsøkspersoner før, under og etter en (naturlig) intervensjon (les: mørketida).

Så vidt vites, er dette første kjente eksempel på klinisk forskning utført av en allmennlege i norsk allmennpraksis. Prosjektet fortjener derfor en plass i allmennmedisinfagets historie i Norge.

Litteratur

1. Grimsgaard WLF. *De mørke maaneders indflydelse paa blodet*. Videnskabs-selskabets skrifter. I. Mathem.-naturv. klasse 1910. No. 6. Christiania: Jacob Dybvad, 1910. <https://www.nb.no/items/6ea975f07e9df33a27e93969248b0dcf?page=0> (6.10.2025).
2. Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bd. 3. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 333–334. <https://www.nb.no/items/da50adc6f2ebe5fe12952e48bf1174fb?page=335> (6.10.2025).
3. Universitetets medicinske prisopgaver. *Meddelelser fra Den norske legeforenings bureau og sekretariat* 1904; 11 (nr. 14, 15.juli): 88.
4. Universitetets medicinske prisopgaver. *Meddelelser fra Den norske legeforenings bureau og sekretariat* 1906; 13 (nr. 11, 1.juni): 60.
5. Dødsfall. *Dagbladet* 30.8.1937: 2 <https://www.nb.no/items/083cb3f81631a59b752ec81583183f03?page=1> (6.10.2025).
6. Hem E. Munch og medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2010; 130: 1376–1377. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0437>
7. Eggum A. *Edvard Munch: portretter*. Oslo: Munch-museet: Labyrinth Press, 1994: 93, 226–7. <https://www.nb.no/items/917eb4f778555739817b6fed64605517?page=95> (6.10.2025).
8. Næss A. *Munch: en biografi*. Oslo: Gyldendal, 2004. <https://www.nb.no/items/9c4184e60d92f2c7b56df0060cf1ae48?page=0> (6.10.2025).
9. Klafstad JM. Vådeskuddet fra Edvard Munchs revolver. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137: 550–552. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0120>
10. Høifødt F. *Kunsten, kvinnen og en ladd revolver: Edvard Munch anno 1900*. Oslo: Press, 2010: 215–225. <https://www.nb.no/items/f0a44ec620fd532969433200903afa64?page=217> (6.10.2025).
11. Distriktlegetjenesten i Karlsøy og Helgøy 1874–1984. I: *Årbok for Karlsøy og Helgøy* 1995; 15: 45–56. <https://www.nb.no/items/4d5e0a246d85271b0f0488cc4071e089?page=43> (6.10.2025).
12. *Medicinalberetning 1905 for Karlø lægedistrikt af distriktslæge Wilhelm le Fèvre Grimsgaard*. Riksarkivet, Oslo.
13. Grimsgaard WLF. Håndskrevet besvarelse 1908. I: *Mappe for Det akademiske kollegium i Riksarkivet, Oslo*.
14. Utdelt medicinsk prisbelønning. *Meddelelser fra Den norske legeforenings bureau og sekretariat* 1908; 15: 131–132. Også gjengitt i *Det kongelige Frederiks universitets årsberetning for beretningsaaret 1907–1908*. <https://www.nb.no/items/d56fa9084d7a4c445387486e77ebd72d?page=297> (6.10.2025).

Jørund Straand
JORUND.STRAAND@MEDISIN.UIO.NO
Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Jørund Straand er professor emeritus i allmennmedisin.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Distriktslege Tobias Gedde-Dahl og doktoravhandlinga hans frå 1948 om tuberkulose i Kinn legedistrikt

Michael 2025; 22:362–378

doi: 10.56175/michael.12762

Tobias Müller Gedde-Dahl (1903–1994) disputerte i 1948 ved Universitetet i Oslo på ei avhandling om tuberkulose. Datamaterialet vart innsamla i Kinn legedistrikt i åra 1937–1944. Doktoravhandlinga er mest sannsynleg den første og einaste som er avlagt i Noreg av ein norsk allmennlege og med kliniske data frå allmennpraksis i Noreg, før dei allmennmedisinske universitetsinstitutta vart oppretta. Denne artikkelen presenterer Gedde-Dahl, avhandlinga, bakgrunnen for den og diskusjonen omkring avhandlinga og disputten omkring innføring av BCG-vaksinasjonen.

Avhandlinga var eit stort anlagt oppfølgjingsprosjekt der Gedde-Dahl testa ut verdien av årlege tuberkulinprøver (pirquetprøve) av heile den friske delen av befolkninga, med påfølgande klinisk oppfølging av «omslagarane». Resultata vart nøye kartotekført i ein «tuberkulinmatrikkel». Han konkluderte med at slik screening var mogeleg å gjennomføre, at det var ein effektiv måte å nedkjempe tuberkulosesjukdommen på, og at dette var betre enn å innføre allmenn vaksinasjon (BCG). Avhandlinga vart funnen verdig for disputas og fekk gode skussmål frå vurderingskomitéen. Gedde-Dahl sitt syn på korleis tuberkulosen skulle nedkjempast var likevel omstridt i samtida og gjekk på tvers av rådande syn i Helsedirektoratet og fagmiljøa. Mot hans råd vart BCG-vaksinen innført i 1947.

Gedde-Dahl var generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen frå 1946–1973.

Tobias Müller Gedde-Dahl (1903–1994) var utdanna lege frå Universitetet i Oslo i 1928 og starta tidleg å interessere seg for tuberkuloseinfeksjonen og forskning. Han utdanna seg til spesialist i lungesjukdommar og tuberkulose, men det var som distriktslege i Kinn legedistrikt i åra 1936–1946 at

han gjennomførte eit stort og systematisk arbeid mot tuberkulose som seinare førte til disputas i 1948 ved Universitetet i Oslo. Avhandlingar og disputasar med utgangspunkt i klinisk allmennpraksis var sjeldne før 1970-talet (Hunskår 2025). Gedde-Dahl si avhandling er truleg den første som resulterte i dr.med.-graden, men avhandlinga er lite kjent i allmennmedisinske krinsar.

I tillegg til å vere eit stort og godt forskingsprosjekt utført av ein distrikslege, gjekk avhandlinga tett på ein viktig diskusjon om strategiar for å nedkjempe tuberkulosen som folkesjukdom (Ryymin 2009). Inntil 1920-talet var tuberkulosekampen prega av sosialhygieniske tiltak, som isolasjon og styrking av immunforsvaret hos born. I takt med auka kunnskap og forståing av sjukdommen endra tiltaka seg mot nye teknologiske verkemiddel som røntgenutstyr, tuberkulintesting og betre (kirurgiske) behandlingsmetodar. Frå rundt 1930 og i 20 år deretter var det ein stor fagleg debatt og strid i Noreg om kva som var den beste strategien: Allmenn vaksinasjon med BCG-vaksine eller screening av alle friske med tuberkulinprøve, utredning og smittesporing? Her var Gedde-Dahl ein sterk talsmann for screeningtilnærminga og argumenterte for dette også etter at BCG-vaksinen var innført i 1947 (Gedde-Dahl 1956).

Artikkelen har som mål å fortelje historia om avhandlinga til Gedde-Dahl og den delen av livet hans som er relatert til dette (figur 1), men også

å gje ei forsøksvis analyse av forskingskvaliteten og korleis Gedde-Dahl tenkte og argumenterte omkring kampen mot tuberkulosesjukdommen. Ideen bak og gjennomføring av screeningundersøkingar med basis i allmennpraksis har overføringsverdi til aktuelle diskusjonar i våre dagar.



Figur 1. Distriktslege Tobias Gedde-Dahl fotografert i 1948. Foto: Schrøder/Sverresborg Trøndelag Folkemuseum

Datamateriale og metode

Mitt første hint om Gedde-Dahl og avhandlinga hans fann eg i ein artikkel om allmennmedisin som akademisk fag, der sonen Dagfinn uttalar seg som avgått president i Legeforeningen om spesialistutdanning i allmennmedisin (Evensen et al 2009):

«At jeg, som var født i en distriktslegebolig, som jeg bodde i de ni første årene av mitt liv, og som var stolt sønn av den første som tok sin medisinske doktorgrad på undersøkelser i sin helhet utført i allmennpraksis som distriktslege i Florø, skulle være negativ til at Universitetet skulle ta fagområdet allmennmedisin på alvor, er for meg en absurd tanke!»

I Nasjonalbiblioteket har eg funne avhandlinga. Riksarkivet har utlevert kopiar av dokumenta i høve disputasen. Eg har søkt i Nasjonalbiblioteket etter relevant stoff i aviser, bokkapittel og andre kjelder og i PubMed og *Tidsskrift for Den norske legeforening* etter stoff av og om Gedde-Dahl og norsk tuberkulosehistorie. Eg hadde i 2012 kontakt med Dagfinn Gedde-Dahl (1937–2016) som ga meg mange verdifulle opplysningar, men ikkje minst eit eksemplar av faren sine dikterte og upubliserte erindringer på 60 maskinskrivne sider (Gedde-Dahl 1993). Desse er diktet over fleire år da Tobias Gedde-Dahl var på sjukeheim, og deretter nedskrivne av to sekretærer frå Nasjonalforeningen samt sonen Tobias jr. Teksten kastar eit viktig og personleg lys over mange av problemstillingane i avhandlinga, historia bak og diskusjonen om strategiane for å nedkjempe tuberkuloseinfeksjonen.

Til slutt: Min eigen far, Leif Hunskaar (1931–2017), er oppvaksen berre eit par hundre meter frå legebustaden i Florø og var omgangsven og gjekk i skulen med dei eldste borna i familien. Han hugsar godt distriktslegefamilien og fortalte om sine minner.

Liv og karriere

Tobias Gedde-Dahl vart fødd på Kongsberg i 1903 som den yngste av sju søsken. Foreldra var prest Sofus Gedde-Dahl (1856–1943) og husmor Dagny f. Boye (1865–1945) (tabell 1). Oppveksten var prega av streng kristendom og dårleg økonomi. I tillegg vart Tobias som toåring ramma av poliomyelitt, ein sjukdom som kom med gjentatte epidemiar i distriktet rundt århundreskiftet. Han vart alvorleg sjuk og kom seg, men med følgjer i form av lammingar i venstre fot og bein (skade av pyramidebanene). Fotbladet vart forkrøpla og «firkanta som ein murstein» og kneet kunne ikkje rettast heilt ut. Dette førte til dårleg gangfunksjon livet ut, han måtte slenge foten i ein boge framover for kvart steg. Fleire legar konkluderte med at det ikkje kunne gjerast noko med foten. Han hadde også allergisk astma, spesielt for katt, men også av hund og hest.

Etter privatskule, offentlig barneskule og middelskule tok han artium på latinlina ved Drammen gymnas (Drammens offentlige høiere almenskole) i 1921. Alt som ung tenåring kom han i kontakt med Dagny Grimsgaard (1905–1983). Ho vart ungdomskjærasten og seinare ektefelle i eit langt samliv. Ho var dotter av Wilhelm le Fèvre Grimsgaard (1868–1937), som da var distriktslege i Drammen og vitskapleg interessert (Straand 2025). Etter gymnaset meinte faren at Tobias måtte bli prest, men det ville han ikkje: «Jeg ville bli doktor. Det måtte bli noe som ga meg inntekter nok til å bruke transportmidler, jeg som hadde vanskelig for å gå, og dessuten hadde leger en høy sosial anseelse. Det var mine motiver.» (Gedde-Dahl 1993).

Han reiste så til Oslo og starta på medisinstudiet, som den gongen var opent, og der utsilinga skjedde ved seinare eksamenar. I Oslo vart han også operert, det vart laga eit nytt fotblad, men dei mange for korte senene vart ikkje reparert. Det vart mange operasjonar seinare i livet. Etter førsteavdeling med dårlege karakterar mista han interessa for medisinen og reiste til Biologisk stasjon i Drøbak og seinare til Herdla biologiske stasjon ved Bergen. Etter avtale med Anatomisk institutt i Oslo starta han eit forskingsarbeid om utvikling av kjønsceller der han brukte foster frå haien svarthå, som han fiska sjølv. Han starta seinare opp att medisinstudiet og fekk eksa-

Tabell 1. Tobias Müller Gedde-Dahl. Liv og karriere

Fødd i Kongsberg 3. juni 1903, døydde i Oslo 23. oktober 1994, 91 år gammal
Middelskule og deretter eksamen artium i Drammen 1921
Medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo 1928
Underordna lege/kandidat ved sjukehus i Tromsø og Oslo 1928–1930
Distriktslege i Gravdal legedistrikt 1930–1931 og Talvik legedistrikt 1931–1933
Lege ved Vardåsen sanatorium (Asker) 1933–1934 og Lyster sanatorium (Harastølen, Luster) 1934–1937
Godkjent spesialist i lungesjukdommar og tuberkulose 1936
Distriktslege i Kinn 1936–1946 og lege ved Florø diagnosestasjon 1939–1946
Dr.med. Universitetet i Oslo 1948
Generalsekretær i Nasjonalforeningen for Folkehelsen 1946–1973
Ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden 1970 og tildelt Finlands Lejonorden 1969
Gift i 1928 med Dagny Holst Grimsgaard (1905–1983), dotter av Wilhelm le Fèvre Grimsgaard og Aagot Holst
Born: Truls (1930–), Lajla (1932–1993), Tobias jr. (1934–2006, lege dr.med., spesialist i medisinsk genetikk), Dagfinn (1937–2016, lege dr.med., spesialist i indremedisin, president i Legeforeningen 1976–1979)

men med gode karakterar. Han heldt fram med forskinga og mikroskopering av haifoster gjennom fleire år ved sidan av studiet.

Etter embetseksamen hadde han planar om å bli praktiserande lege, men ønska litt sjukehuspraksis først. Han var kandidat ved Tromsø sykehus. Deretter reiste han til Oslo for å gifte seg og for å starte i kandidatstilling ved Ullevål sykehus, først ved pleieavdelinga, så ved psykiatrisk avdeling, deretter medisinsk avdeling og til slutt fire månader ved kirurgisk avdeling. Han søkte så fleire vikariat i allmennpraksis, men fekk dei ikkje, truleg på grunn av gangvanskane. Etter personleg oppmøte i Helsedirektoratet fekk han eit eittårig vikariat som distriktslege i Gravdal i Lofoten frå juni 1930. Han fekk òg ansvar for eit lite sjukehus med nokre få rom, men utan røntgen og kirurgiske instrument. Gedde-Dahl utførte likevel nokre operasjonar, inkludert blindtarmoperasjonar, ved hjelp av instrument han kjøpte inn privat.

Året etter fekk han tilbod om eit vikariat i Talvik i Finnmark (i dag ein del av Alta). Der var det også ein stor statleg tuberkuloseheim og barnekoloni samt fylket sin diagnosestasjon for tuberkulose.

Etter to år i Finnmark fekk han ei hospitantstilling ved Vardåsen tuberkulosesanatorium i Asker. Dette var det store tuberkulosesjukehuset for Oslo. Etter fire månader der tok han kurset for offentlege legar fram til sommaren 1934, så søkte han og fekk reservelegestilling ved Lyster sanatorium (Harastølen) (Lund-Johansen 1960, Midtbø 2023) der han var i to år, før han søkte og fekk distriktslegestillinga i Kinn, ei stilling han hadde i ti år (1936–1946). Her utførte han arbeidet med doktoravhandlinga si.

I 1946 fekk Gedde-Dahl tilbod om å bli generalsekretær i *Den norske Nasjonalforening mot Tuberkulosen*, som i 1963 skifta namn til *Nasjonalforeningen for folkehelsen*. Han vart ein kjent person som gjennom mange foredrag i helselag og skriftlege innlegg snakka Nasjonalforeningen si sak. I hans tid endra foreininga karakter, trappa ned tuberkulosearbeidet da smittesituasjonen var under kontroll, og foreininga fann andre arbeidsoppgåver, som førebygging av hjarte- og karsjukdommar, innføring av helsestasjonar og seinare eldresenter, samt arbeid mot demens. Gedde-Dahl pensjonerte seg i 1973.

Tuberkulose som interessefelt: «Å gjøre det umulige»

Gedde-Dahl opplevde i 1929 Ullevål, Nordens største sjukehus, som overfylt av tuberkulosepasientar. I sjukehuset låg kanskje 300 smitteførande pasientar, på Vardåsen var det innlagt opptil 300 pasientar i tillegg. Landet hadde ein av Europas høgste førekomstar av tuberkulose, og i 1925 var sjukdommen årsak til kvart femte dødsfall, med nesten 7000 døde (ca. 250

per 100 000 innbyggjarar). Totalt var det meir enn 25 000 pasientar. Etter 1900 kom ei omfattande utbygging av tuberkulosesjukehus og sanatorium. På 1920-talet vart tuberkulin hudprøve med Pirquet-metoden og røntgen-diagnostikk tatt i bruk for påvising av sjukdommen, i tillegg til dyrkingsprøve og direkte påvising av bakterien i spyttprøve. Om lag samtidig var BCG-vaksinen utvikla i Frankrike. Dei første forsøka med den vart gjort i Noreg frå 1927 som del av eit forskingsprosjekt (Bjartveit 2001).

Behandling av tuberkulose på denne tida besto av kvile, god ernæring og ulike «ligge- og arbeidskurar». Kontrolltiltaka var retta mot isolasjon på sanatorium og pliktig overvaking. Frå århundreskiftet kom etter kvart fleire typar kirurgisk behandling. Pneumotoraksbehandling («blåsing», samanklipping av ei lunge ved bruk av luft), lamming av mellomgolvet ved over-skjæring av nerven (phrenicusnerve-knusing), torakoplastikk (fjerning av ribbein) og innsetting av ulike oljar i brysthola. På slutten av 1940-talet kom gjennombrøtet med antibiotika, og kombinasjonsbehandling med ulike antibiotika vart introdusert frå ca. 1950. Da Gedde-Dahl var student, opplevde han ei nihilistisk og fatalistisk haldning til tuberkulosesjukdommen, og han opplevde at det knapt vart undervist om sjukdommen i medisinstudiet.

I Talvik fekk han oppgåvene i fanget. På tuberkuloseheimen var det ein lege til, dei hadde røntgenapparat, dei abonnerte på vitskaplege tidsskrift, og Gedde-Dahl forsøkte seg på invasive behandlingsmetodar som pneumotoraks (blåsing), adheranseløysing (brenning) og nerverelammelse gjennom kikholsoperasjon (torakoskop). I Talvik fann han eit engasjert og kunnskapsrikt miljø, som nok inspirerte han både klinisk og vitskapleg. Blant anna var Trygve R Gjessing (1895–1961) lege der. Broren, Rolv Gjessing (1887–1959), hadde vore lege i nabodistriktet Alta og mellom anna gjort sosialantropologiske undersøkingar blant samane (Roos & Moksnes 2024). Frå Talvik publiserte Gedde-Dahl ein serie artiklar i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* under fellestittelen *Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik 1933*. Artikkane er ei avansert form for årsmelding med statistikk, analysar, diskusjon og meiningar, og dei har ei tydeleg akademisk innretning (Gedde-Dahl 1935a, Blaauw et al. 1935, Gedde-Dahl 1935b, Gedde-Dahl 1935c, Gedde-Dahl 1935d, Gjessing & Gedde-Dahl 1936). Han publiserte også ein metodeartikkel med forslag til kartotek kortsystem for årsmeldingar og vitskaplege prosjekt (Gedde-Dahl 1935e). Han publiserte mange kasuistikkar, kronikkar og faginnlegg (referansar ikkje tatt med).

Gedde-Dahl var tydeleg motivert for å arbeide vidare med tuberkulosen, også akademisk, og i tida på Vardåsen var han ein av grunnleggarane av *Norske lægers tuberkuloseselskap*. Han arbeidde her for å innføre sentrale

diagnosestasjonar som skulle ta over pasientane når diagnosen var stilla. Og han ville utdanne seg til spesialist i lungesjukdommar og tuberkulose. Da måtte han arbeide meir på sanatorium, sjølv om han framleis ville bli praktiserande lege. Derfor søkte han seg til Lyster i Sogn.

Lyster sanatorium vart innvia som tuberkuloseinstitusjon for 96 pasientar i 1902, langt til fjells på ei fjellhille (Harastølen) og bygt etter datidas mest moderne behandlingsprinsipp (Lund-Johansen 1960, Midtbø 2023). Her fekk Gedde-Dahl ytterlegare klinisk erfaring, inkludert kirurgi i form av torakoplastikkar. Han traff også att kollegaen frå Talvik, Trygve Gjessing, som no var blitt overlege ved sanatoriet. Han gjorde også to studiereiser; ei til Tyskland i 1934 og ei i 1936 til kystbygda Stongfjorden i Askvoll kommune der tuberkulosesituasjonen var ute av kontroll. Her undersøkte han mange med røntgen og Pirquetprøve og publiserte seinare resultata internasjonalt (Gedde-Dahl 1937). Ein av konklusjonane var at kampen mot tuberkulosen trengte nye strategiar og ny organisering, helst forskingsbasert.

Gedde-Dahl var oppdatert på litteraturen og fekk med seg ny dokumentasjon på at første mogelege diagnosetidspunkt var å oppdage «omslag» i tuberkulinreaksjonen hos born og unge. Ved 30–40-årsalderen var dei fleste nordmenn uansett omslagarar og dermed smitta og potensielt sjuke. Å gjennomføre gjentatte undersøkingar av alle, ville vere ei screening-tilnærming som få nasjonalt eller internasjonalt trudde var mogeleg å gjennomføre. Og det måtte organiserast gjennom ein såkalla *tuberkulin-matrikel*. Dette er enkelt sagt eit register over dokumentert tuberkulinkontroll av heile befolkninga, der dei tuberkulin-negative fekk regelmessig ny testing, medan dei positive fekk utredning med røntgen, oppfølging og eventuelt behandling.

Ei slik befolkningstilnærming var diskutert av fleire, men dei fleste meinte det var umogeleg å gjennomføre, og at dette derfor ikkje var ein aktuell strategi i tuberkulosekampen. Gedde-Dahl argumenterte for at det var mogeleg, og at dette var ein logisk strategi: Å oppdage dei nyleg smitta, utgreie dei og hindre vidare smitte frå desse. Dermed ville smittepresset i samfunnet minke og sjukdommen tvingast på retur. Han hadde truleg kjennskap til Carl Schiøtz (1877–1938) si avhandling og store helseundersøking av born, der regelmessig helsekontroll viste seg å kunne finne uoppdaga sjukdom (Schiøtz 1917, Hunskaar 2025).

Det var veldokumentert at kysten av Sunnfjord hadde svært mykje tuberkulosesjukdom (Hvidsten 1938). Den 33 år gamle Gedde-Dahl søkte og fekk distriktslegestillinga i Kinn med bustad i Florø. I det distriktet ville han gjennomføre ein tuberkulinmatrikel. Men han trengde hjelp. For eiga

rekning tilsette han ei ekstra helsesøster, han kjøpte seg røntgenapparat hos Nerliens Røntgen, og så sette han og familien kursen vestover.

Her såg altså Gedde-Dahl sjansen til å gjennomføre sitt store prosjekt. Han skreiv seinare: «Men jeg ville gjøre det umulige» (Gedde-Dahl 1993).

Kinn legedistrikt: Klinikk og vitenskap hand i hand

Kinn legedistrikt hadde i 1936 om lag 6500 innbyggjarar fordelt på fire kommunar: Bykommunen Florø (1500 innb.) og landkommunane Kinn (2500 innb.), Bru (1500 innb.) og Eikefjord (1000 innb.). Han kom til eit stort, vêrhardt og vanskeleg distrikt med mange folkesette øyar i havgapet og lange og tronge fjordar med småbygder. Han hadde mykje bruk av lege-skyssbåt, og for ein som var sterkt hemma med gangen, var det stor nytte av nyinnkjøpt 50 kubikk Tempo motorsykkel. Det var lange dagar på kontoret (figur 2) og sjukebesøk til lands og sjøs i tillegg dei fleste dagar. Det var eit yrande liv på kontoret om dagen, i huset var det ti personar i kosten: ekteparet med fire born, ein assistentlege, ei kokke og to hushjelpar.

Distriktslegeparet vart fort kjent og akta i lokalsamfunnet. Dei deltok begge i politikken, Tobias vart tidleg valt til Florø bystyre for Arbeiderpartiet, Dagny for same parti frå 1945. Ho sat også i skulestyret og fattigstyret. Ho var engasjert i Røde Kors både lokalt og på landsplan og var initiativtakar til frivillig spedbarnskontroll frå 1940 gjennom Florø sanitetsforening.

Krigen var ei krevjande tid. Det var vanskeleg å reise i distriktet, folk søkte ikkje lege, og Gedde-Dahl kom i kontakt med illegalt arbeid. Han husa personar som skulle rømme til England. Politimesteren hadde tuberkulose, og da han vart arrestert, brukte Gedde-Dahl sjukdommen som argument for å få han fri. Ei skremmande oppleving var det da ei engelsk bombe slo ned på gardsplassen og skada huset mykje. Berre hell gjorde at familien hadde søkt tilflukt i kjellaren og overlevde utan skadar. Gjennom illegal radio hørde han at det var trong for legar og sjukepleiarar hos dei norske styrkane i England. Han forsøkte ved fleire høve å komme seg over til England saman med ei av kontorsøstrene, men ga til slutt opp på grunn av storm.

Fagleg sett var det tuberkulosearbeidet som interesserte han mest. Han arbeidde for å få opprette diagnosestasjon og eit lite tuberkulosesjukehus i Florø. Det vart vedtatt, men krigen kom i vegen for sjukehuset. Han dreiv diagnosestasjon for tuberkulose frå distriktslegekontoret, men hadde også kontordagar i Måløy 1–2 gongar i månaden. Han gjorde tuberkuloseoperasjonar på fylkessjukehuset i Florø, etter avtale med den kirurgiske overlegen. Men hovudprosjektet var heile tida å gjennomføre ein tuberkulinmatrikkel for heile befolkninga.



Figur 2. Distriktslegen hadde fast annonse i lokalavisene. Her frå førstesida i Firda Folkeblad fredag 30. april 1937. Kjelde: Faksimile frå Nasjonalbiblioteket

Arbeidet med ein tuberkulinmatrikkell i Kinn legedistrikt

Frå 1937 var Gedde-Dahl i full gang med systematiske, årlege tuberkulinundersøkinga av befolkninga. Til hjelp hadde han to helsesøstre, men om somrane var det ofte fleire, løna av innsamla midlar i skulekrinsane og organisert av soknepresten. Frå før var det innført Pirquet-testing av skuleborna i første og siste klasse i barneskulen slik at familiane var velkjente med metoden, sjølv om ein del var skeptiske både til den og røntgenkontrollar. Gedde-Dahl hadde eit omfattande informasjonsopplegg gjennom innlegg i avisene, oppslag og møter i krinsane. Helsesøstre prøvde å legge undersøkingane opp omkring dei årlege undersøkingane av skuleborna, der dei i etterkant oppsøkte alle husstandar systematisk for tuberkulinundersøking. Det var eit poeng for Gedde-Dahl at helsesøstre skulle vere generelle, ikkje spesialiserte, slik at dei kunne utføre mange slags oppgåver i mindre kommunar. To eller tre dagar seinare måtte helsesøster komme tilbake for å avlese resultatet av prøven. Samtidig vart husstanden «inspisert» for reinhald, bustadkvalitet, stell og pleie av spedborn og gamle. Spesielt var det nøye oppfølging av sinnsjuke, vanføre og kjente tuberkuløse. Det vart skrive rapport for kvar husstand. Nye positive resultat (omslagarar) vart ført inn i ei kontrollbok for oppfølging med røntgen og legeundersøking. «Ikkje møtte» vart purra og følgt opp seinare.

Gedde-Dahl la stor innsats i det administrative systemet: Han fekk trykt spesielle registerkort basert på tidlegare publisert forslag (Gedde-Dahl 1935e), han laga detaljerte kart over alle husstandar i kvar skulekrins, helsesøstre fekk spesiallaga koffertar med alt naudsynt materiell, og det var detaljerte oppfølgingsprotokollar (figur 3 og 4).

Det går ikkje tydeleg fram av avhandlinga eller dei etterlatne skriftene når prosjektet tok form av ei doktoravhandling. Men allereie før krigen fekk han prosjektstøtte frå departementet gjennom helsedirektør Karl Evang (1902–1981) og i krigsåra fekk han besøk av byråsjef Julie Backer (1890–1977) som hjelpte han med statistiske utrekningar (Gedde-Dahl 1993). Han arbeidde med resultatane kontinuerleg i prosjektfasen, men etter krigen følte han trong for større konsentrasjon om analyse og skriving, samt tilgang på litteratur. Han reiste til Oslo for å arbeide i bustaden etter mor si. Han fekk da tilbod om stillinga i Nasjonalforeningen og sa ja til den, mot at han kunne arbeide med avhandlinga der. Eit viktig argument for å flytte til Oslo, var at borna da var nærare høgare utdanningsinstitusjonar.

Doktoravhandlinga

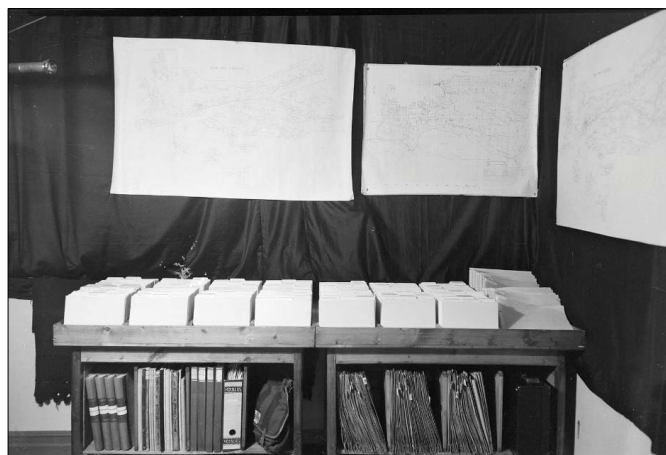
Avhandlinga vart levert til Universitetet i Oslo 15. februar 1948, og positiv innstilling om godkjenning kom 20. mai. Bedømmingskomitéen besto av førsteopponenten overlege dr.med. Hans Jacob Ustvedt (1903–1982) (indremedisinar) ved Ullevål sykehus, andreopponenten professor dr.med. Georg Waaler (1895–1983) (patolog) ved Universitetet i Oslo og overlege dr.med. Torfinn Denstad (1906–1988) (radiolog) ved Akershus fylkessykehus Midtstuen.

Avhandlinga var på 243 sider med 147 figurar (for det meste reproduksjonar av røntgenbilde), kurver og kartskisser, og dessutan 50 tabellar. Den vart utgitt som bok (Gedde-Dahl 1948) i eit opplag på 1500, som snart vart utselt. Prosjektet hadde to hovuddeler:

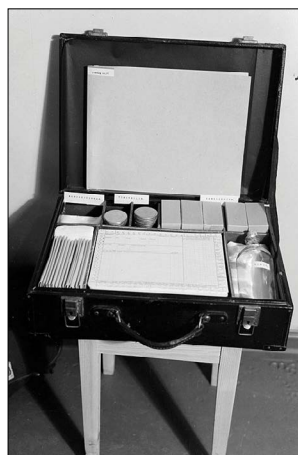
1. Kan ein reint praktisk gjennomføre ei registerstudie med gjentatte undersøkingar av ein heil befolkning (ein «tuberkulinmatrikkel»), med kartotek, tuberkulinundersøkingar, oppsporing av smittekjelder, kontroll og eventuell behandling av dei tuberkulin-positive og dei tuberkulosesjuke i eit vanleg norsk legedistrikt?
2. Vitskapleg analyse, vurdering og diskusjon av det innsamla materialet: Tuberkulosen sin epidemiologi, om primærinfeksjonen sine kliniske ytringsformer, forlaups- og utviklingsformer samt prognose.

Hovudfunna i avhandlinga

Doktoranden oppsummerte funna sine i 40 nummererte punkt på engelsk over 12 sider. Mange detaljar har mindre interesse i dag, og pasienthistoriene er mange.



Figur 3. Bildet viser arrangementet av kart, kartotek, protollar o.l. frå Florø helsestasjon (distriktslegebustaden). Kartoteket omfatta til slutt over 7000 personar. Store kart dekkja alle husstandane i ein skulekrins. Hendingar og testplan vart teikna inn på kartet, med nytt kart kvart år. På bordet står personmappene etter kjønn og fødselsdato, til høgre husstandsmapper. I hyllene under står protokollar, røntgenbilde og annan dokumentasjon. Foto: M. Horne, Florø. Arkiv: Vestland fylkeskommune, etter avtale



Figur 4. Bildet viser den spesiallaga helsesøsterkofferten. I ryggen står husstandsmappe. Bakerst i kofferten ligg frå venstre bandasjesaker, tuberkulin og pennesplittar for testing samt spyttprøveglass. Fremst er frå venstre bandasjesaker, kartotekkort og til slutt desinfeksjonssprit. Foto: M. Horne, Florø. Arkiv: Vestland fylkeskommune, etter avtale

Hovudfunna kan oppsummerast slik:

- Det var mogeleg å gjennomføre regelmessig screening av innbyggjarane, altså å gjennomføre ein tuberkulinmatrikkell.
- Denne fungerte som tenkt; ein kunne identifisere «omslagarane» og drive effektiv smittesporing ut frå desse, samt utgreie og behandle dei sjuke.
- Smitten var sterkt minkande i distriktet i denne perioden, talet på både klinisk sjuke og talet på døde minka, men det var vanskeleg å skilje prosjektet sine effektar frå dei generelle endringane i tuberkuloseepidemiologien. Gedde-Dahl konkluderte likevel med at dette var ein rimeleg sikker effekt av prosjektetstrategien
- Gedde-Dahl identifiserte i alt 272 omslagarar, og heile 48 % av desse fekk påvist klinisk sjukdom. Han fann smittekjelda hos dei fleste, ganske jamt fordelt mellom familiemedlemer og personar i nærområ-

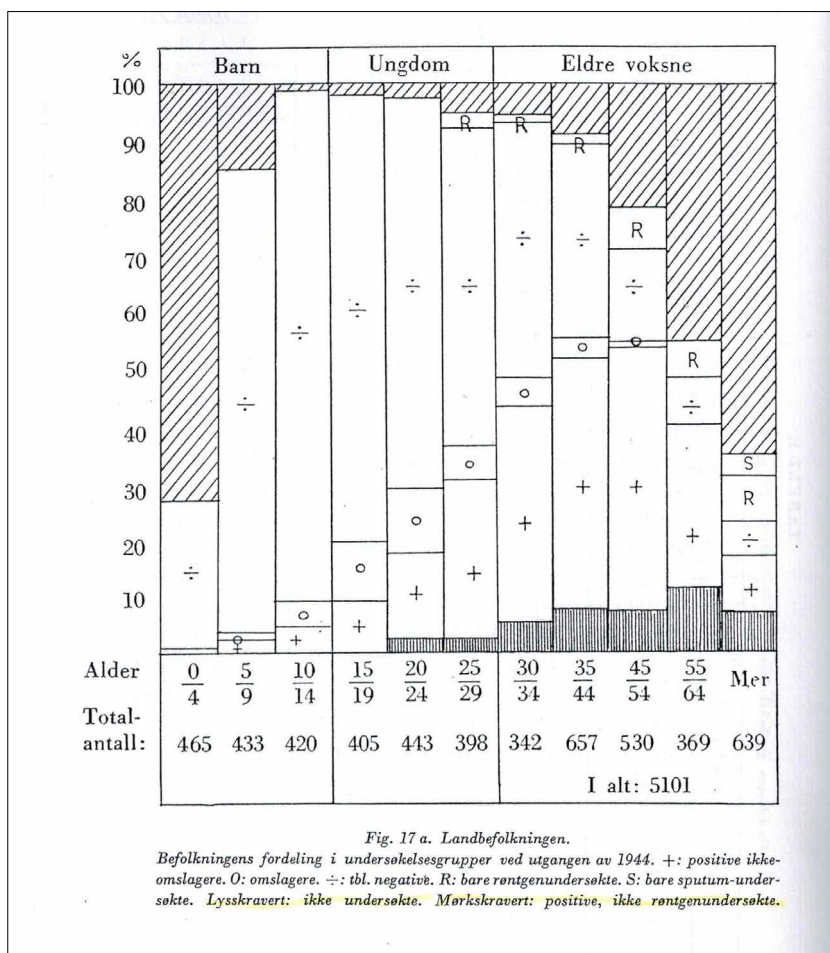
det (naboar, arbeidskollegaer), samt at han påviste fire «supersmittarar» som hadde smitta til saman 74 personar, desse fire var besøkande eller nyleg tilflytta, og difor vanskeleg å oppdage.

- Han viste at smitta personar vart sjuke relativt raskt, i motsetnad til det mange hadde hevda lenge, nemleg at tuberkulose lenge låg latent i kroppen. Og dersom ikkje den nysmitta er blitt sjuk etter eit års observasjon, er det liten risiko for å utvikle klinisk sjukdom.
- Han kartla nøye dei kliniske manifestasjonane av nyoppstått tuberkulose, følgde opp pasientane og kartla dei ulike manifestasjonane og røntgenfunna med nøye dokumentasjon i avhandlinga. Alle pasientane vart dokumentert med kliniske funn og røntgenbilde.
- Han gjekk i liten grad inn i den då dagsaktuelle debatten om kva som var den beste strategien for å nedkjempe tuberkulosen: tuberkulinprøving, smittesporing og utgreiing av omslagarar eller å starte eit stort vaksinasjonsprogram kombinert med skjermbildefotografering av alle. Gedde-Dahl var sterk tilhengar av den første strategien, noko som gjorde han sterkt omstridt i medisinske og helsepolitiske krinsar, og han ønska nok ikkje å provosere motstandarane i høve doktoravhandlinga. Helsedirektør Karl Evang og den nasjonale tuberkuloseoverlegen Otto Galtung Hansen (1904–1981) var begge både irriterte og oppgitte over at Gedde-Dahl ikkje ville innordne seg den offisielle politikken (Gedde-Dahl 1993). Men han tillét seg i 1993 å skrive at det ville gå med BCG-vaksinen som med koppevaksinasjonen, det ville bli slutt på massevaksinasjon, noko han fekk rett i like etter (Hartug 2016).

Figur 5 viser eit eksempel på korleis Gedde-Dahl framstilte resultatane for dei forskjellige befolkningsgruppene. Han meinte at figuren ga eit godt bilde av kvifor og korleis prinsippet med tuberkulinmatrikkelen fungerte i ein høgprevalent populasjon. Han meinte den beste strategien var å målrette tuberkulin-innsatsen mot ungdomsgruppene, ikkje å røntgenundersøke mange som ikkje var smitta. I figurteksten har eg gitt nærare omtale av korleis resultatane kan tolkast.

Komitévurdering og disputas

Kvart komitémedlem leverte eigen uttale. Waaler skreiv at forfattaren hadde gjennomført prosjektet med beundringsverdig energi og at diskusjonen av tuberkuloseprøvene sin verdi låg på eit høgt plan. Overlege Ustvedt si bedømming var meir kritisk (Bergen Tidende 1948). Han meinte at avhandlinga først og fremst var eit sosialhygienisk arbeid, der verdien ikkje ligg



Figur 5. Resultata av tuberkulin-undersøkingane (Pirquet) frå landkommunane ved utgangen av 1944 ($n = 5101$) i prosent og etter aldersgrupper. Lysskravert (øverst): Ikkje undersøkt. Mørkskravert nedst til høgre: Tuberkulin-positive, ikkje røntgenundersøkt. Minusteikn: Tuberkulin-negative. O: Omslagarar. Plussteikn: Tuberkulin-positive. S: Berre spyttprøve. R: Berre røntgen.

Tolkingsrettleiing: I aldersgruppene 10 til 44 år er nesten alle undersøkt fordi dei fleste er tuberkulin-negative og difor i målgruppa for å bli omslagar. Dei yngre er stort sett ikkje smitta, medan dei eldre stort sett er smitta. Det er i ungdomsgruppa potensialet for å oppdage omslagarar er størst, drive smittesporing, utredning og kontroll, og dermed nedkjempe sjukdommen. Figur 17a side 28 i avhandlinga.

i dei kliniske observasjonane, men i den konsekvente og vitskaplege gjennomføringa av eit bestemt arbeidssystem (matrikkelen). Forfattaren får ros for oppdatert tuberkuloseliteratur. Denstad hadde kritiske merknader til røntgenanalysane og tydingane av dei. Men han roste forfattaren for å ha diskutert dette adekvat. Det vart praktisk talt ikkje tatt sidebilde, avstandane var for korte og eksponeringstida for lang i mange tilfelle. Det vart i nokre tilfelle brukt udokumentert gjennomlysing på grunn av mangel på røntgenfilm under krigen. Så skreiv Denstad litt overraskande: «Et annet spørsmål er om et arbeid av denne art i det hele tatt kommer inn under begrepet akademisk avhandling.» Han svarar sjølv: «Jeg mener at den gjør det. Forfatteren har overbevist om at han helt ut behersker sitt emne, han har belyst problemene, og de er mange, allsidig og saklig, og han har trukket sine konklusjoner forsiktig og kritisk.»

Disputasen

Det var to prøveforelesningar. Først 24. mai over sjølvvalt emne, med tittelen *Lungetuberkulosen hos tuberkulinpositive ikke-omslagere*. Så oppgitt emne 7. juni: *Primærinfeksjonens patologiske anatomi*. Disputasen var 8. juni 1948, avhandlinga og disputasen vart omtalt både før og etter gjennom oppslag i *Aftenposten* og *Bergens Tidende* (Aftenposten 1948, Bergens Tidende 1948). Overlege Denstad melde seg som opponent ex auditorio, der han gjekk inn på kritikken sin over røntgenundersøkingane, men han meinte framleis avhandlinga kunne godkjennast. Ustvedt var meir kritisk under disputasen enn i den skriftlege vurderinga, og den underliggende store usemja om BCG-vaksinasjonen og Gedde-Dahl si overtyding om at tuberkulinprøving var den beste strategien kom tydeleg fram.

Avhandlinga var likevel omstridt (Gedde-Dahl 1993). Same dag som avhandlinga vert godkjent i fakultetet, vart den diskutert på eit tuberkulosemøte på Lillehammer og fullstendig nedsabla. Mange var overraska over godkjenninga. Særleg pikant var motstanden i Helsedirektoratet ved Karl Evang og overlege Otto Galtung Hansen, den mektige sjefen for tuberkulosekontoret. Dei var begge sterke motstandarar av matrikkel-strategien og overtydde om at BCG-vaksinasjon var det beste. Galtung Hansen og Helsedirektoratet motarbeidde Gedde-Dahl på mange arenaer og uttrykte at avhandlinga aldri skulle vore godkjent. Kona til Galtung Hansen var nær venn av både Gedde-Dahl og kona Dagny frå ungdommen av og gjennom heile livet, og det var mange anstrengde møter i sosiale samanhengar. Galtung Hansen søkte også stillinga i Nasjonalforeningen, der Evang var medlem i styret som skulle tilsette ny generalsekretær. Evang støtta først Galtung Hansen, men stemte for Gedde-Dahl i styremøtet. Begge var invi-

tert i doktormiddagen, berre Evang kom, der han heldt ein svært kritisk og sarkastisk tale til doktoranden (Gedde-Dahl 1993).

Avslutning

Distriktslege Tobias Gedde-Dahl tok vitskaplege konsekvensar av eit folkehelseproblem han opplevde sterkt i det kliniske arbeidet, nemleg tuberkuloseepidemien på 1920- og 1930-talet. Det var openbert at det måtte finnast betre strategiar enn kirurgiske inngrep med ofte betydelege sekveler og tvilsame resultat og udokumenterte liggekurar. Han var overtydd om at å oppdage, kontrollere og eventuelt behandle dei nysmitta, var vegen å gå. Å få folk til å spandere tre minuttar for eit risp på armen, var ein liten pris for å nedkjempe ei av dei store dødsårsakene i landet. I ettertid har Gedde-Dahl si avhandling vorte karakterisert som ein klassikar i epidemiologien, og Fredrik Mellbye (1917–1999) omtalte i eit minneord avhandlinga som på line med John Snow (1813–1858) sitt arbeid mot kolera i London (Mellbye 1994). Avhandlinga er godt forankra i distriktslegepraksis, og Gedde-Dahl hadde klar primærlegeforankring under arbeidet og i analysene.

Gedde-Dahl forlet forskinga medan han var fagleg på topp. Han var likevel ikkje motivert for å halde fram med forskinga, og han har fleire kritiske uttalar om akademiet og professorveldet i memoarane sine (Gedde-Dahl 1993).

Etter disputasen kom også ei bokmelding over avhandlinga (Heimbeck 1948). Nokre ord derfrå oppsummerer godt Gedde-Dahl si avhandling og hans innsats mot tuberkulosen:

Boken er en ruvende manifestasjon over hva en distriktslege under de ofte omtalte isolerte og vanskelige arbeidsforhold kan utrette når han vil.

Litteratur

- Aftenposten. Doktordisputasen om tuberkulosematrikkelen. *Aftenposten* 8. juni 1948: 1.
- Bergens Tidende. Tuberkulose-infeksjon i lys av tuberkulinmatrikkelen. Bergens Tidende 8. juni 1948: 6.
- Bjartveit K, Olaf Scheel og Johannes Heimbeck og deres arbeid med BCG-vaksinen. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2001; 121: 1076–1081.
- Blaauw H, Lie P, Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. III. Familieundersøkelser i Talvik, Alta og Loppa lægedistrikter 1933. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1935; 55: 474–483.
- Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al. Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
- Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. I. Medisinsk beretning for to-året 1931/33. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1935a; 55: 291–301.

- Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. IV. Den praktiserende læges andel i tuberkulosedagnostikken. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1935b; 55: 651–660.
- Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. IVforts. Den praktiserende læges andel i tuberkulosedagnostikken. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1935c; 55: 698–702.
- Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. V. Pirquetundersøkelse av skolebarn og småbarn. Veien til smitekilden. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1935d; 55: 958–974.
- Gedde-Dahl T. Et hensiktsmessig kartoteksystem til hjelp ved årsberetninger og videnskapelige arbeider. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1935e; 55: 1366–1372.
- Gedde-Dahl T. On frequency of the tuberculous infection and its morbidity in a Norwegian country area (Stangfjorden) 1936. *Acta Tuberculosea Scandinavica* 1937; 11: 307–342.
- Gedde-Dahl T. *Tuberkuloseinfeksjonen i lys av tuberkulinmatrikkelen*. Oslo: Johan Grundt Tanum, 1948.
- Gedde-Dahl T. Tuberculous infection in the light of tuberculin matriculation. *American Journal of Epidemiology* 1952; 56: 139–214.
- Gedde-Dahl T. Tuberkulosen før, nå og fremover. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1956; 76: 381–387.
- Gedde-Dahl T. *På helsa løs. En leges opplevelser i det tyvende århundre*. Oslo: Stensil etter diktat, 1993.
- Gjessing T, Gedde-Dahl T. Meddelelser fra diagnosestasjonen i Talvik. VI. Undersøkelser over tuberkuloseinfeksjons-utbredelsen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1936; 56: 971–978.
- Hartug H. Strategier for BCG-vaksinasjon 1947–94. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2016; 136: 930–933.
- Heimbeck J. Tobias Gedde-Dahls Tuberkuloseinfeksjonen i lys av turberkulinmatrikkelen. Bokanmeldelse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1948; 68: 482–483.
- Hunskår S. Dei første norske allmenmedisinske doktoravhandlingane. *Michael* 2025; 22: 322–342.
- Hvidsten J. Om dødeligheten av tuberkulose i Sogn og Fjordane. *Den norske nasjonalforening mot tuberkulosen* 1938; 28: 85–90.
- Lund-Johansen F. *Lyster sanatorium 1902–1958. En epoke i kampen mot lungetuberkulosen i Norge*. Bergen: Per Lund-Johansen, 1960.
- Mellbye F. Tobias Gedde-Dahl. *Aftenposten* 27. oktober 1994.
- Midtbø O. *Harastølen. Heimen for dei utstøytte*. Sogndal: OMI forlag, 2023.
- Riksarkivet. *Dokumenter vedrørende bedømmelsen av Tobis Gedde-Dahls doktoravhandling*. Arkivet etter Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, eske Dc 5. Brev av 3. februar 2014.
- Roos M, Moksnes KM. I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene (1934). *Michael* 2024; 21: 456–472.
- Ryymän TS. *Smitte, språk og kultur. Tuberkulosearbeidet i Finnmark*. Oslo: Scandinavian Academic Press/Spartacus forlag, 2009.

Schiøtz C. En undersøkelse av 10 000 norske skolebarn, særlig med hensyn til vekstforhold. *Medicinsk Revue* 1917; 34: 673–707, 751–832.

Sindre B. Distriktslege Tobias M. Gedde-Dahl. *Årsskrift for Flora Historielag* 2014; 14: 79–81.

Straand J. Distriktslege Wilhelm le *Fèvre* Grimsgaard og forskningsprosjektet «De mørke maaneders indflydelse paa blodet». *Michael* 2025; 22: 349–361.

Steinar Hunskaar

steinar.hunskar@uib.no

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Postboks 7804

5020 Bergen

Steinar Hunskaar er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han er professor emeritus i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forskar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Research AS.

Program for forskning og fagutvikling i distriktsmedisin ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin har gitt prosjekt- og trykkestønad til denne artikkelen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966

Michael 2025; 22: 379–391

doi: 10.56175/michael.12763

Allmennlege Bent Guttorm Bentsen (1926–2008) var en pioner i norsk allmennmedisinsk forskning. I perioden 1961–1966 publiserte han 14 forskningsartikler om sykелighet og allmennlegepraksis. Artiklene utgjorde en doktoravhandling til bedømmelse for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo i 1966, men avhandlingen ble refusert. Dette har i ettertid blitt oppfattet som en generell nedvurdering av allmennmedisinsk forskning. Vår hensikt er å beskrive avhandlingen, vurderingene og refusjonen, og gjennomgå saken både med datidens og nåtidens briller.

Vi har innhentet alle artiklene fra Nasjonalbiblioteket, og fra Riksarkivet fikk vi avhandlingen og bedømmelsen med tilhørende korrespondanse.

Artiklene har gjennomgående god kvalitet og burde åpenbart kunne danne grunnlag for en doktorgrad. Bentsen leverte imidlertid en ufullstendig avhandling, idet den bare bestod av 14 særtrykk i et papiromslag. Han hadde ikke gjort noe forsøk på å skrive sammen avhandlingen til et hele, noe som var et krav, ifølge doktorgradsreglementet.

Selv om den vitenskapelige kvaliteten i de enkelte artiklene var god nok, var refusjonen riktig. Bentsens veileder og det medisinske fakultet må ta sin del av ansvaret for at ikke de formelle manglene ble fanget opp og korrigert før avhandlingen ble sendt til bedømmelseskomiteen. Det er neppe riktig å karakterisere refusjonen som et generelt angrep på allmennmedisinsk forskning.

Bent Guttorm Bentsen (figur 1) ble utdannet lege fra Universitetet i Oslo i 1951, og etter ett års sykehustjeneste ble han kommunelege i Nes med praksis i Vormsund fra 1953 (tabell 1). Etter et par år kastet han seg ut i et større allmennmedisinsk forskningsprosjekt, som hadde som mål å beskrive all legepraksis innenfor et geografisk avgrenset område i perioden 1952–1955. Han ville kartlegge både sykелigheten som var kjent for legene, og



Figur 1. Bent Guttorm Bentsen.

Tabell 1. Bent Guttorm Bentsen. Hovedpunktene i hans profesjonelle liv

Født i Aker 25. juni 1926, døde i Oslo 10. august 2008, 82 år gammel
 Eksamen artium 1945
 Medisinsk embetseksamen ved UiO 1951
 Underordnet lege ved sykehus i Florø og Brevik 1952–53
 Kommunelege Nes, Akershus 1953–75
 Vitenskapelig assistent Institutt for sosialmedisin UiO 1957–60
 Forskningsstipendiat NAVF 1964–66
 Forskningsstipendiat og universitetslærer ved Institutt for allmennmedisin UiO 1968–75
 Professor Institutt for samfunnsmedisin Trondheim 1975–93
 Visiting professor University of Western Ontario 1973–74
 Visiting professor University of Miami 1982
 Diverse verv i legeforeningen, bl.a. leder for APLF 1966–68
 Diverse verv i WONCA 1976–89, sentral i utvikling av diagnosesystemet ICPC
 Artikkelserie: «Legepraksis og sykkelighet» 1961–66
 Bok: «Illness and General Practice» 1970
 Norsk redaktør Scandinavian Journal of Primary Health Care 1981–87

sykdommenes konsekvenser for befolkningen. Prosjektet var altså ikke en ren praksisregistrering, men en befolkningsundersøkelse fra nordre del av Nes kommune i Akershus. En grundig metodebeskrivelse ble gitt i artikkelen «Legepraksis og sykkelighet» (1).

Undersøkelsen resulterte i 14 originalartikler som Bentsen publiserte i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i perioden 1961–1966. Disse artiklene utgjorde doktoravhandlingen hans, som han leverte og fikk refusert i 1966. Refusjonen var et tungt slag for Bentsen, og den preget ham resten av livet, selv om han fikk faglig «oppreisning» gjennom å bli professor og en ledende allmennmedisinsk skikkelse internasjonalt gjennom sitt klassifikasjonsarbeid. Men refusjonen er også omtalt som smertefull for akademisk allmennmedisin generelt, da bedømmelsen inneholdt vurderinger som underkjente betydningen og verdien av det vi i dag vil kalle sentrale allmennmedisinske forskningsfelt. Praksisbeskrivelser, symptomer og allmennmedisinske diag-

noser ble beskrevet som prinsipielt uvitenskapelige, og sykebesøk eller henvisninger ble betraktet som fenomener uten vitenskapelig interesse (2, 3).

Det er snart 60 år siden bedømmelsen. Det overleverte narrative i det akademiske miljøet er at Bentsen uten tvil ville ha fått avhandlingen sin godkjent i dag (2). Vi har derfor hatt motivasjon for å beskrive avhandlingen, vurderingene og refusjonen i en originalartikkel og gjennomgå saken både med datidens og nåtidens briller.

Datamateriale og metode

Vi har innhentet de 14 forskningsartiklene som inngår i avhandlingen fra Nasjonalbiblioteket. Fra Riksarkivet har vi fått alle dokumenter om selve avhandlingen, herunder bedømmelsen med tilhørende korrespondanse (4). Vi har også hatt tilgang til noen brev fra Bentsens privatarkiv, som familien har overlevert til kolleger ved de allmennmedisinske instituttene.

Materiale og metode for Bentsens prosjekt

I 1950-årene var norsk allmennmedisin i krise. Myndighetene prioriterte utbygging av sykehusvesenet, og neglisjerte langt på vei allmennmedisin (5). Det fantes lite eller ingen kunnskap om allmennmedisin som fag. Dette var bakteppet for Bentsens banebrytende prosjekt.

Bentsens utgangspunkt var innovativt. For å avgrense populasjonen brukte han en folketelling fra 1956. Han inkluderte alle fastboende som var bosatt i nordre del av Nes kommune i Akershus i perioden 1952–1955, samt de som døde eller ble født i den fastboende befolkningen i samme tidsrom. Han inkluderte også personer som oppholdt seg utenfor området, dersom de egentlig tilhørte dette, for eksempel pasienter i sinnssykehus eller tuberkuloseanstalt, utsatte sinnssyke og gamle i aldershjem. Han måtte utelate en mindre gruppe på ca. fem prosent som flyttet til eller fra kommunen i undersøkelsesperioden. Det var ikke mulig å fremskaffe fullstendige opplysninger om denne gruppen.

Til sammen ble 5 807 personer inkludert. Bentsen beskrev denne populasjonen grundig, fordelt på kjønn, aldersgrupper, sivilstand, beskjeftigelse, yrke og inntekt. Aldersmessig var populasjonen representativ for nasjonale tall, men med et relativt mannsoverskudd. Yrkesfordelingen var preget av jord- og skogbruk. Inntektsmessig lå populasjonen noe over gjennomsnittet av landkommuner, men lavere enn byene.

Ved registrering av diagnoser benyttet han WHO's diagnoseliste. Diagnoser stilt per telefon, brev, bud og lignende ble ikke registrert, det var et krav at diagnoser skulle være stilt i personlig møte mellom pasient og lege. Usikre opplysninger ble kontrollert ved innhenting av tilleggsopplysninger

fra kolleger, sykehus og andre institusjoner. I noen tilfeller ble også pasienten undersøkt på nytt av Bentsen, spesialist eller i sykehus. For noen av diagnosene ble det også kartlagt i hvilken grad den aktuelle sykdommen hadde medført invaliditet.

Bentsen hadde permisjon i to perioder for å arbeide med dette omfattende materialet, gjøre analyser og skrive artikler. Han var vitenskapelig assistent ved Institutt for sosialmedisin ved Universitetet i Oslo fra desember 1957 til september 1960. I denne perioden tok han også grunnfag i statistikk. Endelig hadde han NAVF-stipend fra august 1964 til mars 1966.

Artiklene i avhandlingen

Prosjektresultatene ble publisert som originalartikler i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i perioden 1961–1966, med ulike tema og problemstillinger. Disse artiklene utgjorde deretter doktoravhandlingen, men rekkefølgen i avhandlingen var ulik kronologien i *Tidsskriftet*.

De to første artiklene som Bentsen publiserte i 1961, handlet om invaliditet og økonomi (6, 7). I en artikkel om sykkelighet var målet å registrere hvor mange personer som var registrert med en diagnose, og hvor mange diagnoser de enkelte personene hadde fått (8). Opprinnelig registrerte han over 1 000 ulike diagnoser, men disse ble konsentrert, etter samarbeid med spesialister, til 556 kodenumre etter WHO's diagnoseliste, 699 forskjellige diagnoser. I en kort artikkel beregnet han også mortalitet, dødsårsaker og letalitet av noen utvalgte sykdommer (9).

Han kartla også noen viktige sykdomsgrupper i egne artikler. Dette dreide seg om obstruktiv lungesykdom (10), revmatiske sykdommer (11), nevrologiske sykdommer (12), hjertesykdommer og hypertensjon (13) og psykiatri (14). Disse artiklene er gjennomgående grundige, med bruk av anerkjente diagnostiske kriterier og nidskjær kontroll av tvilstilfeller. Funnene ble diskutert i forhold til andre studier, hovedsakelig fra utlandet. Her demonstrerte han imponerende oversikt over litteraturen.

Han analyserte også befolkningens legesøkning i en egen artikkel (15). I en annen artikkel om arbeidsmetoder beskrev han bruk av laboratorium, røntgen, injeksjoner og operative inngrep (16). Han analyserte også henvisninger til spesialist/poliklinikk og innleggelser i sykehus i en egen artikkel (17).

Avslutningsvis inkluderte Bentsen en artikkel hvor han diskuterte utfordringer med forskning i allmennpraksis (18). Han påpekte at eksperimentell forskning oftest er styrt av en monokausal synsmåte, én sykdom – én årsak, mens realiteten er at de fleste sykdommer er multikausale, både i omgivelsene og hos verten. Derfor er det viktig at man ser observerende og ekspe-

rimentell forskning i sammenheng. Bare i allmennpraksis er det mulig å studere tidlige og uklare sykdomsbilder. Han påpekte behovet for klare diagnosekriterier, og fant en del mangler ved WHO's sykdomsklassifikasjon som han hadde brukt. Videre diskuterte han fordeler og ulemper ved prospektiv og retrospektiv forskning.

I denne artikkelen omtalte Bentsen mange av utfordringene ved allmennmedisinsk forskning, men slo også fast at allmennmedisinske forskningsprosjekter faktisk er forskning. Avslutningsvis skrev han:

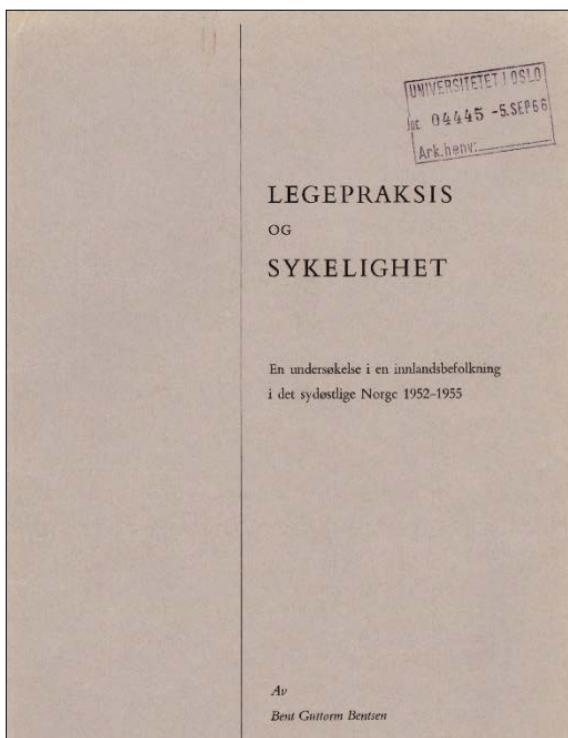
Lite har vært nevnt om de vanskeligheter praktiserende leger i dag står overfor hvis de vil forsøke seg på forskning: Isolasjon, begrensede muligheter for økonomisk hjelp, vanskelig adgang til litteratur, beskjeden oppmuntring fra universitetshold – og ikke minst mangel på tid og overskudd. Forskning i almen praksis kan være forskning. Det er også gjørlig å gjennomføre dette. Likevel – i dag bør våre universiteter og myndigheter se sitt ansvar for å gi de praktiserende leger midler og muligheter.

Innlevering av doktoravhandlingen og oppnevning av bedømmelseskomité

Bentsen leverte sin avhandling til Universitetet i Oslo i april 1966. Avhandlingen bestod av særtrykk av de 14 artiklene han hadde publisert i *Tidskriftet*. Særtrykkene var samlet i et papiromslag med en enkel forside (figur 2).

Han gjorde oppmerksom på at han hadde gjort noen små rettelser av trykkfeil og lignende, og han ville derfor sørge for ettersending av nye særtrykk. Dessuten ville han ettersende innholdsfortegnelse og forord. Dette hastverket var begrunnet i tidsfrister som var satt i reglement for doktorgradsprøven (de eldste artiklene var fem år gamle).

Figur 2. Tittelsiden på doktoravhandlingen som Bentsen leverte i 1966.



Bentsen hadde ikke gjort noe forsøk på å «skrive sammen» avhandlingen. Slike sammendrag var et krav ifølge doktorgradsreglementet som var gjeldende på dette tidspunkt (19). Dersom avhandlingen besto av enkeltarbeider, skulle disse ledsages av et trykt eller stensilert sammendrag som omtalte problemstillingen og viste sammenhengen mellom arbeidene og mellom resultatene. Dette var en mangel som veileder og/eller fakultetet burde ha fanget opp før avhandlingen ble innlevert og sendt videre til bedømmelseskomiteen.

Veileder for Bentsen var Axel Strøm (1901–1985), professor i hygiene og sosialmedisin. I forbindelse med at Bentsen leverte inn sin doktoravhandling til bedømmelse, skrev Strøm til fakultetet:

Da avhandlingen skiller seg nokså meget fra de vanlige, er det ønskelig at den blir bedømt av fakultetsmedlemmer med erfaring i doktorgradsarbeider. Av komitémedlemmer bør en være sosialmedisinere og to klinikere. Da Bentsen har vært vitenskapelig assistent ved mitt institutt, ønsker jeg ikke selv å være medlem av bedømmelseskomiteen og vil i stedet foreslå professor Poul Bonnevie, København. Som øvrige medlemmer foreslås professor Ørnulf Ødegaard og professor Einar Blegen. De har alle erklært seg villig til å gå inn i komiteen.

Poul Bonnevie (1907–1990) var professor i hygiene og sosialmedisin ved Københavns Universitet. Hans doktoravhandling fra 1939 hadde tittelen *Aetiologie und Pathogenese der Ekzemkrankheiten*. Ørnulf Ødegård (1901–1986) var en velkjent psykiater som i sin egen doktoravhandling fra 1932 (*Emigration and insanity*) hadde analysert samspillet mellom arv og miljø for utvikling av psykoser. Einar Blegen (1902–1988) var professor i nefrologi, med doktoravhandling fra 1940 (*Vanndiuresen*).

Bedømmelsen

Bedømmelseskomiteen fikk tilsendt Bentsens avhandling 15. juni 1966. Poul Bonnevie avga sin innstilling 22. august, Ørnulf Ødegaard 29. august og Einar Blegen 3. september. Først den 1. september leverte Bentsen de korrigerte særtrykkene. Disse ble videresendt til de tre komitémedlemmene, men dette påvirket ikke deres vurderinger av avhandlingen.

Poul Bonnevie

Bonnevie var den i komiteen som hadde best forutsetninger for å bedømme Bentsens arbeid. Som professor i hygiene og sosialmedisin hadde han bedømt lignende arbeider i Danmark. Store deler av bedømmelsen på fem sider var imidlertid en oppramsing av tallresultater han fant i avhandlingen, og som han mente bygde på sviktende grunnlag.

Han påpekte manglende sammendrag og at arbeidet ikke kunne betraktes som et sammenhengende hele. Han fant ikke register, felles litteraturliste

eller innholdsfortegnelse. Han påpekte derfor at avhandlingen ikke tilfredstilte de formelle krav i doktorgradsreglementet § 2.2, som krevdes når avhandlingen besto av artikler og ikke var en samlet monografi. Han kritiserte mange gjentakelser i artiklene og at alle diagnosene var tvunget inn under WHO-nomenklaturen, selv om kanskje en tredel heller burde karakteriseres som «klagesyndromer».

Bonnevie berømmet riktignok den iherdige innsatsen Bentsen hadde gjort for å supplere det retrospektive materialet, men mente likevel at dette ikke var godt nok. Han syntes ikke Bentsen demonstrerte vitenskapelig modenhet, selvstendighet og skaperevne, og han kunne derfor ikke godkjenne avhandlingen.

Ørnulv Ødegård

Ødegård mente man burde kunne betrakte de 14 artiklene som et hele, da alle tok utgangspunkt i samme materiale. Men også han påpekte spesifikt at avhandlingen manglet sammendrag, som var et krav etter reglementets § 2.2. I likhet med Bonnevie trakk også Ødegaard fram de mange gjentakelsene fra artikkel til artikkel, og mente det hadde vært bedre om avhandlingen var blitt skrevet som en monografi. Problemstillingene var så mange at de umulig kunne være behandlet med nødvendig grundighet, for eksempel den detaljerte inndelingen i diagnosegrupper.

Ødegaard problematiserte også at det dreide seg om et retrospektivt materiale, men anerkjente at Bentsen gjennom iherdig innsats trolig hadde fått en temmelig komplett registrering av den sykелighet som medførte legesøkning. Han var likevel opptatt av at Bentsen så bort fra innvandrere og utvandrere i befolkningen, og at han dermed gikk «utenom et av de vanskeligste problemer i epidemiologisk forskning».

Med hensyn til psykiske lidelser, som var Ødegaards spesialfelt, fant han at Bentsen viste god forståelse, at resultatene hans var av betydelig interesse, og at de samsvarte bra med hva andre forskere hadde funnet med varierende metodikk og materiale.

Ødegaard beklaget at han ikke kunne godkjenne avhandlingen på grunn av «materialets begrensede bærekraft», men han anerkjente Bentsens store innsats, og påpekte at det var viktig med slike undersøkelser som utfylte et totalbilde som spesialundersøkelser manglet.

Einar Blegen

Blegen påpekte at avhandlingen bar preg av at den neppe hadde vært planlagt samlet som et hele. Det var mange gjentakelser, og den endelige avhandlingen hadde formelle mangler. Hovedinnvendingen var at avhandlingen

var retrospektiv og basert på journaler som åpenbart måtte være mangelfulle. Han mente et slikt materiale var lite egnet for vitenskap i det hele tatt, og eventuelt bare etter nøye beskrivelse på forhånd – med andre ord bare som prospektiv undersøkelse, og da igjen bare for begrensede problemstillinger. Blegen mente at selv om Bentsen sikkert var klar over mange metodiske svakheter, og delvis hadde adressert dette kort i en av artiklene, var det ingen dypere kritikk eller diskusjon av svakhetene.

Han kunne ikke forstå hvordan Bentsen kunne operere med forekomst av sykdom i en befolkning uten systematisk å gjennomføre undersøkelser av alle innbyggerne. Det var heller ikke anført hvor grundige undersøkelser var, for eksempel hvor mange målinger som lå til grunn for å stille diagnosen hypertensjon. Å lage journalnotater gode nok for vitenskap i allmennpraksis anså Blegen som «uoverkommelig».

Mot slutten av bedømmelsen kom Blegen med noen betraktninger som rammer allmennmedisinsk forskning og helsetjenesteforskning videre enn bare Bentsens prosjekt:

Det kunne påvises mange ting som har kostet arbeide og som kan ha sin interesse, men som ikke har noen plass i en doktoravhandling. Noen eksempler er: Forholdet mellom konsultasjoner på kontor og sykebesøk innen noen diagnosegrupper. Inntekt og legekontakt. Antall pasienter som skifter lege. Antallet sykdommer som forårsaket undersøkelser ved røntgenavdeling eller spesiallaboratorier. Antall operative inngrep hos legen, skyllinger, injeksjoner etc. Tidsrom for sykehusopphold ved forskjellige sykdommer. Spesialisthenvisninger.

Blegen mente altså at helsetjenesteforskning eller mange andre forhold som senere har vært sentrale allmennmedisinske forskningsfelt, ikke har noen plass i en doktoravhandling. Blegen konkluderte med at avhandlingen ikke holdt mål rent vitenskapelig, da den store undersøkelsen etter hans vurdering ikke var egnet som grunnlag for en doktorgrad.

Metodisk var det ikke noe nytt, selv om han anerkjente at det likevel dreide seg om et imponerende pionerarbeid.

Fakultetets vedtak

Fakultetsstyret hadde møte 4. oktober 1966, og sluttet seg da til bedømmelseskomiteens innstilling. Den 14. oktober skrev dekanus Alf Brodal (1910–1988) i et eget brev til Bentsen at fakultetsstyret uansett anerkjente det store arbeidet han hadde lagt ned, og at de beklaget at det ikke var mulig å honorere denne innsatsen med en doktorgrad.

Etterspillet

Avslaget var nok et stort sjokk for Bentsen. Han hadde arbeidet intenst med dette prosjektet i mange år, og må ha opplevd den negative mottakelsen som et slag i ansiktet.

I et svarbrev til Brodal 29. oktober 1966 tok han avgjørelsen «til underretning», men var samtidig redd for at avgjørelsen kunne få generelle skadevirkninger for framtidig forskning i allmennpraksis. Han takket likevel for positiv kritikk i uttalelsene fra Blegen og Ødegaard.

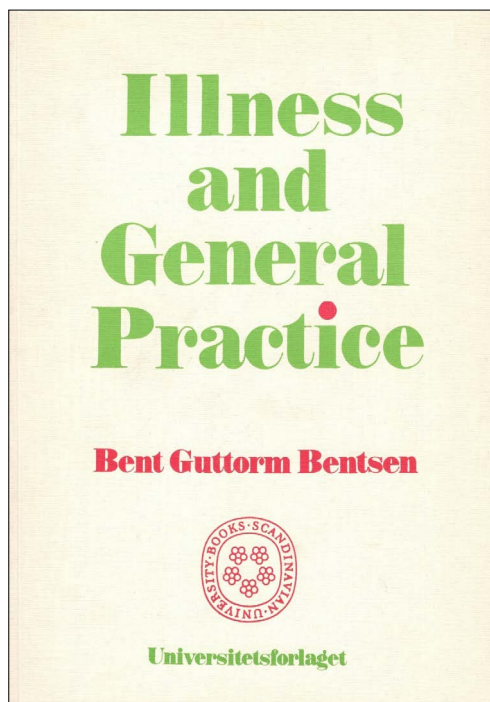
Men han hadde lite godt å si om Bonnevis bedømmelse. Den 29. oktober 1966 skrev han direkte til Bonnevie og påpekte den gjennomført negative tonen i bedømmelsen og hvordan den stod i kontrast til de to andre komitemedlemmene. Han trakk også fram at Bonnevie tidligere hadde bedømt lignende danske arbeider på en helt annen måte:

Hva er det ved min undersøkelse som gjør den så mye mindre «vitenskapelig» og verdifull enn f.eks. Dahlrups? Bedømmelseskomiteens avgjørelse og de konsekvenser den får for meg personlig, kan i denne forbindelse være likegyldig. Men De er sikkert klar over de alvorlige konsekvenser den kan få for norsk helsetjeneste, for almen praksis i sin alminnelighet, for den akademiske basis, – og for norsk forskning i og om almen praksis i særdeleshet.

De følgende årene omarbeidet Bentsen avhandlingen til en monografi, og oversatte den til engelsk under tittelen «*Illness and General Practice*». Boken, som ble publisert på Universitetsforlaget i 1970 (figur 3), fikk positiv mottakelse i *American Journal of Public Health* (20). I *British Journal of General Practice* skrev HJ Wright (21):

This is a major contribution to the literature of general practice. Pinsent, in his introduction to the book, refers to it as “a work of scholarship which will be read, referred to, and respected by colleagues throughout the world”. A fitting and worthy comment.

Figur 3. «*Illness and General Practice*» var en bearbeidet og oversatt versjon av doktoravhandlingen, utgitt i 1970.



Gjennom denne boken ble Bentsen internasjonalt kjent, noe som bidro til at han også fikk en karriere i WONCA, verdensorganisasjonen for allmennmedisin. Her arbeidet han med utvikling av diagnosesystemet ICPC (International Classification of Primary Care).

Akademisk underkjenning av allmennmedisin?

Historien om Bentsens refuserte doktoravhandling har vært mye omtalt i allmennmedisinens akademiske kretser, men lite beskrevet i skriftlige kilder. Saken ble diskutert på et aktørseminar om allmennmedisin som akademisk fag i 2008 like etter Bentsens død, og også i et minneord (2, 3). I ettertid synes det å være enighet om at det ble gjort urett mot Bentsen.

Våre vurderinger

Det store arbeidet og datamaterialet burde kunne kvalifisere til en doktorgrad, også i dag. Snarere vil man kunne vurdere materialet som for stort for én avhandling alene, og at Bentsen ikke gjorde det lett for seg ved å publisere hele 14 artikler, med til dels avgrensede problemstillinger, slik at introduksjonselementer, metode og mye av diskusjonen måtte gjentas mange ganger. I dag ville det kritiske begrepet «salamipublisering» kunne anvendes på Bentsens artikler (22).

Det er også en gyldig innvending at materialet var retrospektivt. Men Bentsen gjorde usedvanlig store anstrengelser for å kompensere for denne svakheten ved innhenting av supplerende data fra mange alternative kilder. Han var klar over problemet, og diskuterte det adekvat. Det vitenskapelige nivået viste seg også i en imponerende oversikt over relevant litteratur og i bruk av internasjonale standarder der hvor slike eksisterte. Analysene, presentasjonen og diskusjonen i den enkelte artikkel har en tilfredsstillende doktorgradskvalitet, også med nåtidens briller.

To av bedømmerne påpekte den formelle feil og svakhet ved at avhandlingen ikke inneholder et sammendrag, som var et krav etter reglementet. Bentsen var tydeligvis i tidsnød, og leverte en avhandling med formelle feil. I dag er veilederforholdene tettere, og formelle krav vektlagt i mange sammenhenger for doktorgradskandidatene. Veileder Axel Strøm må uansett ta sin del av ansvaret for at avhandlingen ble underkjent. Men vi vet ikke hvor tett dette konkrete veilederforholdet var, og om slike formelle forhold ble tatt opp. Det hadde ikke vært vanskelig å lage en innledende sammenfatning av arbeidene, gjerne basert på tidsskriftartikkelen om forskning i allmennpraksis (18). Dersom avhandlingen hadde blitt innlevert slik i dag, er det ganske sannsynlig at den hadde blitt underkjent, men at fakultetet

ville anbefalt en større omarbeiding og innlevering av ny versjon, med en tilfredsstillende innledning (kappe).

Når det gjelder spørsmålet om bedømmelsen kan tas til inntekt for en generell skepsis til eller motstand mot allmennmedisinsk forskning i fakultetet eller i «vitenskapelige kretser», er vi i tvil. Verken Bonnevie eller Ødegård gikk til noe generelt angrep på forskningsprosjektet som sådan, og begrunnet sine avslag med argumenter knyttet til Bentsen avhandling per se. Det var derimot mer tradisjonell skepsis mot nye forskningsfelt og tilnærminger i Blegens kritikk, og den var også mye mer spesifikt rettet mot vitenskapeligheten i helsetjenesteforskning og allmennpraksis. Blegens betraktninger var selvsagt uttrykk for hans personlige meninger, men kan nok ha hatt støtte i deler av fakultetet. Det er derfor interessant at Bentsen ikke kritiserte Blegen for dette, mens Bonnevie får gjennomgå.

Mange senere allmennmedisinske doktoravhandlinger har vært praksisregistreringer (23). Olav Rutles viktige registrering av mange forhold i norsk allmennpraksis har mange likhetspunktet med Bentsens (24). I artikkelen om forskning i allmennpraksis gjorde Bentsen rede for mange av de forhold som Blegen er skeptisk til (18), uten at Blegen kommenterte det eller argumenterte imot. Artikkelen oppsummerte rammene, premissene og problemstillingene som er relevante for allmennmedisinsk forskning. I en senere artikkel med samme tittel ga Bentsen en mer detaljert beskrivelse av «motvinden», de «to kulturene», arenaene, metodene og mulighetene for allmennmedisinsk forskning (25). Vår konklusjon er at Bentsen nok opplevde motvinden og kulturarrogansen, som har vedvart i noen kretser helt til i dag, men at det neppe er grunnlag for å kalle bedømmelsen et fundamentalt angrep på allmennmedisinsk forskning eller akademisering per se.

Selv om Bentsens avhandling ble underkjent, er det ingen tvil om at den utgjør en milepæl i utviklingen av akademisk allmennmedisin i Norge. Bent Guttorm Bentsen var kanskje forut for sin tid, men høstet etter hvert bred internasjonal anerkjennelse for sitt arbeid.

Litteratur

1. Bentsen BG. Legepraksis og sykelighet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1086–1094.
2. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al. Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
3. Westin S. Minneord over Bent Guttorm Bentsen – og betraktninger over en refusert doktoravhandling. *Årbok for Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab* 2008: 193–198.
4. Riksarkivet. *Arkiv RA-S-2536* – Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, arkivdel 1, serie Dc – Doktoravhandlinger, eske nr. 22.

5. Bentsen BG, Koksvik T. De harde 1950- og 1960-årene. I: Fugelli P, Johansen K, red. *Langsomt blir faget vårt eget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
6. Bentsen BG. Vurdering av invaliditet i en befolkning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1961; 81: 295–302.
7. Bentsen BG. Sykdom og økonomi. Økonomiske tilskudd ved sykdom i et landdistrikt 1952–1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1961; 81: 473–478.
8. Bentsen BG. Sykelighet i en landbefolkning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966; 86: 245–254.
9. Bentsen BG. Dødeligheten i en landbefolkning 1952–1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966; 86: 255–256.
10. Bentsen BG. Forekomst og invaliditet ved astma – bronkitt – emfysem i en landbefolkning på Østlandet pr. 31. desember 1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1962; 82: 1027–1031.
11. Bentsen BG. De reumatiske sykdommer. Deres forekomst og invalidiserende effekt. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1704–1712.
12. Bentsen BG. Sykdommer i nervesystemet. Forekomst og invaliditet pr. 31/12 1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1857–1863.
13. Bentsen BG. Hjertesykdommer og hypertensjon. Forekomst og invaliditet i en innlandsbefolkning i det sydligste Norge pr. 31. desember 1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1538–1545.
14. Bentsen BG. Psykiatri i almen praksis. Sykelighet og legekontakt hos personer med psykiske lidelser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966; 86: 91–99.
15. Bentsen BG. Pasient–lege-kontakt. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1169–1179.
16. Bentsen BG. Arbeidet i almen praksis. Hyppigheten av laboratorie- og røntgenundersøkelser, operative inngrep og injeksjoner. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1403–1408.
17. Bentsen BG. Den almenpraktiserende legen, spesialisten og sykehuset. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965; 85: 1234–1242.
18. Bentsen BG. Forskning i almen praksis. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966; 86: 314–321.
19. *Den norske doktorgrad*: innstilling avgitt 14. oktober 1967 av Komitéen til drøftelse av den norske doktorgradsordning, oppnevnt i henhold til vedtak 10. mai 1966 av det XIV møte av norske universitets- og høyskolerektorer. Oslo, 1967.
20. Wolfe S. Illness and General Practice: A Survey of Medical Care in an Inland Population in Southeast Norway. *American Journal of Public Health* 1971; 61: 1917–1918.
21. Wright HJ. Illness and general practice. *British Journal of General Practice* 1974; 24: 498–499.
22. Bjørheim J, Frich JC, Gjersvik P et al. Tidsskriftet, ekstern fagvurdering og medisinsk publisering. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2006; 126: 20–23.

23. Hunsår S. Dei første allmennmedisinske doktorgradane. *Michael* 2025; 22: 322–342.
24. Rutle O. *Allmennpraksis – tema med variasjonar*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo, 1986.
25. Bentsen BG. Forskning i allmennpraksis. Den store utfordringen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1988; 108: 2586–2590.

Hogne Sandvik
Hogne.Sandvik@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 7804
5020 Bergen

Hogne Sandvik er dr. med. og spesialist i allmennmedisin. Han er tidligere fastlege og forsker ved NORCE, nå gjesteforsker i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen

Steinar Hunsår
steinar.hunskar@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 7804
5020 Bergen

Steinar Hunsår er dr. med. og spesialist i allmennmedisin. Han er professor emeritus i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Research AS.

Artikkelen er fagfellevurdert

Herman R. Folmer: Nederlandsk distriktslege i Tysfjord (1964–1966) med «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling i Utrecht (1968)

Michael 2025; 22: 392–427

doi: 10.56175/michael.12764

Den nederlandske legen Herman Reinders Folmer (f. 1933) var distriktslege i Tysfjord i Nordland i 1964–1966. Han disputerte i 1968 ved Universitetet i Utrecht på ei avhandling om helsetilhøva i Tysfjord. Dette var lenge før den første disputasen ved eit norsk allmennmedisinsk universitetsinstitutt, og avhandlinga til Folmer er difor ein viktig del av den allmennmedisinske akademiske historia i Norge. Artikkelen omtalar avhandlinga, disputasen og distriktslegelivet i Tysfjord, og også Folmers vidare karriere.

Artikkelen baserer seg på avhandlinga, andre publikasjonar om og av Folmer, relevante offentlege dokument og medisinalmeldingane for Tysfjord i den aktuelle perioden, og ikkje minst personleg møte med Folmer og eit rikhaldig privat kjeldemateriale i form av dokument og foto.

Folmer gjennomførte ei omfattande praksisregistrering og ei spørjeundersøking som ga grunnlag for ei doktoravhandling med hovudtema «det medisinske isfjellet»; forholdet mellom opplevde symptom i befolkninga og kva som blir presentert som medisinske problemstillingar for helsetenesta. Folmer hadde seinare ei karriere innan internasjonal helse.

Historia til Folmer gir eit interessant og viktig bidrag til både norsk distriktslegeliv på 1960-talet, og dokumenterer ei allmennmedisinsk doktoravhandling som har vore lite kjent, frå ein periode der norsk akademisk allmennmedisin framleis var lite utvikla.

Utviklinga av akademisk allmennmedisin i Norge er først og fremst knytt til opprettinga og utviklinga av dei allmennmedisinske institutta, med Universitetet i Oslo først ut i 1968, som eit av dei første i verda (Evensen et al.

2009, Hunskaar 2022, Straand & de Wit 2024). Forsking på doktorgradsnivå var ein viktig del av strategien ved alle institutta, men det tok mange år før dei første disputasane fann stad (Hunskaar 2025). Bjørn Øgar (1932–2019) var den første i 1977 med avhandlinga «*Pasienter i norsk almenpraksis*» (Øgar 1977).

Fleire legar har tatt doktorgrad med utgangspunkt i norsk allmennpraksis før 1977 (Hunskaar 2025). Ein av dei er nederlandaren Herman Reinders Folmer (f. 1933), som var distriktslege i Tysfjord 1964–1966. Professor i allmennmedisin i Trondheim, Bent Guttorm Bentsen (1926–2008), publiserte i 1988 ein artikkel om norsk allmennmedisinsk forskning (Bentsen 1988). Der skreiv han:

Ni større arbeider har resultert i disputas. Det første i denne rekken, Herman Folmers undersøkelse fra Tysfjord, Huisarts en Ijsberg, ble godkjent som gradsarbeid i Utrecht i 1968. Dette arbeidet glemmes ofte.

Bentsen hadde med Folmer i litteraturlista i boka *Illness in general practice* (Bentsen 1970), som bygger på ei refusert doktoravhandling ved Universitetet i Oslo (UiO) (Evensen et al. 2009, Sandvik & Hunskaar 2025). Også Øgar refererte til Folmer, med kommentaren «dannet grunnlag for den første doktorgrad i almenpraksis i Norge, men med disputas i Nederland» (Øgar 1977, s. 18). Per Fugelli (1943–2017) har i boka om helsetilstanden på Værøy og Røst frå 1978 ei rekke tilvisingar til Folmer, utan at han omtaler det som ei doktoravhandling (Fugelli 1978). Det synes difor klart at det første tiåret etter doktordisputasen i Nederland var avhandlinga rimeleg godt kjent i det allmennmedisinske akademiske miljøet, sjølv om den seinare stort sett er gløymd. Denne artikkelen gir historia om Herman R. Folmer, hans virke som distriktslege i Tysfjord, og hans «norske» doktorgrad i Nederland.

Materiale og metode

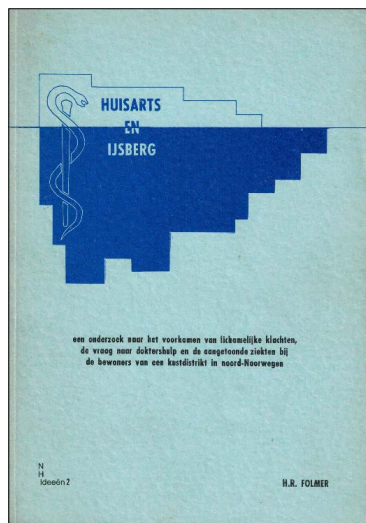
I arbeidet med denne artikkelen har eg søkt mange ulike kjelder. Folmer er ikkje nemnt i nokon av utgåvene av *Norges Leger*, og eg fann han ikkje i vanlege biografiske oppslagsverk, heller ikkje i Nederland. I *Nasjonalbiblioteket* har eg søkt i alle digitale kjelder, spesielt i lokale aviser. Bygdeboka *Tysfjord kommune* og alle årgangar av *Årbok for Tysfjord* er gjennomgått. *Arkivverket* har gitt tilgang til Folmer sine medisinalmeldingar. Artiklar, doktoravhandlingar og bokkapittel frå eige arkiv om norsk allmennmedisinsk forskning er gjennomgått, og det er søkt i *PubMed* etter relevant litteratur, spesielt om eldre allmennmedisinsk forskning og om «isfjell-effekten».

Ei sentral kjelde er Folmer si doktoravhandling. I ein artikkel i *Tidsskriftet* frå 1969 fortel lege Vidar Jensen (1927–1971) om eit nederlandsk doktorarbeid frå eit nordnorsk legedistrikt (Jensen 1969). Dette viser seg å vere avhandlinga til Folmer. Jensen fortel om doktoravhandlinga og om bakgrunnen for den. Jensen hadde på oppdrag frå Universitetet i Oslo og med stipend frå Den norske lægeforening vore på studiereise i fem europeiske land for å studere allmennmedisinen sin plass i undervisning og forskning, inkludert korleis eksisterande eller planlagde institutt for allmennmedisin var organisert innanfor medisinske fakultet i Europa. Ein reiserapport på 18 sider (!) som vart publisert i *Tidsskriftet*, inkluderte ein ganske omfattande omtale av instituttet i Utrecht (Jensen 1968).

I 2023 fann eg avhandlinga i eit antikvariatet i den Haag (figur 1). Den inneheldt ein kort biografi, med fødselsdato og opplysning om at Folmer arbeidde som vitskapleg medarbeidar ved Institutt for allmennmedisin i Utrecht ved innlevering av avhandlinga. Vinteren 2024 fann ein nederlandsk forskarkollega slektningar til dr. Folmer. Eg fekk kontakt med dottera, Katinka Folmer, som er barnelege. Gjennom henne fekk eg vite at Herman Folmer var i live, og at han ønskte kontakt for å svare på dei spørsmåla eg hadde om doktorgraden hans og opphaldet i Norge.

Eg besøkte Herman Folmer, kona Elzeke og dottera Katinka i juni 2024 (figur 2). Folmer let meg få innsyn i og kopi av mange dokument, bilete og anna materiale i høve hans virke som distriktslege i Norge, arbeidet med doktorgraden, disputasen samt hans seinare karriere. Doktoravhandlinga og anna materiale på nederlandsk har eg omsett ved hjelp av kunstig intelligens (Copilot i Edge) og deretter gjort språklege endringar. Gjennom

e-postar har Folmer svara utfyllande på mange spørsmål, og kontakten har ikkje berre gitt historia om doktorgraden, men også viktig innsyn i ein distriktslege sin kvardag i Tysfjord på 1960-talet. Dessutan har eg fått innsyn i ei personleg og forvitneleg forteljing om ein nederlandsk lege si interesse for Norge, hans erfaringar, refleksjonar og også vidare karriere (tabell 1).



Figur 1. Omslaget til Herman R. Folmer si doktoravhandling Huisarts en Ijsberg (Allmennlegen og isfjellet) frå Universitetet i Utrecht i 1968.



Figur 2. Herman R. Folmer. Til venstre foto frå 1964, til høgre saman med artikkelforfattaren i juni 2024. Foto: privat

Herman Folmers liv og karriere

Herman Reinders Folmer vart fødd i Sliedrecht, Nederland, 2. november 1933. Han tok medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Amsterdam i 1963. Han var arveleg belasta, både faren (allmennlege) og bestefaren (gynekolog) var legar, den siste hadde også doktorgrad.

I 1963 gifta han seg med Elzeke, som er sosiolog. Ho har hatt eit langt yrkesliv som høgskulelektor ved ei spesialutdanning innan psykiatrisk sjukepleie. Dei er begge sterkt musikalsk interesserte, og spelar instrument på høgt nivå. Herman spelar klarinett, medan Elzeke er ein habil fløytespelar. Også dei fire borna trakterer ulike instrument.

Herman hadde også andre interesser. Han dreiv som aktiv seglflygar under studietida. Han har heile livet vore ein aktiv fotograf, og har hatt eige framkallarutstyr. Han var aktiv modellbygger, både av fly og andre gjenstandar, og han har drive med treskjerjing og bilethogging. Han har også vore ein aktiv biletkunstnar gjennom teikning og akvarell- og oljemåling, men også som skulptør og treskjerar.

Herman Folmer hadde ingen planar om ei forskarkarriere da han var ferdig med legestudiet. Tvert imot såg han for seg ei løpebane innan internasjonal helse og tropemedisin. Gjennom det kjente Koninklijk Instituut voor de Tropen (Royal Tropical Institute) i Amsterdam fekk han råd om korleis han kunne kvalifisere seg for arbeid der seinare. Brei klinisk utdanning var viktig, gjerne gjennom allmennmedisin i ein rural samanheng, der ein måtte ta seg av det meste sjølv. Fleire års opphald i Afrika med klinisk teneste, helst utdanning og god erfaring med tropemedisin ville komme

Tabell 1: Herman Reinders Folmer. Hovedpunktene i hans profesjonelle liv

Fødd i Slidrecht, Nederland, 2. november 1933
Artium ved Gorinchem gymnas 1953
Medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Amsterdam 1963
Underordna lege ved Sentralsykehuset i Trondheim, Medisinsk avdeling, oktober–desember 1963. Underordna lege ved Sentralsykehuset i Trondheim, Kirurgisk avdeling, januar–mars 1964
Distriktslege i Tysfjord, 7. juli 1964 til 31. juli 1966
Vitskapleg assistent, Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Utrecht, 1966–1968
Doktoravhandling ph.d. (Doctor in de geneeskunde) ved Universitetet i Utrecht 12. november 1968: « <i>Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrikt in noord-Noorwegen.</i> » (Allmennlegen og isfjellet. Ei undersøking om førekomsten av kroppslege plager, legesøking og diagnosar blant innbyggjarane i eit kystdistrikt i Nord-Norge)
Lege, Ndala Hospital, Tabora, Tanzania, 1968–1971
Master of Public Health (MPH), Universitetet i Leiden, 1969
Lege, Department of Tropical Hygiene, Koninklijk Instituut voor de Tropen (Royal Tropical Institute, KIT), Amsterdam, 1971–1984
Overlege, Department of Health Care and Disease Control, Royal Tropical Institute (KIT), Amsterdam, 1984–1998
Rådgjevar for regjeringa i Vietnam; styrking av utdanninga ved dei medisinske fakulteta, 1993–1996, til saman 1 års opphald
Rådgjevar for WHO, internasjonale organisasjonar (NGOs), bistandsdirektoratet i Nederland og styresmakter i mange land, 1976–1998 (Benin, Botswana, Brasil, Egypt, Gabon, Haiti, India, Indonesia, Jamaica, Kenya, Kina, Kroatia, Myanmar, Nepal, Sierra Leone, Sri Lanka, Sudan, Sveits, Tanzania, Thailand, Uganda, USA, Vietnam, Zambia, Zimbabwe)
Kursleiar og undervisar i internasjonal helse i mange år frå 1977 ved universiteta i Uppsala, Heidelberg, Basel og Zagreb.

godt med. Og til sist, ei viss erfaring med forskning og ei interesse for helseopplysning og medisinsk undervisning. På bakgrunn av desse råda planla Herman Folmer si framtidige medisinske karriere. Gjennom norske studantar i Amsterdam hadde han fått kjennskap til at det var stor legemangel i Nord-Norge, spesielt i «aude» distrikt. Også kona var motivert for eventyr og spenning langt heimanfrå. Folmer skreiv difor til Helsedirektoratet i Oslo og spurte etter ledige jobbar i Nord-Norge.

Vegen mot Norge og Tysfjord

Ekteparet reiste til Oslo nærmast på måfå i 1963, og Folmer møtte der helsedirektør Karl Evang (1902–1981) som orienterte om ledige stillingar og søknadsprosessane. Evang tilrådde Folmer å starte som kandidatvikar i sjukehus, spesielt for å få erfaring innan kirurgi, før han eventuelt tok stilling som distriktslege. Folmer måtte også lære seg brukande norsk så snart som mogeleg. Seinare las han med stor interesse Evang si bok *Fred er å skape*, ei samling artiklar frå Evang si politiske og sosiale verksemd, frå helsestell til seksualhygiene og utanrikspolitikk (Evang 1964).

Folmer fekk jobb som kandidat ved Sentralsykehuset i Trondheim frå 1. oktober 1963, og flytta med ektefellen dit. Sosialdepartementet ved Fredrik Mellbye (1917–1999), seinare kjent stadsfysikus i Oslo, ga Folmer løyve til å «utøve legevirksomhet i Norge». Først var han ved dei kirurgiske avdelingane ut året, før han arbeidde ved medisinsk avdeling i tre månader. Deretter var han tilbake i kirurgien til 30. juni 1964. Hovudprosjektet utanom klinikken, var å lære norsk. Ekteparet var aktive deltakarar i sosialt og kulturelt liv, og heldt mellom anna ein konsert i Trondheim. Folmer fekk gode skussmål i attestane han trong for å kunne søke distriktslegestillingar. Det vart omtalt tilfredsstillande norskkunnskapar, gode medisinske kunnskapar, og ein lærevillig lege som fort fekk forståing for norske tilhøve og norsk helseteneste. Innan kirurgien hadde han fått utføre mindre kirurgiske inngrep og fått god erfaring med chirurgja minor, ein viktig kompetanse for ein kommande distriktslege, langt frå sjukehus.

Tysfjord: Eit passende legedistrikt?

Opprinneleg sende Folmer i 1963 ein «open» søknad til Helsedirektoratet om distriktslegestilling. Frå nyttår 1964 var Folmer igjen på utkikk etter eit ledig distrikt, og han søkte mellom anna på distriktslegestillinga i Tysfjord. Sosialdepartementet forlenga legeløyvet til også å gjelde eventuell distriktslegestilling i inntil eitt år, fram til juli 1965. Departementet forutsette også at Folmer «i samråd med Helsedirektoratet søker om å bli konstituert i et passende legedistrikt». Fredrik Mellbye skreiv så vidare:

«Det anses ønskelig at De ved selvstudium setter Dem inn i norsk sosialmedisin, rettspsykiatri, rettsmedisin og reseptlære. De bør i hvert fall lese: Axel Strøm: Veileder i praktisk sosialmedisin.»

Folmer får altså ei venleg oppfordring om å sette seg inn i dei «nasjonale faga», noko som seinare vart obligatoriske ordningar for legar utdanna i utlandet. Boka som vert oppgitt, var i 1962 komme i 6. utgåve, med Axel

Strøm (1901–1985) som sisteforfattar, så departementet var ikkje heilt oppdatert på korrekt referanse (Marthinsen et al. 1962).

Frå april 1964 handla det konkret om Tysfjord legedistrikt og praktiske tilhøve om ei mogeleg stilling der. Dåverande distriktslege Per Bjørn Thommesen (1919–2006) hadde vore i Tysfjord sidan 1954, men hadde fått ny stilling som stadslege i Stavanger. Departementet skreiv at dei hadde snakka med dr. Thommesen om diverse praktiske ting, blant anna om overtaking av inventar og medisinsk utstyr, samt om kommunen kunne møblere legebustaden. Kommunen var negativ til alt saman, men var villig til å gje Folmer eit rentefritt lån for å kjøpe møblar! Når det gjaldt utstyr, så forutsette departementet at Folmer sjølv hadde med seg ein del instrument. Folmer stadfesta søknaden, og i brev av 25. april 1964 vart han konstituert som distriktslege i Tysfjord frå primo juli 1964 og inntil vidare, likevel ikkje lenger enn eitt år. Ekteparet Folmer kunne dermed sette kursen mot Tysfjord og legebustaden, med legekontoret i kommunesenteret Kjøpsvik (figur 3).

Livet i Tysfjord

Ekteparet Folmer kom til Norge og Tysfjord for å skaffe seg erfaringar, men også av eventyrlyst. Dei kunne no godt norsk og tok aktivt del i Tysfjord-samfunnet. Distriktslegen var ein viktig person, det var helselagsarbeid og andre frivillige organisasjonar han støtta opp om og deltok i, og gjennom helserådsarbeid og andre offentlege gjeremål kom han i kontakt med skulen, kyrkja, politikken og næringslivet. Folmer fortel at sosialt var distriktslegeparet ein del av «overklassen» i både økonomisk, intellektuell og sosial forstand, med ein viss grad av samkvem mellom direktørparet på sementfabrikken, dei leiande ingeniørane, soknepresten, lensmannen og skulestyraren. Privat vart skyssbåtføraren ein god ven av distriktslegeparet, ikkje berre ein naudsynt og nyttig samarbeidspartnar, men også ei god informasjonskjelde om all slags nyttige opplysningar og liv og livnad i Tysfjord-samfunnet, inkludert om personar og helsetilhøve. Folmer var instruktør i klarinettspel i skulemusikken. Han var aktiv fotograf, framkalla sine egne bilete, men var også ivrig kunstnar i form av måleri, teikning og også litt bilethogging. Med barn i huset frå oktober 1964 vart det også eit kjekt familieliv.

Likevel opplevde paret Tysfjord som isolert, med eit svært avgrensa kulturliv. Paret kjøpte seg etter kvart bil, ein Saab 96, denne vart plassert på Drag, slik at det var ei god båtreise før ein kunne sette seg bak rattet. Men Folmer fortel om ei stor oppleving da dei køyrde til Hamarøy i eigen bil for å sjå James Bond-filmen *Dr. No* på den omreisande Norsk Bygdekino. Ei heil dagsreise! Tankane om eit avgrensa opphald i Tysfjord tok etter kvart



Figur 3. Kjøpsvik 1964. Foto: Herman R. Folmer

likevel form, ikkje minst ettersom planen for datainnsamling og seinare forskingsopphold med tanke på doktorgrad i Utrecht vart fødd.

Idéen om eit vitskapleg arbeid frå allmennpraksis i Norge var ikkje noko tema i høve reisa til Tysfjord. Men gjennom brev og samtalar med kollegaer i Nederland det første året i Norge vart Folmer oppmuntra til å nytte tida til å samle eit materiale for seinare forskingsaktivitet. Han hadde mellom anna kontakt med det allmennmedisinske instituttet i Utrecht (dr. W. Bouwer) og med Royal Tropical Institute i Amsterdam (professor Otto Kranendonk), der han fekk råd om korleis han skulle legge opp ei praksisregistrering, der lengde og omfang, men også det å vere fullstendig og pinleg nøyaktig, var viktige signal. I desse samtalanane kom også eit mogleg tema for ei doktoravhandling opp, der det *allmennmedisinske isfellfenomenet* var aktuelt og i forskingsfronten. Folmer hadde gjennom eigen praksis fått inntrykk av at berre ein liten del av symptoma blant folk vart funnen verdig å oppsøke legen for. Og det var slett ikkje slik at sjølv alvorlege symptom alltid førte til rask legesøking.

Innhaldet i avhandlinga og disputasen er omtalt seinare i artikkelen, men frå sommaren 1965 brukte Folmer mykje av tida si på datainnsamling. Journaldata var overført til registerark og -kort før dei vart sortert og samla i pappøskjer for seinare transport til Nederland. Materialet var for verdifullt til å sendast saman med møblar og flyttegods på ei lang ferd sørover. Forskingsmaterialet vart difor tatt med i bilen sørover, der det fylte bagasjerommet, men det kom trygt fram til Utrecht.

31. juli 1966 var flyttelasset pakka og sendt, og familien tok fatt på bilturen mot Nederland og ny stilling. Den neste distriktslegen var også frå

Nederland, etter tips og oppfordring frå Folmer, som kjente ekteparet Joost Meyboom og Betty Meyboom-de Jong. Dei hadde arbeidd i Nord-Norge eit par år, mellom anna ved Gravdal sjukehus. Joost Meyboom tok over som distriktslege i oktober 1966 og vart der til april 1969 (Storjord 2000). Betty vart seinare ein internasjonalt kjend professor i allmennmedisin ved universitetet i Groningen.

Allereie under datainnsamlinga hadde Folmer kontakt med universitetsmiljøet i Utrecht, det einaste eigentlege allmennmedisinske forskingsmiljøet i Nederland på den tida. Det var gjennom denne kontakten at Folmer fekk jobb som vitskapleg assistent ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Utrecht frå august 1966 til november 1968, med hovudføremålet å gjere ferdig doktoravhandlinga. Folmer måtte også delta i undervisninga av legestudentar og kursverksemd for allmennlegar, begge delar stal verdifull tid frå forskingsprosjektet. Men avhandlinga vart ferdig og godkjent, og disputasen vart halden 12. november 1968 (sjå seinare).

Karrieren etter disputasen: Internasjonal helse resten av yrkeslivet

Folmer hadde ei sterk interesse for internasjonal helse allereie i studietida, og den var ikkje blitt mindre under opphaldet i Tysfjord og under arbeidet med doktorgraden. På slutten av avhandlingsarbeidet i Utrecht var difor Folmer på utkikk etter arbeid i Afrika. Doktorgraden vart dermed slutten på klinikk og forskning innan allmennmedisin, og han starta på den neste og siste fasen i yrkeslivet; internasjonal helse i vid forstand.

Lege ved Ndala Hospital i Tanzania (1969–1971)

Den romersk-katolske kyrkja i Nederland hadde lenge støtta trusbasert helsearbeid i småbyen Ndala med eit par tusen innbyggjarar vest i Tanzania.

I 1965 vart det bygd nytt sjukehus med 115 senger. Det viste seg svært vanskeleg å skaffe legar og anna helsepersonell (Haverkamp et al. 2014), og inntil 1969 vart sjukehuset drive som eit helsesenter utan fast lege av nonneordenen Sisters of Charity of St. Charles Borromeo. Til slutt lukkast det nonnene å finne Folmer, og han vart den første og einaste legen ved sjukehuset. Folmer reiste nedover med familien i desember 1968, like etter disputasen, og var lege ved sjukehuset i nesten tre år, frå 1. januar 1969 til 15. september 1971. Arbeidet vart deretter vidareført av andre utanlandske legar fram til 2007, då arbeidet for første gang vart overtatt av lokale legar (Ndala hospital 2023).

Ved 50-årsjubileet for sjukehuset vart det utgitt ei bok der Folmer sin innsats ved sjukehuset er omtalt (Haverkamp et al. 2014). Folmer hadde ikkje kapasitet til å behandle alle pasientane som kom. Han starta difor

omfattande helseutdanningsprogram, mellom anna ved å utvikle pedagogiske modellar med figurar og illustrasjonar i ein titteskapsteknikk (diorama). Folmer starta også eit prosjekt for lepra-screening rundt Ndala, oppretta skuletannlegeklinikk og dreiv helseopplysning i skulane. Da Folmer slutta i 1971, hadde Ndala sjukehus berre ein lege, assistert av ein «Rural Medical Aid», som dreiv avdelingane saman med seks nederlandske nonner og tre tanzanianske sjukepleiarar. Folmer har ei høg stjerne i sjukehushistoria til Ndala Hospital.

Under opphaldet i Tanzania fekk Folmer også tid til å ta folkehelseutdanning ved Universitetet i Leiden og vart Master of Public Health der i 1969. Det ga han ytterlegare bakgrunn for det internasjonale arbeidet seinare.

Tilbake i Nederland og til Royal Tropical Institute (KIT) (1971–1998)

Folmer og familien, som no inkluderte fire born, reiste tilbake til Nederland hausten 1971 utan fast avtale om arbeid. Han hadde imidlertid gode kontaktar ved Royal Tropical Institute i Amsterdam, og fekk etter kort tid eit engasjement ved avdelinga for tropemedisin (Department of tropical hygiene). Frå 1972 slo familien seg ned i eigen bustad i byen Amersfoort, eit hus han og kona framleis bur i (2024), nær jernbanestasjonen med ein times praktisk togpendling til Amsterdam. Han var utdanningsleiar 1973–1979, avanserte til assisterande avdelingssjef (deputy director) (1980–1984), før han frå 1984 til han gjekk av med pensjon i 1998 var seniorkonsulent ved avdelinga som då heitte Department of Health Care and Disease Control (G&Z).

Arbeidsoppgåvene til Folmer var kjenneteikna av hans store engasjement for primærhelseteneste og utdanningsspørsmål i eit internasjonalt perspektiv (Folmer 1989). Han planla og gjennomførte utdanningsaktivitetar internt og i tilknytning til bistandsprosjekt i mange land (tabell 1). Han var rådgjevar for WHO, internasjonale organisasjonar (NGOs), bistandsdirektoratet i Nederland og styresmakter i mange land gjennom heile tilsettingsperioden. Spesielt må nemnast at Folmer i åra 1993–1996 var rådgjevar for regjeringa i Vietnam for styrking av legeutdanninga, og han budde til saman eitt år i landet i denne perioden.

Health Resource Allocation Game – rettferdig fordeling av helseressursar

Ein spesielt nemneverdig del av Folmer sin internasjonale innsats for utdanning innan primærhelsetenester, er utviklinga av *Health Resource Allocation Game*, eit brettspel som øver studentar i fordeling av helseressursar innan gitte rammer (Folmer 1980, Folmer 1987). Folmer utvikla dette Monopol-



Figur 4. Sluttgjennomgang etter to dagar med Health Resource Allocation Game for master- og legestudentar ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. I september 2024 observerte artikkelforfattaren spelet i bruk ved eige fakultet og eigne studentar under leiing av Irina Wagner-Stirbu frå KIT (bak til høgre). Ringen i denne historia vart dermed slutta, frå Bergen via Tysfjord til Amersfoort og tilbake til Bergen! Foto: Steinar Hunsikar

liknande spelet på slutten av 1970-talet til bruk ved Royal Tropical Institute (KIT), til undervisningsoppdrag i utlandet og som eit kommersielt produkt (Health Resource Allocation Game 2024). Studentane skal planleggje eit optimalt helsesystem for å møte krav og behov, både kurative og førebyggjande, og til slutt vise korleis ei gruppe pasientar skal behandlast i modellen som er valt. Spelet tar ein eller to dagar å spele. Folmer laga sjølv det første spelet med eigne hender, inkludert å spikke ut alle trebrikkene som symboliserer ulike helseinstitusjonar og andre ressursar. Spelet blir brukt over heile verda med tusenvis av deltakarar, også ved Universitetet i Bergen (Senter for internasjonal helse 2020) (figur 4). Folmer seier sjølv at ikkje berre erfaringane frå Afrika, men også dei sterke inntrykka frå Tysfjord, har hatt avgjerande innverknad på hans syn på verdien av ei sterk primærhelseteneste, på kampen mot ulikskap i helse og prinsippa om rett behandlingssnivå. Spelet er no modernisert med sjukdomspanorama frå Global Burden of Disease-prosjektet (GBD 2016).

Folmers distriktslegeliv i Tysfjord frå juli 1964 til juli 1966

Tysfjord kommune i Ofoten i Nordland vart oppretta i 1869 og varte til 2020, da den vart delt langs Tysfjorden, slik at den nordlege delen gjekk til Narvik kommune og den sørlege delen til Hamarøy, med om lag halvparten av arealet til kvar.

Litt om Tysfjord kommune (1869–2020)

Kommunen omfatta landstripene på begge sider av Tysfjorden frå Vestfjorden og til svenskegrensa i aust, arealet var ca. 1500 km². Folketalet var om

lag 2000 ved samanslåinga i 2020, ei nesten halvering frå 1945. Tysfjord er ein del av det lulesamiske språkområdet, og administrasjonssenteret Kjøpsvik var opprinneleg ei lulesamisk bygd. Andre tettstader er Drag, Storjord og Musken. I dag kryssar E6 Tysfjorden med ferje i vest på veg nordover mot Narvik, medan den søraustlege delen av fjorden vert kryssa mellom Drag og Kjøpsvik, der ein sidan 1992 også kan komme seg vidare til Narvik. Grendene langs fjordarmene har framleis stort sett ikkje veg til omverda, men er avhengige av rutebåt. Nordaust for Kjøpsvik ligg Stetind (1392 m.o.h.), som er kára til Norges nasjonalfjell. Det er midnattssol frå slutten av mai til midt i juli, medan mørketida varer frå først i desember til midten av januar.

Før var kombinasjonen av jordbruk og fiske vanleg i Tysfjord. Men ei stor endring kom i 1918 da det vart etablert ein sementfabrikk i Kjøpsvik, Nordland Portland Cementfabrikk, som var og er verdas nordlegaste. I Kjøpsvik var det isfri hamn, fossar som ga kraft og store mengder av kalkstein og kvarts. På 1960-talet slo tre sementfabrikkar seg saman (Dalen, Slemmestad og Kjøpsvik) og vart til A/S Norcem. Seinare vart Norcem ein del av det internasjonale storselskapet Heidelberg Cement Group. Framleis er fabrikk i Kjøpsvik ei hjørneverksemd med om lag 150 tilsette. I nyare tid er tilkomme den like store The Quartz Corp (TQC) på Drag, som produserer ultrarein kvarts, men basert på gruvedrift i USA.

Tysfjord kommune og Kjøpsvik på 1960-talet

Folmer kom til ein kommune som dels hadde eit moderne industrimiljø i kommunesenteret, men som elles var prega av store avstandar og mange veglause grender, der berre båt var mogeleg kommunikasjonsmiddel. Kjøpsvik var veglaust, og det var berre ei handfull bilar der på midten av 1960-talet. Det var ferjesamband til Drag, med samband sørover, men ikkje til Narvik. Kjøpsvik var prega av yngre folk som arbeidde i industrien, samt dei administrative funksjonane som lensmann, distriktlege, sokneprest, kommuneadministrasjon og trygdekantor. I kommunen var det store forskjellar i sosiale og økonomiske tilhøve, og alders-, uføre- og morstrygd var viktige inntektskjelder, noko som medverka til å oppretthalde busetnaden (Evjen 2001). Folketalet var om lag 2800 i 1964. Busetnadene i kommunen var fordelte med om lag 1120 innbyggjarar (40 % av alle) i Kjøpsvik, som hadde dagleg båtsamband med Bodø og Narvik. Dei resterande 1700 innbyggjarane budde vesentleg i tre bygder med om lag 200 innbyggjarar kvar. I tillegg var det 22 smågrender med frå 10 til 70 innbyggjarar. Nokre hadde dagleg båtsamband til Kjøpsvik, andre sjeldnare eller ikkje. Den lulesamiske befolkninga på 1960-talet var rekna til om lag 450 personar (ca. 15 % av folketalet).

Tysfjord legedistrikt og Folmers distriktslegeliv

Tysfjord hadde først distriktslege saman med Lødingen, men i 1905 vart det oppretta eigen distriktslegestilling i Tysfjord, med årsløn på 500 kroner (Storjord 2000). Distriktslegen i Lødingen hadde inntil seks(!) kontordagar årleg i Tysfjord i forbindelse med gudstenestene på Korsnes, ein handels- og kyrkjestad ytterst i Tysfjorden. Frå 1912 var distriktslegen busett i Kjøpsvik, der det var innkjøpt doktorbustad, som også romma legekontor og bustad og kontor for jordmor og helsesøster (figur 5).

Distriktslegen i Tysfjord var einelege, utan turnuskandidat. Legen skulle utøve sine plikter i tråd med distriktslegelova av 1912, som slo fast at

«distriktslegar skal være forpliktet til at yde lægehjelp til befolkningen i sine distrikter mot passende godtgjørelse og i den udstrækning deres offentlige forretninger tillater».

Slik var det i prinsippet heilt til kommunehelsetenestelova kom i 1984. Klinisk arbeid var altså formelt underordna distriktslegen sine offentlege oppgåver. I «distriktslegebibelen» frå Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 1974) blir det slått fast at denne lovregelen i praksis ikkje var ein realitet, og dei fleste distriktslegane, inkludert Folmer, klagde over at det kliniske arbeidet tok nærmast all tilgjengeleg tid. I doktoravhandlinga omtalar Folmer den offentlege distriktslegerolla som å vere «folkehelse-inspektør», med oppgåver innan førebyggjande arbeid, som hygienearbeid, undersøking av skuleborn, smittevern med rapportering av smittsame sjukdomar, iverksetjing av tiltak ved eventuelle epidemiar samt tilsyn med psykiatriske pasientar i heimepleie. Det førebyggjande arbeidet vart delvis utført av ei helse-



Figur 5. Utkanten av Kjøpsvik med doktorbustaden øverst til høgre og kaien nedanfor med legeskyssbåten til høgre. Foto: Herman R. Folmer



Figur 6. Hørselsundersøking av skuleborn i Kjøpsvik. Helsesesøster organiserer at elevane har ein finger i eine øyret, medan dr. Folmer testar hørselen i det andre øyret ved kviskreprove frå elev til elev. Foto: privat 1964

søster, tilsett hos distriktslegen. Ho tok seg av alle vaksinasjonar, hadde spedbarnskontrollar, og hjelpte med mange administrative oppgåver. Undersøking av skuleborn var også hennar ansvar, saman med legen (figur 6). Folmer fortel også om mange oppdrag som tok mykje tid, som inspeksjon av falleferdige hus, sjekk av drikkevassforsyning det er klaga på, eller tilsyn med psykiatriske pasientar. Folmer var også bedriftslege ved sementfabrikken, ei stilling han skjøtta 1–2 timar ein fast morgon kvar veke.

Tysfjord hadde lite offentlege pleie- og omsorgstenester (Evjen 2001). Det fanst ingen sjukeheim, men Norges finnemisjonsselskap (Samemisjonen frå 1966) dreiv Fredly gamleheim på Hellandsberg, med 35 plassar utan fast tilsynslege, men med ein tilsett sjukepleiar. Institusjonen kunne berre nåast med båt frå Kjøpsvik. Det var ingen kommunal heimesjukepleieteneste i kommunen, men kommunen hadde jordmor. I Kjøpsvik dreiv Helselaget eit heimhjelp tilbod. Kommunen hadde ikkje fast tannlege, men det var besøk frå omreisande tannlegar nokre dagar i året.

Distriktslegekontoret var sparsamt utstyrt, men hadde venterom, konsultasjonsrom og eit lite laboratorium/behandlingsrom (figur 7). Det var felles fasttelefon for kontoret og legefamilien. Det var ingen legesekretær, men Elzeke Folmer hjelpte ektemannen rett som det var med laboratoriearbeid og kirurgiske inngrep. Legen utførte måling av Hb, senkingsreaksjon og enkle urinundersøkingar, inkludert sediment. Det vart ikkje utført gramfarging eller dyrkingsprøver, og det vart i praksis aldri sendt blodprøver til sjukehuset. Journalsystemet var ein standard «legeprotokoll» med ei rad for kvar konsultasjon. I tillegg til enkle personalia vart det notert symptom eller sjukdomsdiagnose, enkle funn, behandling og eventuelt stikkord om andre tilhøve, alt svært kortfatta og stikkordprega. Ei slik fortløpande journalføring



Figur 7. Herman Folmer set leidningsanestesi i ei stortå før operasjon av inngrodd negl. Kona Elzeke assisterer i bakgrunnen. Frå filmen Doktor aan de fjord (NCRV, 1965).

ga ingen informasjon om tidlegare sjukdommar eller konsultasjonar. Folmer hadde arva eit alfabetisk registerkortsystem for kvar pasient etter førre lege, dette vart ajourført kvar laurdag etter denne veka sine konsultasjonar og kontaktar. Folmer var opptatt av kontinuitet i lege–pasient-tilhøvet og fordelane av å samle journalopplysningane skriftleg, ikkje berre gjennom hukommelsen.

På 1960-talet var legebustaden dårleg vedlikehalde. Vatnet fraus regelmessig 3–4 månader om vinteren, kommunen ordna da med vatn på kanner til legekontoret og familien. I denne perioden hadde dei ikkje varmtvatn eller vassklosett, men måtte varme det leverte vatnet for matlaging og bad, og bruke den gamle utedoen i hagen. Huset vart rive i 1970.

Distriktslegen var kontinuerleg til stades og tilgjengeleg i distriktet døgnet rundt, heile året, unntatt ved avtalte feriar og innvilga fråvær. I utgangspunktet kom alle som trengte legehjelp, til kontoret på dagtid. Opningstida var frå klokka 08, innbyggjarane i Kjøpsvik kom gjerne først, og etter kvart kom pasientar frå bygdene i fjordane etter som lokalbåtane kom til Kjøpsvik. Det var ingen timebestilling, men prioritering vart gjort av legen og etter innbyrdes avtalar pasientane imellom. Vanlegvis hadde Folmer 20–30 pasientar fram til lunsj. Fjord-pasientane måtte returnere med lokalbåtane tidleg på ettermiddagen, og legen planla vanlegvis sjuke-

besøk med legeskyssbåten frå tidleg ettermiddag, basert på innkomne forespurnader per telefon i løpet av dagen eller på avtalte kontrollar. Telefonsamtalar for å avklare trong for konsultasjon var vanleg, og legemiddel vart ofte sendt pasientar etter telefonvurdering.

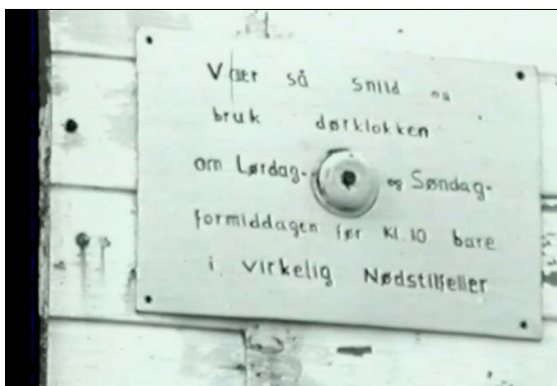
Folmer hadde kontinuerleg vakt, og sjukebesøk utgjorde ein betydeleg del av arbeidet utanom vanleg arbeidstid. Folmer fortel at han prøvde å halde ein streng praksis for å avgrense talet på sjukebesøk, men det var ikkje så enkelt. Folk kunne ringe eller komme direkte på døra til alle døgnets tider (figur 8). Eit sjukebesøk varte vanlegvis fleire timar, og distriktet var utan kontakt med lege i den tida, da det ikkje var noko form for mogeleg kommunikasjon. I mange tilfelle var den medisinske indikasjonen for sjukebesøket ikkje veldig klar, men prega av det pasienten fortalte eller var redd for.

Transport til sjukehus kunne nytte rutebåten, dersom pasienten sin tilstand og tidsfaktoren tilsa det. Elles måtte det skje med ekstraskyss. Tysfjord hadde ikkje ambulansebil, og det ville heller ikkje vore noko praktisk løysing i dei fleste tilfella. Sjukehusa og spesialistar i både Narvik og Bodø vart nytta for spesialisthelsetenester. I akutte tilfelle var det mogeleg å nytte sjøfly, som kunne rekvirerast frå både Bodø og Narvik. Gitt gode vêrtilhøve kunne sjøflya lande ved nesten alle små bygder og kaiar. Vanlegvis var pasienten da på sjukehuset to timar etter at transporten var rekvirert. Flytransport var svært kostbart for trygdekassa, og i Folmer sine to år skjedde det berre nokre få gonger, ved indikasjonar som hjarteinfarkt, tarmperforasjon, prematur fødsel, komplisert leggbeinsbrot, status epilepticus og ein gong ved svært høg feber hos eit lite barn.

Distriktslegen hadde plikt til å opphalde seg i kommunen, men ikkje å halde seg ved telefonen heile tida. Det fanst ingen mobiltelefon. Var Folmer på legeoppdrag eller på tur eller besøk på fritida, måtte legen finnast og bodsendast. Vanlegvis visste legeskyssbåtføraren kor Folmer var på fritida. For ferie og anna planlagt fråvær måtte distriktslegane ha førehandsløyve frå Fylkeslegen. Dette vart handheva strengt. I brev frå fylkeslege Tor Ødegaard til Folmer i oktober 1964 står det:

«Tysfjord trygdekasse har ved telefon i dag gjort fylkeslegen kjent med at De har vært fraværende fra distriktet siden 22.10. d.å. Fylkeslegen kjenner ikke til at De er tilstått permisjon, og ber om Deres uttalelse om forholdet.»

Ikkje berre er det tydeleg at trygdekontoret held nøye oppsyn med at distriktslegen er til stades, men dei melder han straks og utan nærare undersøking til Fylkeslegen, som på si side reagerer umiddelbart. Folmer fortel at årsaka til fråværet var at kona kom uventa i fødsel med deira første barn



Figur 8. Skilt ved døra til doktorbustaden i Kjøpsvik. Teksten oppmodar om å forstyrre legen berre i naudsfall, i alle fall laurdag og søndag formiddag! Frå filmen Doktor aan de fjord (NCRV 1965).

Einar, og at han valte å følge Elzeke under transporten til sjukehuset i Narvik. Han returnerte så snart barnet var fødd. Da han fekk brevet, ringte han Fylkeslegen og fekk innvilga to dagar permisjon i etterkant!

Legeskyssbåten *Tysfjord legeskyss* var eit heilt naudsynt hjelpemiddel i Tysfjord, med sine mange veglause grender (figur 9). Heilt sidan kommunen fekk eigen distriktslege hadde ein privat skyssbåteigar hatt avtale med kommunen og distriktslegen om legeskyss, og refusjonsavtale med trygdekontoret. Båten var plassert i Kjøpsvik, og skyssbåtføraren hadde kontinuerleg vakt. Båten som Folmer brukte, var eigd av Andreas Nilssen som var skyssbåtførar frå 1948, han vart lokalt også kalla «doktor Andreas» (Storjord 2000). Båten var ein svært sjøsterk og rask båt, bygt som vaktbåt av tyskarane under krigen. Den gjorde at sjukebesøk og pasienttransport nesten alltid kunne gjennomførast. Berre nokre få gonger i året gjorde vêrtilhøva det umogleg å komme i land på nokre stader i distriktet.

Medisinalmeldingane¹ frå Tysfjord 1964–1966: Blautkaker, uføretrygd og born utanfor ekteskap!

Distriktslegane skulle kvart år inntil 1984 sende ei oversikt over «Sunnheds-tilstanden og Medicinalforholdene» i distriktet til Fylkeslegen og Helse-direktoratet. Meldingane inneheldt vanlegvis enkle statistiske oversikter om helsepersonell og institusjonar, vaksinasjonar, smittsame sjukdommar og daude. Men ofte sendte legane meir omfattande skildringar av medisinske, hygieniske eller sosiale problem i distriktet. På denne måten gir meldingane også innsikt i legestanden sin faglege og kulturelle ståstad (Schiøtz 2003).

Folmer hadde ansvaret for meldingane for 1964 og 1965, medan etterkommaren leverte meldinga for 1966 etter berre tre månader i stillinga

¹ Medisinalmeldingar er klausulert i 80 år. Arkivverket ga i sak AVS-24-11 01169 forfatternen løyve til forskarinnsyn i desse tre meldingane og leverte ut skanna kopiar.



Figur 9. Båten Tysfjord legeskyss var eit uvurderleg hjelpemiddel for distriktslegen. Her bilde i høve eit privat arrangement. Foto: privat

(Arkivverket 2025). Utover tabellane er det den frie skildringa som er av interesse i ettertid. I meldinga for 1964 var Folmer forsiktig, og erklærte den kroppslege helsetilstanden, inkludert smittsame sjukdommar og hygienetilhøva, som tilfredsstillande. Verre var det med den psykiske helsetilstanden. Folmer skreiv:

«... etter mitt skjønn (er) den psykiske helsetilstanden med hensyn til ekteskapsmoral og spørsmålet omkring utenomekteskapelige barn nokså fattig. ... antallet av barn født utenfor ekteskap er omkring 20 %. Jeg har bestemt meg for å spandere mest mulig energi og tid til å hjelpe å lindre dette problemet.»

I 1965-meldinga tok Folmer skrivemaskina fatt og leverte nesten to sider fritekst med friske synspunkt på fleire ting. Først 13 liner med klager over at kommunen ikkje hadde ordna med sommarvikar for søppelmannen i Kjøpsvik. Derneist ei kort melding om at næringstilstanden er god, ja «langt mer enn man må anse å være godt». Folmer gjekk så laus på problemet med alle dei utanomekteskapelege borna:

- Han meinte mødrene spekulerte i trygdeytningar.
- Han meinte at tradisjonell prevensjon ikkje fungerte, slik som p-pillar (kvinnene er redde), kondom og pessar (blir ikkje brukt når dei trengs mest) og seksuelt fråhald (kvinnene forstår ikkje menstruasjonssyklusen).
- Han argumenterte sterkt for spiral, som enno ikkje var godkjent til bruk i Norge (skjedde i 1967), og han siterte konklusjonen (på engelsk) frå ei fagbok han hadde lest om dette.

- Folmer konkluderte med at det ikkje nytta «å legge om hele sexualmoralen, i alle fall ikke for en utlending».

Det er når han omtala den «psykiske helsetilstanden» i Tysfjord, at Folmer verkeleg hadde friske synspunkt. Han meinte at utbygginga av trygdesystemet var «drepande for initiativet og tiltaksløst». Han trudde at mange konsultasjonar hadde finansielle motiv. Folmer avslutta medisinalmeldinga si slik:

«Mange mennesker vet at det er viktig å legge vekt på alle plager, at det nytter å «overdrive» litt, og at dette er et negativt preg som legger seg over virksomheter, og som etter en stund er for en lege tyngre å bære enn lange arbeidstider osv. Kort oppsummert kan jeg se: Bløtkaker, uføretrygd og utenforekteskapelige barn som tre hovedproblemer.»

Reisebrev i Medisch Contact 1967: Inntrykk frå ein distriktspraksis nord for polarsirkelen

Våren 1967, medan han arbeidde med avhandlinga i Utrecht, publiserte Folmer eit omfattande reisebrev på 12 sider frå åra i Tysfjord, fordelt på tre påfølgande nummer i *Medisch Contact*, det nederlandske legetidsskriftet (Folmer 1967a, Folmer 1967b, Folmer 1967c). Dette er det leiande fagbladet for nederlandske legar (Medisch Contact 2024), og tilbyr i dag ein miks av vekeskrift, nettside og nyheitsbrev. Tidsskriftet er utgjeve av Det Kongelige Nederlandske Selskap for Fremming av Medisin (KNMG), men er redaksjonelt uavhengig, og er på mange måtar motstykket til *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

I artiklane fortel han om tida i Tysfjord, med tanke på nederlandske kollegaer. Det er tema som distriktslegerolla, doktorbåten, sjukebesøka samt laust og fast frå legelivet, inkludert pasienthistorier. Dei tre artiklane er illustrert med nokre få fotografi, men også med fem strekteikningar av Folmer sjølv. Han teikna mellom anna bruken av ambulansesjøfly og bygdefolk sine småbåtturar i midnattssol, med litt for mykje alkoholbruk (figur 9).

Det er ikkje berre det reint medisinske stoffet i reisebrevet som gir interessante innblikk. Det er også det litterære språket, når han omtalar landskapa og naturskiftingane:

«Ein einsleg båt rører seg med den vesle dunkande motoren sin, den går sakte framover og får no og da eit stor saltskvett frå ein hevande skumtopp over seg. Men uansett, det sit ein nordmann i den båten, så det vil nok gå bra, og han vil nok også ha glede av det. Fjella på horisonten blir av og til skjult av små regnbyer og dukkar så opp igjen, plutselig, nyvaska, våt-grå og skinnande i det gule sollyset. Over alt dette ligg lufta tungt. Frå vindauget mitt ser eg ei uordna rad med mørkegrå skyer som stille, tjukke kolossar som kjem mot meg. Dei vekkjer ufrivillige assosiasjonar til rekkja med stille overvektige som venteleg vil komme opp stien til venterommet mitt på måndag morgon.» (Folmer 1967a)



Figur 9. Illustrasjon til omtale av fritidssyslar i Tysfjord. Teikning av Herman R. Folmer.

Bildetekst: «...ei handfull menneske og mykje drikke i ein liten motorbåt...» Faksimile frå Folmer 1967c.

Folmer gjorde seg mange refleksjonar over det han opplevde i Tysfjord, og mykje av analysane hans hadde sterk innverknad på det han seinare arbeidde med og interesserte seg for i utviklingsland. Han viser moden allmennmedisinsk og sosialmedisinsk forståing til ung lege å vere, når han omtalte folket sin veremåte, liv og lagnad og slo eit slag for «arbeidslina»:

«Til slutt vil eg gå nærare inn på eit viktig aspekt ved Tysfjord-samfunnet: Følgjene av ei langt framskriden sosialisering i ein negativt selektert befolkning. Eg vil uttrykkeleg understreke at eg ikkje tvilar på prinsippet om sosial rettferd, samfunnet må komme til unnsetning der ein enkelt står i fare for å komme i vanskar. Eg peikar berre på kva systemet kan føre til under desse omstenda. Distriktet tel relativt mange eldre, svake, handikappa, mindre evnerike, arbeidslause osv. Sidan no utbetalingane frå sjuketrygda, arbeidsløse-trygda, sosialhjelpa, uføretrygda, alderspensjonen, barnetrygda, og stønaden til ugifte omtrent er den viktigaste inntektskjelda, er denne eksistensforma ei nedbryting av den psykiske helsa og verdigheita til innbyggjarane. Det oppstår ein kultur av ikkje å gjere noko, eit leveklima der å få, trekke og hente, er viktigare omgrep enn å gje, arbeide og bringe fram.» (Folmer 1967c).

På nederlandsk TV: Dokter aan de fjord

Den 6. juni 1965 sendte allmennkringkastaren NCRV i Hilversum eit 45 minuttar langt fjernsynsprogram om Folmer sitt virke i Tysfjord. Programmet hadde tittelen *Dokter aan de fjord* (Doktor ved fjorden). Eit TV-team

leia av TV-kjendisen og programleiaren Kees van Langeraad var i Tysfjord om vinteren og gjorde opptak. Programmet er tilgjengeleg i eit offentleg programarkiv (NCRV 1965). Programmet er storslagen norgesreklame, med fjordar, fjell og folkeliv i Tysfjord, men har også med faktakunnskapar om samebefolkninga, kommunikasjonane, Kjøpsvik og sementfabrikken. Men først og fremst handlar det om distriktslegefamilien frå Nederland. Vi følgjer Folmer som kliniskar på kontoret, på sjukebesøk med legeskyssbåten og som skulelege. I ein detaljert passasje følgjer vi Folmer, med kona som assistent, der han fjernar ei inngrodd stortånagl hos ein eldre tysfjording, inkludert nærbilete av leiðningsanestesi (figur 7), kirurgiteknikk og instrumentreingjering etterpå. Bruken av fleirgangsutstyr og fråværet av dagens hygienereglar gir interessante historiske perspektiv. Programmet inneheld Folmer sine funderingar over Tysfjord-samfunnet, sjukdomspanoramaet og korleis det er å leve i dette samfunnet. Andre viktige stemmer i samfunnet vert også intervjuet. Fru Elzeke Folmer får også god plass i filmen, som medarbeidar på legekontoret, som fløytespelar, mor til den førstefødde Einar og med refleksjonar over å bu på ein aude plass i utlandet.

Arbeidet med doktoravhandlinga: frå data til disputas

I Utrecht arbeidde Folmer flittig med forskingsmaterialet, men motivasjonen var ikkje alltid på topp, og det var mange tidstjuvar undervegs. Det var eit stor arbeid å få alle data systematisert for analyse. Alle skjema frå Tysfjord vart overført til holkort, men det manuelle holkortsystemet med sortering ved hjelp av ein strikkepinne gjennom holkorta, var ikkje særleg effektivt. Når tala var klare, skulle det reknast og gjerast statistikk. Folmer meiner sjølv at arbeidet med sjølve samanskrivinga av resultatata til ein monografi, tok om lag ni månader, mykje lenger enn han hadde rekna med.

I forordet takka Folmer Universitetsbiblioteket i Oslo for hjelp med litteratur, truleg dei få norske referansane som finst i avhandlinga. Han takka også Bent Guttorm Bentsen med følgjande tekst: «Av dei norske kollegaene vil eg spesielt nemne kollega Bentsen i Vormsund, som med sine erfaringar frå forskinga si, som liknar på mi, har vore til stor nytte for meg.» Folmer kunne i 2024 ikkje hugse å ha vore i direkte kontakt med Bentsen, og meinte at denne setninga var eit uttrykk for den inspirasjonen som Bentsen sine publikasjonar i *Tidsskriftet* (Sandvik & Hunskaar 2025) hadde gitt han undervegs i prosjektet.

Promotor: Professor Jan van Es ved Universitetet i Utrecht

I tråd med universitetet i Utrecht sine prosedyrar, vart ein doktorgradskandidat foreslått for disputas av ein «promotor», i Folmer sitt tilfelle var det

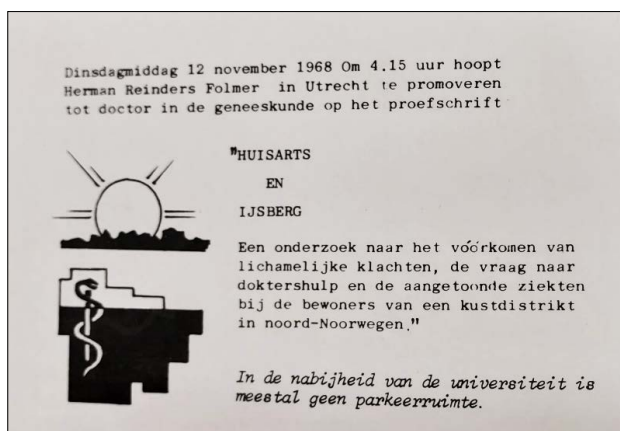
professor Jan van Es, styrar ved instituttet. Professor Es (1921–2008) er omtalt som «gudfaren» i hollandsk allmennmedisin, og var ingen kven som helst internasjonalt (Horder 2008, Sheldon 2008). Es var allmennlege før han starta si akademiske løpebane. Han vart den andre professor i allmennmedisin i verda (1966), berre forbigått av Richard Scott (1914–1983) i Edinburg (1963) og etterfølgt i 1968 av Ian R McWhinney (1926–2012) i London, Ontario, Canada, og i Oslo i 1969 av Christian F. Borchgrevink (1924–2024) (Straand & de Wit 2024). Han var ein av grunnleggarane av det nederlandske selskapet for allmennmedisin (NHG), av det kjente NIVEL-instituttet og av Leeuwenhorstgruppa for medisinsk utdanning (Diaz & Hunskaar 2022, EURACT 2024). Han skreiv også lærebok i allmennmedisin og publiserte sine memoarar (Van Es 2007). Han vart i 1982 tildelt *Orde van De Nederlandse Leew*, det næraste ein kan komme eit adelsskap i Nederland.

I følge Folmer fungerte professor Es som ein uformell forskingsrettleiar gjennom heile analyse- og skrivefasen. Han hjelpte til med dei statistiske analysane, tolking av funna og med å finne relevant litteratur. Folmer takkar innleiingsvis i avhandlinga professor Es for hans «kontinuerlege, grundige rettleiing av denne forskinga, di interesse også for dei små detaljane, tolmodet og takta du viste for å leie ei av og til noko hemningslaus ferd inn i meir forsiktige baner».

Disputasen 12. november 1968

Da avhandlinga var ferdig til innlevering, fekk Folmer hjelp med sisteutkastet med skrivemaskin og teikningar frå ein sekretær ved instituttet. Så kunne professor Es overta si promotor-rolle og overlate avhandlinga til fakultetet og ein vurderingskomité. Avhandlinga vart godkjent for disputas, og Folmer kunne invitere til disputas og deretter doktormiddag (figur 10). I invitasjonen skriv Folmer også den overraskande meldinga for mange at familien nærmast direkte etter disputasen skal reise til nye eventyr i Tanzania.

Sjølve disputasen vart halde i ærverdige lokale ved universitetet. Den varte i berre om lag ein time, og var nok mest ei formell hending. Den vart avslutta med at komiteen godkjente disputasen, og professor Es kunne gje doktorgradsvitnemålet til Folmer (figur 11). Deretter var det offisiell fotografering av ekteparet Folmer. Herman skreiv i forordet til avhandlinga at han ikkje kunne dedisere avhandlinga til kona Elzeke. Til det hadde ho vore altfor involvert og deltakande, slik at avhandlinga på mange måtar hadde vore eit felles prosjekt (figur 12).



Figur 10.
Invitasjon til
disputas,
illustrert av
kandidaten
sjølv.



Figur 11. Herman Folmer får overrekt doktorgradsvitnemålet frå professor Jan van Es. Til venstre dr. Brouwe og sittande er komitéen og representantar frå universitetet. Foto: frå familiealbumet til Folmer

Doktoravhandlinga *Huisarts en ijsberg*

Doktoravhandlinga sin fulle tittel er *Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrikt in noord-Noorwegen*, som kan oversettast med «Allmennlegen og isfjellet. Ei undersøking om førekomsten av kroppslege plager, legesøking og diagnosar blant innbygarane i eit kystdistrikt i Nord-Norge» (figur 1).



Figur 12. Herman og Elzeke Folmer med doktorgradsvitnemål og blomster Foto: frå familiealbumet til Folmer

Det allmennmedisinske isfjellet

Dette omgrepet er velkjent i den allmennmedisinske forskningslitteraturen, og var høgaktuelt som forskingsfelt frå 1960-talet. Mykje av den dåverande allmennmedisinske forskingsaktiviteten var rett nok konsentrert om praksisregistreringar og deskriptive publikasjonar om pasientane, symptoma, sjukdommane og legane i allmennpraksis. Men enkelte publikasjonar hadde ei meir analytisk tilnærming, og isfjellfenomenet er eit eksempel på dette.

Oxford Textbook of Primary Medical Care (de Melker 2005) definerer *the iceberg of illness* som ein metafor for den totale symptom- og sjukdomsmengda i ein befolkning, der berre den delen som er synleg over overflata (10 %) er synleg i helsetenesta, medan den største delen (90 %) er under havoverflata og dermed ikkje registrert, utreda, diagnostisert eller behandla. Folmer si avhandling er referert til i boka. Sjølv fenomenet er vitskapleg omtala heilt tilbake til starten av 1960-talet (Last 1963), med seinare kjente publikasjonar frå England (Hannay 1979, Hannay 1980). I Norge har artikkelen til Kerr Lachlan White (1917–2014) og medarbeidarar i *The New England Journal of Medicine* frå 1961 (White et al. 1961) blitt ein del av den allmennmedisinske kanon (Janssen & Rosvold 2015). Svært mange norske allmennlegar kjenner «firkant-figuren» som viser det totale symptomtrykket blant 1000 innbyggjarar, kor mange som søker allmennlege, kor mange som blir tilvist vidare og til slutt den eine som endar opp som «undervisningskasus» i universitetssjukehuset. Folmer refererer ikkje til denne klassikaren.

Det var altså dette fenomenet Folmer fekk råd om å studere med data frå Tysfjord, men ikkje berre deskriptivt. Han ville prøve å rekne ut legesøknadsbrøken for ulike symptom og symptomgrupper, med til dels avansert statistikk:

- Han planla ei nøyaktig registrering av alle kontaktar, presenterte symptom og diagnoser i legepraksisen i Tysfjord gjennom eitt år.
- Han planla ei innbyggjarundersøking, der han ville kartlegge mange symptom blant innbyggjarane i aldersgruppa 20–74 år.

Datainnsamlingane

Praksisregistreringa varte frå juni 1965 til juni 1966. Ved kvar kontakt vart det ført stikkord for symptom og diagnoser. Kvar laurdag vart data frå denne veka registrert på skjema for framtidig analyse. Her fekk Folmer hjelp av kona til direktøren på sementfabrikken, Birgitte Behrens.

Innbyggjarundersøkinga baserte seg på eit hollandsk spørreskjema som var utvikla for å måle stress, *Inventory for Subjective Health* (Dirken 1965). Skjemaet inneheldt 56 ulike symptom, med svaralternativa Ja/Nei, som Folmer produserte på ei lokal kopimaskin.

Skjemaet vart distribuert til pasientar på legekontoret, til foreldre på helsestasjon og i andre samanhengar der distriktslegen var til stades, inkludert under sjukebesøk der heile familien og andre han treffe på vart invitert til å svare på skjemaet. Men i november 1965 kom ein unik sjanse til å få distribuert skjemaet under god kontroll over respondentane. Da kom nemleg Statens skjermbildefotografering for å gjere tuberkulinprøve og ta skjerm-bilde (lungerøntgen) av alle vaksne som ledd i det statlege tuberkulosearbeidet. Undersøkingane på skjermbildebåten *MS Olaf Scheel*² Elzeke Folmer fortel at ektemannen gjorde avtale med legen og kapteinen om bord, slik at ho følgde skjermbildebåten rundt til bygdekaiane, der ho distribuerte skjemaet til alle som kom bord. Det var i utgangspunktet obligatorisk oppmøte til skjermbildefotografering, og berre dei som av tvingande grunnar var fråverande, sengeliggjande eller nyleg hadde gjort røntgenundersøking, kunne få fritak ved attest frå lege. Oppmøtet var derfor stort, ca. 80 %. Elzeke Folmer la fram spørreskjemaet for alle i venterommet ombord. Ho hjalp dei som hadde vanskar med å lese og skrive, og kunne på denne måten danne seg eit inntrykk av korleis skjemaet vart fylt ut. Dette er truleg første og siste gong at eit statleg obligatorisk oppmøte vert brukt som data-

2 MS Olaf Scheel var den første spesialbygd skjermbildebåten i verda, bygd ved Mjellem og Karlsen i Bergen, til Statens skjermbilledkontor i 1964. Båten vart brukt langs kysten nord for Trondheim inntil 1979. I tillegg til mannskap på 11, var det lege og sjukepleiarar om bord. Kapasiteten var 5–600 skjermbilde per dag.

innsamling til ei allmennmedisinsk doktoravhandling, utan førehandskunningjering og formelt samtykke! Gjennom innkallingsannonsen i avisa *Fremover* 27. oktober 1965 har vi også fullstendig oversikt over datainnsamlinga.

Folmer meinte at ein i praksis nådde alle innbyggjarane, og at den oppgitte svarprosenten på om lag 80 % har som utgangspunkt at alle er blitt spurt, eller var mogeleg å få tak i. I alt 1143 skjema inngår i analysane, og som nemnar i svarbrøken brukte Folmer alle folkeregistrerte innbyggjarar i dei inkluderte aldersgruppene. Det vart ikkje søkt om løyve til undersøkinga nokon stad, og det vart ikkje registrert noko form for samtykke for bruk av data, men det var sjølvsagt frivillig å svare på spørreskjemaet.

Disposisjonen av avhandlinga

Avhandlinga (figur 1) er eit hefte på 188 sider. I tillegg til forordet og eit engelsk samandrag på fire sider, har den i alt seks kapittel med ei lang rekke tabellar og figurar, og til slutt 122 referansar og fem vedlegg. Framstillinga har såleis formatet av ein typisk monografi utan oppdeling i enkeltartiklar.

Kapittel I omtalar Tysfjord kommune, både geografi, historie, demografi og næringsliv. Kapittel II tek for seg medisinske tilhøve, distriktslegehistoria og medisinske tilhøve elles, inkludert organisering av helsestellet i kommunen. I kapittel III gir Folmer metoden for praksisregistreringa (omtalt ovanfor), med alle variablane han samla inn i registreringsåret frå juni 1964 til juni 1965. Han omtalar så innbyggjarundersøkinga.

Kapittel IV er det første resultatkapittelet, der kontaktratane, kontaktårsakene og diagnosane blir vist i tabellar. I kapittel V viser og diskuterer Folmer resultatata frå innbyggjarundersøkinga. Først i kapittel VI kjem Folmer til avhandlinga sin bærande idé utover dei deskriptive undersøkingane, nemleg korleis ulike symptom vert handtert ulikt i høve til legesøking, og som dermed dannar det «medisinske isfjellet»

Resultata frå praksisregistreringa

Gjennom doktoravhandlinga får vi god oversikt over omfanget av den kliniske aktiviteten til Folmer i løpet av eitt år frå juni 1965 til juni 1966. Han registrerte 3175 kontaktar med dei 2830 innbyggjarane, tilsvarande 1,12 kontakt per innbyggjar (tabell 2). I 2024 var det i Norge 3,23 kontaktar per innbyggjar til fastlege og legevakt samla. I Tysfjord hadde 50 % av kvinnene og 54 % av mennene ingen kontakt med legen i løpet av registreringsåret. Til samanlikning hadde berre 18 % av innbyggjarane i Norge ikkje kontakt med fastlegen i løpet av 2024 (Statistisk sentralbyrå 2025).

Dei fleste kontaktane var ordinære konsultasjonar på kontoret, det var få telefonkonsultasjonar, men sjukebesøka utgjorde kvar sjette kontakt

(16,5 %), i alt 524 i løpet av året, som betyr ti per veke. Dette var ikkje ein uvanleg storleik, og Folmer refererte til Bentsen (Bentsen 1965b) som hadde 21 % i Vormsund i 1952–1955. Folmer skiljer ikkje mellom kontorkonsultasjonar innanfor og utanfor kontortida («legevakt»). Gjentatte konsultasjonar og kontrollar utgjorde ein liten del av konsultasjonane, spesielt var det lite oppfølgande sjukebesøk til kronisk sjuke.

Det er velkjent at geografisk avstand og reisetid påverkar kontaktfrekvensen til allmennlege, spesielt ved legevakt (Raknes et al. 2014). Folmer finn likevel ikkje store forskjellar. Den varierte frå 51 % i Kjøpsvik til 42 % i dei minste bygdene, og Folmer konkluderer med at avstanden ikkje har vore ei hindring som har ført til store forskjellar i den medisinske omsorga innan distriktet, verken for pasientane eller for legen. Samane sin kontaktfrekvens er ikkje kommentert spesielt, bortsett frå at dei hadde berre halvparten så høg frekvens av fire eller fleire kontaktar i året i høve til resten av innbyggjarane (4 % mot 8 % av innbyggjarane). Folmer trudde at bruken av alternativ og tradisjonell medisin har spelt ei rolle her.

Diagnosane og diagnosefordelinga i Tysfjord er typisk for allmennpraksis, og skil seg faktisk ikkje mykje frå det ein ser i dag (Hunskår 2023). Tilstandar i muskel- og skjelettsystemet, inkludert skadar, er hyppigast, etterfølgt av sjukdommar i luftvegane og psykiske lidingar (tabell 2). Den største forskjellen mellom Tysfjord på 1960-talet og Norge i dag er kontakt- og konsultasjonsfrekvensen, som altså berre var ein tredel av dagens.

Konsultasjonar mellom klokka 23 og 07 opptek Folmer spesielt, sjølv om han vart lite forstyrta om nettene. Det kom nemleg berre 25 nattlege førespurnader om hjelp dette året, av dei var 14 i dei fire månadene med lyse netter. Folmer forklarte fordelinga med at i den lyse tida levde folk meir intensivt, ein la seg seint, også barna, og ein var mykje ute, også nattetid. Nattkonsultasjonane var omtrent likt fordelt over heile distriktet. Data frå legevakt i Norge i 2023 tilseier at med innbyggartalet i Tysfjord i 1965 ville det i dag ha komme ca. 150 førespurnader til legevakt om natta, av desse ville om lag halvparten enda med fysisk konsultasjon eller sjukebesøk (Eike-land et al. 2024). Dei 25 nattlege konsultasjonane i Tysfjord var medisinsk sett ikkje alvorlegare enn dei andre. Men det var likevel 13 situasjonar med alarmerande symptom i form av fødsel eller trugande abort (4), spedbarn med høg feber (2) og eitt tilfelle av kvar av hydrotoraks, apopleksi, nyrestein, hematuri, drukning, akutt glaukom og astma.

Tabell 2. Praxisregistrering ved Herman Folmer i Tysfjord legedistrikt i eitt år frå juni 1965 til juni 1966. Data frå Folmer 1968

Variabel	N	%
Innbyggjarar i Tysfjord	2830	100
Antal kontaktar, totalt	3175	100
Kontorkonsultasjonar	2496	78,6
Telefonkonsultasjonar*	155	4,8
Sjukebesøk	524	16,5
Kontaktfrekvens per innbyggjar, kvinner		
Ingen kontaktar		50
1		20
2		13
3+		17
Kontaktfrekvens per innbyggjar, menn		
Ingen kontaktar		54
1		18
2		14
3+		14
Tilvisingar til sjukehus og spesialistar (av alle kontaktar)		
Totalt	594	18,7
Sjukehus (innlegging akutt og elektiv)	180	5,7
Polikliniske	414	13,0
Dei ti største diagnosegruppene		
1. Sjukdommar i luftvegane	295	14
2. Psykiske	288	14
3. Sansesystem og CNS	241	12
4. Hjarte- og karsjukdommar	219	10
5. Skader og forgiftingar	217	10
6. Muskel- og skjellettsystemet	172	8
7. Urinvegar og kjønnsorgan	140	7
8. Hud	128	7
9. Mage- og tarmsjukdommar	97	6
10. Kreftsjukdommar og godarta svulstar	46	5

* **Medisinske konsultasjonar, ikkje timebestilling eller reseptar o.l.

Tilvisingar til spesialisthelsetenesta gir også eit interessant innblikk i ein geografisk isolert distriktslege sitt virke på 1960-talet, og Folmer gjorde seg interessante refleksjonar omkring dette. Totalt sendte han nesten 600 tilvisingar til sjukehus og spesialistar (18,7 %), to av tre var polikliniske (tabell 2). Dette er litt meir enn Bentsen (14,8 %) (Bentsen 1965c). Ved dei kliniske tilvisingane var grunnane oppgitt slik:

- Ca. 2/3 var reine medisinske årsaker, ikkje å kjenne diagnosen og/eller ikkje å kunne utføre den aktuelle behandlinga ved kjent diagnose.
- Ca. 1/3 av grunnar som ikkje å ha tilgjengeleg utstyr for diagnose eller behandling, nausynt med ein bestemt prosedyre, eller tilvising på uttrykkeleg førespurnad frå pasienten eller familien.

Men totalt vart også 276 personar tilvist av ikkje reint medisinske grunnar, trass i at talet er mykje mindre enn talet som *ønska* å bli tilvist. Om denne gruppa skreiv Folmer: «Vi må spørje oss sjølv: Kvifor ønska så mange personar eller deira familie å bli tilvist, kvifor var det så viktig å sikre ein bestemt diagnose når det medisinsk sett ikkje var strengt nausynt?» Han svarar ved å kategorisere grunnane i sju aktuelle årsaksfaktorar:

1. Innbyggjarane sin manglande kjennskap til distriktslegen, stadig utskifting av legar, som ga mangel på tillit og kontinuitet.
2. Stor tillit til spesialistkunnskapen og ikkje minst til tekniske apparat og måleverdiar.
3. Ei organ-mekanisk oppfatning mange hadde av sjukdommar, der ein la meir vekt på organretta undersøking enn på behandling av heile mennesket.
4. Det faktum at sjukdom i Tysfjord var så sterkt knytt til økonomiske og sosiale konsekvensar der spesialistuttale vart kravd i uføresøknader.
5. Ein svært forståeleg frykt for at ein kjent sjukdom kunne få akutt farleg forverring, der ein på grunn av geografisk isolasjon ikkje vil nå raskt nok fram til sjukehus.
6. Ein ikkje ubetydeleg påverknad frå massemedia om sensasjonelle nye behandlingsmetodar og livreddande inngrep.
7. Økonomiske grunnar, ved at Folmer ikkje fekk offentleg finansiering av ein eigen klinikk for litt meir avanserte kirurgiske behandlingar.

Desse refleksjonane kunne stort sett vore skrivne også i dag i ein diskusjon om allmennmedisinens og fastlegens plass og rolle, om overdiagnostikk og om innbyggjarane si tru på spesialiserte helsetenester.

Folmer samanlikna resultata sine først og fremst med ein kjent rapport frå engelsk allmennpraksis. *Morbidity Statistics from General Practice* av WPD

Logan og AA Cushion vart publisert i 1958, og er rekna som eit standardverk for allmennmedisinske praksisstudiar (Logan & Cushion 1958). Det er ei omfattande undersøking som i samarbeid med College of General Practitioners analyserte sjukdomsstatistikk frå 106 allmennpraksisar med nesten 400 000 innbyggjarar i England i 1955–1956. Folmer viser likskapar og forskjellar ved å bruke Logan & Cushion sine tabellar og figurar, supplert med data frå Tysfjord. Av norske data var det først og fremst Bentsen sine artiklar i *Tidsskriftet* som Folmer samanlikna seg med (Bentsen 1965a, Bentsen 1965b, Bentsen 1965c). Utover norsk uførestatistikk og data frå Statistisk sentralbyrå er det elles berre eit par referansar til norske forfattarar, dei aller fleste referansane er til nederlandske forfattarar og studiar.

Hovudfunnet er at det var mange fleire legekontaktar per person per år i England, i fleire aldersgrupper 3–4 gongar fleire kontaktar enn i Tysfjord. Dessutan var frekvensen av psykiske sjukdommar betydeleg høgre i Tysfjord. Mange forskjellar mellom Tysfjord og England forklarte Folmer med forskjellar i praksisorganisering, innbyggjarane sin levemåte, grad av luftforureining og konsekvensar av urbanisering (eksempelvis færre skader i Tysfjord). Men Folmer hadde også diskusjon omkring måten Tysfjord-folket såg på medisinske tilhøve, og balansen mellom det lokale og sneversynte på den eine sida og det utoverskuande og opne på den andre.

Resultata frå innbyggjarundersøkinga og utvikling av isfjellmodellen

Ved hjelp av meir enn tjue figurar med kommentarar diskuterte Folmer omfanget og arten av symptom i befolkninga, organsystem for organsystem, Ved hjelp av ei avansert statistisk klyngeanalyse (cluster-analyse), viste han korleis mange symptom hang saman. Eksempelvis var det hos begge kjønn ei klar klynge av ulike mageplager. Andre klynger var sirkulasjons- og respirasjonsplager.

Til slutt kjem avhandlinga sin bærande idé, nemleg korleis ulike symptom vert handtert ulikt i høve til legesøkning, og som dermed dannar det «medisinske isfjellet» (figur 13). Ved hjelp av seks figurar som viser isfjelleffekten fordelt på kjønn og tre aldersgrupper (20–44, 45–64 og 65–75 år) viste Folmer omfanget av symptom i befolkninga og kor stor del av dei som førte til legesøkning. Totalt fann Folmer ei relativt sunn befolkning, med få oppgitte helseplager, og mange som sa at dei stort sett følte seg friske (70–80 % av mennene i ulike aldersgrupper, 59–74 % av kvinnene, minst i den eldste aldersgruppa). Gjennomsnittleg svarte mennene å ha 4,8, 6,3 og 6,6 symptom, medan kvinnene rapporterte 7,2, 8,7 og 8,9 høvesvis i dei tre aldersgruppene.

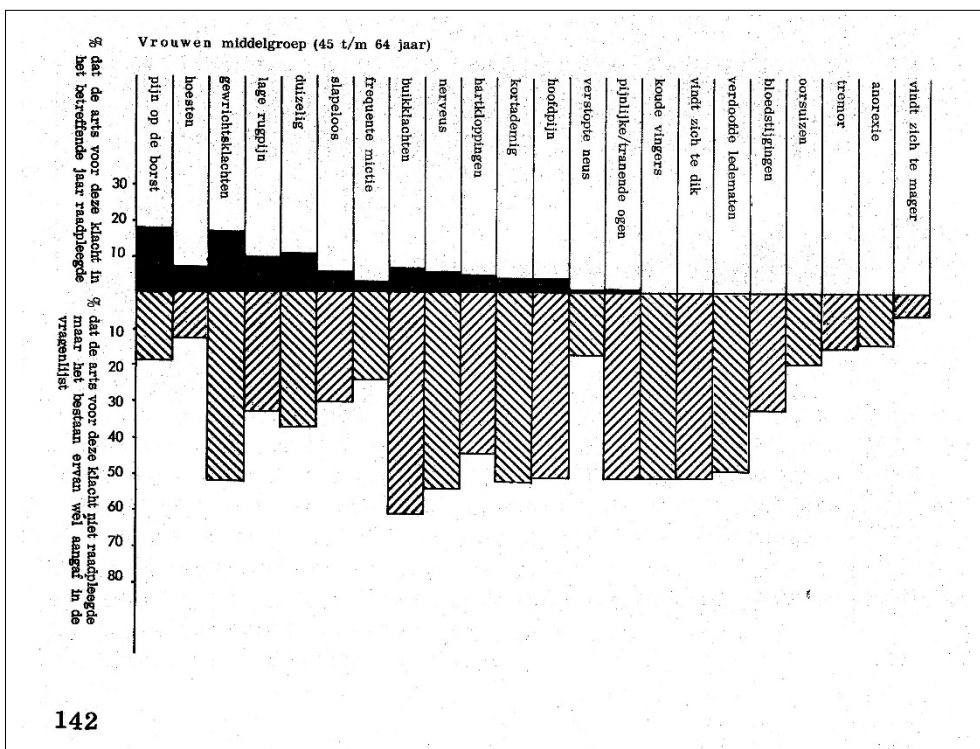
I figurane plasserte han symptoma slik at ein alltid starta til venstre med den plaga som i høve til førekomsten oftast førte til legebesøk, og deretter med minkande brøk. Til høgre kom dei plagene som ikkje førte til legebesøk i det heile. På denne måten oppstod grafar som kan samanliknast med eit isfjell (figur 13). Det er ein liten del over skiljelinja (den delen som var synleg for legen fordi det vart presentert for han) og ein stor del under (den delen som ikkje var synleg for legen). I analogi med naturlege isfjell kan desse to delane omtalast som 'over vatn' og 'under vatn'. Det var mange forskjellar innanfor dei seks gruppene som eg ikkje går detaljert inn på her. Men det var forskjell mellom kjønna, og frekvensen av symptom og legesøknad var nesten alltid høgare hos kvinner enn hos menn. Dette var mest uttalt ved svimmelheit, hovudverk og søvnforstyrningar. Klager som hoste og smerter i brystet viste seg i alle seks kategoriane å vere dei som oftast førte til legebesøk.

Folmer avslutta avhandlinga med nokre kommentarar om allmennlegens arbeid, verdien av diagnosane og at legens verdi som hjelpar er sterkt påverka av kontinuitet ovanfor pasientane. Dei hyppige legeskifta i distrikta reduserer verdien av legens arbeid vesentleg. Han gjev ei rekke forslag for å forbetre kontinuiteten. Forslaga gjeld dels utdanning av allmennlegen, dels samarbeidet med andre, dels verkemiddel for å motverke hyppige legeskift, og dessutan tiltak som kan gjere legearbeidet meir tilfredsstillande i slike distrikt, både for legen og familien.

Avhandlinga vurdert med dagens auge

Det har ikkje lukkast å få innsyn i korleis Folmer si avhandling vart vurdert med omsyn til omfang og vitenskapleg kvalitet i 1968, utover at den vart godkjent. Sett med dagens auge kan ein slå fast at Folmer utførte eit stort allmennmedisinsk vitenskapleg prosjekt, med omfattande datainnsamlingar både i form av ei komplett praksisregistrering over eitt år og ei innbyggjarundersøking med høg svarprosent. Datamengda er meir enn stor nok for ei doktoravhandling, også i dag. Avhandlinga presenterer resultat, analyser og diskusjon i form av ein monografi, medan det i dag ville vore naturleg å presentere funna i tre eller fire enkeltartiklar, med ei tilhøyrande kappe med introduksjon og felles diskusjon av metode og resultat. Praksisregistreringar var ein vanleg og viktig del av akademiseringa av allmennmedisin (Hunskår 2025). Folmer sitt prosjekt er i tradisjonen til andre norske undersøkingar, som Bentsen (Bentsen 1970), Øgar (Øgar 1977), Fugelli (Fugelli 1978) og Rutle (Rutle 1986), der Bentsen og Fugelli samla data i eige distrikt, slik som Folmer.

Kvalitetsmessig er det liten tvil om at Folmer kunne ha disputert på forskinga si også i dag. Han ville i dag truleg ha vore ein del av eit akademisk



Figur 13. Det medisinske isffellet. Eksempel på figur frå avhandlinga som viser samanhengen mellom 22 registrerte symptom i innbyggjarundersøkinga og kva plager som vart presentert for legen (den usynlege og synlege delen av «isffellet»). Eksempalet viser resultata for kvinner i aldersgruppa 45-64 år. Dei svarte søylene øvst viser prosentdelen som konsulterte legen for dette symptomet i det aktuelle året. Dei skraverte søylene nedst viser prosentdelen som ikkje konsulterte legen for dette symptomet, men som markerte det som opplevd i spørjeskjemaet. Vi ser at dei åtte symptoma lengst til høgre ikkje førte til legesøknad i det heile, medan symptomet lengst til venstre (piñ op de borst – brystmerter) hadde stor del legesøknad, men likevel ikkje meir enn om lag halvparten.

Ordforklaring/oversetting av symptoma frå høgre mot venstre: for mager; nedsett appetitt/ anoreksi; skjelving; øyresus; hetetokter; nummen, overvekt; kalde fingrar; sår augeltåreflod; tett nase, hovudpine; kortpusta, hjartebank; nervøs; mageproblem; hyppig vasslating; søvnnanskar; svimmel; korsryggmerter; generell sjukdomskjensle; hoste; brystmerter (faksimile frå avhandlinga, s. 142).

instituttmiljø som ville ha sikra ytterlegare kvalitet på datainnsamling, analyser og vitenskapleg diskusjon. Personvernreglar, samtykke og datasikring ville blitt ivaretatt. Gitt det store datatilfanget, er det ikkje vanskeleg å tenke seg at prosjektet i dag ville kunne ha ført til minst fem originalartiklar, altså klart meir enn det som er naudsynt for ein moderne norsk ph.d.-grad.

Avslutning

Da eg starta jakta på Folmer hadde eg eit håp om å finne avhandlinga hans og kanskje få nokre få opplysningar frå etterkommarar eller fagmiljø i Nederland og Norge som kunne fylle ut forteljinga.³ Kontakten med Folmer personleg har gitt dette, men så mykje meir. Historia hans er ikkje berre historia om ei ukjend «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling, men innsyn i ei interessant fagleg karriere der Folmers inntrykk og erfaringar frå eit nordnorsk legedistrikt på 1960-talet har gitt grunnlag for utvikling av primærhelsetenester internasjonalt, og der viktige prinsipp lever vidare i utdanning av helsepersonell i mange land den dag i dag.

Litteratur

Arkivverket. *Medisinalmeldingar frå Tysfjord kommune i Nordland 1964, 1965 og 1966*.

Arkivet etter Statistisk sentralbyrå, Sosiodemografiske emner, Helseforhold og helse-tjeneste (1918–1977). Arkivreferanse: 1964: RA-S-2229/F/Fc/Fco/L0005; 1965: RA-S-2229/F/Fc/Fcp/L0005; 1966: RA-S-2229/F/Fc/Fcq/L0004). Brev frå Arkivverket 9. januar 2025.

Bentsen BG. Legepraksis og sykелighet. En undersøkelse i en innlandsbefolkning i det syd-østlige Norge 1952–1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965a; 85: 1086–1094.

Bentsen BG. Pasient–lege-kontakt. En undersøkelse i en innlandsbefolkning i det syd-østlige Norge 1952–1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965b; 85: 1169–1179.

Bentsen BG. Den almenpraktiserende legen, spesialisten og sykehuset. En undersøkelse i en innlandsbefolkning i det syd-østlige Norge 1952–1955. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1965c; 85: 1234–1242.

Bentsen BG. *Illness in general practice*. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.

3 Eg takkar Herman og Elzeke Folmer samt dottera Katinka Folmer for stor interesse og velvilje for dette prosjektet. Utan deira invitasjon til besøk i Nederland og deira vilje til å fortelje og å la meg kopiere dokument og bilde frå private arkiv og album, ville denne historia ikkje vore mogeleg å bringe vidare. Eg vil også takke Frank Weijers ved fjernsynsselskapet KRO-NCRV for løyve og rettar til ikkje-kommersiell bruk av filmen Docter aan den fjord og også seniorrådgjevar Frode Ims ved UiB læringslab for hjelp med digitalisering og teksting av filmen. Takk til bibliotekar Øyvind Gjerdøw ved Narvik bibliotek for tips til og hjelp med dokumentasjon og lokale kjelder i Tysfjord og til John Gunnar Skogvoll, leiar i Tysfjord historielag. Takk til professor Thorkild Tylleskär ved Senter for internasjonal helse, Irina Wagner ved KIT i Amsterdam, og medisins- og masterstudentar ved UiB for løyve til å delta ved undervisninga og bruken av Health Resource Allocation Game. Takk til Arkivverket for løyve til forskarinnsyn i dei klausulerte medisinalmeldingane frå Tysfjord 1964–1966. Program for forskning og fagutvikling i distriktmedisin ved Nasjonalt senter for distriktmedisin har gitt prosjekt- og trykkestøtte til denne artikkelen.

- Bentsen BG. Forskning i allmennpraksis. Den store utfordringen. *Tidsskrift for Den norske ægeforening* 1988; 108: 2586–2590.
- De Melker RA. The iceberg of illness. I: *Oxford textbook of primary medical care* (red. Jones R m.fl). Vol. I. Oxford: Oxford University Press: 129–133.
- Diaz E, Hunskaar S. Internasjonalt samarbeid. *Michael* 2022; 19: Supplement 29, 279–297.
- Dirken JM. Een vanalyse van klachten an ploegenarbeiders en niet-ploegenarbeiders (An analysis of complaints of shift workers and non-shift workers). *Tijdschrift voor sociale geneeskunde* 1965; 43: 794–799.
- Dokter aan der fjord. <https://zoeken.beeldengeluid.nl/program/urn:vme:default:program:2101608050036061031?ac=dgtl%2Canlg&mfs=%28titles%3A%22dokter+aan+de+fjord%22%29>
- Eikeland OJ, Midtbø V, Blinkenberg J et al. *Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt*. Samlerapport for 2023. Rapport nr. 3-2024. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin, NORCE, 2024.
- Elnegaard S, Andersen RS, Pedersen AF et al. Self-reported symptoms and healthcare seeking in the general population – exploring «The Symptom Iceberg». *BMC Public Health* 2015; 15: 685.
- Evjen B. *Velferd og mangfold. Tysfjord kommune. Bind 2: 1950–2000*. Kjøpsvik: Tysfjord kommune, 2001.
- EURACT. A brief history of EURACT. <https://www.euract.eu/page/a-brief-history-of-euract-and-description-of-activities>
- Evang K. *Fred er å skape – Artikler og taler i utvalg*. Oslo: Pax, 1964.
- Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al. Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
- Folmer HR. *Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrikt in noord-Noorwegen*. Doktoravhandling (Doctor in de geneeskunde). Utrecht: Universitet i Utrecht, 1968.
- Folmer HR. Tussen midzomernachtzon en midwinterdagmaan. Indrukken van een distriktpraktijk boven de poolcirkel (I). *Medisch Contact* 1967; 22 : 411–414.
- Folmer HR. Tussen midzomernachtzon en midwinterdagmaan. Indrukken van een distriktpraktijk boven de poolcirkel (II). *Medisch Contact* 1967; 22 : 443–446.
- Folmer HR. Tussen midzomernachtzon en midwinterdagmaan. Indrukken van een distriktpraktijk boven de poolcirkel (III). *Medisch Contact* 1967; 22 : 465–468.
- Folmer HR. Allocation of health resources using a simulation game. *Medical Teacher* 1980; 2: 10–17.
- Folmer HR. Simulation game in health resource allocation. *Health Policy Planning* 1987; 2; 189–190.
- Folmer HR. Current perspectives on teaching of tropical medicine: A view from Amsterdam. *Tropical Doctor* 1989; 19: 170–171.
- Fugelli P. *Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst*. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
- GBD 2015 DALYs and Hale Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE),

- 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1603–1658.
- Hannay DR. *The symptom iceberg: a study of community health*. London: Routledge and Kegan Paul, 1979.
- Hannay DR. The “iceberg” of illness and “trivial” consultations. *Journal of Royal College of General Practitioners* 1980; 30: 551–554.
- Hansen AH, Halvorsen P, Førde OH. The ecology of medical care in Norway: Wide use of general practitioners may not necessarily keep patients out of hospitals. *Journal of Public Health Research* 2012; 1: e28.
- Haverkamp G, Hulsbergen M, Mooij R, red. *50 years of Ndala Hospital, Tanzania*. Amsterdam: Stichting Tabora; Zusters onder de Bogen, 2014. <https://wp.stichtingtabora.nl/wp-content/uploads/2022/09/14-Ndala-alles.pdf> (5.10.2024)
- Health Resource Allocation Game*. Amsterdam: KIT, 2024. <https://www.kit.nl/institute/service/health-resource-allocation-game/> (5.10.2024)
- Helsedirektoratet. *Den offentlige lege og hans arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet, 1974.
- Horder J. Professor Jan Van Es. *BJGP* 2008; 58: 587.
- Hunskår S, red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022. *Michael* 2022; 19: Supplement 29.
- Hunskår S, red. *Allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal, 2023.
- Hunskår S. Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane. *Michael* 2025; 22: 322–342.
- Janssen SE, Rosvold EO. Nasjonal forskerskole i allmennmedisin – en suksesshistorie. *Utposten* 2015; 44(2): 42–43.
- Jensen V. Nederlandsk doktorarbeid fra nord-norsk legedistrikt. *Tidsskrift for Den norske Legerforening* 1969; 89: 197–198.
- KIT. <https://www.kit.nl/> (5.10.2024)
- Last JM. The iceberg. «Completing the clinical picture” in general practice. *Lancet* 1963; 282: 28–31.
- Logan WPD, Cushion AA. *Morbidity statistics from general practice*. Vol. I. London: Her Majesty’s Stationary Office, 1958.
- Marthinsen A, Koren E, Strøm A. *Veileder i praktisk sosialmedisin*. 6. utg. Oslo/Bergen: Universitetsforlaget, 1962.
- McNulty CAM, Nichols T, French DP et al. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. *British Journal of General Practice* 2013; 63: e429–e436.
- Medisch Contact. <https://www.medischcontact.nl/home>
- NCRV. Dokter aan de fjord. TV-program sendt 6. juni 1965. Tilgjengeleg digitalt: <https://zoeken.beeldengeluid.nl/program/urn:vme:default:program:2101608050036061031?ac=dgtl%2Canlg&mfs=%28titles%3A%22dokter+aan+de+fjord%22%29>
- Ndala Hospital. *2022 annual report*. Ndala: Archidiocese of Tabora, Ndala Hospital, 2023. <https://stichtingtabora.nl/wp-content/uploads/2023/07/FINAL-2022-ANNUAL-REPORT.-01.pdf> (5.10.2024)

- Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reiseavstand og bruk av legevakt. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; 134: 2151–2155.
- Rutle O. *Allmennpraksis – tema med variasjonar. Ein analyse av årsakene til ulike arbeidsmåtar i primærlegetenesta*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1986.
- Sandvik H, Hunskaar S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966. *Michael* 2025; 22: 379–391.
- Schiøtz A. Medisinalinnberetningene som historie og kilde. *Arkivmagasinet* 2003; 17 (3): 17–25.
- Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen. *Making your own health system – it is not as easy as it might look!* <https://www.uib.no/en/cih/138390/making-your-own-health-system-%E2%80%93-it-not-easy-it-might-look> (5.10.2024)
- Sheldon T, Jan van Es. *BMJ* 2008; 337: a1270.
- Statistisk sentralbyrå. *Statistikk om allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten – SSB*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten> (23.6.2025)
- Storjord L. Leger i Tysfjord fra 1906-1972. *Årbok for Tysfjord* 2000; 18: 70–71.
- Straand J, de Wit N. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 483–492.
- Sætre LMS, Raasthøj I, Lauridsen GB et al. Revisiting the symptom iceberg based on the Danish symptom cohort – Symptom experiences and healthcare-seeking behaviour in the general Danish population in 2022. *Heliyon* 2024; 10: e31090.
- Van Es JC. *Een halve eeuw huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine* 1961; 265: 885–892.
- Øgar B. *Pasienter i norsk almenpraksis: En generell undersøkelse fra almenpraksis med spesiell vekt på psykiske og sosiale forhold basert på 13436 pasientkontakter hos 56 leger*. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.

Steinar Hunskaar
 steinar.hunskar@uib.no
 Institutt for global helse og samfunnsmedisin
 Universitetet i Bergen
 Postboks 7804
 5020 Bergen

Steinar Hunskaar er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han er professor emeritus i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forskar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Research AS.

Artikkelen er fagfellevurdert

1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter

Michael 2025; 22: 428–430

doi: 10.56175/michael.12765

I 2025 er det 50 år siden Norge som første land i verden, hadde akademiske allmennmedisinske fagenheter med professor ved samtlige medisinske fakultet. Dette skjedde i perioden 1968 til 1975, takket være politisk og økonomisk støtte fra Den norske legeforening. For Legeforeningen ble nok denne støtten primært sett på som et avgjørende tiltak for å styrke rekrutteringen til en primærhelsetjeneste i fare for å falle sammen.

Mens *allmennpraksis* som medisinsk yrkesutøvelse er gammel som medisinen selv, er det medisinske faget *allmennmedisin* knapt en mannsalder gammelt. Historien om den gryende akademiseringen og verdens første professorater i allmennmedisin, er beskrevet tidligere (1).

Da Institutt for allmennmedisin ble etablert ved Universitetet i Oslo høsten 1968, bare måneder etter Western University i Canada, var dette som nummer fire i verden (2–4) (figur 1). Først ut var Universitetet i Edinburgh (1963), etterfulgt av Universitetet i Utrecht (1966) (1).

Kort tid etter Oslo, fikk Universitetet i Bergen sitt Institutt for allmennmedisin i 1972 (5). Da legestudiet startet ved Universitetet i Tromsø i 1973, ble det også ansatt professor i faget der (6). I 1975 kom så turen til NTNU der Bent Guttorm Bentsen ble tilsatt som professor i allmennmedisin (7).

Både i Skottland og i Norge var økonomisk støtte utenfra helt avgjørende for å «kjøpe» plass for allmennmedisinfaget ved universitetene. Mens en privat donasjon fra Mackenzie-familien besørget finansiering av de første professoratene i Skottland (1), var økonomisk og (fag-)politisk støtte fra Den norske legeforening avgjørende i Norge. Både i Oslo og Bergen fullfinansierte Legeforeningen instituttene de første fem årene. Dette inkluderte også lønnsmidler til professor i fem år. I Tromsø og Trondheim bidro Lege-



Figur 1. Institutt for almenmedisin ved UiO fikk tidlig på 1970-tallet laget en egen logo. Denne ble tegnet av Utpostens faste tegner de første årene, Kåre Bjørn Huse (f. 1945). Motivet passer godt med at allmennmedisin betegnes som «Family medicine» blant annet i USA og Canada.

foreningen med lønnsmidler til amanuensisstillinger. For Legeforeningen ble nok denne støtten primært sett på som et avgjørende tiltak for å styrke rekrutteringen til en primærhelsetjeneste i fare for å falle sammen. Litt senere slo Verdens helseorganisasjon (WHO) fast at en god helsetjeneste forutsetter at den er tuftet på en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste (8).

Danmark fikk sitt første professorat i allmennmedisin i 1974, Sverige og Finland fulgte etter i 1981 og på Island kom det første professoratet i 1991 (1). Fortsatt er det mange medisinske fakulteter i verden der allmennmedisin verken har egen undervisning eller akademiske enheter ved fakultetene. Dette gjelder blant annet flere universiteter i Øst-Europa, der mange norske leger utdannes.

Etter hvert er det blitt økende erkjennelse av og aksept for allmennmedisin som et eget medisinsk fag med egen klinisk spesialitet. Viktige kjennetegn ved faget er den langvarige relasjonen mellom pasient og lege (kontinuitet), og «åpen tilgang» for alle slags helseproblemer og diagnostikk i en befolkning der forekomsten av mange sykdommer er lav. Som et akademisk universitetsfag har allmennmedisinen ansvar både for forskning knyttet til den allmennmedisinske klinikk og for grunnutdanningen i legestudiet.

Takket være Den norske legeforening ble Norge det første landet i verden der allmennmedisin var eget universitetsfag ved samtlige medisinske fakultet. I år 2025 kan vi markere at dette målet ble nådd for femti år siden.

Litteratur

1. Straand J, de Wit N. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42(3): 483–492. doi: 0.1080/02813432.2024.2335537
2. Evensen S, Gradmann C, Larsen Ø et al, red. Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
3. Straand J. Ektefødt sekstiatter på universitetet. Kronikk. *Dagens Medisin* 2018; 20 (19): 57. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/en-ektefodt-sekstiatter-pa-universitetet/273963> (2.9.2025)
4. Johannessen LB. Allmennmedisin – 50 år som universitetsfag. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2018; 138: 98–99.
5. Hunskaar S, red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022. *Michael* 2022; 19: Supplement 29.
6. Hunskaar S. Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane. *Michael* 2025; 22: 322–342.
7. Sandvik H, Hunskaar S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966. *Michael* 2025; 22: 379–391
8. World Health Organization. *Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: WHO: 1978 <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011> (2.9.2025)

Jørund Straand
jorund.straand@medisin.uio.no
Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Jørund Straand er professor emeritus i allmennmedisin.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin: lite senter – viktig oppdrag

Michael 2025; 22: 431–445

doi: 10.56175/michael.12766

Distriktsmedisin handler om helsetjenester i områder med lav befolkningstetthet, store avstander og begrenset tilgang til spesialiserte tjenester. Velfungerende distriktsmedisinske tjenester er særlig relevant for de mange mindre sentrale kommunene i Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ble etablert i 2007 som et resultat av langsiktig arbeid ledet av det allmennmedisinske fagmiljøet ved Universitetet i Tromsø, støttet av engasjerte distriktsleger, fylkesleger, nasjonale helsepolitiske myndigheter og Helse Nord RHF. Ved etableringen var det enighet om at senteret skulle kombinere rollene som kunnskapsprodusent og fagpolitisk aktør.

Artikkelen viser hvordan NSDM fungerer som brobygger mellom praksis, akademia og forvaltning, og hvordan senteret arbeider for å styrke distriktsmedisin som kunnskaps- og tjenesteområde, nasjonalt og internasjonalt. Den bygger på forfatternes erfaringer og skriftlig dokumentasjon fra NSDM, inkludert årsmeldinger, forskningspublikasjoner og evalueringer.

Artikkelen beskriver NSDMs bidrag til forskning, fagutvikling og politikkutforming innen distriktsmedisin. Senteret forvalter også Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling, som så langt har støttet et betydelig antall større og mindre prosjekter, deriblant 15 doktoravhandlinger, og bidratt til nasjonal kunnskapsutvikling. NSDM har også spilt en rolle i evaluering av helsereformer, utvikling av strategier for å rekruttere og beholde helsepersonell i distriktene og som skaper av, og deltaker på, ulike arenaer for det offentlige ordskeftet.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har i snart 20 år bidratt til utvikling av likeverdige helsetjenester til hele landet – et omforent helsepolitisk mål i Norge. Helsetjenester i distrikt har utfordringer som krever målrettede tiltak, og sterke sider som kan inspirere øvrig helsetjeneste. Da

NSDM ble etablert i 2007, var oppdraget å fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Senteret har få fast ansatte, men jobber i et bredt nettverk med nær kontakt ut i distriktskommuner og opp mot myndighetene.

Denne artikkelen klargjør innledningsvis hva distriktsmedisin er, og gir derigjennom premissene for hvorfor NSDM ble opprettet, og hvilke behov senteret var forutsatt å dekke. Deretter redegjøres det kort for artikkelens metodiske tilnærming, før etableringen og senterets virksomhet beskrives.

Hva er distriktsmedisin?

Distriktsmedisin kan defineres som tilbud og etterspørsel av medisinske tjenester i distrikt. Det finnes ingen entydig internasjonal definisjon av hva «distrikt» er. I Norge defineres gjerne distrikt som kommuner i sentralitetsklasse 4, 5 og 6, etter Statistisk sentralbyrås indeks for nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner (1). Per 1. januar 2025 rommet definisjonen 74 % av landarealet, 78 % av kommunene og 29 % av befolkningen (2, 3). Distriktene skiller seg ofte fra sentrale områder ved lavere befolkningstetthet, en høyere andel eldre, lavere sosioøkonomisk status og store geografiske avstander.

Avstandene innebærer lang reisevei til sykehus, høyere utdanningsinstitusjoner og servicefunksjoner – og ofte er de klimatiske forholdene utfordrende (4).

I Norge har legers arbeid i distrikt lange tradisjoner. Distriktslegeordningen ble etablert på 1800-tallet som en statlig ordning som skulle sikre befolkningen legetjenester utenfor byene. Ordningen omfattet både kurativt arbeid og folkehelseoppgaver (5). Anseelse og rekruttering har variert betydelig i årenes løp. Mange distriktsleger var entusiastiske og dedikerte, og de var opptatt av sammenhengen mellom levevilkår og helsetilstanden i befolkningen. Utviklingen av spesialiteten samfunnsmedisin bygde mye på distriktslegearbeidet. Spesialiteten ble etablert i 1984, samme år som den statlige distriktslegeordningen ble avviklet, og kommunene fikk ansvaret. Mange av dagens leger som arbeider i distrikt, viderefører distriktslegetradisjonen ved at de både er fastleger og kommuneoverleger, ofte kalt «kombileger».

Distriktsmedisinsk praksis utøves ikke bare av kombileger. Leger som arbeider i små lokalsamfunn og ofte langt fra sykehus, må tilegne seg kunnskap om lokalsamfunnet, avstandsforståelse, transportmåter og stedlige styrker og utfordringer. Distriktsmedisinsk praksis omfatter allmennmedisin, men innebærer ofte også elementer av samfunnsmedisin, sykestue-medisin og utpreget tverrfaglig samarbeid, der leger, sykepleiere og andre helsearbeidere må beherske et bredere spekter av prosedyrer, fleksibilitet og

selvstendig arbeid (6). Hjemmebesøk er hyppig, helsepersonell arbeider ofte alene, og store avstander til spesialisert helsehjelp medfører ofte en spesiell nærhet, kjennskap til og samarbeid mellom folk som bor og jobber i distrikt (7, 8). Allmennleger i distriktene har som gruppe lengre arbeidsdager enn allmennleger i sentrale strøk (9). Dette har sammenheng med at allmennleger i distriktene bærer et større ansvar for å delta i legevakt enn det som er vanlig for allmennleger i mer sentrale områder (9, 10). Internasjonal forskning viser at risikoen er stor for at helsepersonell opplever faglig isolasjon og manglende faglige utviklingsmuligheter i distriktene (11, 12). Dette gir utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell i distriktene, og fare for mindre kontinuitet for innbyggerne enn i sentrale områder (13, 14). Erfaringer (15) og forskning (16) peker på viktigheten av systematiske tiltak for å sikre helsepersonell i distrikt faglig utvikling og riktig kompetanse.

Distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling

Som *akademisk disiplin* kan distriktsmedisin forstås som interdisiplinære studier av helsetjenester i distrikt og av distriktsbefolkningens helsevilkår, helsetjenestebruk og helsetilstand. Distriktsmedisinsk forskning omfatter dermed både allmennmedisinske og samfunnsmedisinske perspektiver, og det brukes et mangfold av datamaterialer og forskningsmetoder. Distriktsmedisin er et veletablert forskningsfelt som er spesielt viktig i land med store geografiske avstander, som Norge, Canada, Australia og USA. I internasjonal forskningslitteratur tas det ofte for gitt at både helsetilstand og helsetjenestetilbud er dårligere i distriktene enn i sentrale strøk (6). I Norge er tilnærmingen noe annerledes i den forstand at det finnes et ambisiøst og omforent helsepolitisk mål om at folk skal sikres et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester over hele landet. Likevel er det vedvarende utfordringer med tilbud, tilgang, fordeling og bruk av helsetjenester i distriktene, sammenlignet med sentrale strøk (14, 17). Dette underbygger at det er behov for å behandle og utvikle distriktsmedisin som et eget kunnskapsfelt, med forskning på forhold som er bra, hvor distriktene kan ha noe å lære bort til sentrale strøk – og på forhold som kan og bør forbedres for å skape likeverd, og på effekter av eventuelle tiltak som settes inn for å skape forbedring.

Fagutviklingen innenfor distriktsmedisin påvirkes av den generelle utviklingen innen medisin og ellers i samfunnet. Nyvinninger skjer ofte med utgangspunkt i lokalt utviklingsarbeid, som gjerne er initiert av helsepersonell i primærhelsetjenesten, noen ganger i samarbeid med helsepersonell i nærmeste sykehus eller støttet av nasjonale prosjektmidler. Utviklingen

foregår også gjennom fagforeningsarbeid på lokalt og nasjonalt plan og gjennom nasjonal, regional og lokal helsepolitikk.

Materiale og metode

Denne artikkelen er basert på forfatterens personlige erfaringer og inngående kjennskap til NSDM. Birgit Abelsen er oppvokst i distrikt, og har drevet distriktsrelevant helsetjenesteforskning i en årrekke. Hun har vært ansatt i NSDM siden 2013. Anette Fosse er oppvokst i storby, men har jobbet som fastlege på Helgeland i 30 år, og har hele tiden vært opptatt av distriktshelsetjenester og helsetjenesteorganisering. Hun deltok ved den første nasjonale distriktsmedisin-samlingen i 2002, og har fulgt utviklingen av NSDM siden starten.

Artikkelen bygger i tillegg på skriftlig dokumentasjon, inkludert senterets årsmeldinger, plandokumenter, forskning publisert i fagfelleverderte tidsskrifter, fagrapporter og notater samt senterets formidlingsarbeid gjennom kronikker og på egen nettside, nsdm.no. Alle dokumentene er tilgjengelige på nettsiden.

Bakgrunn, visjon og mandat

Høsten 2006 vedtok Stortinget at det skulle opprettes et nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin på permanent basis, finansiert over statsbudsjettet. NSDM ble formelt etablert fra 1. januar 2007. Dette var resultatet av langsiktig og målrettet aktivitet med utgangspunkt i det allmennmedisinske fagmiljøet ved Universitetet i Tromsø (UiT), med profesorene Toralf Hasvold og Ivar Aaraas i spissen, i nært samarbeid med engasjerte distriktsleger fra hele landet. Prosjektene *Ressurskommuneprosjektet* og *Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge* ble utviklet i 1999 (18), med støtte fra daværende Sosial- og helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, fylkeslegene i Nord-Norge og i samarbeid med noen utvalgte nordnorske kommuner. Gjennom en femårig prosjektperiode skulle prosjektene bidra til å styrke rekruttering, stabilisering og kvalitetsutvikling i helsetjenesten i distriktene, og sikre gode praksisplasser for medisinstudentene. Det ble samtidig bygd faglige nettverk både nasjonalt og internasjonalt, og det ble arrangert konferanser og seminarer der distriktsmedisin som praktisk og akademisk fagområde ble diskutert, utviklet og formidlet.

Etableringen av Nasjonalt senter for distriktsmedisin

I løpet av prosjektperioden vokste tanken om et nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin fram. Et viktig startskudd var den første nasjonale



Figur 1: Programkomité for den første nasjonale konferansen om distriktsmedisin og vertskap på Sommarøy. Fra venstre Steinar Westin, Elisabeth Swensen, Tom Christiansen, Toralf Hasvold, Fred Andersen og Laila Nilsen. Foto: Ingrid Høie, Tidsskrift for Den norske legeforening

konferansen om distriktsmedisin i mars 2002 på Sommarøy i Troms, med Elisabeth Swensen, kommunelege i Seljord, som initiativtaker (figur 1).

I 2005–2006 ble ideen videreutviklet i et midlertidig prosjekt som et trekantsamarbeid mellom daværende Universitetet i Tromsø (UiT), daværende Sosial- og helsedirektorat og Helse Nord, finansiert av de to sistnevnte. Nasjonale helsemyndigheter arbeidet i samme periode med å lage struktur for kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, og NSDM ble etablert omtrent samtidig som blant annet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, de allmennmedisinske forskningsenhetene og Antibiotikasen-teret for primærmedisin. Det var naturlig at NSDM ble forankret ved Insti-tutt for samfunnsmedisin ved UiT, nå med et nasjonalt oppdrag (tabell 1).

Tabell 1: NSDMs formål og mandat

NSDM skal, til beste for folk med behov for helsetjenester i distrikt
– fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger
– utvikle nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene
– bidra til å bygge bro mellom praksis og akademia
– bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenestene
Målgrupper er helsepersonell, utdanningsaktører, ledere, beslutningstakere og andre relevante aktører

Senterets første leder var professor i allmennmedisin ved UiT, Ivar Aaraas. Med seg hadde han tre prosjektledere/nasjonale koordinatore, et fagråd med fire (etter hvert fem) regionale koordinatore i 20 %-stillinger og administrative støttefunksjoner. Også et distriktsmedisinsk forskerforum med deltakere som hadde fått midler via Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge, nå omdøpt til *Program for distriktsme-disinsk forskning og fagutvikling (Programmet)*, var med på laget (19).

Senterets webredaktør og forsker Helen Brandstorp (spesialist i allmennmedisin og tidligere fastlege i Tana) overtok som leder for NSDM i 2013. Hun ledet en omorganisering der forskningskompetansen ble styrket ved å ansette to fulltids forskere, Birgit Abelsen og Margrete Gaski, begge med bakgrunn fra helsetjeneste- og samfunnsvitenskapelig forskning. Dette ga mulighet til å delta i større forsknings- og utviklingsprosjekter samt å beholde og videreutvikle *Programmet* som stimulus til lavterskelprosjekter blant klinikere i distrikt. NSDM hadde samtidig en tydelig utadrettet formidlingsprofil. Nettsiden var blant de første i sitt slag, og den ble aktivt bygd ut med formidling av distriktsmedisinsk kunnskap. Nyheter og andre saker ble fortløpende delt i relevante sosiale medier.

Siden oktober 2019 har Anette Fosse (spesialist i allmennmedisin, mangeårig fastlege i Rana, med doktoravhandling om livets slutt i sykehjem) ledet senteret, med professor Birgit Abelsen som forskningsleder. Senteret har også en fast stab av forskere/prosjektledere i større og mindre stillinger – flere med klinisk arbeid i primærhelsetjenesten som hoved- eller bistilling. Samlet utgjør den faste vitenskapelige staben 3,8 årsverk. I tillegg er flere personer til enhver tid engasjert på prosjektbasis. NSDM har i 2025 et totalbudsjett på 7,5 millioner kroner, fordelt på en bevilgning over statsbudsjettet via Helsedirektoratet på drøyt 5 millioner kroner, 1 million kroner fra Helse Nord RHF og inntekter fra eksternfinansierte prosjekter/oppdragsforskning på knapt 1,5 millioner kroner. NSDM har et senterråd med medlemmer fra UiT Norges arktiske universitet, statsforvalter v/fylkeslege (p.t. Vestland med varamedlem fra Nordland), Norsk forening for allmennmedisin, Norsk samfunnsmedisinsk forening, Helse Nord RHF og KS, samt observatører fra Helsedirektoratet og KoKom (Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap).

Kunnskapsprodusent eller fagpolitisk aktør?

Ved etableringen av NSDM ble det diskutert om senteret først og fremst skulle bidra med forskning og kunnskapsutvikling, eller om hovedoppdraget skulle være å påvirke helsepolitikken. På den distriktsmedisinske konferansen i 2006 var dette et stort diskusjonstema, og det var bred enighet om at begge roller var viktige (20). NSDMs arbeid er fortsatt godt forankret i begge disse oppdragene. Å kunne gi kunnskapsbaserte anbefalinger om helsetjenester i distrikt til lokale og nasjonale aktører tillegges stor vekt. Der det ikke finnes godt nok kunnskapsgrunnlag, arbeider NSDM for å utvikle kunnskap og peke på områder som trenger forskning. Senterets strategiplan gjenspeiler den doble målsettingen, og de årlige plandokumentene og års-

meldingene gir fylldig dokumentasjon for arbeidet i spennet mellom kunnskapsproduksjon og fagpolitikk.

Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling

NSDM forvalter *Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling (Programmet)*. Programmet har som formål å fremme forskning og fagutvikling av relevans for medisinsk praksis og helsetjenester i distrikt. Det skal samtidig være et virkemiddel som bidrar til å rekruttere og beholde allmennleger og annet helsepersonell i distrikt. Programmet har et årlig budsjett på rundt 600 000 kroner, og gir økonomisk støtte fortrinnsvis til lokale og praksisnære prosjekter. Den økonomiske støtten gis i form av fullfinansiering til mindre prosjekter, såkornmidler eller ferdigstillingsstøtte til større prosjekter og driftsmidler til studentprosjekter. NSDM tilbyr faglig veiledning. De som får støtte, inviteres til et årlig programseminar hvor de presenterer og diskuterer prosjektene sine (figur 2). Programmet har søknadsfrist to ganger i året, og søknader vurderes av et programråd ut fra faste kriterier: søkers tilhørighet til helsetjenester i distrikt, distriktsmedisinsk relevans og vitenskapelig kvalitet (forskningsprosjekt) eller mulig overføringsverdi (fagutviklingsprosjekt).

En evaluering av *programmets* første virkeår (fra 1999 til og med første halvår 2003), som kun gjaldt prosjekter i Nord-Norge, oppsummerte at den viktigste effekten var at *programmet* satte «distriktsmedisinen på kartet», og



Figur 2: Programseminaret 2024 – hybrid forsamling i skjønn forening, også med digitale deltakere. Foto: NSDM

hadde gitt «et positivt bidrag i etableringen og utviklingen av distriktsmedisin som respektert praksisfelt og fagområde i nasjonal sammenheng» (18).

En ny evaluering, etter at *programmet* fikk et nasjonalt virkeområde, omfattet perioden 2003–2023 (21). Av 262 søknader som programrådet hadde behandlet, fikk 174 (66 %) tilsagn, og 91 % av dem ble fullført. Prosjektene hadde bidratt til 15 doktoravhandlinger, 97 publiserte artikler, 17 rapporter og 29 fagkonferansepresentasjoner. Det ble gitt støtte til 27 fagutviklingsprosjekter i perioden. Prosjektene som fikk tilsagn, handlet i hovedsak om distriktsmedisinsk praksis (93 %) og helsetjenester med antatt distriktsmedisinsk relevans (97 %). De fleste prosjektene hadde et allmennmedisinsk eller et legevaktmedisinsk tema. Evalueringen konkluderte at prosjekter som har fått midler fra *programmet*, har bidratt til distriktsrelevant forskning og fagutvikling. I halvparten av prosjektene var søker fra landets minst sentrale kommuner (sentralitetsklasse 5 eller 6). Funnene tydet på at det har skjedd en utvikling i interessen rundt distriktsmedisin; det er mange unike søkere, få gjengangere og flere nyutdannede med kort fartstid innen primærmedisinsk virksomhet som søker støtte til forskning og fagutvikling.

Finansiering av doktorgrader er ikke en primæroppgave for *programmet*. Likevel er det gjennom årene gitt delfinansiering til doktorgradsprosjekter. Tabell 2 viser de 15 godkjente doktoravhandlingene som har fått støtte. De spenner over mange og høyst ulike temaer. Flertallet har tematikk knyttet til primærhelsetjenesten, og klar forankring i distriktsmedisin. Noen av dem har mer generelle problemstillinger med en doktoravhandling forankret i distrikt. 13 av 15 doktorander er leger, og 12 av 15 disputerte ved UiT. Gitt distriktsmedisinens relevans for Nord-Norge, er det ikke unaturlig at UiT Norges arktiske universitet er vertskap for denne typen doktorgradsprosjekter.

Et ambisiøst mål med *programmet*, som det er vanskelig å undersøke oppnåelsen av, er at det skal bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt. Muligheten til å drive forskning og fagutvikling er trukket fram som attraktivt for helsepersonell i distrikt i flere studier (22).

NSDMs forskning

Det er et viktig mål for NSDM å bidra til nasjonal og internasjonal kunnskapsutvikling om distriktsmedisin. Dette innebærer at tilsatte i hovedsak skal ha forsknings- og veiledningskompetanse, som gjør at de kan forske selv og bidra til at andre kan lære å forske.

Fra 2007 og fram til i dag har NSDM-ansatte og tilknyttede medarbeidere bidratt med nær 100 artikler i fagfellelvurderte tidsskrifter – i tillegg til

Tabell 2: Godkjente doktoravhandlinger som har fått økonomisk støtte fra Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling

Årstall for disputas	Tittel på avhandling	Navn	Universitet
2004	Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunnsbasert hjerte- og kar forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp	Beate Lupton	UiT
2008	Local Public Health Physicians in Norway from 1994 to 2002. A story of everyday life in primary health care	Betty Pettersen	UiT
2008	Explaining risk reductions in medical practice: prevention or postponement?	Peder Andreas Halvorsen	Syddansk universitet
2011	Aspects of health services in Sami areas	Margrete Gaski	UiT
2011	Morally bound medical work. An empirical study exploring moral conditions of doctors' everyday practice	Kari Milch Agledahl	UiT
2011	A community-based factorial trial on Alzheimer's disease. Effects of expectancy, recruitment methods, comorbidity and drug use. The Dementia Study in Northern Norway	Fred Andersen	UiT
2012	A doctor close at hand: a qualitative analysis of GPs' work in cancer care	May-Lill Johansen	UiT
2013	Associations between Primary Health Care and Hospital Utilization among Elderly People in Norway	Trygve Deraas	UiT
2014	The Clinician in Leadership. Perceptions of Style. Perspectives from Rural Primary Medicine in Norway	Jan Hana	UiT
2016	Acute admissions at Hallingdal sjukestugu	Øystein Lappegard	UiO
2017	Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning	Helen Brandstorp	UiT
2018	Livets slutt i sykehjem. Pasientens ønsker og legens rolle	Anette Fosse	UiB
2018	Norwegian General Practitioners Contribution and Participation in Emergency Medicine	Magnus Hjortdahl	UiT
2021	Hvordan kan universitetet ivareta sitt samfunnsoppdrag: med eksempler fra sykepleierutdanningen i Finnmark	Liss Trine Eriksen	UiT
2022	Exploring patient safety in rural general practice – a mixed-methods approach	Martin B. Harbitz	UiT

artiklene i de 15 doktoravhandlingene (tabell 2). Fra 2013 og fram til i dag har senteret publisert 22 forskningsstudier i NSDMs egen rapportserie på norsk. NSDM-ansatte har videre bidratt til studier som er gjennomført i samarbeid med andre forskningsinstitusjoner, og rapportert i deres skriftserier. I tillegg har de bidratt med utallige fagnotater, faglige kronikker og

presentasjoner på konferanser samt nasjonale, regionale og lokale møter. De faglige bidragene har utspring i forskerinitierte prosjekter samt evalueringer og utredninger som er gjort på oppdrag, eksempelvis fra Helsedirektoratet. Det er viktig både å kunne drive fri forskning med utgangspunkt i selvvalgte problemstillinger, og å bidra til at problemstillinger bestemt av ulike oppdragsgivere, belyses på en måte som inkluderer distriktdimensjonen. Det er en bevisst politikk ved senteret å ikke bare publisere i fagfelle-vurderte engelskspråklige tidsskrifter, men også i stor grad på norsk for å bidra til en nasjonal, kunnskapsbasert diskurs om distriktsmedisin og helse-tjenester i distrikt.

Fra 2013 har NSDM hatt en rullerende strategiplan som gir tydelig retning på senterets forskningsaktivitet. Det er lagt vekt på tre områder hvor NSDM skal søke å etablere prosjekter alene eller sammen med andre, publisere forskningsartikler og bidra med ny kunnskap:

- utdanning, rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt
- helsetjenesteutvikling i distrikt med særlig vekt på samhandling og teamarbeid
- helsereformer og distrikt, med fokus på effekter av nasjonal helsepoli-tikk for distriktene (top-down) og av distriktene som modellskapere for nasjonal helsepolitikk (bottom-up)

Noen eksempler på forskningsprosjekter

Forskere ved NSDM har gitt viktige bidrag til gjennomføring av det EU-finansierte prosjektet *Recruit & Retain – Making it work*, som resulterte i utviklingen av et rammeverk for rekruttering og stabilisering av helseper-sonell i distriktene (22). NSDM-forskere har også vært sentrale i evaluerin-gen av Helsedirektoratets nasjonale forsøk både med *primærhelseteam i fast-legetjenesten* (23–26) og med *digital hjemmoppfølging i primærhelsetjenesten* (27). NSDM har gjennomført følgeforskningen av *pilotprosjektet ALIS Vest* (28). NSDM står også bak flere forskningsprosjekter om fastlegeordningen (29–31), og har forsket på effekter av utdanningstiltak for å rekruttere leger og annet helsepersonell til distrikt (32, 33).

NSDM som brobygger og fagpolitisk aktør

Et viktig formål er å bidra til brobygging mellom praksis, akademi og forvalt-ning med distriktsperspektivet som verktøy. Det skjer blant annet ved å arran-gere konferanser, seminarer og andre møteplasser, skrive hørings svar og å delta i arbeidsgrupper, ekspertutvalg, referansegrupper og på debattarenaer – nasjo-nalt og regionalt. NSDM-ansatte har blant annet vært med i Sykehusutvalget, Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, Nasjonalt fagnett-

verk for prehospital akuttmedisin, og NOKUTs sakkyndige komite for evaluering av medisinnutdanningene i Norge. Senterets innflytelse er begrunnet i at det bidrar med forskningsbasert kunnskap om helsetjenester i distrikt. Arbeidet er inspirert av det internasjonale begrepet *rural proofing*, en tilnærningsmåte som brukes i EU og WHO, for å sikre at distriktperspektivet ivaretas i utviklingsarbeid (34). Dette er verktøy som bidrar til å belyse både styrker og utfordringer i utviklingen av helsetjenester i distriktsområder.

NSDM arbeider med fagutvikling i samarbeid med lokale aktører, for eksempel gjennom prosjektet *FørsteBest* som bidrar til lokal samtrening av helsepersonell i legevakt og prehospital akuttmedisin i distriktskommuner. NSDM deltar også i utvikling av rekrutterings- og stabiliseringsprosjekter, som prosjektet *God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen* – et samarbeidsprosjekt mellom lokalsykehuset og kommunene i Vesterålen. Rammeverket som er utviklet gjennom *Recruit & Retain – Making it work*, er tatt i bruk i dette prosjektet.

NSDM har arrangert en rekke konferanser, seminarer og workshoper – ofte i samarbeid med andre organisasjoner – som har samlet fagfolk, ledere og beslutningstakere fra mange nivåer og organisasjoner. På Jubileumsseminaret for fastlegeordningens 15 første år i 2016 (35) ble en kommende krise i fastlegeordningen tydelig varslet. NSDM har også laget godt besøkte arenaer for å diskutere utvikling av legetjenestene i kommunene, ALIS-ordningen og utdanning av leger til distrikt, og generalistkompetanse for en bærekraftig helsetjeneste (figur 3).

Ærespriser fra NSDM

Anders Forsdahl (1930–2006) var distriktslege i Sør-Varanger i tolv år før han kom til Universitetet i Tromsø (UiT) og ble professor i allmennmedisin der. I 1968–1971 kartla han helsetilstanden i det lille lokalsamfunnet Bugøynes, noe som la grunnlaget for Forsdahl-Barker-hypotesen (36).

Anders Forsdahls pris ble opprettet i 2006 til minne om hans enestående praktiske og akademiske virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste. Prisen deles ut hvert år til en person som over tid har gjort en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge (figur 4). Så langt har 19 personer mottatt prisen (37).

Ellisif Wessel (1866–1949) kom til Sør-Varanger i 1902, og hun var gift med Anders Bredahl Wessel (1858–1940), en markant allmennlege. Via tekst og fotografi viste hun et unikt og modig engasjement for å formidle og påvirke de som hadde makt lokalt og sentralt. NSDM deler ut *Ellisif Wessels minnepris* som hedrer en ikke-lege for stort/langvarig engasjement for helsetjenestene i distrikts-Norge. Prisen er bare delt ut to ganger hittil (38).



Figur 3: NSDM og leger fra sykehus og kommuner i Vesterålen inviterte til workshop på Stokmarknes i mars 2024 der temaet var: Generalist-kompetanse for en bærekraftig helsetjeneste. Workshopen samlet 60 deltakere fra små og store sykehus, primærhelsetjeneste, Helsedirektoratet, forsknings- og utdanningsmiljøer, klinikere, ledere, pasientombud og Legeforeningen. Foto: Silje Kristina Sørensen



Figur 4: Anders Seim mottok Anders Forsdahls pris i 2017 av daværende leder Helen Brandstorp, under Nidaroskongressen. Foto: Tove Rutle, Utposten

Internasjonalt arbeid og kontaktnett

Distriktsmedisinske styrker og utfordringer har mange fellestrekk i ulike verdensdeler og nasjoner, men det er også store forskjeller på grunn av geografi, organisering, finansiering, grad av velstand/fattigdom, utdanningsordninger, kultur og politiske forhold. Gjennom nettverksorganisasjoner som WONCA (39) med distriktsmedisinske underavdelinger (WONCA Rural og EURIPA) utveksles akademiske, kliniske og helsepolitiske tanker og erfaringer.

NSDM har kontakt med alle nivåene i de internasjonale distriktsmedisinske organisasjonene i WONCA, og er nylig invitert inn i to ekspertgrup-

per i WHO om distriktshelsetjenester. NSDM har også deltatt i flere internasjonale forsknings- og utviklingsprosjekter, som for eksempel Recruit and Retain – Making it Work (22), et covidprosjekt (40) og det omfattende prosjektet Rural Health for Peace i Colombia på oppdrag fra Utenriksdepartementet (41).

Litteratur

1. *Kommunale utviklingstrekk*. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023.
2. *Tabell 09280: Areal av land og ferskvatn, etter kommune (km²) (K) 2007–2025*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. (2.7.2025)
3. *Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986–2025*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. (2.7.2025)
4. Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. *American Journal of Public Health* 2005; 95: 1149–1155.
5. Schjønby HP. Om distriktsleger og hvordan de hadde det. *Michael* 2007; 4: 88–103.
6. Murphy P, Burge F, Wong S. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *Rural Remote Health* 2019; 19: 4911.
7. *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Report No: 9240024220. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229> (3.7.2025)
8. Cosgrave C, Malatzky C, Gillespie J. Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 314. doi: 10.3390/ijerph16030314
9. Tyrihjel J, Godager G, Pedersen K et al. *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Endelig evalueringsrapport (IV)*. Oslo: Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Helse og samfunn, 2025.
10. Abelsen B, Brandstorp H. *Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2018.
11. Cosgrave C. The Whole-of-Person Retention Improvement Framework: A Guide for Addressing Health Workforce Challenges in the Rural Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17: 2698. doi: 10.3390/ijerph17082698
12. Holloway P, Bain-Donohue S, Moore M. Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *Australian Journal of Rural Health* 2020; 28: 543–554.
13. *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2003. https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalgets_rapport_allmennlegetjenesten.pdf (7.9.2025)
14. Delalic L, Grøslund M, Godager G et al. Continuity of care in general practice in Norway. *PLoS One* 2024; 19: e0305164.
15. Brandstorp H. Fra Alma mater til Tana. *Utposten* 2002; 31: 11–14.
16. Gaski M, Abelsen B, Fosse A. *Kunnskapsoppsummering: Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i distriktskommuner?* Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2022.

17. Raknes G. *Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt*. Bergen: Universitetet i Bergen, 2015.
18. Bliksvær T, Olsen T. *Gøy på landet? Evaluering av en strategisk satsning for å stabilisere legesituasjonen i nordnorske distriktskommuner*. Arbeidsnotat nr. 1015/03. Bodø: Nordlandsforskning, 2003.
19. Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling (Programmet) <https://www.nsdsm.no/program-for-distriktsmedisinsk-forskning-og-fagutvikling/>. (2.7.2025)
20. Svensson A. Distriktsmedisin. *Utposten* 2006; 35: 45.
21. Møretro M. *Aktivitet og måloppnåelse for «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling»*. En deskriptiv retrospektiv analyse av perioden 2003–2023. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, 2024.
22. Abelsen B, Strasser R, Heaney D et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health* 2020; 18: 63. doi: 10.1186/s12960-020-00502-x
23. Aandahl E, Abelsen B, Fosse A et al. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018–2023 (Statusrapport VI)*. Oslo: Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Oslo Economics, 2024.
24. Pedersen K, Løyland H, Sæther E et al. Primærhelseteam – en mer teambasert fastlege-tjeneste. *Magma* 2023; 26. <https://doi.org/10.23865/magma.v26.1421>
25. Abelsen B, Pedersen K, Løyland HI et al. Expanding general practice with interprofessional teams: a mixed-methods patient perspective study. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 1327. doi: 10.1186/s12913-023-10322-z
26. Snilsberg Ø, Aandahl E, Abelsen B et al. Kom primærhelseteam i fastlegjetjenesten for å bli? Refleksjoner i forsøkets kjølvann. *Utposten* 2025; 54.
27. Sten-Gahmberg S, Pedersen K, Harsheim IG et al. Pragmatic randomized controlled trial comparing a complex telemedicine-based intervention with usual care in patients with chronic conditions. *European Journal of Health Economics* 2024; 25: 1275–1289. doi: 10.1007/s10198-023-01664-w
28. Abelsen B, Fosse A, Brandstorp H. *Pilotprosjektet ALIS-Vest: en utprøving av utdanningsstillinger i allmenmedisin. Sluttrapport fra følgeevaluering*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2023.
29. Gaski M, Abelsen B. *Fastlegjetjenesten i Nord-Norge*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2018.
30. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2016.
31. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2015; 136: 2045–2049.
32. Abelsen B, Fosse A, Gaski M et al. Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt – en oversiktsartikkel. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0253
33. Westlie Å, Gaski M, Abelsen B et al. Leger utdannet i Bodø: hvem er de og hvor blir de av? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0254
34. European Union. Rural proofing. https://rural-vision.europa.eu/action-plan/cross-cutting/rural-proofing_en. (2.7.2025)

35. 15 år med fastlege. https://nsdm.no/arkiv/filarkiv/File/konferanser/Fastlege2016_ferdig_web.pdf, (3.7.2025)
36. Vangen S, Nordhagen R, Lie KK. Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 4: 451–453.
37. Anders Fordahls pris. <https://www.nsdm.no/anders-forsdahls-pris/> (3.7.2025).
38. Ellisif Wessels pris. [Ellisif Wessels pris | NSDM](#), (3.7.2025)
39. WONCA Global Family Doctor. <https://www.globalfamilydoctor.com/> (4.7.2025).
40. O’Callaghan ME, Casey M, Pearl D et al. COVID-19 open data: An ecological study and international collaboration examining pandemic trends in Northern Periphery arctic countries. *Health Informatics Journal* 2025; 31: 1–17.
41. *Rural Health for Peace – a health collaboration between Colombia & Norway. Final report 2018–2022*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2022.

Vi takker professor Steinar Hunskaar for grundig og god oppfølging gjennom hele skriveprosessen, og divisjonsdirektør i Helsedirektoratet Helen Brandstorp for gjennomlesing av manus og nyttige innspill.

Birgit Abelsen

birgit.abelsen@uit.no

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin
9037 Tromsø*

Birgit Abelsen er cand.scient. i statistikk, master i folkehelsevitenskap og PhD i helsevitenskap. Hun er professor i helsetjenesteforskning og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Anette Fosse

anette.fosse@uit.no

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin
9037 Tromsø*

Anette Fosse er spesialist i allmennmedisin og PhD i sykehjemsmedisin. Hun er leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Artikkelen er fagfellevurdert

Øivind Larsen: Fra perm til perm – et liv i medisinsk historie

Michael 2025; 22: 446–457

doi: 10.5617/michael.12767

Øivind Larsen snakker verken høyt eller gjerne om seg selv. Men når han gjør det, er det som å åpne en gammel bok med skinnrygg og gullbokstaver: Du kjenner patinaen av år som har gått, og sidene er fulle av historier fra et langt liv – om mennesker, reiser, kultur og ideer. Fra gårdsbruk og bygårder – til klaver og kamera. Aller mest handler det om medisinsk historie og om tidskriftet Michael, som han har redigert og formet siden 2004. Men nå lukkes dette kapittelet.

Vi skal gjennom det meste, men først: traktoren. Kanskje ikke det man gjerne forbinder med Øivind Larsen? Men for å få øye på hele mannen bak *Michael* – ikke bare den sindige og stillfarne akademikeren – starter vi med en gammel Gråtass på familiegården i Onsøy utenfor Fredrikstad.

Verdig alderdom for Gråtass

I 1982 fikk Øivind Larsen (f. 1938) en idé som luktet rust, olje og mekking. Han overtok en velbrukt 1946-modell Ford-traktor fra slektninger på Jevnaker, og fikk den fraktet til gårdsbruket i Østfold, som han hadde overtatt etter bestefaren. Gråtassen trengtes egentlig ikke på gården, men den fortjente restaurering og en verdig alderdom. Problemet var at reservedeler var vanskelige å få tak i. Løsningen? Å samle likesinnede i et nettverk – et frø som ble sådd i et innlegg han skrev i Bondebladet. Og ideen slo an!

– Jeg liker å få til ting sammen med andre, og det fungerte også her, forteller Øivind. Dermed ble foreningen *Gammeltraktorens Venner* stiftet – med Øivind i styret i flere år. Han er fortsatt én av 2600 medlemmer som er opptatt av å bevare landbruksteknisk historie.

Hva er medisinsk historie?

Siden *Michael* er et dugnadsprosjekt – drevet av fem ubetalte redaktører og med en representasjonskonto som knapt dekker en hyggelig julemiddag med dessert, har *Michaels* utsendte villig latt seg invitere til lunsj på Øivinds asiatiske stamsted Mei Wei, noen kvartaler fra bygården i Sofies gate 5, der han bor med ektefellen Ingegerd Frøyshov Larsen. De traff hverandre tidlig i medisinstudiet og siden har det vært dem. Hun har alltid delt Øivinds interesse for medisinsk historie og formidling – og for fjerne kulturelle reisemål.

Som gründer av *Michael*, redaktør i 21 år og professor emeritus i medisinsk historie er det nettopp medisinsk historie han helst vil snakke om.

– Hva er egentlig medisinsk historie, slik du ser det?

Svaret kommer kjapt, dette er han vant til: – Medisinsk historie kan være så mangt. For meg handler det om studiet av medisin og helse i sin kontekst av tid og rom, med særlig vekt på tidsaspektet – de lange linjer gjennom historien. Faget krever en utpreget tverrfaglig tilnærming, og denne tverrfagligheten blir en kompetanse i seg selv.

Faget medisinsk historie har han lært gjennom utdanning, erfaring og et bredt kontaktnett i Danmark, Sverige, Tyskland og England. Han var med på å stifte European association for medicine and health (EAHMH) i London i 1989, og i en periode var han formann i organisasjonens Scientific board.

Øivind Larsen har et langt medisinsk-historisk liv å se tilbake på med venner og kolleger over hele verden: – Faktisk har jeg i mer enn femti år hatt kontakt med historiker-demografen Arthur E. Imhof i Berlin. Samarbeid med Jan Sundins gruppe ved Tema Hälsa ved Linköpings Universitetet – som er et tverrfaglig institutt helt etter min smak – ga meg også mye. I London lærte jeg forskningsmetoden for nyere historie, «witness seminar», som vi i Norge kaller aktørseminar. Vi var en gruppe som tok metoden i bruk her hjemme, og de fleste referatene er publisert i *Michael*.

Stolt av *Michael*

Det var Øivinds idé å kalle opp tidsskriftet etter Michael Skjelderup (1769–1852), Norges første professor i medisin og en av grunnleggerne av *Det norske medicinske Selskab* i 1833. Navnet *Michael* bærer arven med seg og skal minne oss om tidsskriftets akademiske profil og historiske røtter.

Sammen med Magne Nylenna (f. 1952) har Øivind Larsen bygd opp *Michael* fra grunnen, med fagartikler og kommentarstoff som har vært med å forme et helt fagfelt. I trykt versjon kommer tidsskriftet i posten til 350 abonnenter fire ganger i året, men på nettet kan det leses av alle – når som



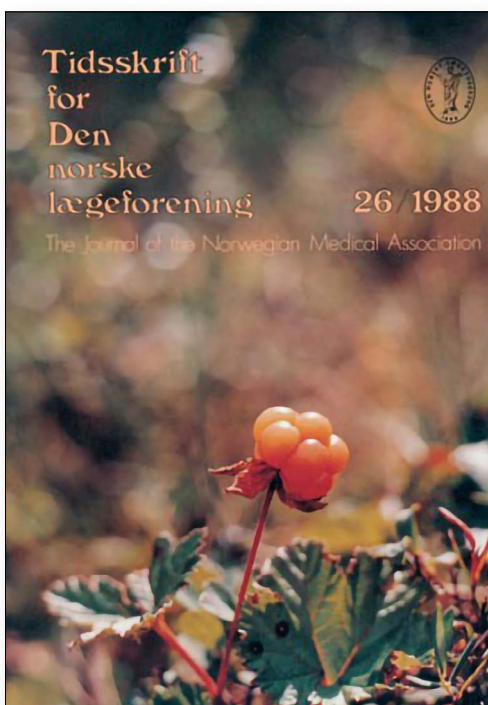
Øivind Larsen er stolt av Michael og dagnadsarbeidet han og en liten redaksjon har nedlagt siden 2004. De fleste numrene er redigert og korrekturlest på hjemmekontoret i Sofies gate 5. Foto: Ingvild Jønsberg

helst. Hittil er det også publisert 34 supplementer. Alle utgivelser fra 2004 til i dag er digitalisert, men papirutgaven består.

– Hvordan oppsummerer avtroppende redaktør utviklingen av *Michael*?

– Jeg er simpelthen stolt av *Michael*. Det er blitt stadig mer profesjonelt og bedre for hvert nummer, i alle fall slik jeg ser det – høyst subjektivt. Og redaksjonen sørger for at *Michael* alltid kommer ut til riktig tid, uten forsinkelser. Det er viktig, oppsummerer Øivind. – Da vi startet, var utfordringen å få til et profesjonelt og «ferdig» uttrykk allerede fra første nummer. Magne og jeg jobbet mye med å skape en tillitvekkende layout som skulle være uforandret over lang tid.

Man kan vel trygt si at dette målet er nådd. *Michaels* forsider har vært like stabile som utgivelsesplanen, og professor Skjelderups kloke blikk har prydet den grågrønne forsiden i 20 år. Først i 2024 ble ideen om modernisering luftet i redaksjonen. Og slik ble det: Øivind leter i sitt rikholdige fotoarkiv og finner noe der – eller et annet sted – som passer til temanum-



Skjorbuksykdommen nevnes i medisinsk historie gjerne sammen med molter, som hadde ry på seg både som behandling og forebygging. Øivind Larsen har interessert seg spesielt for dette, og det var derfor helt naturlig for ham å velge et motiv fra en hemmelig moltemyr i Valdres til forsiden på Tidsskriftet nr. 26/1988.

meret. Noen ganger drar han av gårde ens ærend for å knipse et bilde, og skriver tekst som utfyller motivet.

– Bildet kommer først. Jeg begynner med det. Så skriver jeg teksten. Slik kan jeg binde bilde og tekst sammen på en god måte.

Å lage forsider er ingen ny aktivitet for Øivind som har hatt et kamera rundt halsen siden guttedagene. I 1984 fikk han i oppdrag av redaktør Ole K. Harlem (2017–2003) å levere forsider til *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Magne Nylenna videreførte tradisjonen da han overtok som redaktør i 1987. Frem til 2003 leverte Øivind 537 forsider med tilhørende tekst – før den nye redaktøren Charlotte Haug ville tenke nytt. Han kaller fotojobben for «en nokså omfattende ubetalt hobby». *Tidsskriftet* kom ut hver tiende dag, og Øivind innrømmer at tempoet tidvis kunne bli ganske svett. Men hobbyen viste seg å bli svært morsom faglig sett, til tross for all den tiden den tok. Utgiftene til film, fremkalling og forstørrelser ble betalt av *Tidsskriftet*. Honorar fikk han ikke og reiser dekket han selv. Men han så på jobben som sitt bidrag til *Tidsskriftets* dugnadsånd.

Fra Sofies gate til Tromsø

Hjørnegården i Sofies gate nedenfor Bislett har vært i familiens eie siden oldemors tid – bokstavelig talt.

– Oldemor var en tøff dame! Hun var jenta fra Damstredet som giftet seg med gutten i nabohuset. Han gikk til sjøs og avanserte til skipskaptein. Men da skipet hans kom til Liverpool i 1885, fikk mannskapet kolera og han døde, forteller Øivind. Enken med en datter på ett år måtte klare seg selv. Hun startet kolonialforretning, men ved siden av å drive butikken fikk hun oppført flere bygårder for utleie, blant annet Sofies gate 5 som stod ferdig i 1894.

Hele livet har Øivind bodd i denne gården, med noen avbrudd under turnustjeneste ved Østfold Sentralsykehus og i distrikt i daværende Hemne kommune i Trøndelag. Fra 1971 pendlet han fra jobben ved Universitetet i Oslo til Tromsø og underviste i medisinsk historie der. I 1976–1977 var han konstituert professor i samfunnsmedisin i Tromsø – fortsatt som pendler.

– Ikke rart at junior på tre år trodde at fatter'n jobbet på Fornebu flyplass, humrer han.

Øivind forteller om en intens tid i Tromsø på 1970-tallet, en tid preget av steile politiske fronter og kompromissløst studentdemokrati. Men det var også en lærerik periode som bekreftet at medisinsk historie var en del av samfunnsmedisinen. Men så ble flyturene færre, alt ble roligere og han vendte tilbake til ektefelle og to barn i Sofies gate og til dosenturet i medisinsk historie.

Ryddegutt i skolebiblioteket

Som elev på Oslo Katedralskole, bedre kjent som «Katta», fikk Øivind en ettermiddagsjobb med å rydde i skolens bibliotek. Biblioteket rommet blant annet gamle skatter med snirklete skrift fra boktrykkerkunstens tidlige år.

– Mitt fortrinn var at jeg kunne lese gotiske bokstaver. Og jeg var god i tysk, sier han, og gir moren som var tysklærer, æren for det. Etter eget utsagn leste han mer enn han ryddet i skolebibliotekets bøker. Sansen for alt det spennende som kunne finnes i gamle kilder, var vekket. På gymnaset skrev han en særoppgave om utlendingers reiser i Norge på 1700- og 1800-tallet. Kildene var de gamle bøkene som han fikk tilgang til i Gamle Deichman-samlingen på Hammersborg.

– Jeg ville gjøre noe mer ut av historieinteressen min. Da jeg studerte medisin, vokste det frem i meg en slags årvåkenhet for sykdomsoppfatningens betydning. Kanskje kunne eldre litteratur bidra til innsikt? Jeg tok for

meg diagnosen *skjorbuk* som forekom så ofte både i faglitteratur og skjønnlitteratur lenge før man visste at årsaken var C-vitaminmangel.

Øivind fant etter hvert frem til en svensk utgave av Olaus Magnus' historie om det nordiske folk fra 1550-tallet – et verk der også skjorbuk omtales. Øivind skrev en analyse der han problematiserte innholdet i ordet skjorbuk i en tid da fattigdom og dårlige hygieniske forhold påvirket folkehelsen minst like mye som mangel på vitamin C.

Han sendte en bearbeidet utgave av manuskriptet til Nyco, som hadde utlyst en prisoppgave. Temaet passet ikke for Nyco, og oppgaven ble ikke bedømt. Men han fikk gode råd og anbefalinger som blant annet skaffet ham verdifulle kontakter i København. Og den lille boka *Olaus Magnus og skjorbuk* ble utgitt i København i 1963. Da forfatteren søkte stilling som universitetsstipendiat ved Hygienisk institutt ved Universitetet i Oslo, var boka vedlagt søknaden. Den hjalp ham inn i akademien i 1964. Der fikk han professor Haakon Natvig (1905–2003) som sjef og inspirerende veileder.

– Siden har jeg vært i gamet, konstaterer Øivind, og betyr at han aldri har ønsket å gjøre noe annet. – Medisinsk historie, faget i skjæringspunktet mellom samfunnsmedisin, historie, sosiologi og samfunnsgeografi, er stadig like inspirerende!

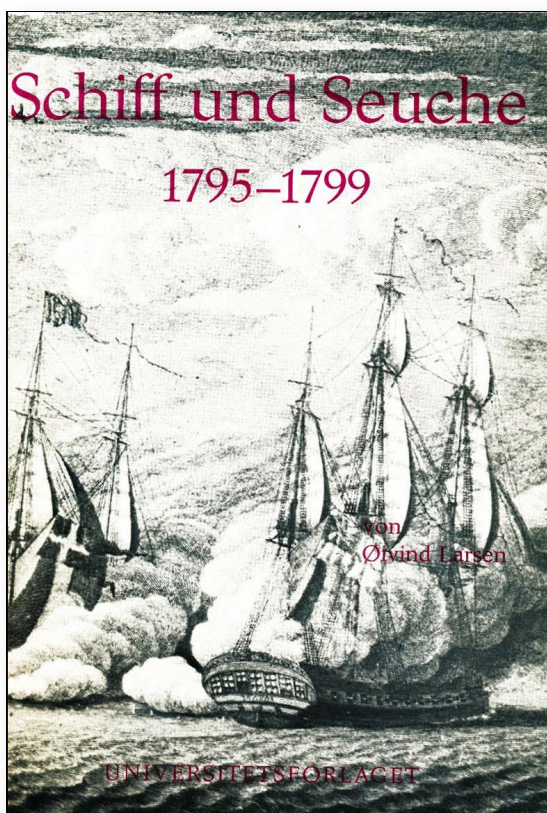
Doktorgrad fra Vest-India

På Hygienisk institutt engasjerte Øivind Larsen seg i epidemiologiske studier, blant annet med røykevaneundersøkelser og hemoglobinundersøkelser blant rekrutter i Østfold, kombinert med militærtjeneste som sesjonslege. Samtidig planla han doktorgradsarbeidet sitt. Han var på jakt etter en gruppe mennesker som levde isolert, for å finne ut hvordan sykdom og smitte utvikler seg i en avsondret populasjon. Via kontakter i København fant han ut at sjøfolk på dansk-norske skip som seilte til Vest-India i 1790-årene, var en gruppe som egnet seg for hans prosjekt. Og kildetilfanget om Vest-indiafarten var meget godt i Københavns arkiver.

I avhandlingen *Schiff und Seuche 1795–1799* (1968) beskriver og diskuterer han helseforhold blant sjøfolkene i de smittsomme sykdommers tid.

– De danske legene var slett ikke tapt bak en vogn i 1795. De var veldig nøye med helsekontrollen for sjøfolkene før de slapp dem om bord. Derfor gikk det ganske bra. Også hygiene og forpleining var godt ivarettatt på de dansk-norske marinefartøylene. Det samme kunne man ikke si om andre lands flåter, for eksempel Englands, der de hanket inn folk fra kneiper og tilfeldig på gata. Resultatet der var bare sykdom, død og elendighet, forteller Larsen.

Da Øivind Larsen i 1968 ga ut sin monografi Schiff und Seuche 1795–1799 om helsesituasjonen for marinemannskaper i Dansk Vestindia på slutten av 1790-årene, var det foreløpig ikke så vanlig å bruke en epidemiologisk tilnærming til historisk arkivmateriale.



Helt tilfeldig fikk han også tak i korrespondansen som en av skipslegene hadde ført med faren sin, som var stadsfysikus i København. I skipslegens brev og dagbok er det mye uformell informasjon om livet på de danske øyene St. Thomas, St. Croix og St. Jan.

– Med historisk metode kan man få frem mye interessant lærdom som er overførbar også til vår tid.

Bedriftslege med skrive lyst

Sjefen til Øivind, Haakon Natvig, var nøye med at stipendiatene som jobbet med teoretiske ting, også måtte ha et bein ute i virkeligheten.

– For Natvig var dette beinet bedriftsmedisinordningen. Dette var et interessant medisinsk felt i 1960-årene. Ordningen fylte en viktig nisje i en tid før vi fikk store reformer som folketrygden, arbeidsmiljøloven, kommunehelsetjenesteloven og fastlegeordningen. Faglig sett var ordningen meget interessant. I ly av legerollen fikk man innblikk i medisinske forhold som opptok folk som ikke var pasienter. Dessuten ble mange store epidemi-

ologiske undersøkelser gjennomført i norsk bedriftshelsetjeneste på den tiden. Det var en aktivitet som ble møtt med stor entusiasme av dem det gjaldt, minnes Øivind.

På 1960-tallet var bedriftslegejobben for de fleste en deltidstilling. De egentlige arbeidsmedisinerne fant man bare i de store bedriftene. Selv var Øivind deltids bedriftslege i Siemens i mer enn 25 år (1970–1996). Han engasjerte seg raskt i bedriftslegenes fagmiljø. Skrivelysten fikk han utløp for som redaktør for *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin*, et blad som i hans hender vokste ut av en liten blekke som het *Nirnytt*.

– Nir betydde «Nordiska industriläkarrådet». Kan du tenke deg et så håpløst navn som *Nirnytt*? uffer han seg. Han ville skape noe bedre, et forum som kunne samle bedriftslegene og gi dem mulighet til å presentere og dokumentere faglig arbeid. I 18 år holdt han det gående. Med stor entusiasme arrangerte kollegene samtidig populære kurs som styrket fagmiljøet og finansierte driften av bladet.

– Jeg tror det ble et godt tidsskrift som bidro mye til fagutviklingen. Det var aldeles ikke banebrytende forskning der, men det tok vare på det faglige og stimulerte nysgjerrigheten. Vi ga også ut supplementbøker, opplyser Øivind.

Men da legespesialiteten i arbeidsmedisin kom i 1991, endret alt seg. Kurs ble for mange av legene en jakt for å samle nok poeng til spesialiteten, ikke noe man tok av interesse for temaene.

– Det var som å skru av en bryter. Også tidsskriftet mistet sin sjel. Legeforeningen tok livet av det, sier han. Punktum.

Kurs er bra, skrift er bedre

– *Michael* begynte ikke med en redaksjonsplan, men med et behov, poengterer Øivind. Skreddersydde publikasjonsorganer for medisinsk historie med samfunnsmedisinsk vinkling var mangelvare. Så kom 2003, og en idé som Larsen hadde hatt lenge, fikk vind i seilene – en egen medisinhistorisk publikasjonskanal.

– 2003 var et viktig år for medisinsk historie. Det var 400-årsjubileum for norsk offentlig helsevesen, og det ble holdt en stor internasjonal konferanse om medisinsk historie i Oslo. Folk kom fra fjern og nær, forteller han begeistret. Hans neste tanke var: Nå slår vi til. Nå lager vi et tidsskrift.

Som formann i *Det norske medisinske Selskab* fikk han styret med på å etablere *Michael* som en skriftlig plattform for formidling og faglig refleksjon.

– Trykksaker som man kan finne tilbake til i biblioteket, er noe helt annet enn kurs og møter, sier Øivind om drivkraften bak ideen.

Magne Nylenna var straks med på notene. Redaksjonsmøtene var korte, men effektive: – Bare Magne og jeg, og det gikk jo greit, sier Øivind.

De hadde mer enn nok stoff til de første numrene av *Michael* fra konferanser og fagmiljøer. Ideen om supplementer tok Øivind med seg fra *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin*.

– De første årene levde *Michael* på overskudd fra 400-årsjubileet og andre konferanser, men så overtok Selskabets kasse finansieringen. Supplementene har vært separat finansiert hele tiden. Målet har vært at de skal subsidiere de vanlige *Michael*-numrene. Eventuelt underskudd har vi sett på som en investering i faglig arv.

Samfunnsmedisinens fremtid

Øivind Larsen, som ble Norges første professor i medisinsk historie i 1985, var bestyrer for Instituttgruppe for allmennmedisinske og samfunnsmedisinske fag fra 1993 til 1999. Fortsatt har han emeritus-kontor i Frederik Holsts hus bak Ullevål sykehus, der dagens Institutt for helse og samfunn holder til.

Spørsmålet om samfunnsmedisinens fremtid får Øivind Larsen til å nøle: – Det vil jeg ikke ha sagt noe om, sier han først. Men så kommer refleksjonene, erfaringsbaserte og med et snev av uro.

– Faget samfunnsmedisin har forandret seg. Jeg synes den tidligere bredde og faglige nysgjerrigheten har bleknet noe. Jeg er usikker på hvor gunstig tilpasningen til rollen som kommuneoverlege er for samfunnsmedisin som et frittstående fag, svarer han. Refleksjonene hans er forankret i den lange og nære kontakten med fagets utvikling, både som underviser og som medarbeider i flere utgaver av Haakon Natvigs lærebok i hygiene. For lærebøkene fra 1993, 2003 og 2008 var han hovedredaktør.

– For meg er samfunnsmedisin læren om samspillet mellom helse og samfunn, det uavhengige faget. Dette er ikke det samme som forankring for legespesialiteten i samfunnsmedisin, sier han, men han vil ikke spå om fremtiden. Den overlater han til Legeforeningen og andre involverte aktører.

Fem bind om Norges leger

Øivind Larsen har alltid hatt et blikk for helheten og en iboende evne til å fullføre prosjekter han tror på. *Norges leger*, den store fembindsoversikten over norske leger, sier mye om hans utholdenhet og systematiske tilnærming. Han var redaktør både for 1986- og 1996-utgaven. Den første tok for seg alle leger som levde i 1986. Ti år senere skulle en ny utgave av *Norges leger* omfatte både levende og døde, fra så langt tilbake som kildene tillot, og

frem til 1996. De levende fikk brev om å sende inn små biografier, mens de døde ble oppført med det som fantes av informasjon. Biografiene ble redigert etter en mal, og på det meste var det rundt 40 studenter som hjalp til.

Kvalitetssikringen var alt annet enn enkel. Noen skrev side opp og side ned, andre leverte bare fødselsår og utdanning. Redigeringen bød på utfordringer: – For eksempel var det en som sendte inn et bilde av en kamel istedenfor et portrett av seg selv. Bare én lege nektet plent å bli omtalt, sier Øivind, uten å nevne navn. Til slutt gav redaktøren etter for presset. Men i forordet til *Norges leger* 1996 står det at alle norske leger er med – unntatt én.

Norges leger fra 1986 ble revet bort: – Den er nærmest blitt et samleobjekt, kommenterer Øivind. Naivt beruset av suksessen fra 1986 ble det trykket for mange eksemplarer i 1996. Legeforeningen hadde lagt ut mye penger som etter planen skulle dekkes inn av salget. Øivind hadde kalkulert hva verket burde koste, men prisen ble satt lavere enn planlagt: – Hadde vi solgt settet for 2000 kroner, som jeg sa, hadde det gått rundt. Men det ble solgt for 1800 kroner. Da ble det underskudd.

Et senere landsstyrevedtak sa at arbeidet skulle følges opp, og en ny utgave forberedes. Det ble det ikke noe av. Da Øivind Larsen var ferdig med 1996-utgaven, visste han: Dette gjør iallfall ikke jeg igjen.

Som en del av *Norges leger*-prosjektet, samlet han stoff og redigerte *The Shaping of a Profession*, tilleggsbindet om legeprofesjonens utvikling i Norge – utgitt på et amerikansk forlag: – Det er ingen annen bok som forteller den historien. Den handler bare om Norge, men er skrevet slik at den også er interessant for et internasjonalt publikum. At boken fortsatt er i salg, bekrefter det, mener Øivind.

Naboen til Harry Hole

Forfatteren Jo Nesbø bodde for mange år siden tvers over gaten for familien Larsen, og i krimbøkene sine har han skaffet Harry Hole leilighet i Sofies gate 5. Hvorfor Nesbø valgte bygården til Øivind som bosted for den litt forsofne politietterforskeren, er antakelig ikke mer komplisert enn at adressen lå snublende nær. Øivind innrømmer at det var han som egenhendig limte Holes navnelapp på en ledig ringeklokke i hjørnegården for mange år siden. Når noen ringer på, klinger det på Øivinds arbeidsrom. Hver tirsdag klokken 18:50 er han tilgjengelig for arrangerte turgrupper som vil treffe Harry Hole.

Han forteller gladelig hvordan seansen foregår: – Hvis noen trykker på ringeklokken til Harry, så kommer jeg i vinduet med en bekymret mine,

og svarer. Det gruppen ikke vet, er at jeg ofte rett før har hatt kontakt med turlederen som har snappet opp noen fellestrekk ved gruppen. Jeg dikter da en passende historie før de ankommer om hvorfor Harry Hole dessverre ikke er hjemme nå. Hvis de for eksempel er fra Ålesund, kan jeg utbryte: «Så synd! Harry er i Ålesund akkurat i dag i forbindelse med en foreløpig hemmelig narkotikasak med et mulig grotesk mord.»

Folk kommer enkeltvis også, det står visst i en eller annen Oslo-brosjyre at man kan gjøre det. Og nylig var tsjekkisk TV utenfor og gjorde opptak. Det er tydelig at Øivind morer seg like mye som Hole-fansen, og han har foreløpig ingen planer om å gi opp omsorgen for den forfyllede Harry Hole.

– Det er artig å se hvordan voksne folk kan være så langt inne i Harry Hole-boblen at de lar seg servere det villeste vår uten å blunke, humrer han. – Jeg kjenner jo Harry Hole ganske godt, da. Han er ikke alltid helt edru heller, og i lange perioder har han ikke lappen. Da sier jeg at det er jeg som kjører for ham, sier Øivind med alvorlig mine. – Så jeg opplever mye, som du skjønner.

Bøker til randen

Den store leiligheten i Sofies gate 5 er fylt til randen av bokhyller – i kjeller og loft og overalt hvor det er mulig å tvinge inn en bok. Også stabburet på familiegården i Onsøy, der datteren nå bor, bugner av skrevne ord. Og det gjør også familiens Shangri-la; den egenhendig tegnede, 60 år gamle tømmerhytta som ligger ensomt til i de dype Valdres-skogene.

Men mellom bokstabler og tidsskriftbunker er det alltid plass til et piano. Musikk har vært en stor del av Øivinds liv siden han tok pianotimer i barneårene som en del av dannelsen. Som voksen spilte han hos en inspirerende pianolærer i over 30 år. Senere har han alltid angret på at han ikke brukte mer tid til klaverspill.

– Hvis du absolutt må nevne noe om mine pianoferdigheter kan du skrive at jeg var på toppen som 15-åring. Og siden har det gått nedover. Nå er alt nærmest borte. Ingen må høre meg spille.

Både Ingegerd, barna og de fire barnebarna har en solid plass i livet hans. Ingen tvil om det.

– Ifølge min kone er det bøkene som holder ekteskapet sammen. Hun sier til meg: Du har din fulle frihet. Bare gå, du, men ta bøkene dine med deg. Da sier det seg selv hva svaret blir, ler han med glimt i øyet.

Plagsomme ideer

Øivind Larsen vil heller snakke om boksamlingen til Det norske medisinske Selskab enn fremtiden for egne overfylte hyller. Selskabets samling begynner

seg i kjelleren på Frederik Holsts hus. Den ville ha samlet enda mer støv hvis ikke Kristine Lillestøl, medisinsk genetiker, medisinhistoriker og styre-medlem i Selskabet, hadde registrert og systematisert samlingen. Den ble flyttet fra Drammensveien 44 da Legeforeningen solgte eiendommen.

– Noe må skje for å bevare denne samlingen for ettertiden. Bøker som ingen vet hvor er, har ingen funksjon, sier Øivind bestemt.

Øivinds redaktørrolle i *Michael* er over etter mer enn 21 år: – Det er vemodig, men det er en tid for alt. Å være redaktør medfører mye praktisk arbeid, periodevis svært mye, særlig når man skal være med på hele prosessen fra idé via manuskript til korrektur og ferdig hefte eller bok på papir og nett. Dessuten har jeg fått noen aldersbetingede kapasitetsbegrensninger som gjør at det er best å slutte mens leken er god, forklarer 87-åringen.

Redaksjonen vil gjerne beholde en snipp av Øivind. Han vil fortsatt levere bokanmeldelser og bidra med fagfellelvurderinger. Og kanskje vil et og annet foto finne veien fra Øivinds arkiv til *Michaels* forsider.

Øivind røper en plage han sliter mye med: – Idéene. De slipper ikke taket, men fortsetter ubønnhørlig å komme, natt og dag. Forferdelig. Nesten plagsomt. En viktig jobb for meg er å skyte ned de fleste av dem.

Jeg tror ham ikke og spør hva han har på beddingen nå. Alle vet at han alltid skriver på et eller annet. Han er unnnvikende og taus. Sier noe om å skyte skinnet og selge bjørnen – eller var det kanskje omvendt, og rister avvergende på hodet. Ingen kommentar.

Desserten kommer på bordet på Mei Wei. Samtalen fortsetter. Om Gråtass som er overhalt med originale deler fra USA og lever i beste velgående. Det gjør også Øivinds ideer. Idet han lekker et nytt prosjekt, og mumler mer om ikke å selge skinnet før bjørnen er skutt, står én ting klart: Den bjørnen sover ikke.

Nina Husom

Nina.husom@outlook.com

Vækerøveien 195b

0751 Oslo

Nina Husom er manusredaktør i Michael. Hun er fysioterapeut og journalist og har en master i helseadministrasjon (MHA-studiet).

Michael

vol. 22, 2025, innhold

Michael 1-2025: Prioritering – Medikalisering

Leder

Helsetjenester og prioriteringer – hvor går veien videre?

Jan Frich 7

Medikaliseringens firedobbelte makt

Bjørn Hofmann 12

Tema

Diagnostiske kategorier brukt i kosmetisk medisin i Norge

Ingebjørg Rikhardsen, Henrik Vogt 17

Bruk av prioriteringskriteriene på gruppe- og individnivå

Jan Frich, Carl Tollef Solberg 29

Evaluering av nye intervensjoner – helsetjenesteperspektiv eller samfunnsperspektiv?

Hans Olav Melberg 38

Prioritering er mer enn å rangere behandlinger

Berit Horn Bringedal 43

Artikkel

Lindrende sedering i livets slutfase: forslag til revisjon av retningslinjene

Lars Johan Materstvedt, Olav Magnus Søndena Fredheim 52

Bokanmeldelser

Legelivet 2.0

Jo-Endre Midtbo 60

For kategorisk om kroppens rytmer

Harald Hrubos-Strøm 62

Medisinsk etikk med behov for begrepshjelp

Berge Solberg 64

Fortsatt forarget aktivist

Arvid Heiberg 66

Interessant om kirurgi og kirurger

Steinar Solberg 68

Doktor og pasient samtidig <i>Karin Isaksson Rø</i>	70
Et lite stykke Norge – vekst og fall for Sauda sjukehus 1917–1999 <i>Øivind Larsen</i>	72
Mitt liv som tunghørt <i>Magne Nylenna</i>	74
Fire nådeløse uker i Gaza <i>Stein A. Evensen</i>	76
Godt arbeidsmiljø – suksessfaktor også i helsetjenesten <i>Geir Riise</i>	78
Forskningsbasert om helsekompetanse <i>Torstein Hole</i>	80
Hva skjer?	
Tidsskriftet <i>Eyr</i> som julegave fra Cappelen Damm <i>Magne Nylenna, Øivind Larsen</i>	82
Pål Gulbrandsen ny redaktør i Michael <i>Redaksjonen</i>	86
Det norske medisinske Selskab 2024 <i>Magne Nylenna</i>	87
Forsvar for norsk forskningsspråk <i>Øivind Larsen, Erlend Hem</i>	94
Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren <i>Rettelse</i>	96
 <i>Michael 2-2025: Tilsyn: trygghet og trussel</i>	
Leder	
Tilsyn – kvalitetsutvikling eller rettstryggleik? <i>Geir Sverre Braut</i>	103
Tema	
«Sløyfa» – en metode for risikoanalyse i klinisk arbeid. Erfaringer fra et forbedringsprosjekt <i>Inger Emilie Værland, Geir Sverre Braut, Tina Johanna Sandvik, Sina Furnes Øyri</i>	110
Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten <i>Siv Hilde Berg</i>	120
Pekefingeren på statens forlengede arm? <i>Cato Innerdal</i>	135
Informasjon, medvirkning og samtykke er viktig for god fødselsomsorg	139
<i>Lars T. Johansen, Margrethe Smedvig Andersen, Lise Lotte Stenersen, Pål Øian</i>	
Hvordan forberedes medisinstudenter på tilsyn? <i>Pål Gulbrandsen</i>	146

Bokanmeldelser

Obligatorisk om pasientsikkerhet

Olav Røise 151

Da Helsetilsynet skulle finne seg sjølv

Kristian Hagestad 153

God oversikt over helse- og omsorgstjenesten

Anne Karin Lindahl 155

Godt om lederisme fra en frafallen lederist

Christian Grimsgaard 157

Sosiologiens ansikter

Øivind Larsen 159

Kort og konsist om psykologisk trygghet

Karin Isaksson Rø 161

Skjønnlitteratur og utvikling av psykologisk forståelse

Tone Skaali 163

Pårørende er vi alle – men hvordan?

Per Vaglum 165

Geriatrici for alle spesialiteter

Marte Mellingsæter 168

Om demens – en biter og en belærer

Øivind Larsen 170

Et av Europas fineste farmasimuseer jubilerer

Anne Gerd Granås 173

Fortellinger fra rettsmedisinen

Magne Nylenna 175

Hva skjer?

Leger under tilsyn får bistand fra Legeforeningen

Magne Nylenna 177

Helsespråk må bli klarspråk

Nina Husom 181

Sviket mot de sykeste

Erlend Hem 184

Nic Waal – synder i sommersonn, pioner og barnepsykiater

Øivind Larsen 187

Michael 3-2025: For mye medisin?

Leder

Hvor skal grensen settes, og hvem skal sette den?

Pål Gulbrandsen 197

Tema

Natursyn og grensdragninger: et filosofisk blikk på medisinsk overaktivitet

Sigurd Hverven 201

Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma <i>Torgrim Sørnes</i>	212
Kan aldringsbiologien gi oss en ny tilnærming til helse og sykdom? <i>Odin Haarberg, Petter Holland, Hilde Loge Nilsen</i>	219
Medisinens manglende moderasjon <i>Bjørn Hofmann</i>	228
For mye bildediagnostikk? <i>Petter Hurlen</i>	238
Artikler	
Når forskjellige virkeligheter møtes – en kvalitativ analyse av makt og spenninger i legestudenters allmennmedisinske konsultasjoner <i>Maja Elisabeth Mikkelsen, Linn Okkenhaug Getz, Bente Prytz Mjølstad, Hilde Grimstad, Patric Wallin, Gunnhild Åberge Vie</i>	246
Aktørskap som helseressurs i et trygdemedisinsk perspektiv <i>Hans Magnus Solli</i>	258
Urbanisering og det skjulte vannforbruket <i>Robert Pedersen</i>	267
Bøker	
<i>Medisinsk nemesis – 50 år etter</i> <i>Njål Flem Møland</i>	270
Dersom, hvis, så fremt, i fall – presisjonsmedisinens muligheter <i>Magne Nylenna</i>	276
Besnærende om aldring <i>Karl B. Alstadhaug</i>	278
Diagnosenes tidsalder <i>Magne Nylenna</i>	280
Hva er kjærlighet verdt? <i>Berit Horn Bringedal</i>	282
Advarsel mot et upersonlig helsevesen <i>Iver Koppen</i>	284
Det umålbare <i>Dag S. Thelle</i>	286
En god bok om blod som vil litt for mye <i>Stein A. Evensen</i>	288
Roten til alt ondt <i>Jo-Endre Midtbu</i>	290
Faktatett om svangerskapet <i>Mette Løkeland</i>	292
Forholdsmessighet fra mange synsvinkler <i>Aslak Syse</i>	294

Når sykdom blir våpen <i>Mari Asphjell Bjørnaas</i>	296
Helse og medisin i nordisk middelalder <i>Øivind Larsen</i>	298
Unik bok om ledelse i praksis <i>Jan Frich</i>	300
Hva skjer? Koreakrigen – glemt krig og glemt norsk innsats <i>Øivind Larsen</i>	302
I Munchs medisinske fotspor <i>Erlend Hem</i>	307
 <i>Michael 4-2025: Allmennmedisinsk forskning – de første årene</i>	
Leder Allmennmedisinsk forskning må styrkes! <i>Magne Nylenna</i>	317
Tema Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane <i>Steinar Hunskaar</i>	322
To eksempel på epidemiologisk forskning i 1880-årene: Meslingepidemiologi og lepraårsaker <i>Hogne Sandvik</i>	343
Distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard og forskningsprosjektet <i>De mørke maaneders indflydelse paa blodet</i> <i>Jørund Straand</i>	349
Distriktslege Tobias Gedde-Dahl og doktoravhandlinga hans frå 1948 om tuberkulose i Kinn legedistrikt <i>Steinar Hunskaar</i>	362
Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966 <i>Hogne Sandvik, Steinar Hunskaar</i>	379
Herman R. Folmer: Nederlandsk distriktslege i Tysfjord (1964–1966) med «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling i Utrecht (1968) <i>Steinar Hunskaar</i>	392
1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter <i>Jørund Straand</i>	428
Nasjonalt senter for distriktsmedisin: lite senter – viktig oppdrag <i>Birgit Abelsen, Anette Fosse</i>	431
Hva skjer? Øivind Larsen: Fra perm til perm – et liv i medisinsk historie <i>Nina Husom</i>	446

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Pål Gulbrandsen
Professor Erlend Hem
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Annual subscription rate
NOK 700

ISSN 1893-9651

Forsidemannen

Mange vil huske Øivind Larsen som mannen bak over 500 forsidebilder på *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hans fotografier, sammen med tankevekkende kommentarer, var i over 15 år en kontinuerlig medisinsk-historisk etterutdanning for norske leger.

Når han nå selv pryder forsiden av *Michael*, er det fordi han takker av som redaktør av tidsskriftet han selv tok initiativ til for 22 år siden.

Som Norges første professor i medisinsk historie har Øivind preget faget i en menneskealder gjennom sin undervisning og omfattende publisering. I Nasjonalbiblioteket er han registrert som forfatter eller redaktør av 78 bøker.

I fembindsverket *Norges leger* fra 1996 samlet han biografier over alle norske leger og supplerte med en egen bok om legeprofesjonens utvikling her i landet. Han skrev også historien til Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo i 2014. Hans kunnskap og oversikt over norsk medisin og helsetjeneste de siste 200 årene er formidabel.

Øivind har vært styreleder i *Det norske medicinske Selskab* fra 1986 til 1990 og fra 1993 til 2018. Det var i denne rollen han så behovet for et nytt tverrfaglig tidsskrift. Slik ble tidsskriftet *Michael* til som en hyllest til vår første professor i medisin Michael Skjelderup (1769–1852) og som en redaksjonell møteplass for norsk samfunnsmedisin og medisinsk historie.

Vi gjenværende redaktører takker for innsatsen og skal gjøre vårt beste for å føre arbeidet videre.

Magne Nylenna

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004