

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

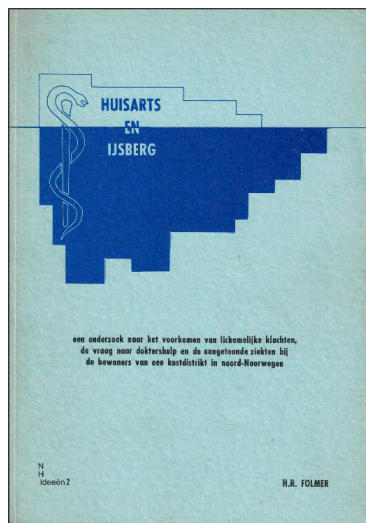
I arbeidet med denne artikkelen har eg søkt mange ulike kjelder. Folmer er ikkje nemnt i nokon av utgåvene av *Norges Leger*, og eg fann han ikkje i vanlege biografiske oppslagsverk, heller ikkje i Nederland. I *Nasjonalbiblioteket* har eg søkt i alle digitale kjelder, spesielt i lokale aviser. Bygdeboka *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 modellbyggjar, 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 chirurgia 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 isjellfenomenet* 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 Hunsbæk

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.

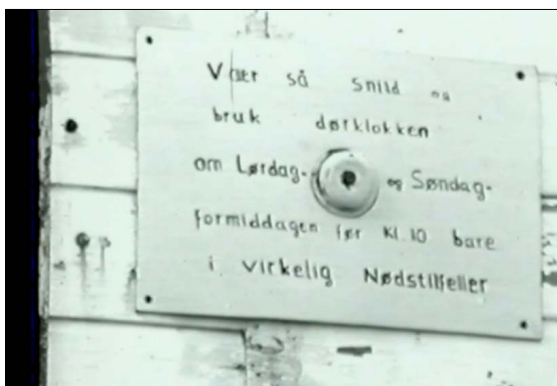
Folmer hadde kontinuerleg vakt, og sjukebesøk utgjorde ein betydeleg del av arbeidet utanom vanleg arbeidstid. Folmer fortel at han prøvde å halde ein streng praksis for å avgrense talet på sjukebesøk, men det var ikkje så enkelt. Folk kunne ringe eller komme direkte på døra til alle døgnets tider (figur 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 forfattaren 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 tiltakslyst». 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

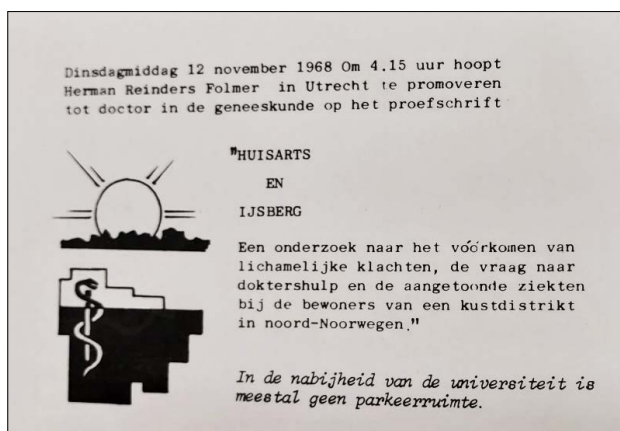
professor Jan van Es, styrar ved instituttet. Professor Es (1921–2008) er omtalt som «gudfaren» i hollandsk allmennmedisin, og var ingen kven som helst internasjonalt (Horder 2008, Sheldon 2008). Es var allmennlege før han starta si akademiske løpebane. Han vart den andre professor i allmennmedisin i 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.

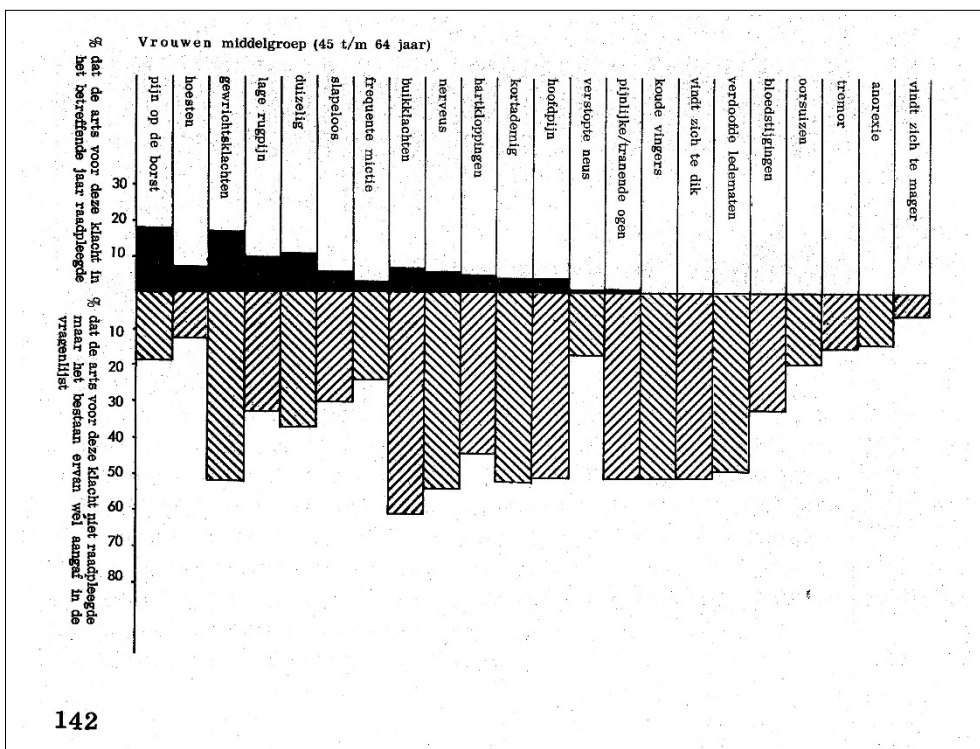
I figurane plasserte han symptoma slik at ein alltid starta til venstre med den plaga som i høve til førekomsten oftast førte til legebesøk, og deretter med minkande brøk. Til høgre kom dei plagene som ikkje førte til legebesøk i det heile. På denne måten oppstod grafar som kan samanliknast med eit isfjell (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»). Eksempellet 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 (pijn 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; sønnvanskar; 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 Gjerdøve 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