

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



**Uventet
og uvanlig**

4/05



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, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

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, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where 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. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and 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. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. 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 devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Uventet og uvanlig

Michael 2005; 2: 297–8

«Alt interessant foregår i mørket. Vi vet ingenting om menneskehetens egentlige historie» Louis-Ferdinand Céline (1894 – 1961) (1)

Årets markering av at det er hundre år siden unionsoppløsningen mellom Sverige og Norge, har ført til økt interesse både for nasjonal identitet og for historie. Først og fremst har selvsagt det som hendte i 1905 stått i sentrum, men den allmenne historieinteressen har også fått et oppsving.

Når vi ser oss tilbake, er det som regel det uventede og uvanlige som blir husket – i våre egne liv så vel som i nasjonens kollektive hukommelse. Det er ikke de mer eller mindre alminnelige hverdagene som preger historiebøkene. De viktige årstallene er knyttet til kriger, omveltninger, naturkatastrofer og epidemier. Slik sett er historieskrivingen ikke ulik vår tids nyhetsbilde der det velfungerende i samfunnet er nesten usynlig, og der de store oppslag vies det spesielle og sensasjonelle. Jo mer ekstremt, jo mer interessant.

Langt på vei er også medisinen innrettet mot avvik. Det er funksjonssvikt, symptomer og sykdomstegn som fører folk til lege, og det er det patologiske som gir grunnlag for medisinske tiltak og intervensjoner.

I dette nummeret av Michael møter vi det uventede og uvanlige på mange måter. Her er artikler om helse og sosialpolitikk under Den andre verdenskrig, om kirkegårdsutgravninger på Island og om identifikasjon av døde etter ulykker og katastrofer. Artikkelen om forholdene i det nordlige Pakistan før jordskjelvet i 2005 reiser imidlertid spørsmålet om hva man kunne ha lært av den normale situasjonen for å kunne møte uventede og uvanlige naturkatastrofer på en bedre måte.

Leger som pasienter, og legers behandling av egen og familiens sykdom er typiske eksempler på «den bakvendte visa» og derved av særlig interesse.

Vi utvikler dessuten Michaels avdeling for bokomtaler i annen årgangs siste utgivelse. I dette nummeret omtales bøker om norske legers eksotiske Varanger-ferd i 1905, om «gamledoktoren» på den norske landsbygda, og

sammenhengen mellom urbanisering og helse på den internasjonale arena. Historien om den norskfødte sosiologen og økonomen Thorstein Veblen (1857 – 1929) er historien om en høyst ualminnelig person. Og bøker om norske immigranter i småbyer på den amerikanske prærien og nordmenns opplevelser under okkupasjonstiden er gode eksempler på unntakenes betydning som kilder til innsikt.

Det uventede og uvanlige skal nemlig ikke undervurderes. Det er ofte avvikene vi lærer mest av. Men både et liv med historiebøker og arbeid på en sykehusavdeling eller i et akuttmodtak, for ikke å snakke om flittig omgang med dagens nyhetsmedier, kan gi det uventede og uvanlige rikelig oppmerksomhet. Om vi klarer å huske at dette tross alt er unntakene i livet, bedrer og balanserer det perspektivet.

I våre forsøk på å forklare og forstå de dramatiske hendelser både i fortid og nåtid, må vi dessuten utstyre oss med tilstrekkelig ydmykhet. Ikke alle kompliserte prosesser har enkle forklaringer. Og ikke alle begivenheter kan forutsies og kontrolleres. La oss lytte til forfatteren Jan Jacob Tønseth (f. 1947) advarsel: «Det forkjærte ved den skrevne historie er at den skaper orden og klare linjer. Der det var uorden, der hvor slaget bestred det riktige, der hvor slaget var et vrengebilde av politikken, der hvor slaget var vilkårlighet, der er historien ordnet og lovmessig og politisk» (2).

Magne Nylenna

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7489 Trondheim

Litteratur

- 1) Céline L-F. *Reisen til nattens ende*. Oslo: Gyldendal, 2001.
- 2) Tønseth JJ. *Hilmar Iversens ensomhet*. Oslo: Cappelen, 1992.

Norske legers medisinske behandling av egen familie

Michael 2005;2: 299–310

Sammendrag

Bakgrunn. Som lege har man kunnskap og mulighet til å behandle sine familiemedlemmer når de blir syke. I Legekårsundersøkelsen i 1993 ble norske leger bedt om å svare på en rekke spørsmål omkring egenbehandling av pårørende. Formålet var å kartlegge forekomst av behandling av familien, samt hva slags behandling som ble utført.

Materiale og metode. Et landsrepresentativt utvalg av 1015 leger, hvorav 28% kvinner, svarte på et spørreskjema. Bivariate analyser ble utført ved kji-kvadrattester, mens logistisk regresjon ble brukt i de multivariate analysene.

Resultater. 99% hadde opplevd å bli bedt om å være lege for familiemedlemmer, og flertallet pleide å etterkomme slike forespørsler. 96% av legene hadde forskrevet medikamenter til familien. Flere sykehusleger enn allmennpraktikere hadde ektefelle/samboer og barn som brukte en annen lege enn dem selv. En av fem leger mente at deres ektefelle/samboer og barn fikk dårligere legbehandling enn andre pasienter. 53% hadde observert kolleger som etter deres mening var for mye involvert i behandlingen av egne slektninger, venner eller kolleger.

Fortolkning. Norske leger er ofte lege for familiemedlemmer. Å gå inn i en slik behandlerrolle kan til tider være hensiktsmessig, men det kan også få uheldige konsekvenser som det er viktig å reflektere over.

Nøkkelord: Legerollen, familie, lege-pasient-forhold, sykdom, behandling

For mange leger er det naturlig å være lege for den nærmeste familie. I mange tilfeller kan dette oppleves som praktisk og uproblematisk, men det kan være vanskelig å være både pårørende og behandlende lege samtidig.

Legers behandling av egen familie er ikke noe stort forskningstema. I en studie av nær 500 amerikanske sykehusleger svarte nesten alle at de hadde

opplevd å få forespørsler om medisinsk hjelp fra familiemedlemmer, og en stor andel etterkom disse forespørslene (1). Blant allmennpraktikere i land som Nederland, Israel og Danmark anga opptil 77% at de var lege for egne familiemedlemmer (2-4). Flere menn enn kvinner tok på seg slike oppgaver (4). En undersøkelse fra England viste at allmennleger syntes å ha lavere terskel for å igangsette behandling av familiemedlemmer enn leger i andre spesialiteter (5). 11% av de engelske allmennlegene fungerte som fastlege for familiemedlemmer, og spesielt eldre leger gjorde dette.

I Norge er legers medisinske behandling av egen familie undersøkt blant leger i Rogaland i 1991, der 50% av mennene og 32% av kvinnene var lege for sin ektefelle, mens tre av fire menn og to av tre kvinner var lege for sine barn (6). Etter at fastlegeordningen ble innført, er det vist at en av fire fastleger har ektefelle og egne barn under 18 år på sin pasientliste (7).

I Legekårsundersøkelsen i 1993 svarte et representativt utvalg av norske leger på en rekke spørsmål om medisinsk behandling av egen familie. I denne artikkelen vil vi se på i hvilken grad legene ble bedt om å være lege for familiemedlemmer og hvorvidt de etterkom slike forespørsler, samt om faktorer som kjønn, alder og spesialitet var assosiert med legenes behandlingsatferd. Med utgangspunkt i disse dataene vil vi så diskutere ulike forhold ved det å ta på seg en slik behandlingsoppgave.

Materiale

1476 norske leger mottok et spørreskjema om helse- og sykdomsadferd våren 1993. Svarprosenten var 70%. 16 svar ble ekskludert grunnet manglende data. Det endelige utvalget besto av 1015 yrkesaktive leger, hvorav 28% var kvinner. Legene var i alderen 24 til 69 år (gjennomsnitt 42,3 år). 55% var sykehusleger, 28% allmennpraktikere og 18% i andre stillinger som for eksempel bedriftsleger, forskere og privatpraktiserende spesialister.

Metode

Legene som deltok i Legekårsundersøkelsen, mottok fire spørreskjemaer (8). Skjema A var felles for alle og omhandlet bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, sivilstatus, jobb, sykdommer osv. I tillegg fikk legene tre skjema hver, tilfeldig valgt ut blant totalt 15 (skjema B til Q, minus O). P-skjemaet omhandlet helse- og sykdomsadferd blant leger og legenes behandling av familie, venner og kolleger (9).

Legene ble spurt om hvor ofte de fikk og eventuelt avslo forespørsler om medisinsk behandling fra familiemedlemmer, og om de skrev resepter, henvisninger og sykmeldinger, eller utførte kirurgi. Svaralternativene på disse spørsmålene var «Aldri», «Sjelden», «Av og til» og «Ofte». Legene ble

dessuten spurt om de opplevde det som vanskelig å etterkomme slike forespørsler, og om de følte seg under press i denne forbindelse.

I skjemaet var det også spørsmål om ektefelle eller samboer og hjemmeboende barn (under 18 år) hadde en annen lege de gikk til, og om legene syntes at deres nærmeste fikk like god medisinsk behandling som vanlige pasienter. Legene ble i tillegg spurt om de noen gang hadde observert tilfeller der kolleger var for mye involvert i behandlingen av sine slektninger, venner og kolleger. Spørsmålene i undersøkelsen bygger blant annet på spørsmålene fra studien av La Puma et al. (1), men er noe modifiserte.

De uavhengige variablene omfattet alder (tiårsgrupper), kjønn og arbeidssted (sykehus, allmennpraksis og annet (bedriftslege, forsker, privatpraktiserende spesialist etc.))

Dataene ble analysert i SPSS (10). De bivariate analysene ble utført ved hjelp av kji-kvadrattester. Multivariate assosiasjoner ble analysert ved hjelp av logistisk regresjon. Signifikansnivået ble satt til $p \leq 0,05$.

Resultater

Tabell 1 viser hvor ofte legene fikk forespørsler om legebehandling fra familiemedlemmer – og hvor ofte de avsto en slik forespørsel. Samlet hadde 99% av legene opplevd å få forespørsler fra husholdningsmedlemmer

Tabell 1. Norske legers (n=1015)§ erfaringer med forespørsler og avslag på forespørsler om medisinsk hjelp fra familiemedlemmer.

	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til n (%)	Ofte n (%)
Forespørsler om råd/behandling				
• Husholdningsmedlemmer	78 (8)	240 (24)	525 (53)	151 (15)
• Familie for øvrig	25 (3)	321 (32)	562 (56)	103 (10)
Avslag på forespørsler #				
• Husholdningsmedlemmer	567 (64)	220 (25)	79 (9)	20 (2)
• Familie for øvrig	402 (42)	324 (34)	179 (19)	51 (5)

§ Prosent er beregnet ut fra antall svarere på det enkelte spørsmål.

Avslag på forespørsler er kun regnet ut blant leger som oppga at de sjelden, av og til og ofte fikk forespørsler.

og/eller familiemedlemmer for øvrig. Legene avsto oftere forespørsler fra familie for øvrig enn fra personer i egen husholdning. Blant legene som fikk forespørsel, svarte 61% at det var uproblematisk å etterkomme forespørsler fra egen husholdning, mens 33% syntes det var litt vanskelig og 6% svært vanskelig. 35% av legene opplevde det som uproblematisk å etterkomme forespørsler fra familie for øvrig, 54% syntes det var litt vanskelig og 11% svært vanskelig. 11% svarte at de hadde etterkommet en forespørsel om hjelp fra egen husholdning fordi de følte seg under press, mens 32% hadde etterkommet forespørsler om hjelp fra familie for øvrig grunnet press.

87% (872/1000, 15 oppga ikke sivilstand) av legene var gift eller samboer. Ni visste ikke om partneren gikk hos annen lege, ti svarte ikke på spørsmålet. Av de resterende 853 legene oppga 59% at partneren hadde en annen lege de gikk hos (Tabell 2). Flere menn enn kvinner hadde partnere

Tabell 2. Andel norske leger som oppgir at familiemedlemmene har annen lege enn dem selv. Utvalg kolonne 1: Leger som er gift/samboende (n=853)§. Utvalg kolonne 2: Leger som har barn under 18 år (n= 639)§.

		1) Ektefelle /samboer har annen lege n (%)	2) Barn under 18 år har annen lege n (%)
Alle leger		505 (59)	300 (47)
Kjønn	Menn	402 (63)***	221 (46)
	Kvinner	103 (48)	79 (49)
Aldersgrupper	24-29	37 (67)**	16 (64)**
	30-39	198 (66)	139 (53)
	40-49	163 (54)	116 (39)
	50-59	79 (59)	29 (52)#
	60-69	27 (44)	
Arbeidssted	Sykehus	267 (61)***	170 (53)***
	Allmennpraksis	116 (49)	67 (35)
	Annet	107 (68)	55 (51)

§ Prosent er beregnet ut fra antall svarere på det enkelte spørsmål. «Vet ikke»-gruppen er tatt ut av analysene.

Aldersgruppen 60-69 år inneholdt kun én person, som er inkludert i 50-59 år.

Kjikkvadrat-tester er beregnet for den enkelte kolonne. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$.

som gikk til annen lege. Andelen partnere med annen lege var lavest i den eldste aldersgruppen (signifikant forskjellig fra de øvrige gruppene, unntatt 40-49 år) og blant allmennpraktikere. Disse forskjellene var signifikante også i de multivariate analysene med legens kjønn, alder og arbeidssted som uavhengige variabler (ikke vist i tabellen).

64% (652/1015) av legene oppga å ha barn som var 18 år eller yngre. Åtte leger visste ikke om barna hadde annen lege, fem svarte ikke på spørsmålet. 47% av de resterende legene oppga at deres barn gikk til en annen lege (Tabell 2). Det var ingen forskjell mellom mannlige og kvinnelige leger med tanke på om barna hadde «ekstern» lege, mens legene i aldersgruppen 40-49 år hadde signifikant mindre tendens til at barna hadde annen lege, sammenlignet med aldersgruppen 24-29 år. Allmennpraktikerbarna hadde i mindre grad enn sykehuslegebarna en annen lege de gikk hos. Disse forskjellene ble bekreftet i de multivariate analysene med legens kjønn, alder og arbeidssted som uavhengige variabler (ikke vist i tabellen).

Tabell 3 viser hvor ofte legene utførte ulike legetjenester for familiemedlemmer. 40% skrev av og til eller ofte ut resepter til husholdningsmedlemmer, mens 15% oppga at de aldri gjorde det. Samlet hadde 96% skrevet ut resepter til familiemedlemmer, og 39% hadde utført kirurgi. Rundt en tredjedel av legene hadde utført kirurgi på noen i egen husholdning – de fleste dog en sjelden gang (hva slags kirurgi de hadde utført, ble det ikke spurt om). 23% av legene oppga at de skrev henvisninger til fysioterapi for husholdningsmedlemmer, noen flere hadde henvist familie for øvrig. I alt hadde 42% skrevet fysioterapihenvisning til familiemedlemmer, mens 31% hadde skrevet sykmelding. Bare 9% hadde en sjelden gang sykmeldt personer i egen husholdning, ytterligere 1% oppga av og til. Noen flere skrev sykmeldinger til medlemmer av familien for øvrig.

Når legene ble spurt om hvordan de opplevde kvaliteten på legebehandlingen familien fikk, mente 7% at ektefelle eller samboer og barn fikk bedre behandling enn andre pasienter, 70% mente de fikk like bra behandling, mens 22% mente at behandlingen var dårligere.

Hele 53% svarte at de hadde observert kolleger som etter deres mening var for mye involvert i behandlingen av egne slektninger, venner eller kolleger.

Diskusjon

Vår undersøkelse er en av få studier av legers behandling av egen familie basert på et stort og representativt utvalg av leger. Svarprosenten på 70% er på linje med andre spørreskjemaundersøkelser av leger og må regnes som akseptabel (8,9).

Tabell 3. Andel norske leger (n=1015)§ som utfører ulike typer behandling av egen familie.

	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til/Ofte n (%)
Reseppter			
• Husholdningsmedlemmer	147 (15)	457 (46)	398 (40)
• Familie for øvrig	102 (10)	515 (51)	395 (39)
Kirurgi			
• Husholdningsmedlemmer	665 (67)	274 (28)	58 (6)
• Familie for øvrig	739 (73)	228 (23)	40 (4)
Henvisning til fysioterapi			
• Husholdningsmedlemmer	774 (77)	186 (19)	40 (4)
• Familie for øvrig	645 (64)	298 (30)	68 (7)
Sykmelding			
• Husholdningsmedlemmer	902 (90)	89 (9)	11 (1)
• Familie for øvrig	729 (72)	252 (25)	32 (3)

§ Prosent er beregnet ut fra antall svarere på det enkelte spørsmål.

Dataene i Legekårsundersøkelsen ble samlet inn i 1993. Det er mulig at legenes atferd har endret seg noe i årene etterpå. Spesielt kan innføringen av fastlegeordningen i 2001 ha påvirket hvordan legefamiliens helse blir ivarettatt. 98% av alle nordmenn hadde valgt en fastlege i 2003 (11), noe som innebærer at de fleste legers pårørende er knyttet til en fastlege. Imidlertid viser en nylig publisert studie om habilitetsproblemer blant norske fastleger at mange har familiemedlemmer på sin pasientliste, samt at legene også utfører legetjenester, som for eksempel reseptforskrivning, til pårørende som ikke står på listen deres (7). Innføringen av fastlegeordningen ser altså ikke ut til å ha fjernet legenes mulighet og tendens til å være lege for egen familie. Det er dessuten grunn til å tro at forespørsler om legehjelp stadig forekommer selv om pårørende har en fastlege de kan kontakte. Våre resultater gir dermed et innblikk i en problemstilling som gjelder for de fleste leger uavhengig av spesialitet.

Nesten alle legene i vår undersøkelse var blitt forespurt om medisinsk hjelp fra familiemedlemmer, og en stor andel etterkom slike forespørsler.

Legene av slo oftere forespørsler fra familie for øvrig enn fra personer i egen husholdning. Dette kan tyde på at en del leger ser det som mer naturlig og uproblematisk å behandle sine nærmeste enn familien for øvrig. Leger sitter ofte inne med gode anamnesticke opplysninger om de nærmeste familiemedlemmene og kan derfor være godt egnet til å vurdere dem medisinsk. For mange legeslektninger er det opplagt fordeler forbundet med å kunne konsultere «familielegen». Det kan for eksempel være tidsbesparende for foreldre og mindre belastende for et sykt barn å bli undersøkt av en lett tilgjengelig familielege. Våre resultater samsvarer med studien blant amerikanske sykehusleger (1). Også der svarte 99% at de hadde fått forespørsler om medisinske råd eller hjelp fra familiemedlemmer, og 57% etterkom nesten alltid slike henvendelser.

Bare 59% av legenes partnere og 47% av barna under 18 år gikk til en annen lege. Blant de som ikke hadde annen lege, var det nok noen som ikke hadde hatt behov for legebehandling, men samtidig indikerer tallene at mange av legene opplevde det som naturlig å selv ta hovedansvaret for sine syke nærmeste. Studien av norske fastleger bekrefter at dette også er tilfelle i dag, siden en av fire fastleger har ektefeller eller barn på listen sin og 42% har skrevet ut hvit resept til sine barn i løpet av en toårsperiode (7).

Barn av norske allmennpraktikere hadde annen lege i 35% av tilfellene, mens hele 53% av sykehuslegebarna hadde annen lege de gikk til. En tidligere undersøkelse av materialet fra Legekårsundersøkelsen viste at allmennpraktiserende leger egenbehandlet seg selv mer enn andre leger (9). Kanskje er allmennpraktikere «biased» av sin faglige «bredde»? Sykehuslegene er ofte mer «smale» når det gjelder klinisk erfaring. Samtidig har de lettere tilgang til andre spesialister i sykehuset. Det er mulig at sykehusleger raskere henviser sine nærmeste direkte til annenlinjetjenesten når det dreier seg om sykdom innen andre fagfelt.

Flere mannlige enn kvinnelige leger hadde partner som gikk hos annen lege. Denne forskjellen kan kanskje forklares av at kvinner oppsøker lege for gynekologisk undersøkelse, noe som det ofte ikke er naturlig å la ektefellen utføre. Det kan også skyldes at kvinnelige leger i større grad enn mannlige tar på seg omsorgsoppgaven for familien. De yngre legene i undersøkelsen var i mindre grad enn de eldre leger for sin familie. Dette kan ha sammenheng med at de unge legene har barn som går til legeundersøkelser på helsestasjon, og/eller at yngre leger er mer bevisste på ikke å behandle egen familie. Eldre leger har ofte mer klinisk erfaring enn yngre, og kan av denne grunn være mer komfortable med å behandle familien. Det at eldre leger i større grad tar ansvar for familiens helse, samsvarer med studier fra USA og England (1,5), samt fra undersøkelsen av fastlegene i Norge (7).

Mange skrev ut resept

Behandlingen legene ga, var først og fremst å skrive ut resepter, og dette skyldes nok at spørsmål om medisiner er vanligst å få. Fra andre studier vet vi at det ofte dreier det seg om antibiotikaforskrivning ved akutte infeksjoner (4). I en del tilfeller kan det også dreie seg om å prolongere en resept som er initiert av en annen lege.

En del leger skrev henvisninger og sykmeldinger for familiemedlemmer, men de oppga at det skjedde sjelden. Dette kan skyldes at de sjelden får spørsmål om slike tjenester, men det kan også hende at inhabiliteten oppleves som større når det skal skrives henvisninger eller attester. Da våre data ble samlet inn, var det ikke ulovlig for leger å henvise, sykmelde eller skrive ut blåresepter til sine pårørende. Den nye Helsepersonelloven som kom i 2001, slår imidlertid fast at dette er ulovlig siden leger nå er underlagt habilitetskravene i Forvaltningsloven (12,13). Det skal nevnes at det ikke alltid er mulig å rette seg etter dette habilitetskravet. Noen av legene i Legekårsundersøkelsen kommenterte i spørreskjemaet at de fungerte som leger for slektninger fordi de var eneste lege i området. Undersøkelsen av fastlegene i Norge viser for øvrig at mange leger fremdeles skriver ut blåresepter til familiemedlemmer, mens det, som i vår undersøkelse, er betydelig færre som skriver sykmeldinger til nær familie (7).

70% av de norske legene mente deres ektefelle/samboer og barn fikk like god behandling som andre pasienter, mens 22% mente de fikk en dårligere behandling. Sammenliknbare tall fra Israel er 57% og 31% (3). Noen norske leger (7%) syntes at de nære pårørende fikk bedre behandling enn andre pasienter. Det kan tenkes at dette skyldes at leger aktivt søker behandlere til sine pårørende som de mener er best. En amerikansk studie av barn på sykehus viste at legebarn hadde mindre kontakt med medisinstudenter og underordnede leger enn andre barn, og de forholdt seg til færre leger under innleggelsen (14). En annen studie viste at legebarn eller foreldre fikk hyppigere visitter ved innleggelser på sykehus, og legeforeldre hadde større tilgang på telefonkonsultasjoner med pediaterne enn andre foreldre (15). Bortsett fra disse to momentene var det å være et sykt legebarn stort sett ikke forbundet med særlige fordeler. Det viste seg blant annet at legeforeldre ventet lengre enn andre foreldre med å søke hjelp. Pediaterne mente at de ga dårligere informasjon til legeforeldre omkring barnets sykdom, og de opplevde det også som vanskelig å få tatt opp personlige, psykologiske og adferdsmessige forhold eller symptomer hos legebarna med foreldrene. Mindre av anamnesticke opplysninger ble journalført. Forfatterne konkluderer med at legebarn står i fare for å få et dårligere helsetilbud enn andre barn (15).

Vanskelig å være objektiv?

Omtrent halvparten av de norske legene hadde av og til observert at kolleger var for mye involvert i behandlingen av egne slektninger, venner eller kolleger. En tredjedel av legene i La Puma-studien svarte det samme (1). I vårt materiale ble ikke legene spurt om hva det innebærer å være for mye involvert i behandling av pårørende. Det fremgår av La Puma-studien at de uheldige forholdene falt i fire kategorier: Den første dreide seg om tap av objektivitet; å utelate viktige prosedyrer eller å igangsette nytteløs behandling. Den andre omhandlet leger som interfererte med igangsatt behandling av annen lege. I den tredje kom forhold der den pårørende legen igangsatte medisinsk kontraindiserte prosedyrer. I den siste kategorien hadde legene undersøkt eller fulgt opp de pårørende utilstrekkelig.

I andre artikler trekkes også andre faremomenter frem (16,17): Egen engstelse for den pårørende kan forstyrre legens evne til å vurdere tilstanden. Det kan oppstå rolleforvirring både hos pasient og lege. Dette kan igjen lede til problemer med å stille alle nødvendige spørsmål – og få ærlige svar. Det er ikke sikkert legen eller pasienten våger å ta opp alt med et nært familiemedlem. Det kan dessuten være vanskelig å gjøre alle nødvendige undersøkelser – både fordi man lett trækker over en privat grense, men også fordi man – avhengig av hvor konsultasjonen skjer – ikke har tilgang på alt nødvendig utstyr. Behandling som gjøres litt ad hoc, blir kanskje ikke journalført. I tillegg kan pasientautonomien bli undergravet når pasient og behandler har tette bånd.

Det er imidlertid også fordeler ved å kunne behandle egen familie. For pasienten – barn eller ektefelle – er legehjelpen lett tilgjengelig ved akutt sykdom. Man slipper å forholde seg til en fremmed person, og man slipper å sitte i kø på en travel legevakt. I en studie fra USA ble det da også oppgitt at bekvemmelighet var den viktigste årsaken til at leger behandlet sine barn (18).

Formålet med denne artikkelen er ikke å definere eksakte grenser for medisinsk behandling av egen familie, men heller å stimulere til ettertanke og samtale om temaet. Gjennomgang av aktuell litteratur viser at mange leger skiller mellom øyeblikkelig hjelp og mindre akutt sykdom når grensen for familiebehandling skal trekkes opp (18,19). Det er nødvendig og pålagt å være lege for familien i akutte situasjoner. Ved mindre alvorlig sykdom behandler mange leger sin familie, mens det ved mer komplisert sykdom er naturlig å overlate behandlingsansvaret til kolleger. Det er imidlertid grunn til å understreke at det å behandle pårørende kan medføre problemer for begge de involverte parter, og at leger derfor bør ha en lav terskel for henvisning av sine nærmeste. I Norge er det ikke utarbeidet etiske retningslin-

jer for legers behandling av egen familie. I England er det innført slike retningslinjer i et forsøk på å regulere legers behandling av både seg selv og familiene deres, men reglene følges i mange tilfeller ikke (5).

Legeyrket som profesjon har innbygget i seg en overordnet omsorgsfunksjon, og det er grunn til å tro at dette er en faktor som bidrar til at leger behandler egne familiemedlemmer uavhengig av om de formelt er tilknyttet en annen leges liste. Fastlegeordningen kan imidlertid bidra til å senke terskelen for å oppsøke en annen lege enn familiemedlemmet: For pasientene innebærer det at de vet at de «hører til» hos en annen lege, og for legen betyr det at det kan være lettere å henvise pasienten videre til fastlegen når forespørselen kommer.

Konklusjon

Egenbehandling av familiemedlemmer er utbredt blant norske leger. Det å behandle pårørende kan medføre problemer for de involverte parter, og leger bør derfor ha en lav terskel for å henvise familiemedlemmer til andre leger.

Litteratur

- 1 La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. *N Engl J Med* 1991; 325: 1290-4.
- 2 Lens P. Zieke dokters. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge BV 1984: 156-9.
- 3 Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The Care of Family Physicians and Their Families: A Study of Health and Help-Seeking Behaviour. *Fam Pract* 1990; 7: 96-9.
- 4 Rasmussen KB, Simony J, Wolf H, Løppenthin P, Otte JJ. Lægers egenomsorg. En analyse af alment praktiserende lægers holdning til eget og nære pårørendes helbred. *Practicus* 1990; 65: 138-40.
- 5 Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319: 605-8.
- 6 Haga E, Thorsen O, Halvorsen L, Reiten K. Helsetjeneste for leger i Rogaland. En spørreskjemaundersøkelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3625-6.
- 7 Vassbø, B, Hagen HR, Hunskaar S. Habilitetsproblem i fastlegepraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2207-9.
- 8 Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Responsen på spørreskjemaundersøkelsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3052-8.
- 9 Rosvold EO. Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2002.
- 10 SPSS. <http://www.spss.com/no/> (14.06.2005).
- 11 Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år — erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Rapport. Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
<http://odin.dep.no/filarkiv/232628/Fastlegerapporten.pdf> (20.09.2005).
- 12 Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) § 15, 2001,
<http://www.lovdatab.no/all/til-19990702-064-002.html#15> (23.09.2005).

- 13 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven), §6 <http://www.lov-data.no/all/hl-19670210-000.html#6> (23.09.2005).
- 14 Diekema DS, Cummings P, Quan L. Physicians' Children Are Treated Differently in the Emergency Department. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 6- 9.
- 15 Wassemann RC, Hassuk BM, Young PC, Land ML. Health Care of Physicians Children. *Pediatrics* 1989; 83: 319- 322.
- 16 Reid A. Prescribing for family and friends. <http://bmj.com/cgi/eletters/323/7314/701#16820>, 1 Oct 2001 (09.01.2005).
- 17 La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA* 1992; 267: 1810-2.
- 18 Dusdieker LB, Murph JR, Murp WE, Dungy CI. Physicians Treating Their Own Children. *Am J Dis Child* 1993; 147: 146- 149.
- 19 Nielsen B. Lægen som pasient. *Månedsskr Praktisk Lægegern* 2001: 192- 201.

Abstract

Physicians' medical treatment of their own family

Background. *Physicians have the knowledge and opportunity to give medical treatment to members of their own family. Norwegian physicians' family treatment behavior was studied in a large survey of members of the Norwegian Medical Association in 1993. The purpose of the study was to explore to what extent the physicians treated their own family, and the type of treatment provided.*

Material and Methods. *A questionnaire was answered by a nation-wide representative sample of 1015 Norwegian physicians; 28% women. Data were analyzed by means of bivariate and multivariate techniques.*

Results. *In all, 99% of the physicians had been asked to provide medical treatment to family members, and most of them had accepted to give such treatment. 96% had prescribed medicines for family members. More hospital physicians than general practitioners had spouse and children who used other physicians than themselves. One in five physicians claimed that their spouse and children received poorer medical treatment than other patients. 53% had observed colleagues being too much involved in the treatment of family members, friends, or colleagues at work.*

Interpretation. *Norwegian physicians often provide medical treatment to family members. Such a behavior can at time be appropriate, but physicians should consider the possible negative consequences that can occur when they engages in this kind of physician-patient relationship.*

Hovedbudskap

Medisinsk behandling av egne familiemedlemmer er utbredt blant norske leger.

Familiebehandling kan være hensiktsmessig, men den kan også ha uheldige konsekvenser.

Leger bør ha lav terskel for å henvise pårørende til andre leger.

Merknad

Artikkelen baserer seg på Solveig Gjengedals prosjektoppgave «Legers behandling av egen familie» utført i løpet av medisinstudiet ved Universitetet i Oslo i 2002, samt på Elin Olaus Rosvolds forelesning «Lege, leg dine nærmeste?» som var selvvalgt prøveforelesning for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo i 2002.

Takk

Takk til John La Puma og kolleger for tillatelse til bruk av deres spørreskjema, og til Harald Jodalen for nyttige kommentarer til manuskriptet.

*Solveig Gjengedal
Sykehuset Innlandet HF
Divisjon kirurgi Gjøvik
Kyrre Greppsgt 11
2819 Gjøvik*

*Elin Olaus Rosvold (kontaktperson)
e.o.rosvold@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Pb 1130 Blindern
0317 Oslo
tlf. 93 26 53 27*

De store utfordringenes år

– helseforhold fra okkupasjon til selvstendighet da krigen i Norge var slutt i 1945.

Michael 2005; 2: 311–23

Sammendrag:

Helsetilstanden i befolkningen ved frigjøringen i 1945 var langt fra tilfredsstillende, som blant annet fremhevet av Karl Evang. Knappt kosthold, feilernæring, sviktende hygiene og utilstrekkelige helsetjenester hadde blant annet bidradd til svekket motstandskraft, redusert arbeidsevne og psykiske komplikasjoner. Befolkningens helsetilstand hadde de første okkupasjonsårene vært noenlunde tilfredsstillende. Det var både i tysk og norsk interesse å bevare en god folkehelse så langt det var mulig, men under de siste krigsår forverret situasjonen seg.

Under alle okkupasjonsårene hadde Norge vært avhengig av import av energi og livsviktige næringsmidler som brødkorn og fett fra Tyskland. Siste krigsår ble importen gradvis redusert, men vedvarte til ut i 1945 til den opphørte. Nye forsyninger fra de allierte lot vente på seg på grunn av mangel på skipstonnasje, samtidig som problemene med repatriering av 120 000 krigsfanger og mer enn 400 000 soldater og tyske sivile tårnet seg opp. Medisinalstatistikkene viste vedvarende meget høye tall for en rekke infeksjonssykdommer, men likevel hersket en optimistisk tone i rapportene fra de offentlige leger i håp om snarlig bedring.

Samtidig stod de hjemkomne norske myndigheter overfor overveldende oppgaver. I samarbeid med de allierte skulle først krigsfangene sendes hjem, deretter de kapitulerte tyske styrker og de mange sivilarbeidere fra en rekke nasjonaliteter som tyskerne hadde trukket til landet. Byrdene på norsk forvaltning og økonomi ble tunge, ikke minst fordi de sparsomme allierte styrker trakk seg ut av landet allerede senhøstes 1945. Til alt overmål ble de tyske styrker betydelig lengre tid i landet enn forutsatt, og først våren 1947 forlot de siste militære landet. De sivile ble enda lengre, og myndighetene fikk store ressurskrevende oppgaver med å «sortere» de mange sivile av nasjonaliteter med nye hjemstavner. Store tyske avdelinger ble satt i sivilt arbeid i 1946 mot normale lønninger etter internasjonale retningslinjer.

Verken de tyske kapitulerte styrker eller deres tidlige fanger tærte imidlertid på de materielle norske ressurser. De tyske styrker hadde samlet lagre store nok til å forsørge både seg selv og de mange fanger og arbeidere de hadde brakt til landet. Det samme gjaldt helsetjeneste for de kapitulerte tyske styrker, som disponerte over et nettverk av egne sykestuer og sykehusavdelinger. Etter hvert som styrkene forlot landet, overtok norske helsemyndigheter det tyske sanitetsmaterielle. Også hjemmefrontens illegale organisasjon SANORG hadde betydelige forråd av sanitetsutrustning som kom det norske sivile helsevesen til gode. Etter få år normaliserte forholdene seg raskt, og de nødvendige ressurser for helsevesenet, utdannelsestilbud, forbedret ernærings situasjon og hygieniske ressurser bidro til dette i de påfølgende år.

Okkupasjon og folkehelse

Under Den annen verdenskrig 1940-45 var helsetilstanden i den norske befolkningen som helhet forholdsvis tilfredsstillende de første par krigsårene. Sykdomsbildet i befolkningen ble imidlertid stadig mer dominert av infeksjonssykdommer og epidemier, til dels av ukjent art og omfang. Også antall skader ved vanlige ulykker steg sterkt, og skadene kunne lett føre til alvorlige komplikasjoner og nedsatt motstandskraft. Riktignok ble det diagnostisert færre «overflodssykdommer» i forhold til årene før krigen, slik som hypertoni, diabetes og overvekt. Men om frekvensen av hjertelidelser med bakgrunn i åreforkalkning og fettriikt kosthold ble signifikant redusert, er det blitt dradd sterkt i tvil. Det knappe kostholdet særlig i de større byer førte med seg langt flere ulemper enn fordeler med nedsatt motstandsdyktighet ved infeksjoner, svakere tilvekst i kroppshøyde, vitaminmangel, ødemtendenser, svekket arbeidsevne og psykiske bivirkninger. Myten om krigsårenes «gode helsetilstand» må grundig avlives. Feilernæring, underernæring og andre mangler satt dype spor i folkehelsen.

Helsetjeneste og politikk

Legemangelen ved krigens slutt var stor, de medisinske institusjoner var nedslitt og legene hadde vært isolert uten erfaring i de medisinske fremskritt som hadde funnet sted på alliert side under krigen. Både norske og tyske myndigheter var på noe ulike premisser interesserte i å opprettholde en god almenntilstand i befolkningen, og helsetjenesten fikk betydelig økonomisk prioritert under okkupasjonstiden. Medisinaldirektoratet var i september 1940 flyttet over til det nyopprettede Innenriksdepartement, der den praktiske ledelse ble overtatt av NS innenriksråd Hans Dahl og den faglige ledelse av Thorleif Dahm Østrem etter at Karl Evang var dradd til London og de øvrige tjenestemenn var avsatt.

Dr. med. Fritz Paris var Reichskommissars befullmektigede medisinsk faglige leder i alle fem okkupasjonsår, og bestemte i realiteten hovedtrekkene i den helsepolitikk som leger og jurister i Innenriksdepartementet skulle følge. SS og tyske fangeleire og fengsler hadde sin egen legetjeneste under dr. Jochen Rietz.

Den tyske militære sanitet var administrert av Oberkommando der Wehrmacht in Norwegen og ledet av Generalarzt Fritz Mantel med hovedkvarter på Aker sykehus, dvs. på «Kriegslazarett nr. 901». Sanitetstjenesten hadde stort omfang. Ved frigjøringen rådet det tyske militæret over 41 lasaretter med i alt 5584 sengeplasser – hvorav 3682 var belagt. Dette omfattet forskjellige kategorier rent tyske enheter og dessuten et vekslende antall senger ved norske sykehus. Dertil kom de flere hundre «Erholungsheimen». Den 7. juli 1945, to måneder etter kapitulasjonen, rådet de tyske militære i alt over 7030 senger fordelt på ca 700 institusjoner. Av disse var 4921 belagt.

Inntil 14/12-45 sorterte all sanitetstjeneste for de tyske militære under den britiske sanitetssjef i Oslo. Da overtok Forsvarets Sanitet administrasjonen, idet de allierte hadde forlatt landet.

Den største tyske sanitetsenhet var Kriegslazarett 901 – Aker sykehus, hovedlasarett for de sårede fra Finnlandsfronten. Hit ble det f. eks. i løpet av 1941 fra juni til desember overført 9755 sårede fra Haparanda til Oslo med lasarett-tog – ett svensk og tre tyske. De alvorlig sårede ble videresendt til Tyskland med lasarettskip fra Oslo.

Aker sykehus ble umiddelbart etter frigjøringen satt under engelsk administrasjon og de tyske pasienter og stab ble overført Helgelandsmoen i juni – og deretter til Skien, hvor leir og sykehus «Schwarzenborn» først ble oppløst i juni 1947. Det meste av dokumenter og materiale fra det tyske sanitet er ødelagt, men noe fins ennå i Militærarkivet i Freiburg. Det er av interesse å studere dette med sikte på å få et inntrykk av sykeligheten innen de tyske troppestyrker i Norge – om mulig sett i sammenheng med tilstanden i den norske sivilbefolkning. Vi må her huske at det var et formidabelt antall tyske militær- og krigsfanger i Norge som var i kontakt med den norske befolkning, spesielt i Nord Norge.

Forebyggende arbeid hadde høy prioritet, som mor-barn kontroller, men bevilgninger og ressurser ble imidlertid uunngåelig knappere etter hvert som militære hensyn ble stadig mer dominerende under den vending krigen tok. På ett bestemt område hadde de ideologiske trekk i okkupasjonsstyrets helsepolitikk satt alvorlige spor. Den rammet de sinnslidende og åndssvake. Disse grupper ble, særlig etter press fra de tyske myndigheter og SS, nedprioritert ved tildeling av ressurser.

Lovene til «vern om folkeætten» var nok produkter av Nasjonal Samling- administrasjonen. De innebar strengere adgang til abort, men utvidet adgangen til sterilisering og kastrering av personer med formodet arvelige helsedefekter. I NS var det delte meninger i dette. NS-administrasjonen inntok imidlertid et langt mer moderat standpunkt enn den tyske ledelse ønsket, og det oppstod en langvarig strid med tyske myndigheter om innholdet i lovene. De nådde heller ikke å tre i kraft før ut i 1943.

Folkehelse ved frigjøringen

Ved tidspunktet for frigjøringen i mai 1945 hadde helsetilstanden nådd henimot et lavmål, og det skulle vare en god stund før det inntrådte en virkelig bedring. Årsakene var mange og til dels de samme som hadde bidratt til å svekke folkehelsen i de siste krigsårene: fortsatt vanskelig ernæringssituasjon, allment dårlig hygieniske forhold, tettbodddhet, ressursmangler og legemangel i en på forhånd fysisk og psykisk nedslitt befolkning. De mange fremmedarbeidere i tysk tjeneste og tyske soldater som ble forlagt i Norge etter krigstjeneste på Østfronten, må også ha medvirket til spredning av infeksjonssykdommer, og leirene ha utgjort lokale smitekilder. Den uventet forsinkede repatriering av de tyske tropper og fremmedarbeidere kan også ha bidratt til opprettholdelse av høye tall for infeksjonssykdommer etter frigjøringen..

De fleste vanlige infeksjoner rammet først og fremst barn og yngre ungdom og var hovedårsaken til den høyere dødelighet i disse aldersgruppene under krigsårene. De offentlige rapporter om smittsomme sykdommer viste alt fra 1941 og i de påfølgende år et stadig stigende tall for omtrent alle meldepliktige tilstander, og heller ikke i 1945 sporer vi noen samlet nedgang.

I 1945 ble det utført nær 44 000 første gangs koppevaksinasjoner og ca 7000 revaksinasjoner, men det ble ikke meldt om noe tilfelle av postvaksinal encephalit.

Det ble registrert høye tall for mage-tarm-sykdommer, flere alvorlige paratyfustilfeller og også tyfoidfeber i Akershus. Poliomyelitt hadde større utbredelse i 1945 enn i de foregående år med 778 meldte tilfeller. Det forekom under året voldsomme epidemier av meslinger med 45 000 rapporterte tilfeller, og etter et fall kom det på ny en bølge i 1949 med 29 000 rapporterte tilfeller

Antall meldte tuberkulosestilfeller var sunket de første krigsårene, men steg de to siste årene, og i 1945 var det særlig en økning av smitteførende tilfeller, særlig blant voksne menn, 4228 tilfeller ble meldt, 13,8 pr. 10 000 innbyggere. Tallet var likevel høyere i 1939:15,5 pr. 10 000.

Som vanlig under krig steg også kjønnssykdommene i antall og i alle lag av befolkningen. I 1944 var f. els. antallet syfilistilfeller nær 1900 – seks ganger så høyt som før krigen. Tallet holdt seg høyt i etterkrigsårene. Det skyldtes vel også den seksuelle løssluppenhet i frigjøringsåret og nye grupper fremmede soldater fra allierte land, samtidig med at det eksisterte mange og ubehandlede smittekilder. I Tysklandsbrigaden var der f. eks. syv ganger så høy frekvens av kjønnssykdommer som i de hjemmenværende avdelinger.

Grunntonen var likevel optimistisk, og stort sett ble forholdene i 1945 da også karakterisert som tilfredsstillende – de fleste steder bedre enn foregående år. Denne optimismen må vi se på bakgrunn av de svært vanskelige forholdene man nettopp hadde vært gjennom, og at den truende utvikling av helsetilstanden nå syntes å være stanset. De kommende års helseproblemer skulle imidlertid vise seg å bli betydelige, og oppgavene som forestod var mange. Om disse redegjorde Karl Evang med stort alvor ved Lægeforeningens første landsmøte i 1945.

Viktige næringsmidler var fortsatt rasjonert i flere år. Alkoholomsetningen ble fri etter åtte måneder, men med svært uheldige følger. Blant hjemvendte krigsseilere og fanger fra Tyskland florerte tuberkulosen. Nervøse lidelser begynte å dukke opp igjen og skaffet det nedbygde psykiatriske helsevern store problemer. Etter hvert viste senskadene seg hos krigsdeltagere. Forsvarets sanitet stod overfor svære utfordringer i arbeidet med krigsfanger og «displaced persons», hos hvem helseproblemer av alle slag var overveldende. Det var vår plikt å gjenopprette det verste og på kortest mulig tid.

Gjenreisningen av folkehelsen skjøt imidlertid stor fart etter noen få år, takket være god kriseplanlegging av de ansvarlige både i hjemmefront og utefront.

Okkupasjon og nyordningsplaner

Den tyske okkupasjonen av Norge ble vesensforskjellig fra andre okkuperte områder. Norge skulle tilpasses en økonomisk og politisk nyordning etter nasjonalsosialistiske prinsipper. Med det største antall okkupasjonssoldater i forhold til folkemengde, begynte norsk økonomi å bli belastet forholdsvis langt mer enn hva man så i andre okkuperte områder. Tyske finans- og industrifirmaer gjorde alt for å oppnå innflytelsesrike posisjoner med sikte på fremtiden og tysk seier. Reichskommissar Josef Terboven var selv en dyktig og selvbevisst næringspolitiker med langsiktige strategiske planer for norsk næringsliv, og med sikte på total integrasjon i «Grosswirtschaftsraum».

Forutsetninger for stabile leveranser og produktøkning i norsk næringsliv var stabilitet i finanspolitikken. Den for Norge ugunstige

clearingavtale med tyske mark ble opprettholdt og fungerte i varebytteavtaler med Tyskland og andre okkuperte og nøytrale land, og det ble holdt kontroll med prisdannelse og skattepolitikk. Terboven og hans medarbeider Carlo Otte gjennomskuet NS-ledelsens inkompetanse og etablerte et nært og fra tysk synspunkt tilfredsstillende samarbeid med norsk finans- og næringspolitisk ekspertise utenom NS. Norsk-Tysk Handelskammer ble dannet alt høsten 1940 med nær 1000 norske medlemmer fra alle sider av næringslivet. Carlo Otte og hans medarbeider Hans Korff ledet finanspolitikken og fikk i 1944 innført en nytt skattesystem som også dannet grunnlag for ettertidens skattesystem.

Den tyske finanspolitikk i Norge var like meget i norsk interesse og hindret sammenbrudd i varehandel, prisdannelse og valutasystem – et sammenbrudd som ville ført til katastrofe i forsyningssituasjonen, fordeling og ødelagt norsk økonomi med dype og varige spor i etterkrigstiden. Trolig ville landet da ligge langt mer åpent for venstreradikal og kommunistisk omveltning, noe den borgerlig forankrede hjemmefront trolig også forstod. Den må derfor stilltiende ha godkjent denne formen for delvis skjult kollaborasjon.

Norge slapp på mange måter lettere fra krigsårene enn andre okkuperte land – fattigere og nedslitt, men likevel med en orden i finanslivet og økonomien som muliggjorde at gjenoppbyggingen kunne skje raskere enn i andre okkuperte land og uten store politiske rystelser. Da okkupasjonsregnskapet ble gjort opp, ble det på kapital- og kreditsiden blitt regnet med den styrking av infrastrukturen som hadde funnet sted: det var bygget 422 km ny jernbane, 511 km var bygget om fra smalspor til hovedspor, 277 km var elektrifisert, Nordlandsbanen var bygget til Rognan og Sørlandsbanen var ferdig - hertil kommer veiarbeider blant annet til Kirkenes, flyplasser, festningsanlegg, industriutvikling i Glomfjord, Sauda, Årdal, Herøya, Eitheim, Tyin, Tysse, Mår osv.

Men disse investeringene hadde hatt sin pris. Det ble fort klart at norske arbeidskraftreserver var begrensede, og alt fra høsten 1941 tillot Hermann Göring at 20 000 krigsfanger ble satt til å arbeide i Norge under Organisasjon Todts ledelse. Etterhvert økte behovet, særlig til de nordlige jernbanearbeider. Titusener av russiske krigsfanger ble sendt til Norge i de siste krigså, mange i elendig forfatning og de måtte tilbringe tiden på primitive sykestuer. Av tyske rapporter fremgår at mange leger og leirpersonale gjorde sitt beste for å lindre plagene og kjempet mot det tyske fangebyråkratiet for å forhindre flere deportasjoner til Norge. I juli 1944 gikk den siste transporten nordover.

Hjemsendelsesproblemet

I alt ca 120 000 krigsfanger – mest russere og serbere – var transportert til Norge. Ca. 15 000 omkom, og ved frigjøringen var her fortsatt 84 000 russere. Disse kom i tillegg til de vel 340 000 tyske soldater og hjelpetropper som var stasjonert i Norge, – pluss ca 40 000 på gjennommarsj fra Ishavsfronten. Dertil kom ca 20 000 sivile tyskere – i alt over en halv million «innvandrere» som snarest måtte ut av landet.

Her lå kanskje den største utfordringen for den norske hjemvendte regjering og forvaltning – så vel den militære som den sivile. Selv om det var bestemt av den allierte militærledelse at organiseringen av så vel repatriering av krigsfanger som hjemsendelse av militære styrker skulle ivaretas av de allierte, var det likevel en mengde detaljoppgaver som falt på norske militære og sivile myndigheter.

Opgavene var uoverskuelige, og lite var forberedt. Takket være Milorg-avdelingene og polititropper fra Sverige, samt eksemplarisk tysk disiplin, lyktes det å få gjennomført kapitulasjonsbestemmelsene uten episoder. Avvæpning av de tyske styrker tok atskillig tid, og i flere måneder var tyskerne fremdeles de egentlige herrer i landet – militært sett. De første allierte styrker – vesentlig engelske – var fåtallige, men effektive – og gradvis ble de mer fra tysk synspunkt omdiskuterte kapitulasjonsvilkår gjennomført. I vilkårene inngikk at tyske styrker innen få dager skulle samles i bestemte reservater, og i løpet av få dager skulle også alle større byer være rømmet. De fikk imidlertid avvæpne seg selv under militær kontroll. Offiserene fikk beholde sine pistoler, og 2% av soldatene fikk beholde geværer og ammunisjon for å sikre ro og orden – flere steder også for å opprettholde vaktordninger ved de tidligere krigsfangeleirene, noe som vakte sterke reaksjoner hos de berørte fangene. Den gamle tyske soneinndeling (fem soner) ble beholdt av de allierte. I vilkårene for øvrig inngikk krav om at tyskerne selv skulle arrestere bestemte kategorier som kunne mistenkes for krigsforbrytelse, noe som var et av de vanskeligst godtagbare krav i vilkårene. General Thorne som ellers viste fast holdning, måtte etter hvert akseptere noen av de tyske innvendingene. Ordenspolitiet og offiserene i det hemmelige militære politi ble fritatt for internering. Også ordren om å arrestere norske NS-medlemmer ble frafalt. Et unntak var i Troms, der NS-medlemmer ble arrestert og internert en uke i Tømmerelv-leiren under tysk bevoktning.

Det tyske hovedkvarter som i juni 1945 hadde flyttet fra Lillehammer til Bogstad, ble oppløst 1. juli 1946. Det ble gradvis redusert fra 1200 til 400 ansatte. Et stort antall generaler og andre høyere offiserer var i puljer sendt til England for å bli forhørt av British Intelligence. General Böhme holdt en meget beveget avskjedstale da han forlot Norge 12.10.1945 og

staben ble oppløst. Alt fra årsskiftet ble administrering av de tyske resterende styrker splittet opp og fordelt på de fem sonekommandoer. Oslo ble fortsatt sete for den sentrale tyske militære myndighet.

Flere høyere militære og sivile tyskere var blitt internert på Akershus som mistenkte krigsforbrytere eller som vitner i slike saker. Etter hvert ble interneringsvilkårene lettere, særlig for vitnene, og overflytting til noe mer komfortable spesialleirer på Etterstad eller på Slemdal hotell fant sted. Nazivennlige offiserer var byttet ut med Norgesvennlige – til dels med kjente navn fra tysk militærhistorie som von Moltke, von Bechtolsheim, Hammersen m.fl.

Flere og flere reservater ble etter hvert slått sammen og tømt, samtidig som bevegelsesfriheten ble innskrenket, bruk av veier og jernbaner forbudt uten særskilt alliert tillatelse, og før repatrieringen ble soldatene for kortere tid internert i spesielle leirer med omfattende vaktstyrker – etter allierte retningslinjer.

Selve hjemsendelsen av de internerte tyske militære styrker ble utsatt til juli 1945, fordi det var de alliertes ønske å få sendt hjem krigsfanger først. Det var utvilsomt også politiske grunner til dette, og en russisk repatrieringskomisjon innfant seg også ganske snart for å overvåke hjemsendelsen. Repatrieringen av de russiske krigsfanger hadde første prioritet, og de fleste var reist i løpet av juli 1945. De fleste ble sendt fra samlestasjoner med tog gjennom Sverige til kystbyene og herfra med skip til Leningrad eller finsk havn. De mange fra jernbanearbeidene nordpå ble samlet i Melhus. Men ikke alle ville la seg repatriere, - ikke minst de såkalte Vlassow-russerne og Hiwis. Egne rettsoppgjør fant sted med disse i mange av leirene, noe som ble forsøkt hindret av den allierte overkommando i Norge. Ca 250 russere hadde rømt og skjult seg opp til flere år i bygder nordpå. Etter hvert som de ble oppdaget, ble de nådeløst utlevert til russiske myndigheter. Hele repatrieringen av russiske krigsfanger ble overvåket av en 250 mann sterk delegasjon av sovjetiske politiske militære under ledelse av general Ratov i NKVD.

Et stort problem utgjorde de ikke-tyske Hiwis, de såkalte Wehrmachtsgefolge. Disse utgjorde i Norge 34 000 personer. De var dels frivillige, dels «halv-frivillige» eller tvangsvervede personer. Disse var personer fra alle okkuperte områder, men særlig vanskelig var situasjonen for ukrainere og russere som hadde deltatt i general Vlassows armé på tysk side. «Sortering» mellom disse kategoriene i de tidligere tyske fangeforlegninger og blant sivile var en vanskelig oppgave.

Hjemreiser for tyskerne begynte for alvor først fra slutten av juli og i august 1945. Det ble stilt til disposisjon et større antall tyske, britiske og norske fartøy, chartret av britiske militærmyndigheter. Det ble snart klart at den beregnede kapasiteten var for liten, og i august begynte jernbane-

transport gjennom Sverige: Ett tog daglig i hele måneden fra Narvik, Trondheim og Oslo – med 1 000 mann pr tog. Likevel oppstod lange utsettelser, spesielt rammet dette de 44 000 som var hjemmehørende i den russiske sone, delvis også i den franske. Følgene var at det så sent som ved årsskiftet 1945-46 ennå var ca 70 000 soldater tilbake, ved neste årsskifte 1946-47 fremdeles flere tusen, samt mer enn tusen sivile tyskere. De siste militære forlot Norge fra Skien i april 1947; de sivile mange måneder senere.

De fleste allierte styrker hadde høsten 1945 uventet forlatt Norge – trolig også av politiske grunner, idet russerne hadde forlatt Finnmark alt i september 1945. Dette ble overraskende meddelt i et hemmelig møte mellom Allierte Overkommando og Regjeringen. Fraværet av allierte styrker betydde en økende belastning både med hensyn til økonomi, ansvar og administrasjon for den militære og sivile norske forvaltning.

Sivile tyskere og andre av «fientlig nasjonalitet» ble etterhvert et betydelig problem. Disse omfattet 2000 rikstyskere og østerrikere og ca 8000 andre – blant annet 121 Memeltyskere, Danzigtyskere og Sudettyskere. I gruppen var det for øvrig 1076 ektepar. Selv om mange tilhørte Wehrmacht, kunne de ikke sendes hjem. Belastningen på økonomi og embetsverk ble stadig tyngre, og alt arbeid med disse og den store gruppe øvrige «displaced persons» av andre nasjoner ble lagt under det nyopprettede Flyktninge- og Fangedirektorat, som 1.07.1947 ble omgjort til «Kontoret for flyktninge- og fangespørsmål».

Bare de rent militære tyske avdelinger og de russiske krigsfanger hadde stått under helhetlig alliert ansvar. Disse var alle stort sett selvhjulpne med hensyn til full forpleining ut fra de omfattende tyske forråd beregnet på krig og beleiring i Norge.

Men etter hvert førte den forsinkede hjemsendelse også til stadig større problemer for de norske myndigheter. Så sent som i begynnelsen av november 1945 ble de første 400 sivile tyskere sendt til den britiske sonen.

Brutte løfter og spesielle grupper

Et annet problem var de såkalt «gode tyskere». Flere var flyktninger til Norge fra før krigen, men norske myndigheter ville nå ha dem sendt tilbake til Tyskland. Andre hadde ytt Hjemmefronten store tjenester og var blitt lovet privilegier, men disse løfter ble heller ikke overholdt, mange ble tvangssendt hjem uten hensyn til vitnemål fra militære og hjemmefrontledelse. Den 22.12.1945 ble det i avisene offentliggjort et brev fra kjente samfunnsstopper om den dårlige behandling og de brutte løfter, blant annet. underskrevet av Odd Nansen, Didrik Arup Seip, Sigurd Evensmo, Johan Scharffenberg, Kirsten Hansteen og Håkon Lie.

Det ble også stiftet en gruppe av tyske kommunister – «Gruppen av tyske frihetskjemper i Norge» – de måtte skaffes særlig underbringelse, som ble i Holmestrand.

Arbeidet med å differensiere de ulike grupper og kategorier innebar et kostbart og omfattende arbeid med opprettelse og drift av en rekke leirer rundt omkring i landet på ubegrenset tid. Hovedansvaret var falt på Hærens Overkommando, Forsvarets Sanitet og Sosialdepartementet. De tre samleleirene for sivile i Porsgrunn, Snåsa og Fjell ved Bergen hadde plass til fra 700 til 400 personer, men mange bodde i andre forlegninger, internater og hoteller.

Med tillatelse fra Den allierte Overkommando fikk myndighetene lov til å sette de internerte tyskere i arbeid, dersom de selv ville. I mars 1946 bestemte Regjeringen seg derfor til å føre ut 15 000 mann i sivil, produktivt arbeid. Det var da fremdeles 35 000 tyske militære i Norge, og de kostet landet en utgift på 10 millioner kroner per måned. Direktør Christian Lindboe ble pålagt å lede organiseringen, som skulle ligge under Forsvarsdepartementet. Fra 7. mai 1946 kom de første 7 000 ut på vei- og skogsarbeid - på norske tariff-lønninger og med behørlige forsikringer. Det var stor etterspørsel etter denne arbeidskraften, og da prosjektet ble avviklet om høsten, hadde vel 10 000 mann hugget 20 567 m³ tømmer og fullført 55 km vei, foruten utført torvarbeid og stubbebryting. Tyske tekniske spesialister ble også brukt av myndighetene i hele 1946 og ut i 1947, spesielt for avvikling av Organisation Todts mange anlegg, så vel som i diverse industribedrifter. Mer og mindre faste arbeidsavtaler fant også sted med bønder, skogbrukere og gartnere hele høsten og vinteren 1946-47.

I mars 1946 oppgis offisielt at det ennå fantes 650 mindre tyske leirer og reservater med 44 000 soldater og sivile, hvorav 25 000 skulle til russisk sone. I januar-februar 1947 fantes ennå ca 1 000 militære og sivile tyskere som ikke var repatriert, foruten mer enn 1 000 «displaced persons», flest polakker, som heller ikke var repatriert, mest av politiske årsaker.

De turbulente forholdene på kontinentet virket også inn på de i Norge havnede deporterte polakker, tsjekkere og andre fra tidligere tysk- og nå russisk okkuperte områder. De fleste hadde vært hjelpearbeidere i Wehrmacht eller «Hiwis». Ikke alle ville tilbake til sine hjemland, som nå var under kommunistisk styre. Norske myndigheter, særlig Sosial- og Justisdepartementene, syntes helst å ville gjøre kort prosess og sende alle tilbake til sine hjemland, uansett. Men FN var blitt opprettet, og Norge var nå tvunget til å følge flyktningekonvensjonene. Politisk strid med mottagerlandene ble uunngåelig, og denne kan også avspeiles i ulike holdninger til hjemsendelse, i departementer og blant tjenestemenn. Ingen kunne sendes

hjem mot sin vilje, selv om det ble gjort mange forsøk fra enkelte norske myndigheter på å unngå bestemmelsene.

Var tyskerne krigsfanger eller kapitulerte tropper?

Kunne de settes til minerydding?¹

I følge våpenstillstandsbetingelsen skulle minerydding umiddelbart finne sted, først og fremst i de områder som var knyttet til de tyske militærforlegninger og tilhørende militæranlegg. Den lokale mineryddingen startet straks, og det varte ikke lenge før ulykkesmeldingene strømmet inn til Allied Forces Head Quarter i Norge fra hele landet. Der ønsket man opplysninger om antall døde, sårede, navn og omstendighetene rundt ulykkene. First Airborne Division skulle kunne stille rådgivere til disposisjon, men uten kommandoopdrag. For Finnmarks vedkommende var det besluttet rydding i hele fylket vest for Tanafjord, men først den 2. august 1945 ble det tillatt at britiske offiserer kunne dra inn i Finnmark inntil linjen Banak – Karasjok uten spesialtillatelse fra Allied Head Quarter. Mineryddingen i Finnmark ble derfor sporadisk og utilstrekkelig i første omgang, men atskillig rydding ble likevel utført blant annet i Hamnbukt, Kistrand, Lakselv og Børselv. I Nord Norge for øvrig foregikk minerydding i lengre tid av flere tyske militære som var blitt tilbake i landet på grunn av de forsinkede repatrieringsmuligheter. Den fortsatte derfor i begrenset utstrekning i Harstad, Vardø og Vadsø ut oktober 1945 og i Banak og Karasjok ut desember. Antall døde og skadede fra denne perioden finnes ikke i arkivene.

Inntil 21. juni 1945 var det registrert 119 døde og 163 sårede tyskere samt fire britiske og to norske soldater på grunn av minerydding. Den 24. juli 1945 var tallet steget til 179 døde og 292 sårede, den 29 august til 275 døde og 392 sårede. Deretter ble det foreløpig innskrenkning i mineryddingen, muligens etter initiativ fra alliert hold etter avtale med den tyske Armeeoberkommando for de kapitulerte tyskere.

Den 2. mai 1946 fant det sted en konferanse i Oslo mellom Hærens overkommando og den gjenværende tyske overkommando om en fortsatt mineryddingsplan. Et tysk pionerkompani på 600 frivillige ble opprettet for å fjerne, senke, tilintetgjøre og lagre ammunisjon på sikker plass. 30 «Feuermerker» og åtte offiserer ble knyttet til kompaniet. I tillegg ble ytterligere to pionerkompanier opprettet for å fjerne landminer og ammunisjon, først og fremst i Finnmark. Det hadde her meldt seg for få frivillige. Det nødvendige antall måtte suppleres ved pålegg.

¹ (ref til boks 18,36 HQ ALFN RA)

Den tyske overkommando innvendte imidlertid at det å bli satt inn i minerydding stred mot internasjonal lov – særlig mot artikkel 32 i overenskomsten om behandling av krigsfanger av 27/7 1929 ledd 1: «Det er forbudt å bruke krigsfanger til skadelige eller farlige arbeider».

Svar innløp fra Hærens overkommando² undertegnet Odd Bull, at tyskerne ikke var krigsfanger, men avvæpnede styrker som hadde overgitt seg betingelsesløst. Genferkonvensjonen, mente HOK, «hadde intet å gjøre med denne saken». Tyskerne var pliktige til minerydding. I sammenheng med annen arbeidsvirksomhet kalte imidlertid Forsvarsdepartementet tyskerne for «krigsfanger».

Dr. Hoffmann fra Det Internasjonale Røde Kors, som flere ganger var i Norge og besøkte de tyske forlegninger, hadde i juli- august 1946 fått tillatelse til også å besøke de tyske fanger som var på minerydding. Han besøkte blant annet Hamnbukt og Kirkenes. Dr. Hoffmann hadde under sitt besøk på ny tatt opp spørsmålet om skadeforsikring for tyskere som deltok i minearbeidet³ Mineryddingskommandoen «Arbeitskommando Becker» var deretter i virksomhet fra juni og ut september 1946. Nå var det også ordnet med avtaler om behandling av skadete ved sykehusene i Kirkenes, Skoganvarre, Alta og Tromsø. Åtte tyske leger reiste nordover fra Bogstad leir den 24/7-1946 til Harstad. Forberedelse, kompetanse og sikkerhetstiltak var således ganske annerledes tilrettelagt i denne andre fasen av mineryddingen enn i de første måneder etter kapitulasjonen. Noen sentral registrering av døde og skadete fant ikke sted nå. Antallet var trolig langt lavere, og de skadete fikk rask behandling på norske og tyske sykehus.

Helsevesenet som skjulested

Et stort problem var at krigsforbryter-mistenkte hadde skjult seg i de tyske feltsykehus eller i «Erholungsheimen». Spørsmålet om visse personer holdt seg skjult, ble tatt opp 30/9-45 i Allied Head Quarter. Man ønsket å få en oversikt over de tyskere i sykehus som var klare for repatriering, samt en oversikt over de pasienter som måtte ha en lengre liggetid enn 28 dager. Det ble svart at dette i alt gjaldt 1002 pasienter, samt 199 med liggetid mer enn seks måneder, herav 92 utlendinger.

Den 19/10-1945 kom ordre fra Allied Head Quarter om at alle som var sykmeldte under 28 dager, skulle ut av sykehusene og overføres reservatene. Man ønsket nå regelmessige oppgaver over sykesengbeleggene og forventet oppholdstid.

² (HOK) 17/6-46 (J.D/72)

³ (J.nr. 15959/46 III 7).

Litteratur:

- Bohn R: *Reichskommissariat Norwegen*. München: R. Oldenbourg Verlag, 2000.
- Evang K: Beretning om sunnhetstilstanden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1945; 65: 266-71.
- Gogstad A: *Helse og hakekors*. Bergen, Alma mater 1991.
- Gogstad A. «Men seier'n var vår». Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2003.
- Kreyberg L.: *Kast ikke kortene*. Oslo: Gyldendal 1978.
- SANORG- en hemmelig sykehusberedskap 1940-45*. Stensilrapport Nasjonalbiblioteket, Krigstrykksamlingen, Oslo.
- Schilling DFC, Ottersen K: *Barmhjertighetsfronten*. Norges Røde Kors under krigen 1940-1945. Oslo: Norges Røde Kors 1995.
- Strøm A: Tuberkulosen i Norge under okkupasjonen. *Nordisk Hygienisk Tidsskrift* 1951, 1-13.
- Thorne Sir A: *Fredsgeneralen*. Oslo: Aschehoug 1995.

Arkivkilder⁴:

- Militärarchiv Freiburg: Arkivstk RM 45, PK 41.
— ” — — ” — RW 39/341
- Disarmament Directives. Boks 17 D/4/3 HQ ALFN, RA.
Boks 18D 24 Minefield Clearance og Boks 38 57/30/ A HQALFN, RA.
Boks 6 63/4-63/8Q Boks 35 57/2 German Armed Forces Employment.
HQ ALFN, RA.
- Flyktninge-fangedirektoratet Boks E 0084, Sosialdepartementet, RA.
— ” — Boks E 0089 Sovjetborgere (usortert) RA.
— ” — Boks E 0084 Oppgave fra HOK med statistikk. «Disputed» Persons, Ref til CA/101/27
HQ Allied land Forces Norway (5 sider). RA
- CA/04/68 CA G5 Division «26/6 45 HQ ALFN, RA.
- J nr 15959/46 III Boks 21 HQALFN, RA.
- Flyktninge- Fangedir. Boks 12 Opplysn. om repatriering, Sosialdep. RA.
— ” — Boks 0083 Displaced persons, Hjemsendelse.
Transport. Diverse dok. Sosialdep. RA.
— ” — Boks 0080 Mp Sivile tyskere. Sosialdep. RA.
- Arbeiderbladet 18/9- 1945.
Boks 18,36 HQ ALFN RA.

⁴ RA = Riksarkivet, Oslo.

Var okkupasjonen en sosial-politisk dødtid?

Quislingregimets sosialpolitikk

Michael 2005; 2: 324–32.

Sammendrag:

I annen halvdel av 1930-årene ble det gjennomført flere sosialpolitiske reformer i Norge. Under okkupasjonstiden hadde NS-regimet et påfallende positivt syn på disse reformene. Regimet satte sosialpolitikken inn i en nasjonalsosialistisk ramme og forsøkte å gjennomføre førerprinsippet overalt. Dessuten ble sosialpolitikken preget av regimets ideer om rasehygiene, blant annet i to lover om «Vern av folkeætten». Men i Sosialdepartementet var det færre konflikter mellom NS-styret og byråkratiet enn i de fleste andre offentlige etater. Regimet gjennomførte også to viktige sosialpolitiske reformer: En krigspensjonering og en barnetrygd. På denne måten føyer det norske NS seg inn i en bred internasjonal strømning fra 1930-årene av: Også diktaturregimer og autoritære bevegelser var opptatt av å finne nye statlige velferdsløsninger på sosiale problemer.

Velferdsstat og demokrati – nødvendigvis alltid en kobling?

Forestillinger om at staten skal ta vare på alle sine innbyggere fra vuggen til graven blir ofte forbundet med moderne politiske demokratier. Koblingen har et tungt og sterkt historisk belegg: Det er i de vesteuropeiske demokratiene at de omfattende statlige ordningene man gjerne sammenfatter i begrepet om velferdsstaten er blitt bygget ut.

Men om man går bakover til velferdsstatsideenes forhistorie, viser det seg at også ikke-demokratiske grupper og regimer var opptatt av sosialpolitiske ideer. Noen vil gjøre Otto von Bismarck (1815–98) til velferdsstatstankens egentlige far. For få år siden var det ikke uvanlig å operere med begreper om sosialistiske velferdsstater, myntet på Sovjetunionen og Øst-Europa. Det er ikke sikkert at det er noen nødvendig kobling mellom velferdsstatsideer og demokrati – med mindre man løser et slikt mulig dilemma ved å definere en demokratisk styreform inn i begrepet om velferdsstaten. Dersom man abstraherer bort den politiske styreformen, og

oppfatter den moderne velferdsstaten som et sett av sosialpolitiske prinsipper, ordninger og institusjoner, blir velferdsstatsideenes forhistorie både kompleks og interessant.

Samfunnssolidaritet

1930-årene var en krisetid for kapitalismen, for liberalismen og for den klassiske økonomiske tenkningen. Det økonomiske systemet som hadde brakt så enorme fremskritt til Vest-Europa og Nord-Amerika, så ikke ut til å fungere lenger. Millioner gikk arbeidsledige, samtidig som det ikke så ut til å være noen mangel på store samfunnsmessige behov eller på kapital. Følgene var sosial og politisk uro. I land etter land ble det politiske systemet satt under press, mest drastisk og med mest fatale følger i Tyskland.

Samtidig var 1930-årene en tid for nye ideer. Verdensforbedrere dukket opp overalt med løsninger på problemene. Et fellestrekk for disse løsningene, fra de seriøse og ytterst innflytelsesrike, til de definitivt kuriøse og marginale, var at de orienterte seg i retning av sterkere statlige inngrep, kontroll og styring. På tvers av politiske skillelinjer kom det frem kollektivistiske forestillinger man kan kalle *samfunnssolidariske*; visjoner om et styrt, rettferdig, trygt og tett integrert samfunn.

Det *styrte* samfunn vil i snever forstand si politisk kontroll over og styring av økonomien. I 1930-årene var «planøkonomi» et moteord og et honnørord, og man kunne se en rekke ulike former for planøkonomi. I videre forstand var det tale om sosial ingeniørkunst; samfunnet skulle styres mot et mål, løselig definert som større velstand for samfunnets medlemmer. Det var også sterkt utbredte forestillinger om at det var nødvendig med organisering og felles opptreden, spesielt i arbeidslivet.

Det *rettferdige* samfunn var en idé og et ønske om sosial utjevning, om større sosial og økonomisk likhet mellom klasser og grupper i samfunnet. Det inkluderte også utjevning mellom by og land.

Det *trygge* samfunn var et samfunn med sosial sikkerhet og trygghet mot sykdom, alderdom, fattigdom og arbeidsløshet, trygghet for å kunne oppdra barn og andre goder som utdanning, bolig og helse.

Det *tette* samfunn betydde at enkeltindividene i samfunnet hadde plikter såvel som rettigheter, og at hele samfunnet kunne stille strenge krav til den enkelte.

I ulike utforminger fant man slike samfunnssolidariske forestillinger i land etter land i Europa og Nord-Amerika i 1930-årene. Politiske aktører nærmet seg ideene ut fra ulike posisjoner. Det gjaldt marxistiske strømninger, som svekket eller helt oppga sine ideer om klassekamp og klassesolidaritet. Det gjaldt også autoritære høyrestrømninger. I Norge fikk

de mest autoritære av de autoritære høyrestrømningene anledning til å sette noen av sine ideer ut i livet under den annen verdenskrig.

NS-regimet og sosialpolitikken

Etter at Nazi-Tyskland okkuperte Norge i 1940, ble som kjent Nasjonal Samling plassert i maktposisjon i staten. Makten hvilte riktignok hele tiden på tyske bajonetter – i realiteten hadde det tyske Rikskommissariatet siste ord i alle avgjørende saker.

NS-regimet forsøkte å omdanne hele det norske samfunn til en nasjonalsosialistisk førerstat. Forsøket var ikke spesielt vellykket. Men på det sosialpolitiske området finner vi flere interessante særtrekk.

Nasjonal Samlings program fra 1934 tok til orde for en «samlet planmessig socialreform». Av konkrete trygdeordninger fremhevet programmet spesielt en barnetrygd og en «folketrygd for gamle og uføre». Dette programmet ble stående gjennom hele krigstiden. Det foreligger ingen samlet og overordnet plan fra NS-regimet under krigen. Men det forekommer både uttrykk for sosialpolitiske intensjoner og – mer interessant, kanskje – en omfattende sosialpolitisk praksis.

Først og fremst fikk sosialpolitikken høy prioritet – i det minste på det propagandistiske plan. Et toneangivende organ slo fast at «samfundssolidaritet» skulle være «den nye tids idégrunnlag». I Nasjonal Samlings nasjonalsosialistiske form for samfunnssolidaritet var det en rekke elementer: Ideer om planøkonomiske reguleringer, om korporative institusjoner og korporativ organisering av arbeidslivet – og om omfattende sosiale trygder.

Regimets første sosialminister Birger Meidell (1882-1958) lovet en kraftig utbygging av trygdesystemet. Men først etter at «arbeidet med de mere krise- og krigsbetonte saker avtar». Meidell var en sosialradikalt orientert mann, innstilt på å gjennomføre sosialpolitiske reformer. Problemet for ham, og for likesinnede i NS, var at den reelle makten i det tyskokkuperte Norge lå i Josef Terbovens (1898-1945) Rikskommissariat. Og Terboven sa blankt nei til de fleste sosialpolitiske reformer som kostet penger.

Det mest iøynefallende trekket ved Nasjonal Samlings sosialpolitikk under krigen er rimeligvis at partiet forsøkte så langt det formådde å gjennomføre det nasjonalsosialistiske førerprinsippet i den sosialpolitiske administrasjonen. Men når det gjaldt *innholdet* i politikken, var NS påfallende positivt innstilt til den eksisterende sosialpolitikken i Norge. Det gjaldt spesielt de mange og betydelige sosialpolitiske reformene som var blitt gjennomført i annen halvdel av 1930-årene. Norge hadde hatt en «til dels ypperlig sociallovgivning», het det i et toneangivende NS-organ. Mei-

dells etterfølger som sosialminister, Johan Lippestad (1902-61), konstaterte i en rapport til Quisling at den norske arbeidervernloven av 1936 var en «sosialt sett radikal og moderne lov». Lippestad gikk endog så langt som til å slynge ut følgende spissformulering om sosialpolitikken i en tale våren 1942: «Både vi og våre motstandere har det samme mål».

NS gjorde ingen forsøk på å avskaffe eller suspendere trygdeordningene og arbeidervernlovgivningen fra før 1940. Tvert om: Partiet gjeninnførte en arbeidsledighetstrygd, etter at trygdeloven av 1938 var blitt suspendert i mai 1940 av Administrasjonsrådet og regjeringen Nygaardsvold. Da denne trygden ble gjeninnført høsten 1940, understreket NS-sosialminister Meidell at arbeidere som uforskyldt ble rammet av arbeidsløshet, måtte ha «et ordentlig rettskrav på hjelp», at det måtte være tale om «en alminnelig trygd» og at den måtte gjennomføres som et statlig tiltak.

NS noterte også sin største propagandistiske seier på dette området. Arbeidsledigheten, det uten sammenligning største sosiale problem i Norge i 1930-årene, forsvant helt i løpet av våren og sommeren 1941. Dette skyldtes primært okkupasjonssituasjonen, den tyske okkupasjonsmaktens reguleringspolitikk og en veldig etterspørsel etter varer og tjenester fra den sivile og militære okkupasjonsstyrken. Men på det ideologiske plan tok NS æren. Avisartikler og pamfletter kunne triumferende fortelle at de gamle partiene bare hadde *snakket* om å fjerne arbeidsledigheten – det nye styret kunne *handle*.

Det sosialpolitiske byråkratiet

Kollaborasjonsregimets forsøk på å skape en nasjonalsosialistisk førerstat hadde særlig to følger for det offentlige byråkratiet. Dels ble, som antydnet, førerprinsippet innført overalt i offentlige etater. Dels forsøkte regimet å fylle byråkratiet med sine tilhengere. Motstandere kunne bli sagt opp av politiske grunner og erstattet med NS-medlemmer. Regimet la også stor vekt på å få de offentlig ansatte til å melde seg inn i partiet. Fremstøtene ble møtt av ulike typer reaksjon. De møtte motstand, men også tilpasning og ulike former for samarbeid og underordning. Forholdet mellom regimet og byråkratiet var meget komplisert.

På det sosialpolitiske området var det et mindre konfliktfylt forhold mellom NS og byråkratiet enn på nær sagt alle andre områder. Eksempelvis ble påfallende få ansatte i Sosialdepartementet fjernet fra sine stillinger. Det skyldtes dels at regimets sosialministre var mer forsiktige enn kolleger i andre departementer. Men det skyldtes også relativt sett store berøringsflater. Det sosialpolitiske byråkratiet kunne i store trekk arbeide med de samme saker og, fortsatt i store trekk, på samme måte som før okkupasjonen.

Her er det et viktig poeng at byråkratenes hverdag ikke bare var å ta stilling til nasjonalsosialistiske nyordningsfremstøt. Om man ser på den kvantitative siden av saken, gikk mesteparten av funksjonærenes tid med til arbeidsoppgaver og problemer som bare i liten utstrekning hadde sammenheng med spesifikt nasjonalsosialistisk politikk. Hverdagen var først og fremst byråkratisk rutine. Sosialminister Lippestad kunne således fortelle at det i løpet av to måneder i begynnelsen av 1941 innkom rundt 12 000 saker til Sosialdepartementet. Det må ha vært de færreste av disse sakene som berørte spesifikt nasjonalsosialistiske saker eller regimets egne lover. Her er det i høy grad tale om byråkratisk egentynge.

Quislingregimets reformer

NS-regimet gjennomførte to sosiale reformer av betydning. I begge tilfeller er kontinuiteten påtagelig.

Den ene var en lov om krigspensjonering. Det ble innført en felles grunnpensjon for alle militærpersoner og for deres eventuelle etterlatte, og en tilsvarende grunnpensjon med noe lavere satser for sivilpersoner. Sosialminister Meidell overtok uten vesentlige endringer et forslag til lov om krigspensjonering, utarbeidet av et utvalg nedsatt sommeren 1940 – før tyskerne innsatte sitt norske kollaborasjonsregime. Dette betydde at det ble gitt pensjon til folk som var blitt såret i kamp med tyskerne i 1940 og til etterlatte etter folk som var blitt drept i kampene. Men naturligvis kom noe nytt til med NS. Nordmenn som hadde tatt opphold i utlandet etter 10. juni 1940 – da kamphandlingene i Norge var over, og konge og regjering hadde flyktet til London – ble utelukket fra ordningen. Det betydde i klartekst nordmenn som var gått i eksil og sjøfolk i handelsflåten, som ikke var kontrollert av kollaborasjonsregimet i Norge. For øvrig omfattet ordningen alle nordmenn som bodde i det tyskokkuperte Norge.

En annen stor sosialpolitisk reform, en barnetrygd, ble innført mot slutten av krigen. I dette tilfellet overtok NS en trygdemodell som hadde vært framme i 1930-årenes sosialpolitiske debatt. Trygden ble knyttet til syketrygden. Det betydde at det bare var lønnsmottagere som nøt godt av den, den var ikke universell. Begrunnelsen var dels av befolkningsmessig art, dels var hensikten å heve levestandarden for lønnsmottagere med forsørgelsesbyrde.

Modellen for barnetrygden ble ikke valgt av prinsipielle grunner. Både innad og utad ble reformen fremstilt som et krisetiltak og som bare et første skritt. Men modellen ble på sin side forsøkt overtatt direkte av den sosialdemokratiske regjeringen etter at krigen var slutt. Loven om barnetrygd ble, som andre lover fra kollaborasjonsregimet, opphevet i mai

1945. Men i januar 1946 sendte den nye sosialdemokratiske regjeringen en proposisjon til Stortinget om barnetrygd. Dens forslag var med helt minimale endringer en kopi av NS-loven. Forslaget møtte motbør. Det kom inn protester mot at selvstendig næringsdrivende bønder og fiskere ikke kom inn under trygden. Det ble også antydning at det ville være lite passende å vedta en lov som i realiteten stammet fra Quislingregimet. Tilslutt ble proposisjonen trukket tilbake. Isteden ble en ny lov om barnetrygd, med kontantutbetaling til alle barnefamilier fra og med barn nr. to, enstemmig vedtatt i Stortinget.

I denne sammenheng er det på sin plass å påpeke at NS-regimets lov og den sosialdemokratiske regjeringens første proposisjon ikke bare var praktisk talt likelydende. Også argumentasjonen for de to lovforslagene fulgte de samme baner. Det ble understreket at det i første omgang var viktig å prioritere de gruppene som trengte støtte mest; modellen var ikke uttrykk for en prinsipiell holdning. I begge tilfeller ble det også understreket at trygden skulle bygges videre ut etter hvert.

Førerprinsipp og rasehygiene

Naturligvis er det avgjørende brudd på sosialpolitikken område mellom det demokratiske Norge og det nasjonalsosialistiske kollaborasjonsstyret. Bruddene kommer tydelig til uttrykk i nasjonalsosialistenes forsøk på å innføre førerprinsippet overalt. De kommer også til uttrykk i nasjonalsosialistenes systematiske kobling mellom sosialpolitikk og rasehygiene.

Men selv på disse to områder blir bruddene modifisert av visse elementer av kontinuitet. Ikke alle sider ved førerprinsippet virket like avskrekkende på alle i den første, forvirrede tiden i det tyskokkuperte Norge. Vi ser et sterkt eksempel på dette høsten 1940. En av de fremste sosialpolitiske byråkrater i Norge skrev til den nyinnsatte sosialministeren i kollaborasjonsregimet at han hadde «nå i snart 30 år vært plaget av politiske styrer, som aldri har gjort noen nytte, men ofte hemmet meg i mitt arbeid». Han tordnet mot grupper som bare søkte å «ivareta sine partipolitiske interesser» og ikke var «sakkyndige». I et notat foreslo han å endre både karakter og myndighet for de lokale styrene for trygdekasser:

«Trygdekassenes styrer bør ikke lenger ha besluttende myndighet i noe spørsmål. Det bør være et råd for kassens leder [...]»

Det var et forslag helt i overensstemmelse med førerprinsippet, og et forslag sosialministeren rimeligvis satte pris på. Og byråkraten som skrev dette høsten 1940 var alt annet enn noen nasjonalsosialist – han tilhørte den sosialdemokratiske arbeiderbevegelsen både før og etter annen verdenskrig. Mer allment antyder denne episoden visse berøringspunkter mellom

kollaborasjonsregimets ideer om førerprinsippet og byråkratens irritasjon over partipolitiske styrer, egeninteresser, ineffektivitet, mangel på sakkyn-dighet og helt allment hemmende innflytelse på byråkratens virksomhet. Slike berøringspunkter kunne komme åpent til uttrykk høsten 1940, da mangt og meget var uavklart. Senere, da nasjonalsosialistene hadde fått vist hva deres førerprinsipp innebar i praksis, stilte saken seg noe annerledes.

Når det gjelder rasehygiene, hadde folk i NS-regimet store og kraftige vyer, med utgangspunkt i nasjonalsosialismens biologiske tenkemåte. Men vyene ble bare i beskjeden grad omsatt i praktisk politikk. Det kanskje viktigste bidraget var en lov om sterilisering fra 1942.

Denne loven erstattet en tidligere steriliseringslov fra 1934. Den ga blant annet en videre adgang til å bruke tvang. Men i et større perspektiv er det relativt beskjedne forskjeller mellom den demokratiske loven fra 1934 og den nasjonalsosialistiske fra 1942. NS-loven hadde for eksempel ikke en rasistisk ordlyd – den rettet seg bare mot «mangelfullt sjelelig utviklede» eller uhelbredelig sinnssyke *individer*. Den sa ingen ting om hele folkegrupper. Begge lovene rangerte individer etter arveanlegg; de som havnet under normen, ble betraktet som mindreverdige.

På den annen side: Den demokratiske loven av 1934 ble vedtatt i Stortinget mot bare én stemme. Saksordføreren viste til den nasjonalsosialistiske tyske steriliseringsloven som forbilde, uten å bli motsagt. Han viste også til at det var naturlig at han som bonde, med bondens sakkunnskap om avl, var ordfører for en slik sak. Saksordføreren, som tilhørte Bondepartiet, havnet for øvrig senere i Nasjonal Samling.

På denne måten er det påfallende tydelige linjer av kontinuitet på sosialpolitikken område; når det gjelder praktisk sosialpolitikk, og når det gjelder tenkningen som lå til grunn for den praktiske politikk. Nasjonalsosialismen blir naturligvis ikke mindre nasjonalsosialistisk av dette. Den blir ikke mindre terroristisk, brutal og grusom, dens folkemord blir ikke mindre folkemord. Likevel kan linjene og kontinuiteten i sosialpolitikken være en tankevekker.

Tradisjonell og moderne sosialpolitikk

Det er vanlig å skille tradisjonell sosialpolitikk fra moderne velferdsstatsprinsipper langs to akser. Den tradisjonelle sosialpolitikken – gjerne konkretisert til tradisjonen etter Bismarck – var hovedsakelig innrettet på å hjelpe de svake, dens overordnede prinsipp var behovsprøving. Den moderne velferdsstatsideen baserer seg på prinsippet om universalitet. Den tradisjonelle sosialpolitikken var videre finansiert ved såkalt sosialforsikring – de enkelte grupper og individer betalte forsikringspremier, som i sin tur

ble tilført subsidier fra det offentlige. Velferdsstatens trygdesystem, derimot, er – i hvertfall i prinsippet – finansiert gjennom alminnelig beskatning. Denne inndelingen er meget grov og, om man vil, idealtypisk. Men den gir i det minste en første orientering.

I et større historisk perspektiv peker de sosialpolitiske linjene fra det norske kollaborasjonsregimet bakover til 1930-årene mer enn de peker fremover. Regimet fikk aldri utarbeidet noen stor og samlende sosialpolitisk plan, det bygget forsiktig videre på mellomkrigstidens sosialpolitiske reformer.

Med dette utgangspunkt kan man sette Quislingregimet inn i en større internasjonal sammenheng. Under den annen verdenskrig ble det lagt konkrete planer for sosialpolitiske reformer i flere land. Mest kjent og uten sammenligning viktigst er den britiske Beveridgeplanen, fremlagt i rapporten *Social Insurance and Allied Services* i november 1942. Med dens samlende prinsipper om universalitet, peker den fremover mot den moderne velferdsstaten. Riktignok var Beveridges system basert på sosialforsikring og ikke på beskatning.

Om man går til det nasjonalsosialistiske Tyskland, finner man også der sosialpolitiske planer for etterkrigstiden. Disse planer, utarbeidet i Deutsche Arbeitsfronts tenkeloft Arbeitswissenschaftliches Institut (AWI), er svært grundige og på sin måte vel så moderne. Der finner man både ideer om finansiering gjennom alminnelig beskatning og – forstått innenfor en nasjonalsosialistisk kontekst – ideer om «universalitet» for tyske «Volks-genossen» – alle medlemmer av det nasjonalsosialistiske tyske folkefellesskap. AWIs planer tok et klart og bevisst brudd med den tradisjonelle, Bismarckske tyske sosialforsikringsmodellen.

Dersom slike planer skulle ha blitt virkelighet i et seirende nasjonalsosialistisk Tyskland, ville naturligvis en rekke ulike kategorier mennesker ville vært utelukket fra det tyske fellesskapet, av rasemessige og andre grunner. Et annet tema ville vært regimets mulighet for disiplinering og kontroll gjennom sosialpolitiske ordninger.

Men begge disse temaer – både utelukkelse fra fellesskapet og muligheter for disiplinering og kontroll – vil, i varierende grad og på ulike måter, være tilstede i ethvert fellesskap preget av kollektivistiske ideer om samfunnssolidaritet, av en sterk stat og av omfattende sosialpolitiske ordninger. Forskjellene er naturligvis overveldende og avgjørende; demokratier sender ikke folk som blir utelukket fra fellesskapet i gasskamre. Men også i moderne, demokratiske velferdsstater er det grunn til å tematisere forholdet mellom fellesskapet og den enkelte: De som er innenfor får nyte godt av omfattende statlige ordninger, men hva med dem som faller utenfor?

Bibliografiske henvisninger

Temaet i denne artikkelen er behandlet langt mer utførlig (og på en rekke punkter mer nyansert) i mine bøker *Solkors og solidaritet. Høyreautoriteter samfunnstenkning i Norge ca. 1930-1945* (Oslo: Cappelen, 1991) og *Verdenskrig og velferd. Britiske, tyske og norske sosialpolitiske planer under annen verdenskrig* (Oslo: Cappelen, 1993).

Quislingregimets helsepolitikk er grundigere behandlet i Anders Gogstad: *Helse og hakekors* (Bergen: Alma mater, 1991). De norske steriliseringslovene er analysert og sammenlignet i Henriette Sinding Aasen: *Rasehygiene og menneskeverd* (Utrykt særavhandling, Oslo 1989). Per Haave: *Sterilisering av tatere 1934-1977* (Forskningsrapport, Oslo 2000) er en nærmere studie av hvordan steriliseringslovene ble praktisert i Norge. En samlet fremstilling av den norske velferdsstatens forhistorie og historie gir Anne-Lise Seip: *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920* (Oslo: Gyldendal, 1984) og *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75* (Oslo: Gyldendal, 1994).

Sosialpolitikken i Hitlers Tyskland er, på ulike måter og med ulike perspektiver, behandlet i Marie-Luise Recker: *Nationalsozialistische Sozialpolitik im Zweiten Weltkrieg* (München 1985) og Ronald Smelser: *Robert Ley. Hitler's Labor Front Leader* (Oxford/New York: Berg Publishers Ltd., 1988).

Øystein Sørensen, dr. philos.

Professor i moderne historie, Universitetet i Oslo

Adr: IAKH, Postboks 1008 Blindern, 0315 Oslo

Bokanmeldelse:

Norske lægers Nordkap–Varangerfærd 1905

Michael 2005; 2: 333–5.

Hansson R, Kobro I. Norske lægers Nordkap-Varangerfærd 1906.

Kristiania: Centraltrykkeriet, 1905. Faksimileutgave med forord av Birger Løvland. Oslo: Topografisk forlag, 2005. 92 s, rikt illustrert.

ISBN: 82-7981-037-4. NOK 238. Boken kan bestilles fra: berg@imprint.no

1905 var et begivenhetsrikt år i Norge. Året var selvsagt først og fremst preget av unionsoppløsningen. I mars ble Christian Michelsen statsminister og så gikk det slag i slag med parlamentarisk dramatikk, to folkeavstemminger og Karlstad-forhandlinger. Til sist endte året som kjent med at en ny norsk konge ankom Kristiania i slutten av november og en ny periode i landets historie tok til.

Men det skjedde selvsagt også mye annet. Blant annet avholdt norske leger det «11te almindelige norske lægemøde» i Trondheim. I etterkant av dette møtet ble det arrangert en båttur fra Trondheim til Kirkenes og tilbake. Med ledsagere og andre var det i alt 136 passasjerer ombord D/S Hera på denne turen som ble dokumentert i en egen bok som utkom i 1906.

Hundre år etter har allmennlege Birger Løvland tatt initiativ til at denne boken utgis på nytt i en faksimileutgave og med forord av Løvland selv (1). Gjengivelsen er uvanlig vakkert og pietetsfullt utført av Topografisk forlag og Valdres trykkeri. Fotografiene er mange og med få unntak «reproduceret efter fotografier af færdens deltagere» som det heter i «Færdens forhistorie». Av denne innledningen fremgår det for øvrig at idéen om en slik tur hadde eksistert helt siden det fjerde alminnelige norske legemøde i Bergen i 1891. Ting tok sin tid.

Bokens forfattere er Isak Kobro (1867 – 1953), som beskriver turen nordover, og Rasmus Hansson (1859 – 1934), som beskriver turen sørover. Rasmus Hansson var en høyt profilert generalsekretær i Legeforeningen fra 1900 til 1924 og Isak Kobro var assistent for generalsekretæren fra 1900 til 1907. Kobro hadde for øvrig en fortid som stor-



Leger og ledsagere på tur. Bilde fra boka.

tingsstenograf. Blant mye annet redigerte han tredje utgave av Norges Læger (1908) og utgav et tillegg til verket 36 år senere. Hanssons og Kobros beskrivelser av turen gir et fascinerende innblikk i den tidens politiske stemning og kollegiale kultur.

Deltakerlisten er i seg selv spennende lesning. Her var leprabakteriens oppdager Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841–1912) som hadde holdt foredrag på legemøtet. Her var den legendariske professor Søren Laache (1854 – 1941). Her var Oscar Egede Nissen (1843–1911), kanskje mer kjent fra avholds- og arbeiderbevegelsen enn fra medisinen. Her var den allsidige Eilert Støren (1860–1929) fra Meldalen som blant annet møtte på Stortinget 1910 -12. Og ikke minst, her var gjestene Hulda (1862–1934) og Arne Garborg (1851–1924).

Boken gir en kronologisk beskrivelse av de elleve dagene om bord. D/S Hera la fra kai om kvelden 19. juli 1905 i Trondheim i gråvær, men allerede ved Torghatten ble det «stegende sommersonne» i det som beskrives som «den første af de mange vellykkede landstigninger». Nordkapp ble nådd 23. juli 1905 og dette ble markert med champagne, taler og sanger.

Den aktuelle politiske situasjon ble berørt i August Korens (1833–1929) tale: «...Tykke skyer dækker for tiden vor politiske horisont. Maatte med Guds naadige hjælp fredssolen bryde gennem disse skyer og kaste sit velsignede skin over nordens lande.... Norge er nu helt vort. Det har reist sig i fuld frihed.»

Selv hundre år senere kan vi, med forfatternes og ikke minst fotografenes hjelp fornemme den spesielle atmosfære det må ha vært om bord i D/S Hera. Men omgangstonen og humoren virker tidløs og gjenkjennelig. Før returen til Trondheim ble deltakerne tildelt sine deviser. For professor Laache lød den slik: *Sardiner er godt, sordine er bra. For humør paa turen tak skal Du ha.*

Sosialt samvær var viktig for det kollegiale fellesskap, da som nå. Dagens Hurtigrute-kurser til tross: Det er nesten med misunnelse man leser denne reiseberetningen. Alle ære til Birger Løvland og andre som har sørget for at vi kan få del i den historiske ferden. I den lange rekken av «1905-bøker» som foreligger, vil den være et originalt, men godt valg. Boken er en perfekt julegave til en historieinteressert kollega.

*Magne Nylenna
professor dr. med.
Sosial- og helsedirektoratet,
Oslo*

Litteratur

- 1) Løvland B. Norske legers Nordkapp-Varanger-ferd i 1905. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1525.

Bokanmeldelse:

Urbanisering og helse

Michael 2005; 2: 336–7.

Tellnes G (ed.) *Urbanisation and health. New challenges in health promotion and prevention*. Oslo: Unipub forlag, 2005. 368 pp.



Det er lett å tro at helseproblemer i forbindelse med urbanisering er noe som vesentlig hører historien til, f. eks. i 1700-tallets England og framover, eller på det europeiske kontinent og i Amerika på 1800-tallet.

Slik er det ikke.

Selv om det har vært perioder da helsebetingelser og levkår enkelte steder jevnt over var bedre i byer enn på landet, har det vist seg at også den moderne urbaniseringen ofte kan medføre store helseproblemer for befolkningen. Og det er viktige forskjeller sammenliknet med tidligere: For nå skyldes problemene som regel ikke mangel på medisinsk viten, slik

som da epidemiene herjet i det nittende århundre. De skyldes sosiale forhold og interessekonflikter der helse kan komme langt ned på listen i forhold til f. eks. økonomiske interesser. Særlig ille kan det blir hvis urbaniseringen både er rask og skjer i et samfunn med stor sosial ulikhet. Storbyers helseproblemer er i våre dager som oftest en politisk problem, ikke først og fremst et medisinsk.

Derfor trengs det en ny giv for samfunnsmedisinen, tilpasset den nye situasjon.

I 2004 holdt The European Public Health Association (EUPHA) sin årlige konferanse i Oslo over temaet *Urbanisation and health* (Se *Michael*

2004; 1: 332-6). Det var rundt 700 deltakere og konferansen må regnes som en stor faglig suksess ved at den satte søkelyset på dette voksende feltet for samfunnsmedisinen. De norske arrangørene, med professor Gunnar Tellnes i spissen, hadde lagt et stort arbeid i å ramme inn de innsendte og aksepterte foredragene ved hjelp av en serie key-note-foredrag av spesialister på de ulike områdene. Det er disse foredragene som nå er samlet i bokform.

Boka *Urbanisation and health* er blitt en tungvekt for moderne public health-arbeid. Det er 78 forfattere som står bak de 31 kapitlene, så det nytter ikke å referere detaljer i en anmeldelse – her er et bredt spekter dekket. Det er blitt en god, allmenn lærebok i samfunnsmedisin, med oversikt over både hva faget er og hva det kan være.

Gunnar Tellnes, i 2005 for øvrig president for EUPHA, har som redaktør klart å gjøre det kunststykket å få boka ut allerede før neste konferanse i Graz, Østerrike i november 2005. Alle som noen sinne har redigert en bok med mange forfattere, vil nikke med kvalifisert anerkjennelse over denne prestasjonen!

Hvilken effekt vil så denne boka ha? Trolig vil den markere for sine mange lesere rundt om i de europeiske land at samfunnsmedisin internasjonalt er et viktig fag – og et gjenoppvåkneende fag. Raus tildeling av EU-midler til utgivelsen er i så måte et bevis på at denne holdning har man også på høyeste hold i Europa.

Hvilken effekt vil den ha i Norge? La oss håpe at den vil bli tilsvarende. Dessverre har det vist seg at samfunnsmedisinen hos oss har en del odds mot seg, blant annet fordi legene og medisinen i hovedsak er rettet mot pasientbehandling. «Pasienten i sentrum» er et utmerket slagord, men det er uheldig hvis forebygging og tilrettelegging for at vi ikke skal få så mange pasienter, kommer i bakgrunnen. I så måte er faktisk mye av medisinerutdanningen i Norge spesialisert fra tidlig i studiet – spesialisert mot pasientrettet virksomhet, ikke mot å se også på samfunnet som en organisme som undertiden trenger inngrep med medisinsk fagkunnskap som bakgrunn.

Det hører for øvrig med til historien at Norge lenge var svært nølende med å melde seg inn i EUPHA. Det var bokas redaktør Gunnar Tellnes som fikk dette til ved å opprette NFSH – Norsk Forening for Samfunnshelse, som da kunne melde seg inn i EUPHA. Også dette skal han ha ære for.

Øivind Larsen

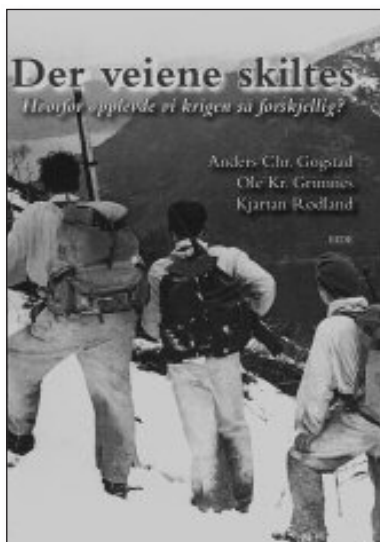
*professor, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin,
Universitetet i Oslo*

Bokanmeldelse

Valg som ble avgjørende

Michael 2005; 2: 338–9.

Gogstad AC, Grimnes OK, Rødland K. *Der veiene skiltes – Hvorfor opplevde vi krigen så forskjellig?* Bergen: Eide, 2005. 192 s.



Vi foretar valg hele tiden. Og det skjer ting med oss hele tiden som får konsekvenser for hva som skjer senere. Oftest er dette ikke så dramatisk. Det er slik livet utvikler seg.

Men det var en historisk periode da både personlige valg og tilsynelatende betydningsløse hendelser kunne få dramatiske konsekvenser: Denne boka er bygd på intervjuer med 24 personer om deres opplevelser i forbindelse med Den annen verdenskrig. Mange av dem var svært unge da krigen brøt ut, de kom opp i politiske spill og noen havnet på den siden som viste seg å bli seierherrenes, mens andres

vei førte dem over på det som ble den «gale» siden. Hvordan tenkte de? Hva var det som skjedde? Hvordan gikk det siden?

Tidligere professor i sosialmedisin Anders Chr. Gogstad har kretset omkring dette temaet, især i forbindelse med utviklingen av helseforhold og helsevesen under krigen, i flere av sine bøker. Historieprofessor Ole Kristian Grimnes er en av våre mest erfarne okkupasjonshistorikere, og redaktør Kjartan Rødland er blant annet tidligere sjefredaktør i Bergens Tidende. Disse tre har gått sammen om bokprosjektet.

Boka er sammensatt av historiske oversiktskapitler, skrevet av redaktørene, og personlige fortellinger ved intervjuobjektene. Intervjuene dekker til sammen et bredt spektrum av erfaringer fra de gruppene som fikk

sine liv mer eller mindre merket for alltid av det som skjedde under krigen – motstandsfolk, krigsseilere, frontkjempere og andre.

Dette er skremmende lesning. Sannsynligvis er tiden så fjern og fremmed for unge lesere i dag at de knapt vil forstå det som hendte, forstå rekkevidden som det den gang kunne få, f. eks. å la sitt ungdomsopprør ta form av å bli medlem av Nasjonal Samling. Eller å følge kanskje mer gjennomtenkte politiske vurderinger: Finnlandskrigen, der mange nordmenn hadde støttet sine nordiske naboer i kampen mot den røde fare, kanskje skulle man nå følge oppropene om å fortsette kampen mot bolsjevismen under Hitlers faner? Eller hvis man ville være med i det lokale arbeidet for å befri Norge fra okkupasjonen – kanskje kom man da med blant den fraksjonen som mente at framtida lå i Sovjetstaten, og opplevde at den kommunistiske motstandsbevegelsen dels hadde andre mål og metoder enn den mer «ordinære» hjemmefronten?

Og så var det unge jenter som kanskje naivt ville lindre krigens lidelser og gikk inn i Røde Kors, det tyske Røde Kors, og ikke kunne forutse den harde linje Norges Røde Kors hadde lagt seg på da de kom hjem. Det de trodde var humanitært arbeid, ble regnet som arbeid i fiendens tjeneste.

Kanskje var man til sjøs og kom ufrivillig inn i farefull tjeneste på fjerne hav, for mange et femårig helvete uten avbrudd. Riktignok vanket det en viss heder når man omsider kom hjem. Men med en anerkjennelse tilsvarende innsatsen for den allierte seier, lot vente på seg i mange år.

Det kunne også hende at man var til sjøs i innenriksfart da krigen kom – like farefullt, men kanskje med en beskyldning etterpå om at man hadde arbeidet for tyskerne, selv om det hjemmeflåten gjorde, var å holde Norge i gang, tross alt.

Det er slike skjebner man får innblikk i, fra «begge sider» og fra alle kanter.

I tillegg til at boka forteller om krigens grusomhet, berører den også det kanskje noe spesielt norske i at uforsonligheten mellom nordmenn på de to sider har vært så stor og så langvarig. I andre av sine skrifter har professor Anders Chr. Gogstad argumentert for at dette også må sees som del av politiske og sosiale prosesser som begynte lenge før krigen og som har vart lenge etterpå – i tillegg til at det kanskje også er et norsk særtrekk.

Dette er en bok som bør leses for å bli klokere av.

Øivind Larsen
professor, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin,
Universitetet i Oslo

Egil Skallagrimssons gård og kirke på Island – fra utgravningene 2001–2005

Michael 2005;2:340–48

Sammenfatning

Et amerikansk-norsk utgravningsprosjekt har i mer enn fem år pågått på Island, på Hrísbú gård i Mosfell-dalen, nord for Reykjavík. Her er en kirke fra den aller første kristne tiden fremgravet, og skelettene fra den omkringliggende kirkegården vitner om et hardt og voldelig liv, med forekomst av tuberkulose og andre infeksjonssykdommer. Den lille gårdskirken er også interessant i sagsammenheng, da det var her Egil Skallagrimsson ble jordet etter at han ble tatt ut av den opprinnelige gravhaugen. Prosjektet har sin egen web-side («The Mosfell Archaeological Project»).

Summary

An American-Norwegian archaeological project has in more than five years been executed in Iceland, on Hrísbú farm in Mosfell Valley, north of Reykjavík. The ruins of a small church from the transition time between Viking Age paganism and Medieval Christianity in Iceland have been excavated there. The skeletons found in the surrounding churchyard are witnesses of a rough and violent kind of life, also with occurrence of tuberculosis and other infectious diseases. The Hrísbú farm is of great interest in historical connection, as it was the Icelandic poet and killer Egil Skallagrimsson's last resort and the place where he died about 990 AD. The project has got its own web side («The Mosfell Archaeological Project»).

Egil Skallagrimssons saga er vel en av de mest velskrevne og spennende historier som finnes fra den norrøne sagatiden, fra overgangen mellom heden-skap og kristendom på Island. Vi møter her en mann som stolte på sin egen makt og styrke – máttir ok megin – og som så visst ikke var av den typen som vendte det annet kinn til. Etter et urolig og voldelig liv kom den aldrende Egil til å tilbringe sine siste år hos Tordis Torolvsdatter, Egils bror-



Figur 1. Kirken under utgraving, sett fra øst.



Figur 2. Skalle med svær huggskade på venstre side av bakhodet.

datter, og hennes mann Grim Svertingsson på gården Mosfell. I dag har det enorme landområdet som den gang utgjorde gårdens utmark blitt en nordlig nabokommune til Reykjavík, og stedet de bodde på heter den dag i dag Hrísbú. De var her den gamle hedningen Egil døde, trolig omkring år 990, og sagaen sier at

«...da han var død, lot Grim dra gode klær på ham, og førte ham ned til Tjaldanes og gjorde der en haug. Og i den ble Egil lagt med sine våpen og klær» (1).

Et tidlig kirkebygg

Da kristendommen ble innført på Island år 1000 lot både Grim og Tordis seg døpe, og ifølge sagaen bygget Grim en kirke på gården. Tordis, som nå var blitt kristen, syntes åpenbart at det var skammelig å tenke på at onkelen lå der i gravhaugen over på den andre siden av dalen. Hun sørget derfor for å åpne graven, og hun førte den hedenske Egil Skallagrimssons jordiske levninger opp til kirken for å begrave dem der.

Sannsynligvis har denne kirken ikke stått i svært mange år, for sagaen sier videre:

«...da de siden bygde ny kirke på Mosfell og rev ned den gamle, som Grim hadde latt bygge på Hrisbru, så grov de i kirkegården der og fant noen mannebein under alterstedet, som var meget større enn mannebein flest. Og etter det gamle folk har fortalt, tror en at det må ha vært Egils bein» (1).

Helt siden 1995 har den amerikanske professor i norrøne språk, dr. Jesse L. Byock, vært opptatt av hvor denne kirken kan ha ligget, og hvordan det gikk med Egil Skallagrimssons grav. En rekke forundersøkelser, bl.a. sammen med antropologen, professor dr. Phillip L. Walker, – også han fra Los Angeles, gjorde det mulig å lokalisere kirken og et langhus mindre enn 100 meter vest for driftsbygningen på den nåværende Hrísbú gård. De siste fem årene har undertegnede deltatt som antropolog i utgravningene og har foretatt undersøkelser av skjelettene fra kirkegården her (2). Disse har gitt oss et enestående innblikk i så vel gravskikk som helseforhold på Island i overgangen mellom vikingtid og middelalder – mellom hedendom og kristendom.

Problematisk utgravning

Begynnelsen var vanskelig, fordi vi ikke hadde noen anelse om hva vi eventuelt ville kunne finne. Terrenget vi skulle grave i var bare en liten kolle som lokalt gikk under betegnelsen Kirkjuhóll – kirkehaugen. For det var ingen murer som anga retningen på en eventuell bygning, og ingen markering i jordlagene som fortalte oss hvilken dybde vi måtte ned på for om mulig å gjøre funn. Likevel var det med en blanding av begeistring og skuffelse at vi



Figur 3. Overkjeve med hele den høyre halvdelen ødelagt.

støtte på den første begravelsen. Begeistring fordi skjelettet – av en kvinne i 50-årsalderen – lå i den tradisjonelle øst/vest-retning som viste at vi virkelig var innenfor en katolsk kirkegård. Skuffelse fordi skjelettet var i en meget dårlig forfatning og således ga oss bange anelser om hvilken tilstand vi kunne forvente at de øvrige begravelsene var i.

Den neste graven vi fant inneholdt skjelettet av en mann i 40-årsalderen. Dødsårsaken var her tydelig nok, for et gapende hull i skallens venstre bakside vitnet om et voldsomt hugg av øks eller sverd. Naturligvis var det ikke mulig å gjøre noen identifikasjon av vedkommende, men vi mintes teksten i Gunnlaug Ormstunges saga, som forteller om en hendelse som fant sted nettopp på Hrífsbrú. Illuge Svarte, far til Gunnlaug, kom en tidlig morgen til gården med tredve mann for å angripe Onund som bodde der. Han ville hevne drapet på Gunnlaug. Sagaen sier at

«... Onund og sønnene hans kom seg unna til kirken, men Illuge tok to frender av ham – den ene het Bjørn, ham drepte de...» (1).



Figur 4. Her ser man hvor dårlig skjelettene på kirkegården var bevart.

Det ble tatt kollagenprøve fra knoklene som ga en ^{14}C -datering mellom år 890 og 990, med den største sannsynligheten ved år 960, hvilket viser at kirken trolig var i bruk allerede før kristendommen offisielt ble innført på sagaøya.

En underlig gravskikk

Gradvis fikk man nå frem veggene i den lille kirken, som nærmest var et kapell på bare 7-8 meters lengde, men med skip og kor, og korrekt orientert øst-vest. Like utenfor den søndre langveggen fant vi en merkelig ansamling med knokler, helt uten anatomisk sammenheng – og med et hvalben på toppen. Åpenbart har dette vært en hedensk grav som av en eller annen grunn ble bragt til kirken på et senere tidspunkt, slik det jo også skjedde med Egil Skallagrimssons jordiske levninger. Dette var imidlertid skjelettet av en yngre mann, 20-25 år gammel, og med spor etter en svær infeksjon i hele den høyre innsiden av skallen. Også i den venstre halvdel av overkjeven var det patologiske trekk, en infektøs prosess som hadde ført til intravitalt tap av nesten alle tennene her. På innsiden av flere av ribbena var

det tydelige spor av periostale reaktive forandringer – trolig på grunn av lungetuberkulose.

I hvalbenet var det risset inn to kors, åpenbart som et ledd i en magisk handling, en beskyttelse for de etterlevende mot dette hedenske mennesket som her hadde fått en kristen grav. Det var i den forbindelse fristende å tenke på en episode som det fortelles om i Egils saga. Egil hadde tatt inn hos en mann, Torfinn, og mens han satt og spiste der ble han oppmerksom på at det lå en syk jente borte i tverrpallen.

«...Er noe råd blitt prøvd mot sykdommen hennes?» sier Egil, «Det er blitt ristet runer,» svarer Torfinn; «det er en bondegutt ikke langt herifra som gjorde det; men siden er det bare blitt så meget verre enn før. Men – du kan ikke gjøre ved slikt du vel, Egil?» sier Torfinn. «Kan være,» svarer Egil, «at det ikke ble verre, om jeg prøvde!»... Han ba dem løfte henne opp av sengen og legge rene klær under henne, og det ble gjort. Deretter ransaket han sengen hennes, og fant der et hvalbein med runer på. Egil leste runene, deretter spikket han dem av og skavet dem ned i ilden, brente opp hele hvalbeinet...Egil kvad: Ei den må runer riste/ som råde dem ei makter/ mangel en grep mistel/ i mørke runestaver./ Ti lønndomstegn jeg skjelnat/ tydelig på benets flate;/ de det var som voldtel/ vi-vet den lange smerte»... (1).

Like ved ble skjelettet av en 40-45 år gammel kvinne funnet. På innsiden av skallen, i fossa occipitalis inferior, ble det oppdaget to centimeter-brede kaviteter, hvorav den ene hadde penetrert skallebenet. Dessuten var det tydelige karimpresjoner fra dura mater i skallens lamina interna, særlig langs beliggenheten for sinus sagittalis superior. Trolig har dette oppstått på grunn av en epidural blødning, en hjernetumor eller en infeksjon.

Smittsomme sykdommer

Ved østsiden av kirken ble skjelettet av en 16-18 år gammel pike funnet. Kroppshøyden hennes hadde bare vært ca. 150 cm, det vil si uvanlig kortvokst, selv for datidens forhold. Også på innsiden av hennes ribben ble det oppdaget periostale reaktive forandringer, trolig på grunn av lungetuberkulose.

Ved siden av lå en enda dypere, eldre begravelse. Det var et 13-14 år gammelt barn, muligvis en pike. Hennes kroppshøyde var bare 130 cm – dvs. 20-30 cm mindre enn det vi i dag ser hos piker i tilsvarende alder. Kroppshøyden tilsvarende det en 9-åring måler.

I alt er et tyvetalls graver avdekket på denne tidlig-middelalderske kirkegården. Trolig rommer den flere, for området er ennå ikke fullt utgravet. Det er gårdens befolkning som ligger her, og selv det som er funnet hittil er dramatiske vitnesbyrd om et hardt liv på Island. Ikke bare i form av vold,



Figur 5. Mosfell nye kirke ligger høyt over dalbunnen, på den haugen som dekker Egils Skallagrimssons jordiske levninger.



Figur 6. Mosfelldalen med Hrisbrú gård i bakgrunnen under fjellet. På sletten til høyre, mellom elvene, ble Egil gravlagt første gang.

men også med en påfallende hyppighet av alvorlige infeksjoner, slik man kan forvente i en populasjon som var tvunget til å leve tett sammen i trange, mørke og uhygieniske hus. Det er dertil en nesten grotesk grad av tannslitasje hos de fleste, noe som peker i retning av hard og kanskje usunn kost, muligvis også underernæring og derav følgende kortvoksthet. Men samtidig viser undersøkelsene så langt at man allerede i den aller første tiden, mellom hedendom og kristendom, har visst å innordne seg og tilpasse seg de allmen-europeiske begravelsesskikkene her oppe i det ytterste hjørne av sivilisasjonen.

Egils grav?

Den personen som man kanskje hadde håpet å finne noen benrester av – Egil Skallagrimsson selv – er ikke funnet. For det er sikkert at ingen av dem vi hittil har gravet frem er hans levninger. Ut fra sagateksen kan vi tro at han led av Paget's sykdom (3), både på grunnlag av hans klager over det tunge hodet, svimmelhet og dårlig syn og hørsel. Men vi får også mistanke om denne diagnosen ut fra sagaens underlige beretning om hvordan Egils grav på Hrísbú ble åpnet og skjelettet tatt opp for å føres til den nye kirken (hvor Mosfell kirke nå ligger, ca. en kilometer lenger opp i dalen). Presten som tok opp knoklene het Skapte Torarinsson.

«...Han tok opp hausen til Egil og satte den på kirkegårdsmuren. Hausen var så stor, at det var rent et under; men det merkeligste var likevel, hvor tung den var. Den var ruklet all over, liksom et harpeskjell. Skapte ville ha greie på hvor tykk hausen var, tok en gild håndøks i ene neven og slo til den med øksehammeren det hardeste han kunne, for å få den sund. Men hausen hvitnet bare der øksehammeren ramte, hverken bognet eller sprakk...» (1).

Til tross for at sagateksten om denne respektløse handlingen ble nedtegnet etpar århundrer etter at hendelsen hadde funnet sted, undrer det oss med hvilken detaljrikdom og presisjon beskrivelsen er gitt – slik vi kjenner skjelettforandringer på grunn av Paget's sykdom. Det viser hvordan den muntlige gjenfortellingen trofast har holdt seg til den opprinnelige kilden, og at deler av sagalitteraturen derfor kan være svært troverdige.

Ved utgravningen ble det i det lille koret i kirken funnet en nesten to meter lang grav. Den var tom. Det er derfor fristende å tenke seg at denne graven – den eneste innenfor kirkens vegger, og nettopp «under alterstedet», slik sagateksten sier – har vært Egil Skallagrimssons grav.

Den oppmerksomme leser vil kanskje innvende at det muligvis kunne finnes benrester i gravhaugen hans på Tjaldanes, om den kunne undersøkes. Nå finnes det faktisk en haug der nede, som av lokalbefolkningen omtales som «Egils haug». Den ble undersøkt sist sommer, men viste seg



Figur 7. Den såkalte «Egils haug».

dessverre å være en naturlig morene. At det kan ha vært en gravhaug et annet sted på den flate sletten mellom de to elvene, er nok sikkert, men i århundrenes løp er det sannsynlig at den har blitt utslettet av flom, isgang, tråkk av dyr etc. Egil Skallagrimssons ben, som i dag ligger gjemt et eller annet sted under Mosfell kirke, får hvile der i fred.

Litteratur

- 1) Egil Skallagrimssons saga (oversatt av H. Lie). I: *Norrøn Saga*, bd. 1. Aschehoug, Oslo (1990).
- 2) Byock J, Walker P, Erlandson J, Holck P. Viking Age Graves in the Mosfell Valley. The Mosfell Archaeological Project (2001).
- 3) Byock JL. The Skull and Bones in Egils Saga. A Viking, A Grave, and Paget's Disease. *Viator*. Medieval and Renaissance Studies, University of California Press. Vol. 24: 23-50 (1993).

(Alle foto: P. Holck).

*Per Holck, professor
Universitetet i Oslo, Avdeling anatomi
Domus medica
Sognsvannsveien 9, N-0372 Oslo
Postboks 1105 Blindern, N-0317 Oslo
per.holck@medisin.uio.no*

Identifisering av døde

Michael 2005; 2: 349–56.

Sammendrag

Artikkelen gjennomgår organiseringen av og metodene som i dag brukes til identifisering av døde. Identifisering foregår som et samarbeid mellom ulike fagdisipliner, i første rekke politi, rettsodontologer, rettsgenetikere og rettsmedisinere, hvor politiet har det endelige ansvaret for fastsettelse av identitet. Prinsippet for identifisering er sammenfall mellom ante mortem- og post mortem-data. Norge følger retningslinjene som er fastlagt av Interpol. De viktigste metodene som benyttes er tannundersøkelse, fingeravtryksundersøkelse og DNA-analyser, i tillegg til rettsmedisinsk og kriminalteknisk undersøkelse. Radiologiske og antropologiske metoder er nyttige som supplement.

Identifisering – nødvendig og viktig

Døde er ikke alltid egnet for visuell gjenkjennelse, og det må da foretaes en offisiell identifisering.

Såvel juridiske som etisk/menneskelige og statistiske begrunnelser kan gis for at det er viktig å nedlegge betydelige ressurser i identifiseringsarbeidet.

Det kan være mange grunner til manglende gjenkjennelse; det kan dreie seg om enkelttilfeller der avdøde er sterkt ødelagt pga skader (eksempelvis brannskader, togoverkjørsel, skuddskader i hodet) eller forråtnelse eller ulykker der flere mennesker er omkommet.

Organisering og metoder

I Norge finnes en egen *identifiseringsgruppe* (ID-gruppen) organisert under Nye Kripos, bestående av politifolk, kriminalteknikere, rettsmedisinere og rettsodontologer. Leder av gruppen er en politimann, og det er ansvarlig leder som avgjør når en avdøds identitet er fastslått. I gruppens instruks (1) er det fastslått at formålet er å identifisere de omkomne og å bidra til å kaste



Bilde 1: Seremoni fra Tromsø etter avsluttet identifisering av ofre for flyulykken på Svalbard, 1996. (Foto: KRIPOS)

lys over hendelsesforløpet. Gruppen er også pålagt å avholde årlige møter og å samarbeide innen Norden. Norge deltar også i Interpolsamarbeidet, og er til stede på årlige møter i Interpolhovedkvarteret i Lyon. En norsk politimann befinner seg også til enhver tid ved dette hovedkvarteret.

Interpol har utarbeidet egne skjema til bruk ved identifiseringsoppdrag: to identiske sett med ulik fargekode: et gult sett for ante mortem-opplysninger og et rosa sett for post mortem-opplysninger. Skjemaene må utfylles nøyaktig, og de ulike faggruppene som deltar i identifiseringsoppdraget fyller ut hver sine sider i postmortem-skjemaet. Politiet har ansvaret for innsamling av ante mortem-opplysninger, og henvender seg i den anledning til lege, tannlege og pårørende. Kvaliteten på de data som legges inn i skjemaene er viktig, og derfor må legene som avgir medisinske opplysninger om savnede personer være pinlig nøyaktige med de data som oppgis.

Ante og post mortem-opplysningene vil så bli sammenlignet, og «match» av minst to kriterier kreves for at identitet skal være fastslått, samtidig som det selvsagt ikke skal finnes uoverensstemmelser av betydning. Det er den ansvarlige leder av ID-gruppen som avgjør på hvilket tidspunkt det foreligger tilstrekkelig opplysninger til at identitet kan fastslås. Slik «match» fastslås ikke på undersøkelsesstedet, men på dertil egnede møter hvor representanter for de ulike faggruppene er til stede. Når «match» er oppnådd, kan kroppen frigis til de pårørende som skal forestå begravelsen.

Bilde 2: Post mortem-skjema til bruk ved identifisering.

Hvilke sammenligningsgrunnlag har man når kroppene er ugjenkjennelige?

Etterforskerne opererer med to ulike former for med uidentifiserte omkomne: den «lukkede» ulykken hvor man har navn på alle de savnede (for eksempel passasjerlisten på et fly) og den «åpne» ulykken hvor man i utgangspunktet ikke vet hvem som kan ha omkommet, som for eksempel ved naturkatastrofer.

Tannlegene har i mange år gjort et viktig arbeid i identifisering. Første gang dette ble brukt i større omfang i Norge var i forbindelse med en brann i Hegdehaugsveien i Oslo i 1938 hvor 29 mennesker omkom, og hvor tannlege Ferdinand Strøms (1904-1990) arbeid var sentralt. Grunnlaget for odontologisk identifisering er å sammenligne karakteristika angitt i tannlegens journal med funn hos den døde, samt å sammenligne røntgenbilder.

Fingeravtrykksundersøkelse (daktyloskopi) er en annen metode for identifisering. Hver person har unike fingeravtrykk, og dersom man har sammenligningsgrunnlag i form av registrerte fingeravtrykk, kan det danne grunnlag for positiv identifisering. Finnes ikke registrerte fingeravtrykk, kan man innhente fingeravtrykk fra den savnedes eiendeler og sammenligne med disse.

Rettsmedisinerens rolle er å registrere medisinske opplysninger av interesse. Det kan dreie seg om operasjonsart/resttilstand etter operasjoner, proteser/implantater, andre kroppskarakteristika som tatoveringer, piercinger, sammenvokste tær og lignende, samt selvfølgelig forhold som lengde og vekt. Medisinske funn som gjennomgått hjerteinfarkt, nyrestein osv., kan også være av avgjørende betydning. I samarbeid med kriminalteknikerne



Bilde 3: Bilder av savnede i Thailand etter tsunamien – bildene er hengt opp av fortvilte pårørende. (Foto: Hans Petter Hougen)



Bilde 4: Kreftene har vært enorme. Denne bilen ble funnet langt fra sjøen. (Foto: Sidsel Rogde)

registreres også funn som øyenfarge, hårlengde, øreflappen form og lignende, i den grad dette er mulig. Rettsmedisineren vil i de fleste tilfellene også foreta en innvendig undersøkelse; som kan avdekke ytterligere forhold som kan benyttes til identifiseringsformål. Det inngår også i oppdraget å ta prøver til eventuell DNA-analyse.

Kriminalteknikeren vil alltid bistå med fotografering, og i hans arbeidsoppgave inngår også å registrere alle eiendeler, som klær, smykker, identitetspapirer mv.

Andre metoder som benyttes i identifiseringsøyemed, er antropologiske metoder (hvor man kan bestemme kroppslengde, alder og kjønn på skjelettdele) og radiologiske sammenligninger.

DNA-undersøkelser gir nye muligheter

I de senere år har vi fått et nytt hjelpemiddel som har vært til stor hjelp, nemlig DNA-profilering. Man sammenligner arvestoff fra den døde med arvestoff fra hans nærmeste familie, fortrinnsvis foreldre-/barnrelasjoner. Samme prinsipp benyttes som ved undersøkelse i farskapsaker.

Allerede ved Scandinavian Star-ulykken i 1990 (fergebrann i Skagerrak med 158 omkomne) ble DNA-identifisering benyttet, men bare i begrenset grad.

Da et russisk fly styrtet på Svalbard i 1996, tok man imidlertid i bruk dette hjelpemiddelet for fullt (2). 141 mennesker omkom i flystyrten. Det ble raskt bestemt at man skulle satse på bruk av DNA for identifisering, slik at prøver allerede ble tatt ut på ulykkesstedet på Operafjellet. 257 kropp/kroppsdeler ble typet til å være fra 141 individer, og for 139 av de omkomnes vedkommende fantes referanseprøver fra slektinger. Alt DNA-arbeidet ble foretatt ved Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo. Det viste seg raskt at det var et «sjakktrekk» å satse på DNA-profilering i dette identifiseringsarbeidet, ettersom tanndata fra Russland og Ukraina viste seg å være ganske upålitelige. Dessuten forelå problemet med at kroppene til dels bestod av mange deler. Ny teknologi gjør at man etter hvert lykkes med å få opp en DNA-profil fra vev hvor man tidligere måtte gi dette opp.

Også der hvor man ikke kan få en fullstendig DNA-profil fra cellekjernen, kan man ha nytte av DNA-undersøkelser, om enn ikke med så sterk identifiserende kraft: mitokondrielt DNA som arves via morslinjen.

Tsunamien 2004

I forbindelse med identifiseringsarbeidet i Thailand etter tsunamien i desember 2004, hvor det omkom 84 nordmenn, men hvor det totale antall døde var over 5000, ble det bestemt at man hovedsakelig skulle benytte



Bilde 5: Rettsmedisiner Hans Petter Hougen og en politimann fra Danmark i full sving med identifiseringsarbeid; i høy grad et «teamwork». (Foto: Sidsel Rogde)

DNA-profilering som identifiseringsverktøy, og at samtlige prøver skulle undersøkes i Beijing. Dette viste seg imidlertid snart å være lettere sagt enn gjort. Dels var det tekniske problemer, dels skulle man enes om hvilke systemer som skulle brukes, slik at typing av referanseprøver kunne gjøres i de savnedes hjemland. Dertil kom kommersielle interesser hos software-leverandørene.

For nordmennenes vedkommende var det denne gangen de tradisjonelle metodene som løste problemet i de fleste tilfellene, idet ca 65 % hovedsakelig ble identifisert på odontologisk grunnlag, ca. 25 % på fingeravtrykksundersøkelse og de resterende ved DNA-profilering (personlig meddelelse, Reidar Nilsen, Nye Kripos).

Per 30.09.05 var status at 2363 individer var identifisert og at 1408 kropper var uidentifisert.

Per juli 2005 var samtlige 84 saknede nordmenn blitt identifisert. Per 13.10.05 var 523 av totalt 543 saknede svensker identifisert (3). Blant



*Bilde 6: Obduksjonssaler
ble donert fra den norske
stat. (Foto: Sidsel Rogde)*

danskene er 45 omkomne identifisert, mens det per 06.10. fortsatt finnes én savnet person (4).

Store ressurser har vært satt inn for å identifisere de døde. De nordiske land har klart å identifisere en stor del av sine borgere. En av grunnene til dette er nok at man har erfaring fra identifiseringsarbeidet ved flere katastrofer, og derved har en nødvendig erfaring i denne type arbeid.

Tilpassede metoder må velges

Identifisering av de døde har stor betydning i mange sammenhenger; ikke minst er det viktig for de pårørende å få visshet og å kunne ha en grav å gå til. Slik betraktet er identifiseringsarbeidet faktisk også en form for humanitært arbeid.

Hvilke metoder som fungerer best i de enkelte tilfeller, vil variere fra situasjon til situasjon. Det er ikke slik at man slutter å benytte odontologisk identifisering fordi man har tatt i bruk DNA-identifisering. Tvert imot har man fått flere strenger å spille på slik at man kan oppnå et positivt resultat i enda flere tilfeller.

Det endelige ansvaret for identifisering ligger hos politiet, men prosessen er i høy grad et «teamwork» hvor alle brikkene i puslespillet er like viktige.



Bilde 7: Arbeid på stedet for flyhavariet på Svalbard, 1996. (foto: KRIPOS)

Referanser

1. <http://www.nyekripos.no/id-web123/>
2. Olaisen B, Stenersen M, Mevag B. Identification by DNA analysis of the victims of the August 1996 Spitsbergen civil aircraft disaster. *Nat Genet.* 1997 15(4): 402-405
3. <http://www.polisen.se/inter/nodeid=317908&pageversion=1.html>
4. http://www.politi.dk/da/aktuelt/nyheder/thailand_210905.htm

Sidsel Rogde

professor

Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo

Rikshospitalet

N-0027 Oslo

sidsel.rogde@medisin.uio.no

Før jordskjelvet i Nord-Pakistan: Hvordan så det ut der?

Michael 2005; 2: 357–71.

Sammendrag

Den 8. oktober 2005 ble deler av det nordlige Pakistan og India rammet av et kraftig jordskjelv. Antall omkomne var drøye tre uker senere kommet opp i over 73 000, og 69 000 skadede. I artikkelen drøftes noen trekk ved de rammede områdene som kunne tenkes å ha betydning for at katastrofen fikk så stort omfang og for at hjelpearbeidet har vist seg å være så vanskelig, basert på inntrykk fra en bilreise fra Islamabad til Gilgit og Hunza i 2004. Selv en ukes striregn skapte da jordras, steinsprang og ødeleggelser av veiene.

Jordskjelvet

Den 8. oktober 2005 kl. 03:50:40 (UTC) (kl. 08:50:40 lokal tid) ble det nordlige Pakistan og India rammet av et jordskjelv med styrke 7,6 på Richters skala, altså ganske kraftig, og det kunne merkes fra det sentrale Afghanistan til det vestlige Bangladesh (1). Det var også flere etterskjelv.

Episenteret for jordskjelvet lå i Pakistan, ca. 100 km nordnordøst for Islamabad og ca. 170 km sørsørvest for Gilgit. Hardest rammet ble byen Muzaffarabad som ligger like ved senteret. Ødeleggelsene var mange steder totale. Media har brakt bilder av sammenraste bygninger, broer m.v. over et stort område med betydelige tap av menneskeliv. Detaljer om hvordan de forskjellige stedene er blitt rammet, har imidlertid vært vanskelig å finne ved nettsøk m.v., sannsynligvis på grunn av kommunikasjonene.

Vi har også hørt hvorledes redningsarbeidet har vært komplisert, blant annet på grunn av terrenget, kommunikasjonene og klimaet. Vel tre uker etter katastrofen (2.11.2005) melder media at 73 326 er omkommet og at ca. 69 000 er skadde, men det vil ta mer tid før de endelige, kanskje langt større tall er klare.

Reisen

I april 2004 reiste forfatterne sammen med tre pakistanske og tre egyptiske leger, foruten sjåfør og guide, på tur i en leid minibuss fra Islamabad og nordøstover langs Indus opp gjennom Himalaya til Gilgit og derfra til Hunza-dalen, dvs. langs deler av den ruten som fra gammelt av er kalt «Silkeveien». Videre over mot Kina var bilveien på denne årstiden ennå vinterstengt.

Hensikten med reisen var ikke noe annet enn å lære dette spektakulære landskapet å kjenne. I løpet av turen inntraff imidlertid vedvarende regnskyll som forårsaket atskillig naturskade. Det falt derfor naturlig at man drøftet både hvorledes eventuelt hjelpearbeid og mulige forebyggende tiltak kunne være aktuelle her.

Reisen gikk nokså rett gjennom det området som ble hardest rammet av jordskjelvet. Vi tok en mengde bilder, og i denne artikkelen viser vi noen av dem, slik at leserne selv kan gjøre seg refleksjoner over hvorfor dette vakre landskapet med det interessante samfunnet er så sårbart for naturkatastrofer, og hvorfor hjelp kan være så vanskelig.

Landskapet

Jordskjelvet inntraff i et meget utsatt område. Nettopp her, der slettelandet på det subindiske kontinent møter de høye fjellkjedene, er det to plater i jordskorpen som stanger mot hverandre. Det subindiske kontinentet regnes å bevege seg nordover med en hastighet på 40 mm i året, og platen skyves inn under den eurasiske platen. Dette gir en betydelig fare for jordskjelv.

Fjellområdene, som er dannet ved slike skyvnings- og foldingsmekanismer, er preget av meget høye fjell, f. eks. det kjente Nanga Parbat (8125 m). K2 (Mount Godwin-Austen) ved den kinesiske grensen er det høyeste (8 611 m). Toppene og fjellkjedene er atskilt med meget dype daler.

Elvene, der Indus er den største, har gravd seg ned i de ofte ganske løse fjellmassene og danner kraftige stryk i slukter med bratte sider. Enkelte steder er dalførene oppfylt av masser, åpenbart etter tidligere ras og jordskjelv. Imidlertid er det få innsjøer, elveutvidelser eller demninger, noe som gjør at kraftig nedbør, eventuelt sterk snøsmelting i høyden, kan få bekker og elver til å svulme raskt opp og forårsake flom, steinsprang og ras.

Bosettingen i fjellene finnes ofte i form av landsbyer i skråningene, gjerne der det er hyller eller andre flate sletter. Landbruk drives hvor det er forutsetninger for det, og for øvrig fedrift. Nøysomme geiter finner noe å spise i områder som mange steder kan synes temmelig golde. Ved byen Gilgit er det imidlertid et ganske flatt område. Gilgit er et administrativt og



Figur 1: Kart over jordskjelvområdet som ble rammet 8.10.2005. (Foreløpige tall).



Figur 2: Indusdalen. Hovedveien sees i dalsiden til høyre, mens bebyggelsen ligger i det terrasserte området. (Foto: Ø. Larsen)



*Figur 3: Mange områder langs Indus er ugjestmilde og karrige
(Foto: Ø. Larsen)*



*Figur 4: The Karakorum Highway passerer gjennom en landsby
(Foto: Ø. Larsen)*

militært senter for regionen. Det er også en liten flyplass der, riktignok sparsomt utstyrt, med ustabil og væravhengig trafikk og den er bare for mindre fly.

Syd for fjellene, nedover mot storbyen Islamabad, går fjellene først over i et dels ganske frodig, bølgende åslandskap. Her driver folk f. eks. med birøkt i stor skala, det er teplantasjer og annet jordbruk. Så flater terrenget ut og man er på det lave slettelandet. Litt oppe mellom åsene ligger Abotabad, en engelsk preget by med diverse militæranlegg. Byen Havelian ligger derimot der slettene slutter og den er nordlig endepunkt for jernbanenettet.

Ettersom den aller største delen av Pakistan for det meste er flat og lavtliggende, er dette landskapet i nord noe ganske spesielt.

Infrastruktur

Skal man nordover fra Havelian, er man henvist til veitransport. Tradisjonelt har det å gå med kameler på stier som slynger seg i de bratte og løse fjellsidene vært kommunikasjonsmetoden i det indre.

I 1966 bestemte Pakistan og Kina seg for å ta fatt på et stort fellesprosjekt, nemlig å bygge en 1200 km lang tofelts bilvei, The Karakoram Highway, fra Havelian til Kashgar i Kina. Den går opp langs Indus, deretter gjennom Hunza-dalen og over det 4730 meter høye Khunjerab-passet videre ned til Kinas innland (2). Det tok pakistanske og kinesiske ingeniørtropper over 20 år å bygge veien som ble formelt åpnet i 1986. Den pakistanske arbeidstyrken hadde vært på ca. 15 000 mann, mens kineiserne hadde satt inn mellom 9 000 og 20 000 soldater. Hundrevis av disse veiarbeidere mistet livet på grunn av rasulykker. Flere steder langs veien er det kirkegårder og minnelunder for omkomne arbeidere. Mange steder er fjellet så ustabilt at selve veibyggingen utløste ras. Veien har grusdekke, går bare unntaksvis i tunneler, er uten rekkverk eller autovern og fordrer kontinuerlig overvåking og vedlikehold på grunn av flom, ras og steinsprang. Da vi kjørte der, hendte det at f. eks. halve veibanen plutselig var rast ut, noe som burde mant trafikantene til varsom kjøring.

Det meste av trafikken til fjellområdene foregår langs veien. Persontrafikk foregår med overfylte biler og busser, mens frakt for det meste skjer ved hjelp av store, rikt dekorerte lastebiler av gammel engelsk Bedford-type, høyt lastet. Disse kjører ofte langsomt i bakkene, slik at mange må foreta hasardiøse forbikjøringer for å komme fram.

Telefonforbindelsen i fjellområdene hevdes i prinsippet å skulle være moderne, men for folk flest er et telefonkontor (PCO's, public call offices) stedet man går når man skal ringe. Mobildekning er dårlig eller mangler.

Da den nye veien ble bygd, var det store forventninger til at turisme kunne bli den nye, store næring og inntektskilde. I lokalmiljøet kunne man imidlertid fortelle at dette langt fra hadde slått til slik man hadde håpet. Især hadde det vist seg at konflikten med India og den vedvarende krigen i det meget nærliggende Afghanistan har lagt en stor demper på reiselysten. Flyktninger og infiltrasjon har gjort situasjonen utrygg. Politisk uro har gitt grobunn for militante grupper – politiet fant det f. eks. tryggest å sende med vår bil væpnet eskorte med blålys et langt stykke. I tillegg gjør terrenget og strabasene i seg selv det i og for seg uhyre vakre landskapet til en turistdestinasjon for de mer viderekomne.

Byggestil

Som i Pakistan ellers er det stor variasjon i bebyggelsen, også når det gjelder soliditet, i de områdene som nå ble rammet av jordskjelvet. Dette må sees som en gjenspeiling av de store sosiale og kulturelle forskjellene.

Pakistan er et fattig land. Ca. 32 % av befolkningen på 162,5 millioner lever under fattigdomsgrensen (3). På en slik bakgrunn er det lett forklarlig når den jevne familie har få ressurser til å bygge for. Bolighusene i fjellandsbyene er da også stort sett enkle, balansert av noen mer påkostede bygg innimellom. Spor etter byggemåte der det er tatt hensyn til jordskjelvsikring, er imidlertid sjelden å se. Enklere landsbyhus kan f. eks. ha vegger av tørrmur lagt opp av runde steiner, åpenbart funnet på stedet. Dette må nødvendigvis være følsomt for rystelser og lett kunne rase sammen.

Den samme utsattheten for ytre krefter gjelder imidlertid også for mer avanserte konstruksjoner. To eksempler på dette er avbildet her, nemlig det 700 år gamle Baltit Fort i Hunza-dalen og et hotell under oppføring ved Indus i 2004. Det er ikke lett å se hvordan sidekrefter er tenkt motvirket her i tilfelle rystelser i undergrunnen, eller for hotellets vedkommende også når flommen går i elva som fosser like inntil veggene - selv om altså Baltit Fort er meget gammelt og har stått lenge.

Livsform og livsanskuelser

Bortsett fra i de noe større byene er det en landsbefolkning vi snakker om i de jordskjelvrammede områdene av Pakistan. Tradisjonelt er det familien som er den økonomiske og sosiale enheten. Over der igjen kommer storfamilien, som også omfatter familiemedlemmer som er flyttet ut, og så er det landsbyen.

Det kan virke som om følelsen for større regionale fellesskap er svakere uttalt. Det må imidlertid for denne delen av landet da også tas i betraktning at mange landsbyer som ligger nær hverandre i fysisk avstand, sosialt sett



Figur 5: Persontransport på overfylte biler (Foto: Ø. Larsen)



Figur 6: Lavteknologisk veiarbeid: Mange hender som lempet stein istedenfor å bruke maskiner og redskaper. De to i lastebilen hadde en spade, men den tok de med seg da de kom løs og kjørte sin vei. (Foto: Ø. Larsen)



Figur 7: Hovedgate i Gilgit. (Foto: Ø. Larsen)



Figur 8: Et pust av britisk fortid – polomatch i Gilgit (Foto: I. F. Larsen)



*Figur 9: Hvor er jentene?
(Foto: I.F. Larsen)*



Figur 10: Nytt hotellbygg i Indusdalen – dårlig sikret mot rystelser, ras og flom? (Foto: Ø. Larsen)

kan være nokså atskilt på grunn av terrenget og de vanskelige kommunikasjonene.

Stort sett alle innbyggerne er muslimer, men her kan det være skarpe skiller og sterke religiøse motsetninger mellom ulike retninger. Slike motsetninger kan ha begrenset utviklingen av større fellesskap. Med tanke på offentlige skadebegrensende tiltak ved f. eks. jordskjelv, er det således sannsynlig at de økonomiske enhetene enkeltvis er for små og har for lite ressurser til å være tilstrekkelig effektive.

Det er påfallende å se hvor lavmekanisert konstruksjonsarbeid ofte er. Mange hender kompenseres for dyrt maskineri. Denne faktoren kan ha betydning når det gjelder f. eks. rask opprydding og raskt hjelpearbeid etter naturkatastrofer, og den kan også forklare hvorfor overraskende lavteknologiske løsninger ofte synes å være blitt valgt, f. eks. ved bygging og vedlikehold av veier.

I det store, folkerike, men fattige Pakistan blir det lite penger til fellesprosjekter. Dessuten går hele 4,9 % av brutto nasjonalprodukt til forsvaret (2004) i motsetning til f. eks. Norge, der forsvarsutgiftene var 1,9 % i 2003.

Det er vanskelig å vite i hvilken grad streng, muslimsk tenkemåte spiller noen rolle, f. eks. i form av en noe annerledes risikooppfatning enn man vanligvis har i vestlige kulturer – mer defaitistisk, det går nok bra hvis Allah vil, «*inshAllah*».

Strengheten når det gjelder tradisjonelle kulturtrekk er selvsagt svært varierende i et stort land som Pakistan, det er alle grader fra en nokså vestlig islamsk kultur i de store byene til landsbyer der tiden synes å ha stått stille i meget lang tid. Et trekk synes å være særlig framtreddende i denne delen av landet: I enkelte landsbyer ser man få kvinner og ingen jenter. Det er menn man treffer. Smågutter og unggutter er det omtrent over alt, men ingen jenter, de er hjemme og inne. De to kjønn har mer eller mindre hver sin verden, den ene er utadvendt og den andre er nesten bare innadvendt. Betydningen av denne sterke kjønnssegregeringen som en faktor i moderniseringen og utviklingen fram mot en høyere levestandard, har man neppe tilstrekkelig innsikt i.

Ressurser har betydning – eksemplene Aliabad og Karimabad

Høyt oppe i den meget vakre Hunzadalen som strekker seg oppover og innover mot den kinesiske grensen, ligger to landsbyer, Aliabad og Karimabad. Disse byene på ca. 2500 meter er omkranset av fjelltopper på 7-8000 meter, og er en konkret bekreftelse på at tilførsel av midler utenfra kan gjøre store forskjeller (4).

Karimabad var hovedstaden i det tidligere, lokale kongedømme. Den utflyttede prins Karim Aga Khan var overhode for ismailia-muslimer over



Figur 11: Baltit Fort i Karimabad – bemerk konstruksjonen! (Foto Ø. Larsen)



Figur 12: Gatebilde i Karimabad – legg merke til de kvinnelige skoleelevene! (Foto: Ø. Larsen)



Figur 13: I Hunzadalen er det også moderne helse- og sosialinstitusjoner. (Foto Ø. Larsen)



Figur 14: Barn langs veien – i livets skole. (Foto Ø. Larsen)



*Figur 15:
Klasseforskjell:
Barn i en
skolegård i
Karimabad.
(Foto: Ø.
Larsen)*

hele verden. Han var preget av moderne tenkning og la opp store fonds, blant annet ved innsamlede bidrag fra trosfeller. Aga Khan Foundation har gitt store summer til helsearbeid, utdanning og distriktsutvikling, og mye har kommet de to små byene på hjemstedet til gode. F. eks. Karimabad med sine ca. 10 000 innbyggere skiller seg ut fra distriktet ellers for den tilreisende. Her er det elektrisitet, for øvrig fra et vannkraftverk bygd for norske bistandsmidler, her er det helseinstitusjoner og det er skoler, spesielt for videreutdanning av *jenter*.

Kan vi lære noe om katastrofegrensing og nødhjelpsarbeid?

Vi kan det. Det var helt klart å se for oss tilreisende at her ville naturkatastrofer kunne komme til å slå hardt ut. Selv regnskyllene forårsaket jord- og steinras.

Dårlige hus, her i et område kjent for sine jordskjelv, ville kunne vært bygd betydelig sikrere. Selv om dette i noen grad er et spørsmål om økonomi, syntes det som om mye kunne vært gjort ved å endre på konstruksjonsmåtene for å sikre byggene bedre, uten at det nødvendigvis ville koste så mye mer. Især burde dette gjelde f. eks. for skolebygg, der de mange barna oppholder seg en god del av sin tid.

Selv det moderne, store prestisjebyggprosjektet The Karakoram Highway kunne sannsynligvis vært bygd på en slik måte at den nærmest perma-



Figur 16: Hunzadalen, her sett fra Karimabad, er meget vakker. Landsbyer, dels fysisk, sosialt og religiøst nokså atskilte, ligger på terrassene. (Foto: Ø. Larsen)



Figur 17: Et snøras har feid nedover fjellsiden og de allestedsnærværende småguttene benytter anledningen til å kaste snøball. (Foto: Ø. Larsen)

nente faren for blokkering og ulykker hadde vært mindre. Og når en ulykke først var et faktum, ville sikrere kommunikasjoner gjort det lettere å bringe nødhjelp inn og skadede ut. Det burde så vidt man kan skjønne f. eks. vært mulig å legge bedre til rette for flytrafikk.

Bedre tilrettelegging gjelder også for telekommunikasjonene. Man skulle tro at en kraftig utbygging av mobilnettet måtte være det mest kostnadseffektive i dette terrenget.

Men alt slikt arbeid koster penger. Det fordrer selvsagt også vilje, men vilje uten penger til konkret innsats er ikke nok. Dessuten fordrer det kunnskaper som kan gi bakgrunn for ny innsikt, noe som stiller krav til utdanningssystemet. Dette fordrer imidlertid også en følelse for fellesskap som går ut over perspektivet familie og landsby og som legger mer ansvar på storsamfunnet. Det er snakk om en tilpasning til en ny tid, ikke bare til dens krav, men like mye til den nye tids muligheter til å skape utvikling, sikre levestandard og å beskytte liv og helse.

Alt i alt var det derfor vårt inntrykk at det området som ble rammet av jordskjelv den 8. oktober 2005, av mange grunner var særlig sårbart for at en naturkatastrofe skulle få stort omfang, men det også hadde vært mulig å gjøre risikoen mindre ved hjelp av forebyggende tiltak.

Men egentlig vil nok slik forebygging bare være en flik av et langt større prosjekt: Arbeidet for sosial utjevning, høyere levestandard og bedre allmenn utdanning, en bedre fordeling av tilgjengelige midler – og kampen mot den tredje verdens alminnelige fattigdom.

Referanser

1. <http://earthquake.usgs.gov/eqinthenews/2005/usdya6> (20.10.2005)
2. King J, Mayhew B. Karakoram Highway. Hawthorn: Lonely Planet Publications, tredje utgave 1998.
3. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/print/pk.html>. Oppdatert 5.10.2005. The World Factbook. Pakistan.
4. http://www.businessweek.com/magazine/content/01_48/b3759145.htm

Ingegerd Frøyskov Larsen

tidl. overlege, med. avd. Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo
ifro-lar@online.no

Øivind Larsen

professor, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin,
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no

Bokanmeldelse

Ode til den gamle tid

Michael 2005; 2: 372–3.

Lærum OD. Gamledoktoren forteller.

Bergen: Vigmostad & Bjørke, 2005. 201 s.



Professor Ole Didrik Lærum ved Universitetet i Bergen, selv av gammel doktorslekt fra Voss, har her beskrevet *legen*, sinnbildet av en lege, slik legen ofte var, især på landet i Norge. Tidsvinduet for denne type lege var, la oss si fra midt i siste halvdel av 1800-tallet og i hundre år framover. Legen var et stabilt ankerfeste i bygda, teoretisk og praktisk dyktig i alt som hadde med helse å gjøre, og ofte med allsidige samfunnsinteresser ved siden av. Legen hadde autoritet og anseelse i form av sin utdannelse, sitt arbeid og sin sosiale status, men betalte for dette ved å ha et anstrengende liv, ofte fare-

fullt med sykdom og ulykker som en alltid tilstedeværende risiko. Mange leger ble smittet i arbeidet i en tid da infeksjonene dominerte og mange mistet livet i praksisreiser med båt, slede og karjol.

Den gammeldagse legepraksis var ofte en familieaffære. Doktorgården hadde i så måte mange likhetstrekk med prestegården, med gårdsbrukene rundt omkring og med handelsmannens hus. Familien måtte stille opp, og ofte ville det slett ikke gått hvis ikke doktorfrua hadde vært der som «bakke-mannskap».

Lærum's bok beskriver dette på en fin måte. Det er mange historier og detaljer, alle vel dokumenterte. Forfatteren bringer mange interessante bilder og han drøfter f. eks. legens rolle i kunst og litteratur.

En stor styrke ved boka er forfatterens behandling av *konteksten*. Han setter historiene om gamledoktoren inn i sin sammenheng, noe som gjør at den tendensen til sentimentalitet som man undertiden ser i slike beretninger om leger, her er helt unngått. Når tøffe forhold beskrives, er de beskrevet slik fordi de simpelthen var tøffe. F. eks. er denne anmelder ikke sikker på at det gamle Voss var noe drømmested, ut fra forfatterens hentydninger i boka. «På Vossevangen der vil jeg bo» sto det med snirklete bokstaver på et brodert pyntehåndkle min bestemor hadde, over en bunadkledd kvinne som så utover et smilende landskap. Det ville nok ikke passet med bilde av et fylleslagsmål på et pyntehåndkle.

Dette er en morsom bok, det er en pen bok, og det er en tidløs bok fordi den handler om en tid som er over. Legerollen er ikke slik mer. Familiestrukturen er ikke slik lenger at legepraksis av den gamle typen er mulig. Samfunnet er heller ikke slik at gamledoktoren ville passe inn. Lærum forteller på en slik måte at vi fengsles både av legene og av det samfunnet gamledoktoren virket i. Men vi ønsker oss ikke tilbake.

Det er en god litteraturliste og det er detaljerte person- og stedregister. Gratulerer til forfatteren!

Øivind Larsen
professor, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin,
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no

Dikemark jubilerer

Michael 2005;2: 374.

I 2005 er det ett hundre år siden Dikemark Sykehus ble opprettet som psykiatrisk sykehus for hovedstaden. Dette ble markert med store festligheter den 28. september 2005. Sykehusets store personalkantine var stappfull av folk, det satt noen i alle trapper, kroker og birom, andre måtte stå og enkelte måtte til og med nøye seg med å være utendørs. Men alle ble traktet på det beste mens man hørte foredrag fra hospitalets historie og hilsener ble overbrakt.

Blant innleggene ved seminaret var det kanskje ett som var særlig forfriskende: En pasient som hadde vært under behandling i femti (!) år, fortalte hvordan hun hadde opplevd dette, spesielt å ha vært utsatt for – i tur og orden – de diverse terapeutiske retningene som psykiaterne i tidens løp hadde hengitt seg til. For de representantene for psykiatrien som var til stede, og som hyldet framskrittet, måtte det være tankevekkende å konstatere at pasienten altså hadde vært behandlingstrengende i femti år.



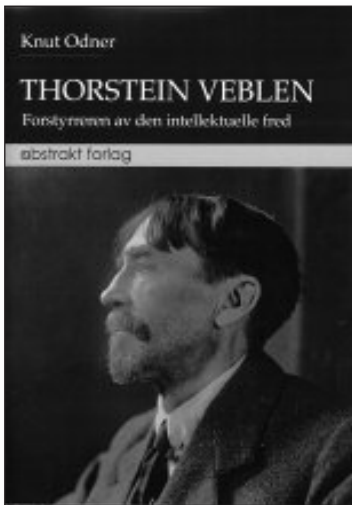
I en av de staselige sykehuspaviljongene på Dikemark er museet renoverert og nyåpnet – en fin samling gjenstander og dokumentasjon som forteller om psykiatriens utvikling og om det gamle asylmiljøet som stort sett er blitt historie nå. (Foto: Ø. Larsen).

Bokanmeldelse

Veblen – en visjonær fra Valdres

Michael 2005; 2: 375–6

Odner K. Thorstein Veblen – Forstyrren av den intellektuelle fred. Oslo: Abstrakt forlag, 2005. 332 s.



Den norsk-amerikanske økonomen og sosiologen Thorstein Bunde Veblen (1857-1929) var annen generasjons valdris. Moren og faren var henholdsvis fra gårdene Bunde og Vøyle (Veblen) i Høre i Vang, og de hadde emigrert fra vanskelige kår i Norge til det amerikanske Midt-Vesten under dramatiske omstendigheter i 1847. Det var dyktige folk, og de slo seg etter hvert ned på prærien i Minnesota nær tettstedet Nerstrand sør for Minneapolis. Der ryddet, bygde og drev de en farm hvor sønnen Thorstein også oppholdt seg i lange perioder i voksen alder.

Thorstein Veblen fikk universitetsutdannelse og ble en av grunnleggerne av amerikansk sosiologi. Han skrev mye, og som hans hovedverk er det naturlig å regne *The theory of the leisure class* fra 1899. Han reagerte på økonomi og sosiale forhold i det Amerika han vokste opp i. Selv var han fra et nøkternt bondesamfunn med egen produksjon som mål, en kontrast til det nye, urbane Amerika med «yankee» enes livsstil basert på inntekter skaffet til veie på annen måte. Veblen reagerte også på livsstilen i seg selv, der et av målene syntes å være ikke bare å tjene penger, men også å vise fram rikdommen ved et påfallende forbruk, «conspicuous consumption».

Veblen er blitt meget berømt i samfunnsvitenkapelige kretser. Hans navn nevnes endog undertiden i samme åndedrag som Marx og Weber. Han var imidlertid en visjonær fordi han var tidlig ute. Hvis man f. eks.

leser *The theory of the leisure class* er dette tungt, ikke fordi resonnementene er utilgjengelige, men fordi terminologien, det sosiologiske fagspråket, ennå ikke er utviklet. Det trengs derfor litt anstrengelse før man skjønner hvor viktige forfatterens synspunkter er og hvor forut for sin tid han var.

Veblen fikk en akademisk karriere, ble professor ved prestisjetunge universiteter, men han var i hele sitt liv en noe tilbaketrukket natur. Han ble tilbudt et professorat i statsøkonomi i Kristiania i 1920, men avslo.

Veblens tanker ble også ansett som farlige. Han kritiserte egentlig det amerikanske samfunnet og det kretsing om kapitalen ganske kvasst. Mange oppfattet ham som politisk venstreradikal. Dette skapte vansker for hans karriere mens han levde, men det har også bevirket at biografiene om ham er tvedydige, alt etter hvilken tid og ut fra hvilket standpunkt de er skrevet.

Det er dette forfatteren av den foreliggende bok ønsker å rydde opp i. Arkeologen og sosialantropologen Knut Odner har gått grundig til verks og analysert Veblens liv, hans tanker og arbeid, synet på ham, hans samtid og den innflytelse han fikk innenfor sosiologi og økonomi. Dette er spennende lesning. Boka er veldokumentert, reflektert og grundig. Det er en omfattende oversikt over Veblens forfatterskap, og for øvrig en fyldig litteraturliste.

Imidlertid er det vel ikke noen tvil om at Veblen er mer kjent ute enn hjemme. Derfor: Når kommer det en engelskspråklig utgave av Odners bok?

Øivind Larsen, Universitetet i Oslo



Ensomt på prerien ligger farmen der familien Veblen bodde, nær Nerstrand i Minnesota. (Foto Ø. Larsen 1996).

Bokanmeldelse

Småbyenes Amerika

Michael 2005; 2: 377–8

Lovoll OS. Norske småbyer på prærien. Nesbru: Forlaget Vett og Viten, 2005. 294 s.



Dette er en av bøkene som er kommet ut i anledning av hundreårsjubileet for unionsoppløsningen mellom Norge og Sverige i 1905. Interessen for tiden rundt 1905 har vært stor, og den har også avfødt en rekke forskningsprosjekter, der ett av dem er beskrevet her. Og det er et prosjekt fra et Norge utenfor Norge – det var på denne tiden om lag en million nordmenn i Amerika som en følge av emigrasjonen, et tankevekkende tall når vi vet at befolkningen i Norge på samme tid var rundt to millioner.

Romanlitteraturens bilde av emigranter i duvende prærievogner er ikke tallmessig helt representativt, i og med at en stor del av emigrasjonen i dens siste faser var en urban emigrasjon hvor det var arbeidsplassene i amerikanske byer som trakk, ikke så mye jordbruket på prærien. Likevel var en stor del av den norske emigrasjonen rural. Det dette prosjektet og denne boka handler om, er imidlertid de som valgte veien mot vest og slo seg ned i småbyer på amerikansk landsbygd, ofte i stasjonsbyer ved de nyanlagte jernbanene som ble viktige pulsårer for det nye samfunnet.

Professor Odd S. Lovoll er nå pensjonert som professor i historie ved St. Olaf College i Northfield, Minnesota, men han er fortsatt aktiv som professor II ved Universitetet i Oslo. Hans vitenskapelige innsats for å studere den norske emigrasjonen til USA og de norsk-amerikanske samfunnene

som der ble dannet, er meget stor. Eksempler er bøkene «Det løfterike landet» (1983 og 1997) og «Innfridde løfter» (1999).

Dette prosjektet har gått ut på å foreta punktstudier av «norske» småbyer i Amerika, og valget falt på Starbuck (Pope county), Benson (Swift county) og Madison (Lac qui parle county), alle i Minnesota. For eksempel Benson, grunnlagt i 1870, ble som en norsk småby, der det var norske forretningsfolk som drev den omfattende handelsvirksomheten som betjente landbruksområdene omkring. Her var det norske og norskættede farmere, så dannelsen av småbyen forsterket det norske emigrantsamfunnets mangfold, kultur og bærekraft.

Lovolls studie går i stor detalj. Vi får vite hvem som bodde i Benson og vi lærer å kjenne den konteksten de hørte hjemme i. Den tilsynelatende idyllen var slett ingen idyll: I årene før byen ble grunnlagt hadde området vært herjet av mangeårige og blodige kamper med de indianerne som ble fordrevet. Så inntraff det naturkatastrofer, hvor gresshoppesvermene som ødela avlingene nok var blant de verste.

Religionen blir viet bred plass. Det er ikke å undres over at det ble plass for mange kirkesamfunn og lavkirkelige varianter av luthersk, puritansk kristendom. Menighetslivet ble også ofte det sosiale limet som holdt samfunnet sammen.

De to andre småbyene som forfatteren har studert, viser nokså tilsvarende trekk, og han tar dette som bevis på at Benson er ganske representativ for emigrantsmåbyene i perioden.

Lovoll omtaler også kulturlivet, slik det artet seg, f. eks. sport, der blant annet hopp og langrenn ble dyrket i 1880-årene som et symbol på den norske tilhørigheten. Og som alle som besøker Midt-Vesten i dag kan oppleve, er dyrkingen av norsk kultur blitt et vedvarende og levedyktig trekk ved regionen, selv mer enn hundre år etterpå.

Lovolls bok er enda en god og dyptpløyende analyse fra hans hånd av det norsk-amerikanske samfunnet. Den har en mengde personopplysninger og annen informasjon som vil gjøre den til et nyttig verktøy fra alle som vil studere denne interessante delen av nordmenns historie nærmere.

Imidlertid får den leserens tanker til å fly videre. Hele USA har jo en mengde slike småbyer med en tilsvarende historie, men der andre folkegrupper slo seg ned. Kanskje trenger vi å forstå selve denne småbydynamikken som en generell bakgrunnsfaktor for amerikansk historie også i det store, for utviklingen av lojalitet, selvstendighet, økonomi, for innenriks- og utenrikspolitikk, for religionens betydning og for atskillig annet?

Øivind Larsen, Universitetet i Oslo

Michael vol. 2, innhold/contents

Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860-1900 (dr. philos. avhandling/ thesis) (hefte/issue nummer/number 1) <i>Storesund A.</i>	3
Mobile spesialisttjenester utenfor sykehus (leder til hefte/issue nummer/number 2: Sykehjemsrøntgen på hjul) <i>Lærum F.</i>	117
Medisinsk service i sykehjem. <i>Lærum F, Åmdal GT, Kirkevold M, Ulstein I, Engedal K.</i>	119
Overføring av røntgenbilder og røntgenansvar mellom institusjoner. <i>Borthne K, Kristiansen R.</i>	137
Foreløpig evaluering av bildeteknisk kvalitet ved mobil røntgendagnostikk. <i>Hellund JC, Tariq R, Sesseng S.</i>	144
Sammenligning av kostnadene ved stasjonær og mobil røntgenundersøkelse av sykehjemspasienter. <i>Lærum F, Sager EM, Oswald S.</i>	160
Sykehjemsrøntgen på hjul. <i>Lærum F.</i>	168
Etterord. <i>Lærum F.</i>	190
Instruments from Davids Samling, Copenhagen (Photograph)	196
Medical museum in Groningen (Photograph)	198
Sickness and society (editorial). <i>Nylenna M.</i>	199
Seeing a general practitioner in Latvia and Norway – a comparative study. <i>Kilkuts G, Rosvold EO, Straand J, Lindbæk M, Larsen Ø.</i>	200
Risk perception of communicable diseases among adult Latvian general practice patients. <i>Kilkuts G, Rosvold EO, Straand J, Larsen Ø.</i>	211
The medical reports from the district physicians – an indispensable source to the Norwegian medical past. <i>Schjønby HP.</i>	218
A museum project following the introduction in 2004 of new Norwegian legislation forbidding smoking in restaurants. <i>Linde K.</i>	236
Country living in a suburb: The aspect of health in 19th century Norwegian villa architecture. <i>Johansen BV.</i>	244

Black death and hard facts (Book review: Benedictow OJ. The Black Death 1346-1353: The Complete History) <i>Larsen Ø.</i>	252
Local communities and social capital. <i>Røiseland A.</i>	257
Aerial photographs in the assessment of physical and social change. <i>Larsen Ø.</i>	269
The role of Norwegian nurses in the fight against tuberculosis 1912-1940. <i>Mathisen J.</i>	277
Military medicine in paintings (1)	291
Military medicine in paintings (2)	292
Uventet og uvanlig. (leder) <i>Nylenna M.</i>	297
Norske legers medisinske behandling av egen familie. <i>Gjengedal S, Rosvold EO.</i>	299
De store utfordringenes år. <i>Gogstad AC.</i>	311
Var okkupasjonstiden en sosialpolitisk dødtid? <i>Sørensen Ø.</i>	324
Norske lægers Nordkap-Varangerfærd. (Bokanmeldelse av faksimile) <i>Nylenna M.</i>	333
Urbanisering og helse. (Bokanmeldelse: Tellnes G. ed. Urbanisation and health) <i>Larsen Ø.</i>	336
Valg som ble avgjørende. (Bokanmeldelse: Gogstad AC, Grimnes OK, Rødland K. Der veiene skiltes) <i>Larsen Ø.</i>	338
Egil Skallagrimssons gård og kirke på Island – fra utgravningene 2001-2005. <i>Holck P.</i>	340
Identifisering av døde. <i>Rogde S.</i>	349
Før jordskjelvet i Nord-Pakistan: Hvordan så det ut der? <i>Larsen IF, Larsen Ø.</i>	357
Ode til den gamle tid. (Bokanmeldelse: Lærum OD. Gamledoktoren forteller) <i>Larsen Ø.</i>	372
Dikemark jubilerer. <i>Larsen Ø.</i>	374
Veblen – en visjonær fra Valdres. (Bokanmeldelse: Odner K. Thorstein Veblen) <i>Larsen Ø.</i>	375
Småbyenes Amerika. (Bokanmeldelse: Lovoll OS. Norske småbyer på prærien) <i>Larsen Ø.</i>	377
Innhold/contents 2005	379

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.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

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

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004