

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Sykdom
er ikke bare
sykdom

3/17



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.

Sykdom er mer enn sykdom

Michael 2017; 14: 179–81.

Artiklene med medisinske temaer i dette nummeret av *Michael* er emnemesig sett tilsynelatende ganske forskjellige. De har imidlertid noe til felles som kan gi grunnlag for refleksjon. De berører det faktum at alt som har med sykdom, helse og medisin å gjøre, er omgitt av en aura av psykologiske, sosiale og kulturelle konnotasjoner som kan være så viktige at de får avgjørende innvirkning på hvordan praktiske problemer håndteres.

Dette er noe man har visst og tatt hensyn til lenge, men i litteraturen kan det se ut som om det var i 1970-årene at interessen ble vekket for alvor. Den amerikanske forfatteren Susan Sontag (1933-2004) ga ut sin bok om sykdom som metafor i 1978 (1), og slo dermed an tonen for dem som tok opp temaet. I Oslo ble det i 1979 arrangert en nordisk kongress om synet på sykdom, der det ble holdt mange interessante innlegg (2). Det var også på denne tiden at medisinsk etikk begynte å komme inn som eget undervisningstema, likeledes medisinske atferdsfag.

I denne sammenhengen har det også vist seg at både sykdommer og helsearbeid inngår i et slags hierarki. Enkelte sykdommer er rangert høyere enn andre. Enkelte medisinske spesialiteter har mer anseelse enn andre. Det vakte oppsikt da Dag Album & Steinar Westin i 2008 publiserte resultatene av en omfattende spørreundersøkelse blant leger og medisinstudenter (3). Hjerteinfarkt, leukemi og hjernesvulst hadde høyest «anseelse», mens fibromyalgi og angstneurose kom dårligst ut. Blant de medisinske fagene sto neurokirurgi og thoraxkirurgi høyest. Geriatri og dermatovenerologi havnet nederst i prestisjehierarkiet. Kroniske sykdommer og sykdommer hos eldre kom også langt ned.

I Jerpseths artikkel om behandling av akutte forverrelser i sluttfasen av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) kommer betydningen av synet på sykdom særlig klart fram (4). De etiske problemene ved å sette i gang en

belastende akuttbehandling der sjansene for å mislykkes er store, og de blir satt på spissen når pårørende skal involveres i beslutningsprosessene. KOLS er dessuten en sykdom som ofte forbindes med uheldige livsvaner, særlig røyking. Artikkelen drøfter derfor om også slike negative kjennetegn ved sykdommen spiller inn for arbeidet med pasientene.

Koleraen på 1800-tallet var en både fryktelig og fryktet sykdom. Ved midten av århundret var det ganske klart at sykdommen var lett overførbart og hadde med levekår og kontakt mellom mennesker å gjøre, uten at man visste nøyaktig hvordan. Roos omtaler det forebyggende arbeidet mot kolera i 1850-årene, og legger særlig vekt på en ganske spenstig pressedekning i *Morgenbladet*, der de ansvarlige for koleraarbeidet får sitt pass påskrevet (5). På denne tiden var *Morgenbladet* på vei til å bli en politisk avis. *Morgenbladet* førte an i utviklingen av pressen til å få en rolle som «den fjerde statsmakt». Fra mest å bringe nøytrale meddelelser, begynte pressen gradvis å sette dagsorden i samfunnsdebatt og politikk, slik vi kjenner det i dag. Redaktør 1831–1857 var den mektige bankmann og politiker Adolf Bredo Stabell (1807–1865) (6). Han hadde modernisering av dagspressen som en kjernesak. Vi vet det ikke, men kan mistenke at et oppsiktsvekkende innlegg om håndteringen av kolerasykdommen da var et egnet tema for å sette i gang en diskusjon.

Lillestøl & Valeurs artikkel om Kristianialegen Johan Karl Unger Vetlesen (1851–1914) (7) bringer indirekte inn et aspekt ved legerollen og alt som hefter seg ved den, som kommer i tillegg til legens medisinske kunnskaper og ferdigheter. Unger Vetlesen var åpenbart en lege som ble både berømt og etterspurt på grunn av sin personlighet. Hans atferd som lege og hans psykologiske sans gjorde ham høyt verdsatt, men var også en del av hans medisinske armamentarium. De reelle, rent medisinske behandlingsmulighetene han kunne tilby, tilsvarte trolig ikke hans berømmelse.

Et siste aspekt som trekkes fram vedrørende alt som omgir helse, sykdom og medisin, finner man i boka om Longyearbyens sykehus (8) som er anmeldt i dette nummeret (9). Fordi forholdene på Svalbard er så ekstreme og spesielle, kommer det særlig tydelig fram hvilken rolle sykehuset spiller i tillegg til å være et sykehus – det gir trygghet, tilhørighet, stedsidentitet og mye annet. Vi kjenner fra vår samtid hvordan kreftene mobiliseres hvis sykehus skal nedlegges. Det føles som om ankerfestet glipper.

Aina Schiøtz' nye bok om medisinsens historie (10), anmeldt av Arvid Heiberg (11), kan leses nettopp som fortellingen om medisin og helse i kontekst, likeledes Hove, Glambek og Lærums jubileumsbok (12), anmeldt av Kristine Lillestøl (13).

Det er mye konflikter rundt omsorg og helsevesen, kanskje særlig i politikken og når folk som ikke selv er innen helsefeltet, skal lede den offentlige diskusjonen eller styre. Kanskje kommer det av at de ikke har tatt tilstrekkelig inn over seg betydningen av noen viktige fakta:

Sykdom er ikke bare sykdom.

Medisin er ikke bare medisin.

Helsetjeneste er ikke bare helsetjeneste.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Litteratur

1. Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1978.
2. Larsen Ø. (red.) *Synet på sykdom. Foredrag fra VII nordiske kongress for medisinsk historie*. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1979.
3. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? *Soc. sci. med.* 2008; 66(1): 186-8.
4. Jerpseth H. Involvering av pårørende i beslutninger om akutt behandling av alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) – etiske implikasjoner. *Michael* 2017; 14: 182-98.
5. Roos M. Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera – tiltak og pressedekning i 1853. *Michael* 2017; 14: 199-216.
6. Storsveen OA. Adolf Bredo Stabell. https://nbl.snl.no/Adolf_Bredo_Stabell.
7. Lillestøl K, Valeur J. Johan Karl Unger Vetlesen – Noregs fyrste gastroenterolog. *Michael* 2017; 14: 217-30.
8. Hanao R. *Longyearbyen sykehus 1916-2016*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.
9. Larsen Ø. Sykehus som ankerfeste – om Longyearbyen sykehus. *Michael* 2017; 14: 244-5.
10. Schiøtz A. *Viljen til liv. Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget, 2017.
11. Heiberg A. Viljen til liv. *Michael* 2017; 14: 236-7.
12. Hove LM, Glambek I, Lærum OD (red.) *Glimt fra den medisinske historie sett fra Bergen*. Bergen: Bodoni Forlag, 2016.

Involvering av pårørende i beslutninger om akutt behandling av alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) – etiske implikasjoner

Michael 2017; 14: 182–98.

Å ta beslutning om å avslutte behandlingen i kritisk fase av alvorlig sykdom, eller å la være å sette i verk behandling som kanskje kan være nyttig, er generelt sett et vanskelig etisk problem ved mange medisinske tilstander. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er dette særlig komplisert, fordi assistert ventilasjon, som ofte er plagsom for pasientene, i noen tilfelle kan gi forlenget levetid, i andre tilfelle ikke, uten at dette er godt å si på forhånd. Denne spesielle usikkerheten gjør involvering av pårørende etisk sett meget krevende for alle parter. Dessuten må slike avgjørelser ofte tas raskt i akutte situasjoner, fordi det er mangelfulle er gode rutiner for å ta opp de etiske spørsmålene med pasienter og pårørende tidligere i sykdomsforløpet. At KOLS av noen pasienter og helsepersonell oppfattes som selvpåført og skambelagt, kan også ha innflytelse på holdningene til sykdommen.

En kasuistikk

Under et av fokusgruppeintervjuene i vår studie (1) fortalte en av intensivlegene følgende historie:

Pasienten var en gammel dame på over 80 år som kom til sykehuset fra et sykehjem. Hun hadde vært stort sett sengeliggende de siste månedene etter et lårhalsbrudd. Datteren som fulgte moren, sa at pasienten var blitt tiltagende glemsk den siste tiden, men hadde noen gode dager innimellom hvor hun hadde samtaler med venninner. Hun hadde fra før en diagnostisert alvorlig grad av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (GOLD grad IV). Hun ankom sykehuset med en forverrelse av sykdommen med lungebetennelse og svikt i lungefunksjonen.

I mottaket forsøkte legen å overtale pasienten til å bli behandlet med non invasiv ventilasjon (NIV) med maske. Hun aksepterte masken i starten, men etter et par timer fortalte sykepleieren at pasienten forsøkte å rive av seg masken.

Pårørende, en datter og en sønn, satt hos henne. Sønnen ville absolutt ikke slippe taket i moren og strigråt. Han sa at han synes det var rimelig at moren fikk behandling med NIV for å muligens komme seg igjen. Datteren henviste til tidligere samtaler som hun hadde hatt med moren, hvor moren hadde sagt at hun ikke ønsket mer behandling med NIV eller respirator. Datteren syntes derfor det var rimelig at moren skulle få slippe mer behandling, og at det kunne være et naturlig punktum, i og med at hun hadde fått denne alvorlige lungebetennelsen.

I journalen til pasienten sto det at hun hadde vært innlagt tre ganger siste år med uttalt forverring av sykdommen. Hun var da blitt behandlet med NIV to ganger og en gang med respirator. Pasientens preferanser eller ønsker for behandling var ikke journalført. Det sto heller ikke noe om at pasienten og pårørende hadde fått informasjon om prognosen eller behandlings alternativer.

Legen spør: Hva gjør vi i en slik situasjon?

Denne historien reflekterer på ulike måter etiske implikasjoner knyttet til pårørendes involvering om beslutninger om NIV og respirator. Den synliggjør et krysspess i verdihensyn mellom hva som er til pasientens beste, pårørendes rett til å bli hørt i en beslutning der det er tvil om pasientens beslutningskompetanse, der det er uenighet mellom de pårørende og hvor det også må tas hensyn til en rettferdig fordeling av helseressurser. Disse etiske implikasjonene må drøftes med utgangspunkt i hva som er til det beste for pasienten, og i lys av etiske prinsipper som autonomi, rettferdighet, ikke skade og velgjørenhet.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

KOLS er samlebetegnelse for en inflammatorisk sykdom i lunger og bronkier som medfører en vedvarende forsnevring av bronkiene, og som vanskeliggjør respirasjonen, særlig ekspirasjon. KOLS-pasienter har både kronisk bronkitt med luftveisobstruksjon og emfysem. Det finnes ikke behandling som gjør at man blir frisk av KOLS, men riktig behandling kan forsinke utviklingen og lindre symptomer (2).

300 000 pasienter i Norge har diagnosen KOLS. Dette antallet forventes å øke, i alle fall fram mot 2030, på grunn av røykemønsteret i befolkningen (3).

KOLS graderes i fire alvorlighetsstadier (4) GOLD grad I-IV. Ved mild KOLS, grad 1, har man få symptomer, mens man i grad 4 har alvorlig KOLS med betydelige plager.

Grad 4 er altså det alvorligste stadiet. Det er primært i dette stadiet at personer med KOLS har behov for NIV og respirator.

Årlig dør ca. 2000 personer i Norge i forbindelse med KOLS-forverring. Blant pasienter som innlegges på sykehus med KOLS grad 4, dør en av fire i løpet av tre år og halvparten innen fem år (4). Således er KOLS en alvorlig sykdom med en dårlig prognose.

Non invasiv ventilasjonsstøtte og respiratorbehandling

NIV er mekanisk ventilasjon med tettsittende nese- eller ansiktsmaske. Ventilasjonen bidrar til å understøtte pasientens egen respirasjon. Studier viser at så mange som 20 -30 % av pasienter som blir behandlet med NIV, også blir behandlet med respirator, fordi NIV behandlingen ikke fører fram (5).

Respiratorbehandling hjelper pasienten helt eller delvis med å puste ved hjelp av en tube i luftveiene og at pasienten er tilkoblet en pustemaskin.

I retningslinjene for KOLS-behandling står det klart at man bør vurdere bruk av NIV og respirator ut fra pasientens situasjon, livskvalitet og egne ønsker om behandling (3). Avgjørelse om begrensning av bruken av NIV eller respiratorbehandling til pasienter med alvorlig forverring av KOLS, er nært knyttet til beslutningsprosessene ved begrensning av livsforlengende behandling. Det er derfor en svært vanskelig avgjørelse for leger og sykepleiere, medisinsk, etisk og emosjonelt.

Hva sier lovverket?

Hvis man anser pasienten til å ikke være beslutningskompetent, blir pårørende stedfortredere i å formidle pasientens ønsker og preferanser. Pårørendes rett til å medvirke når pasienter ikke er beslutningskompetente, er også nedfelt i helselovverket (6).

Å være beslutningskompetent vil si at man har evnen til rasjonalitet, og til å kunne reflektere kritisk omkring egne behov, ønsker og interesser, med bakgrunn i relevant og forstått informasjon. En må kunne kommunisere og ta et valg (7).

Situasjonen for pasienten i kasuistikken ovenfor var at hun kom til sykehuset med et alvorlig pusteproblem og med et akutt behov for hjelp. Det er ifølge pasient- og bruker rettighetsloven § 4-3, lege og sykepleier som skal vurdere om pasienten er beslutningskompetent(6). Dette blir ofte en skjønsmessig vurdering som må gjøres av lege og sykepleier der og da.

Pasienten er blitt mer glemsk. Den akutte alvorlig KOLS- forverringen gjør det sannsynlig at pasienten har ytterligere nedsatt evne til å reflektere kritisk omkring egne behov, ønsker og interesser. KOLS-forverringen i seg selv medfører ofte en opphopning av CO₂ i blodet som kan medføre forvirring og sløvhets (2). I tillegg er pasienten svært sliten av å være så tungpusten. I dette tilfellet og i denne situasjonen ble pasienten vurdert til å ikke være beslutningskompetent.

Beslutningsmyndigheten er således forflyttet til leger og sykepleiere hvor det ifølge norsk lovgivning er legen som har det endelige ansvaret for avgjørelser knyttet til pasientens helsehjelp. Men som paragraf 3-3 og 3-1 viser, har pårørende rett til å få informasjon om pasientens tilstand og også til å formidle informasjon om hva pasienten ville ha ønsket (6).

Pasient- og brukerrettighetsloven

I pasient- og brukerrettighetsloven heter det:

§3-3 Nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes i den utstrekning forholdene tilsier det.

§ 3.1 Dersom pasienten ikke har samtykke-kompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

§ 4.6 Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Slik helsehjelp kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell som sykepleieren.

Helsepersonelloven

I Helsepersonelloven § 4 står det klart at all helsehjelp må være forsvarlig og omsorgsfull.

Helsepersonelloven §7 presiserer at praktisk unntak for samtykke fra pasienten om nødvendig helsehjelp, gjelder i øyeblikkelig-hjelp-situasjoner hvor helsehjelp ansees som påtrengende nødvendig, og det fare for liv eller fare for alvorlig forverring av helsetilstanden.

De etiske implikasjonene av å involvere pårørende til pasienter med alvorlig KOLS

Lovgivningen vil i stor grad reflektere de etiske verdiene i et samfunn. Etikk og holdninger er sentrale i utviklingen av lovregler. Jusen brukes for å *styre* samfunn og individets atferd gjennom rettsvirkninger som for eksempel straff og sanksjoner. Etikken kan gi sterke *normer* for atferd, men brudd på etiske forpliktelser alene medfører ikke straff.

En hyppig anvendt lovgivningsteknikk er å bruke lovformuleringer som åpner for skjønnsmessige vurderinger. Det vil da være rom for, og nødvendig, å støtte seg til etiske betraktninger i rettanvendelsen (8).

Etikk og moral brukes ofte om hverandre, men betyr ikke alltid det samme. Moral bruker vi gjerne om rett og galt i vår praktiske handling, mens etikk brukes gjerne om mer gjennomtenkte og systematiske moralske standpunkter. Etske verdier berører hva som er godt eller ondt for et annet menneske, dets preferanser, forestillinger og opplevelser. I den kliniske hverdag er etikken ofte knyttet til valg situasjoner, beslutninger og hvilke handlinger som ansees som det beste for pasienten (9).

Situasjoner der pårørende er involvert i beslutningsprosesser om helsehjelp, reiser mange viktige og vanskelige spørsmål. Det viktigste etiske anliggende er relatert til et antatt mål for både pårørende, lege og sykepleier om hva som er pasientens beste. Men hvem skal bestemme hva som er pasientens beste, og hvilke implikasjoner vil beslutningen ha for pasienten, de pårørende, legen og sykepleieren?

Fakta og etikk i kasuistikken

I kasuistikken som er referert innledningsvis konstateres følgende:

- Pasienten har alvorlig KOLS med uttalt forverring
- Pasienten blir vurdert som ikke beslutningskompetent
- Det må fattes en beslutning om pasienten skal ha NIV behandling eller ikke
- Pasientens datter og sønn er uenig om behandling

Aktuelle etiske momenter som må drøftes er:

1. Pårørende som formidler av pasientens preferanser
2. Pårørende er uenige om pasientens preferanser
3. Pårørende presser på for behandling som legen og sykepleieren anser som unyttig, uverdigg og ikke i tråd med forsvarlig og omsorgsfull helsefaglig praksis
4. Pårørende skal ikke ha ansvar for en beslutning vedrørende liv og død som er tung å bære og som de ikke ønsker å ha

En annen implikasjon som også kan være aktuell, er hvis pårørende ønsker avslutning på grunn av motiver som arv, bitterhet etc. Denne problematikken anses som sjelden og belyses derfor ikke nærmere her.

Pårørende som formidler av pasientens preferanser

I pasientfortellingen bestemte behandlende lege seg for å prøve NIV behandling, til tross for at pasientens datter ba om at moren måtte få slippe. Hun beskriver at dette er morens uttrykte ønske og at de har snakket om at moren ikke ønsker behandling, verken med NIV eller respirator, om hun igjen skulle komme i den situasjonen hvor det kunne være aktuelt. Å vurdere hva som er til pasientenes beste, kan ikke bare bygge på faglige vurderinger om diagnose og prognose. Det krever kjennskap til pasientens verdier og preferanser i forhold til hva pasienten ønsker av behandling og omsorg. I Norge er det sjelden at pasienter har nedskrevet et såkalt livstestamente, eller det de i USA og England kaller *Advanced Directive*. I Norge er heller ikke et slikt direktiv juridisk bindende.

Pårørende som kjenner pasienten godt, vil ofte ha nyttig, relevant og nødvendig informasjon om pasientens sykdomshistorie, ønsker og preferanser. Gjennom samtaler med pårørende kan man få en dypere innsikt i viktige nyanser i pasientens liv på godt og vondt. Det er viktig å få kjennskap til pasientens daglige liv, funksjon, hva som gir glede og hvilke byrder pasienten har i forbindelse med til å leve med alvorlig KOLS.

En forutsetning for å basere beslutninger på pårørendes vurderinger, er imidlertid at de kjenner til pasientens ønsker og preferanser, noe som studier viser at ikke alltid er tilfelle (10). I en studie finner Pedersen og kolleger at hvis man spør pårørende direkte om pasientens preferanser, svarer de ofte ikke på det, men på hva de selv ville ha ønsket om de var i tilsvarende situasjon (11). Det er derfor viktig å spørre direkte om de faktisk kjenner pasientens ønsker og preferanser. Denne informasjonen kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag. Lind og kolleger viser at det også oppleves betydningsfullt for pårørende til alvorlig syke pasienter å få bidra med informasjon om det de vet om pasientens ønsker og verdier (12).

Pasienten i fortellingen har vært innlagt tre ganger i løpet av siste året med en alvorlig forverring av sykdommen uten at det er dokumentert at det er snakket med pasienten om hva hun vil hvis hun får en akutt forverring av sykdommen. Når det gjelder pasienter med alvorlig KOLS, viser både internasjonale studier (13, 14) og vår forskning (1, 15, 16) at pasientenes preferanser vedrørende behandling og omsorg sjelden har vært gjenstand for samtale eller journalført.

Det er flere grunner til at pasientenes preferanser ikke er kjent. I vår studie opplevde flere av pasientene at de skammet seg over å ha diagnosen KOLS. De reflekterte over egen helseatferd i form av røyking som noe de ikke *burde* ha gjort. Studier viser at mange pasienter som har røykt og utviklet KOLS har en sterk følelse av skyld og skam over å ha levd et liv hvor de i etterkant har blitt syke av sine røykevaner (15, 17–19). En erfaring av skam over såkalt selvpåført sykdom, kan føre til at pasienter og deres pårørende er mindre aktive i å selv søke informasjon og fremme rettigheter og krav (20). Studier viser også at til tross for at rettferdighet er en kjerneverdi i norsk prioriterings politikk, er det en klar tendens til at både leger og sykepleiere prioriterer pasienter med såkalte selvpåførte sykdommer lavere enn andre pasienter (21, 22). Pårørendes stemme blir derfor om mulig enda viktigere for pasienter med alvorlig KOLS.

Å *ikke* lytte til pårørende som formidlere av pasientens preferanser og ønsker vil jeg hevde er i strid med både velgjørhetsprinsippet, hensynet til pasientens beste og autonomiprinsippet, samt aksepterte juridiske retningslinjer. Tranøy skriver at velgjørhetsprinsippet er tanken på å ville det og etter beste evne gjøre det beste for pasienten og deres pårørende. Han skriver videre at leger og sykepleiere har en forpliktelse til å gjøre noe godt for sine pasienter og for deres pårørende nettopp i kraft av sin utdannelse og profesjon (9). Velgjørhetsprinsippet er også uttrykt i Helsepersonelloven § 4; som sier at all *helsehjelp må være forsvarlig og omsorgsfull* (23).

Will viser i sin artikkel fra 2011 at velgjørhetsmodellen som beslutningsgrunnlag har vært den rådende modell for leger historisk sett. Men hva som vurderes som det beste, har tradisjonelt sett vært det som legene selv har vurdert som det beste (24).

Funn fra vår studie viser at legene opplevde det vanskelig å ta en avgjørelse om det er det beste for svært skrøpelige pasienter med alvorlig KOLS å bli behandlet med NIV eller respirator. De beskriver avgjørelsen som spesielt vanskelig på grunn av det akutte i situasjonen og den prognostiske usikkerheten. Funnene viser at beslutningen derfor ofte tas på bakgrunn av den enkelte leges skjønn og erfaring, men i all hovedsak blir avgjørelsen tatt uten kjennskap pasients preferanser (1).

Å ta en beslutning uten å vite hva pasient eller pasientens pårørende vurderer som pasientens beste kan karakteriseres som et paternalistisk syn på beslutningsprosessen og true pasientens autonomi. Hos alvorlig syke pasienter med KOLS som er vurdert til å ikke være beslutningsdyktige, vil det å *ikke* involvere pårørende kunne svekke pasienters autonomi, samt at det vil kunne gjøre medisinske og helsefaglige beslutninger mindre velbegrunnet.

Beauchamp og Childress (7) skriver at autonomi betyr selvbestemmelse på bakgrunn av at man er fri fra press fra andre og at man er informert om hva som er godt eller dårlig, nyttig eller skadelig for en selv. Når pasienten som i pasienthistorien ikke er i stand til å argumentere for sin rett til å være med å ta beslutninger, kan pårørendes stemme etter mitt syn være en motvekt til at beslutninger blir tatt på et ufullstendig og paternalistisk grunnlag.

I tråd med internasjonal forskning og funn fra vår studie (1, 15, 16), vil jeg argumentere for at pasienter med KOLS og deres pårørende er stemoderlig behandlet når det gjelder å bli involvert og hørt i beslutningsprosesser. Hvis man sammenligner KOLS og ulike uhelbredelige kreftdiagnoser, blir dette ganske tydelig, til tross for at prognosen ved alvorlig KOLS er samsvarende med uhelbredelig lungekreft (25).

Pårørende er uenige om pasientens preferanser

Pasienten i kasuistikken er skrøpelig. Hun har uttrykt et ønske om at hun ikke vil ha mer behandling med NIV, men ønsket er ikke dokumentert. Datteren har forsonet seg med morens valg, men sønnen kjemper for at moren skal få behandling. Dette er en uenighet som kan være knyttet til mange forhold. Men uansett er pårørende uenige og tegner forskjellige bilder av morens preferanser. Hva som viser seg å være til beste for andre er vanskelig å vurdere, både for leger, sykepleiere og pårørende.

Å være pårørende til pasienter med alvorlig KOLS kan innebære store belastninger, noe forskning underbygger: I en oversiktsartikkel fra 2017 viser Cruz at pårørende til pasienter med alvorlig KOLS ofte opplever å være engstelige, bekymrede og å være i en konstant alarm beredskap for at pasientene skal bli dårligere og få en akutt forverring. De føler seg ofte hjelpeløse og svært sårbare når de opplever at pasientene får økende problemer med tung pust (26). Utrygghet, sorg og slitenhet hos de pårørende kan ligge til grunn for at de overstyrer hensynet til pasientens preferanser.

I pasientfortellingen slet moren med å ikke få puste. Det er vel trolig noe av det mest skremmende man kan oppleve. I tråd med nærhetsetiske verdier vil uttalt tungpust appellere til handling. De fleste pårørende vil forsøke å avhjelpe lidelsen for sine kjære, men også for å slippe det ubehaget det innebærer for seg selv å se sine nære ha det vondt. Behovet for å hjelpe sine kjære og å opptre ansvarsfullt når man ser de lider, kan fungere som en slags beskyttelse og være til det gode for pasienten og i tråd med aksepterte etiske prinsipper om å ikke skade og velgjørenhet, men enkelte ganger kan det gode bli den bestes fiende. Hvilken behandling eller omsorg som kreves for å avhjelpe lidelse, kan være vanskelig for pårørende å avgjøre. Nasjonale faglige retningslinjer for KOLS (3) beskriver, i tråd med funnene

i våre studier, at pasienter med alvorlig KOLS sjelden får tilbud om lindrende behandling mot slutten av livet. Dette kan også bety at verken pasient, pårørende eller leger og sykepleiere kjenner til andre behandlingsalternativer enn NIV og respirator ved alvorlig KOLS-forverring.

Det sentrale når pasienten mangler beslutningskompetanse, er å forsøke å få en felles forståelse av hva pasienten ville ha ønsket og hva som ligger til grunn for pårørendes uenighet. Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen, legen i samarbeid med sykepleieren, som må gjøre den endelige vurderingen, men for å motvirke eventuelle konflikter for pårørende i etterkant, kan det være viktig for pårørende å få en mulighet til å finne ut av hva uenigheten bunner i. Kan uenigheten komme av for eksempel:

- Ulik kjennskap til morens ønsker
- Ulik forståelse av hva moren ønsker?
- Hva som den beste beslutningen for moren i denne situasjonen?
- At sønn og datter er på forskjellig sted når det gjelder å akseptere morens tilstand?
- At de har ulik kunnskap om situasjonen?

En dialog som lege eller sykepleier initierer, hvor pårørende blir invitert til å delta krever både tid og rom og vilje. I pasienthistorien var pasientens tilstand akutt og krevde rask handling. Da er det lite tid til dialog før avgjørelsen må tas om bruk av NIV og respirator. Likevel har helsepersonell en lovpålagt plikt til så snart som mulig å komme i en dialog med pårørende, der ulike aspekter kommer fram og man forsøker å komme til en omforent beslutning(23). Klinisk etiske komiteer kan være et viktig hjelpemiddel i så henseende, ved at man avholder et møte med alle parter, der man drøfter situasjonen for å prøve å komme frem til en enighet og en samstemt beslutning.

Pårørende presser på for behandling som legen og sykepleieren anser som unyttig, uverdigg og ikke i tråd med forsvarlig og omsorgsfull helsefaglig praksis

I all vurdering av behandling av pasienten, må konsekvensene av behandlingen vurderes mot muligheten for økt lidelse for pasienten. Uenigheten mellom lege, sykepleier og pårørende er ofte knyttet til at pårørende ønsker å fortsette en behandling som helsepersonell ikke lenger finner medisinsk eller etisk forsvarlig å opprettholde. Legens og sykepleierens vurderinger vil her blant annet være knyttet til at slik behandling forlenger lidelse, fremfor å lindre den. Utfallet av behandlingen vil etter all sannsynlighet være negativt. Veilederen for beslutninger om begrensninger av livsforlengende behandling (27)

beskriver også at ulikt syn på om det er riktig å gi eller avslutte behandling, kan skyldes kommunikasjonssvikt, og manglede tillit til lege og sykepleier.

Bruken av avansert teknologi som NIV eller respirator behandling til eldre pasienter med alvorlig KOLS, slik som i den refererte pasienthistorien, reiser vanskelige spørsmål knyttet til dilemmaer om velgjørenhet og om hva som kan påføre skade. NIV-behandling kan forlenge pasientens liv og føre til at den akutte situasjonen snur, men døden kan like gjerne være utfallet. Titlestad viser i sin studie fra 2013 at pasienter med alvorlig forverrelse av KOLS og som blir behandlet med NIV eller respirator, har dødelighet på inntil 50 % innen det første året etter utskrivelse (28, 29).

Få studier har undersøkt hvordan pasienter opplever å bli behandlet med NIV, men i en norsk studie av Torheim og Gjengedal fra 2010, kom det fram at mange pasienter opplever at NIV-behandling er slitsomt og plagsomt og medfører en ytterligere følelse av tungpustenhet, en følelse av å bli kvalt, søvnløshet og gir trykksår rundt nese og munn. Maske behandlingen medfører i tillegg at det blir vanskelig å kommunisere (30). I vår studie har vi tilsvarende funn fra pasientintervjuene, men flere av pasientene ga uttrykk for at NIV behandling også var en slags livbøye for å hjelpe dem til å være i live og således også var noe positivt (15).

Det kan være vanskelig å kommunisere med pårørende som er i sjokk. Noen ganger kan pårørende ha urealistiske forventninger til både behandling og pasientens tilstand. I et helsevesen hvor det er stadig utvikles og tilbys ny behandling, forventes det ofte av pårørende at det nye tas i bruk, uansett om behandlingen kan vurderes til å gi liten nytte for pasienten. Til tross for at det er legen som har det endelige ansvaret for beslutningen, og at denne beslutningen synes å være riktig både medisinsk og etisk sett, kan pårørende oppleve at de ikke er blitt hørt eller ha fått den informasjonen de ønsket. Pårørende kan oppleve at de ikke er tatt med i en prosess og at de, heller enn å få mulighet til å ytre seg og stille spørsmål, blir presentert en beslutning som er tatt. Dette kan generere konflikt.

Tillit til helsepersonell kan mangle fordi pårørende opplever at man ikke blir møtt som medmenneske i sin sorg, uro og bekymring. Nortvedt og Grimen skriver at i helsefaglig kontekst er tillit for pårørende knyttet til deres forventning om at helsepersonell har ekspertise, teknologisk kompetanse og gode intensjoner i møte med pasienten og pårørende (31). Tilliten til helsepersonellens gode intensjoner vil være knyttet til å få informasjon, delta i en dialog, få klargjort deres ansvar for deres kjære, men også en forventning om at leger og sykepleiere vil pasientens beste. Pårørende er helt avhengig av å ha denne tilliten til helsepersonell. Fugelli skriver i forordet til Gawandes bok at god relasjon mellom legen og pasienten er basert

på tillit hvor tre kjerneelementer fremstår som de viktigste: Å ville det beste, å dele makt og å være ærlig (32). Jeg vil tro at disse kjerneelementene også gjelder for et tillitsforhold mellom lege og sykepleier og pårørende.

Asymmetrien hvor pårørende er avhengig av helsepersonellet, impliserer både makt og sårbarhet. I den akutte situasjonen er pårørende fullstendig avhengige og prisgitt leger og sykepleieres kompetanse og deres vilje til å hjelpe pasienten. I denne situasjonen er pårørende svært sårbare og en invitasjon til å delta i en beslutning kan oppleves både vanskelig og forvirrende. Etter hvert som pasientens situasjon stabiliserer seg, vil en dialog med lege og sykepleier være mer aktuell hvor ærlig kommunikasjon og fordeling av makt vil være av det gode for å sikre gode beslutningsprosesser. Boyd viser i sin studie fra 2010 at når pårørende ikke opplever at kommunikasjonen er god, så søker de å få informasjon utenfra for å skaffe seg økt kontroll. Dette kan ofte føre til misforståelser og økt konflikt nivå (33).

I forbindelse med at pårørende presser på for å få ytterligere behandling, er det viktig å presisere at prinsippet om autonomi er en negativ rett. Det innebærer at man verken som pårørende eller som pasient har rett til å *kreve* behandling. Norsk lovgivning gir heller ikke pasient eller pårørende rett til å kreve behandling som går på tvers av legers og sykepleieres autonomi, eller på tvers av det som ansees som pasientens beste (6). Ved uenighet eller konflikt som ikke lar seg gjøre å løse gjennom dialog, anbefaler veilederen for beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling at noen utenfor behandlingsteamet konsulteres og /eller en klinisk etikk-komite som kan belyse saken bredt og bidra til en uhildet drøfting (27).

Som en konsekvens av den mulige etiske implikasjon av at pårørende presser på for behandling som legen og sykepleieren anser som unyttig, uverdigg og ikke tråd med medisinsk praksis, blir det vesentlig å trekke frem *rettferdighet* som et etisk prinsipp.

I tidsskriftet *Sykepleien* fra juni 2017, hvor 1141 sykepleiere hadde deltatt i en spørreundersøkelse, svarte 53 % av sykepleierne at de opplevde at pårørendes ønsker om behandling/ikke behandling blir lagt mer vekt på enn hva pasienten selv ønsker. I friteksten skriver en av sykepleierne det slik: *Pårørende presser fram behandling og legene gir etter og behandler, fremfor å la pasienten få en rolig og verdig død.*

Prioriteringer av helsetjenester i Norge er basert på prinsippet om rettferdighet (34, 35). Rettferdighetsprinsippet bygger på at pasienter skal ha lik rett til behandling og omsorg avhengig av deres pleie- og behandlingsbehov, uavhengig av deres sosiale status, kjønn, påtrykk fra familie og sosialt nettverk (36). Prinsippet om rettferdighet i helsevesenet er en av kjerneverdiene i norsk politikk. Prinsippet er basert på internasjonale

menneskerettigheter og er utgangspunktet for den norske velferdsstatens distribusjon av velferdsgoder.

Helsepersonell er ifølge Helsepersonelloven (35) pålagt å fordele ressurser rettferdig. Sykepleiere og leger er også forpliktet til å yte ansvarlig helsehjelp og omsorg for den enkelte pasient. Forpliktelsen til å yte god og forsvarlig helsehjelp til den enkelte pasient kan noen ganger komme i konflikt med å fordele ressurser rettferdig. I møte med den enkelte pasient og deres pårørende viser studier av blant andre Halvorsen at både leger og sykepleiere prioriterer behandlingen til den enkelte pasient som sitt fremste anliggende og at ansvar for ressursbruk sjelden blir vurdert når det gjelder å behandle pasienten (21).

Det er også i Norge begrensede ressurser inn i helsevesenet. Tranøy skriver at velgjørenhetsprinsippet må ikke bare forstås som et prinsipp som bestemmer våre handlinger overfor enkeltpersoner. Det kan også forstås konsekvensetisk som et prinsipp der målet er å skape mest mulig velferd og helsegoder for flest mulige personer ut fra knappe ressurser (9). *Er det da rettferdig at pårørende skal bestemme hvem som skal ha ressurstilgangen? Hva med de mest sårbare pasientene som ikke har pårørende?*

I studien til Halvorsen og kolleger fra 2009 (21) viser funnene at pårørende til pasienter på intensivavdelinger i større grad ble lyttet til og hørt på hvis de hadde en høy sosial status eller posisjon. Det viste seg at de pasientene som har pårørende som følger opp og stiller spørsmål og krav, fikk mer oppmerksomhet og tid friggitt til informasjon og samtaler. I tillegg viste studien til Halvorsen at det var lettere å begrense intensivbehandlingen til pasienter som hadde passive eller ingen pårørende.

Funn fra vår studie (1, 15, 16) viser at det generelt finnes liten informasjon om pasientens egne preferanser og ønsker. Det forsterker den pårørendes stemme. Pårørende kan være et viktig talerør for å presentere pasientens ønsker, men det kan også være problematisk. Selv om legene anså seg som beslutningstakere ga flere uttrykk for at de ga etter for press fra pårørende. En av intensivlegene som ble intervjuet sa følgende:

Jeg vil si at det blir vanskeligere og vanskeligere å komme frem til hva slags behandling pasienten skal ha og en av grunnene er pårørende. Når man blir hengt ut i media på grunn av vurderinger som jeg mener er helt riktige medisinsk sett, da blir det vanskelig. Og vi gir opp presset fra pårørende, og det preger avgjørelsen i stor grad. Det å sette grenser – det å få pårørende til å forstå at det ikke er en menneskerett å bli plaget på respirator før de dør – det opplever jeg som et stort og økende dilemma (Intensivlege 45 år).

Pårørende skal ikke ha ansvar for en beslutning vedrørende liv og død som er tung å bære og som de ikke ønsker å ha

Lovverket er tydelig på at det er den som er ansvarlig for helsehjelpen som har det endelige beslutningsansvaret. Etter min vurdering er dette riktig. Lind og kolleger viser at de fleste pårørende har stor tillit til legenes profesjonelle kompetanse og ønsker at det er de som skal ta den endelige beslutningen, men de ønsker å være med i prosessen (37).

I involvering av pårørende i beslutningsprosessen er balansen mellom på den ene side å involvere de pårørende, og på den annen side gjøre det på en slik måte at de ikke kjenner seg ansvarlige for beslutningen, er noen ganger en hårfin avveining, noe som understøttes i blant annet Linds forskning (37).

Det kan for de fleste pårørende oppleves som svært belastende å skulle være den som tar et valg for sine nærmeste, det være seg om man ønsker at sine nærmeste skal få mer eller mindre behandling, eller at behandlingen skal avsluttes. På grunn av den antatte belastningen det er å skulle bære et ansvar for beslutningen om behandlingsnivå, er det viktig *at pårørende må få lov til å være pårørende* slik at det er tydeliggjort at det er legers og sykepleieres klare ansvar å omsette de pårørendes syn, kunnskap og engasjement i pakt med pasientens beste interesser. Det er ikke pårørendes rolle å være den som nøkternt vurderer prognosen og effekten av behandling og konkluderer med at det er riktig å behandle mer eller mindre. Det er disse hensynene som ligger til grunn for at det er legen i samarbeid med sykepleier som er endelig beslutningstaker.

Skillet må være klarere mellom pårørende og helsepersonells roller i vanskelige beslutningsprosesser. En klar rollefordeling, slik at det ikke blir en ansvarsfraskrivelse fra leger og sykepleieres side, gjør elementene av makt-kamp mindre i pårørende-helsepersonell relasjonen. Denne rolleavklaringen vil også åpne opp for å se de klassiske hjelpemekanismer som bør prege leger og sykepleieres relasjon til pasienter og pårørende. Det å få avgjort maktforholdet bidrar til en tryggere og mer respektfull dialog mellom helsepersonell og pårørende. Lege Morten Horn skriver i et innlegg i tidsskriftet *Sykepleien* at legen må vise at det ikke er truende å lytte til pårørendes argumenter og å komme dem i møte. De pårørende må også kunne få uttrykke sin mening med en visshet om at denne meningen ikke binder, fordi det er uansett ikke de som skal fatte avgjørelsen. Leger og sykepleiere må også være tydelige og eksplisitte i sin formidling at selv om pårørende er tatt med og at deres synspunkter er tatt hensyn til, så er avgjørelsen hos *legen* som er den endelige beslutningstaker.

Oppsummering

En systematisk tilnærming til de ulike etiske utfordringene som det innebærer å inkludere pårørende i avgjørelser om beslutninger om NIV eller respiratorbehandling til pasienter med alvorlig KOLS, er ikke godt nok integrert i det norske helsevesen. Altfor ofte preges situasjonen av *ad hoc*-løsninger med ganske uforutsigbart utfall. Det resulterer i at avgjørelser om behandling med NIV eller respirator ofte blir presset frem i akutte situasjoner hvor pasienten er alvorlig syk og pårørende er i en svært stresset og vanskelig situasjon, dette til tross for at pasienter med alvorlig KOLS er syke over flere år, også med akutte forverringer som er en indikasjon på at prognosen er dårlig. Således har både leger og sykepleiere flere anledninger til å snakke med pasienter og pårørende om deres preferanser og ønsker.

Implikasjoner for praksis

Pårørende til pasienter med alvorlig KOLS trenger å bli inkludert i en beslutningsprosess hvor de får mulighet til å forstå situasjonen. Involvering av pårørende utfordrer kanskje leger og sykepleieres tankesett fordi det medfører i større grad at vi må våge å «prøve våre egne beslutninger». Og igjen stille spørsmålet: Er beslutningen til pasientens beste?

I Norge finnes det ikke nasjonale retningslinjer for forberedende samtaler, men *Advanced care planning*, eller på norsk ofte kalt forhåndssamtaler, er anbefalt både i veilederen beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling og i Helsedirektoratets retningslinjer for KOLS-behandling (3, 27). *Advanced care planning* representerer en prosess hvor det skal være en åpen dialog mellom pasient, deres pårørende og helsepersonell om hvordan deres helsetilstand vil påvirke dem i framtiden. Det krever god kommunikasjon, åpen og ærlig dialog og tilretteleggelse for at pasient og pårørende får mulighet til å presentere sine ønsker, verdier og preferanser.

Det er pasientens verdier i møte med framtidig sykdom man vil fram til. Disse samtaler bør finne sted kontinuerlig og gjennom hele sykdomsforløpet. Men heller enn å betrakte disse diskusjonene som bindende når det gjelder avgjørelser om framtidig behandling og omsorg, er det viktig at diskusjonene må oppleves som situasjonsbestemte og muligheter for å endre synspunkt må være til stede. *Shared decision making* er et sentralt element i *Advanced Care planning* og betyr at både pasient (og pårørende hvis pasienten ønsker det) og helsepersonell sammen kommer fram til en beslutning som kjennes riktig og som man er enige om. For å iverksette gode beslutningsprosesser i sykehus trenger man tydelige ledere som skaffer rom og tid for planmessige og strukturerte samtaler.

I konfliktsituasjoner pårørende imellom, eller mellom leger og sykepleiere og pårørende, kan det være riktig å hente inn annet helsepersonell med god kompetanse for å kunne se på situasjonen med nye øyne. Det kan også være riktig ved fastlåste konflikter å bringe situasjonen inn for klinisk etisk komite.

Det er også nødvendig med en bedre samhandling mellom helsetjenestenevåene for å sikre riktig behandlingsintensitet tilpasset ønskene til den enkelte pasient, og for å etablere et godt samarbeid med de pårørende. Dette samarbeidet bør styrkes for å sikre at både pasient og pårørende opplever trygge og forutsigbare rammer for ansvarsfordeling og behandling på et nivå som er til pasientens beste.

Litteratur

1. Jerpseth H, Dahl V, Nortvedt P, Halvorsen K. Considerations and values in decision making regarding mechanical ventilation for older patients with severe to very severe COPD. *Clin Ethics*. 2016.
2. Moll L, Lange P, Dahl BH. *KOL : sykdom, behandling og organisation*. København: Munksgaard; 2011.
3. Helsedirektoratet. *Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-2029) [COPD: National professional guidelines and guide for prevention, diagnosis and monitoring]. Oslo, Norway: Author; 2012.
4. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2015*. Available from: http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_Report_2015.pdf.
5. Goodridge D, Duggleby W, Gjevre J, Rennie D. Exploring the quality of dying of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the intensive care unit: a mixed methods study. *Nurs Crit Care*. 2009;14(2):51-60.
6. *Pasient- og brukerrettighetsloven* [The Norwegian patient's rights Act]. Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999.
7. Beauchamp TL, Childress J (eds). *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press 2013.
8. Syse A. Om forholdet mellom jus og etikk. *Forskningsetikk*. 2010;Nr. 03/10 // oktober 2010 // 10. årgang/fforskning.
9. Tranøy KE. *Medisinsk etikk i vår tid*. 4th ed. Bergen: Fagbokforl.; 2005.
10. Black BS, Fogarty LA, Phillips H, Finucane T, Loreck DJ, Baker A, et al. Surrogate decision makers' understanding of dementia patients' prior wishes for end-of-life care. *J Aging Health*. 2009;21(4):627-50.
11. Pedersen., Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid [Patient autonomy and informed consent in clinical practice]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127(12):1644-7.

12. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevroy O. Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. *Intensive Care Med.* 2011;37(7):1143-50.
13. Lal AA, Case AA. Palliation of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Palliat Med.* 2014;3(4):276-85.
14. Gaspar C, Alfarroba S, Telo L, Gomes C, Barbara C. End-of-life care in COPD: a survey carried out with Portuguese pulmonologists. *Rev Port Pneumol.* 2014;20(3):123-30.
15. Jerpseth H, Dahl V, Nortvedt P, Halvorsen K. Older patients with late-stage COPD: their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation. *J Clin Nurs.* 2017.
16. Jerpseth H, Dahl V, Nortvedt P, Halvorsen K. Nurses' role and care practices in decision-making regarding artificial ventilation in late stage pulmonary disease. *Nurs Ethics.* 2016.
17. Arne M, Emtner M, Janson S, Wilde-Larsson B. COPD patients perspectives at the time of diagnosis: a qualitative study. *Prim Care Respir J.* 2007;16(4):215-21.
18. Plaufcan MR, Wamboldt FS, Holm KE. Behavioral and characterological self-blame in chronic obstructive pulmonary disease. *J Psychosom Res.* 2012;72(1):78-83.
19. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1):115-23.
20. Gysels M, Higginson IJ. The experience of breathlessness: the social course of chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(3):555-63.
21. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. The principle of justice in patient priorities in the intensive care unit: the role of significant others. *J Med Ethics.* 2009;35(8):483-7.
22. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med.* 2008;66(1):182-8.
23. Befring AK, Ohnstad B. *Helsepersonelloven: Med kommentarer* 3rd ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
24. Will JF. A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: Part I: The beneficence model. *Chest.* 2011;139(3):669-73.
25. Janssen DJ, Wouters EF, Schols JM, Spruit MA. Care dependency independently predicts two-year survival in outpatients with advanced chronic organ failure. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(3):194-8.
26. Cruz J, Marques A, Figueiredo D. Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: a narrative review. *Health & social care in the community.* 2017;25(1):11-25.
27. Norwegian Directorate of Health. *Livsforlengende behandling: Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* (Veileder IS-2091) [Decision-making processes in limitation of life-prolonging treatment]. Oslo, Norway: Author; 2013.
28. Chu CM, Chan VL, Lin AW, Wong IW, Leung WS, Lai CK. Readmission rates and life threatening events in COPD survivors treated with non-invasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure. *Thorax.* 2004;59(12):1020-5.

29. Titlestad IL, Lassen AT, Vestbo J. Long-term survival for COPD patients receiving noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2013;8:215-9.
30. Torheim H, Gjengedal E. How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbations. *Scand J Caring Sci.* 2010;24(3):499-506.
31. Nortvedt P, Grimen H. *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
32. Fugelli P. Forord. In: Gawande A, editor. *Å være dødelig: Om legekunst og livskvalitet [Being mortal: Medicine and what matters in the end]*. Oslo: Mime forlag; 2016.
33. Boyd EA, Lo B, Evans LR, Malvar G, Apatira L, Luce JM, et al. "It's not just what the doctor tells me:" factors that influence surrogate decision-makers' perceptions of prognosis. *Crit Care Med.* 2010;38(5):1270-5.
34. Norheim OF. Rettferdig prioritering i helsetjenesten: hva kan gjøres i praksis? *Nytt Norsk Tidsskrift* 2015;32(02):191-4
35. *Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven: med forskrifter : Lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr. 64 : Lov om pasient- og brukerrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr. 63.* Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon; 2013. 128 s.
36. Nortvedt P. *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016.
37. Lind R, Nortvedt P, Lorem G, Hevroy O. Family involvement in the end-of-life decisions of competent intensive care patients. *Nurs Ethics.* 2013;20(1):61-71.

Lett omarbeidet prøveforelesning over oppgitt emne ved disputas for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo 21. juni 2017. Oppgitt tema lød: Hva er etiske implikasjoner av det å involvere pårørende til pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, bl.a. i avgjørelser vedrørende non-invasiv ventilasjon og invasiv ventilasjon?

Førsteamanuensis Kristin Halvorsen, professor Per Nortvedt og professor Vegard Dahl takkes for innspill til prøveforelesningen.

*heidi.jerpseth@bioa.no
sykepleier, PhD
Høgskolen i Oslo og Akershus,
Fakultet for helsefag*

Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera – tiltak og pressedekning i 1853

Michael 2017;14;199–216.

Denne artikkelen ser nærmere på kolerautbruddet i Christiania i 1853, hvilke tiltak som ble iverksatt fra myndighetenes side, og hvordan den samtidige pressen ble brukt som en arena for folkeopplysning så vel som en arena for kritikk av myndighetene. Det sistnevnte blir eksemplifisert gjennom en svært polemisk artikkel fra Morgenbladets utgaver 20. og 21. september 1853. Denne peker igjen fremover mot Sunnhetsloven i 1860, og bekrefter pressens rolle som opinionsdanner og avgjørende maktfaktor i en tid da Norge var preget av betydningsfulle juridiske endringer.

I 1853 herjet koleraen igjen den norske hovedstaden og hovedstadens forsteder. Det var tre år siden forrige utbrudd, og tjue år siden det første store kolerautbruddet i Norge. Kolerautbruddet i 1832-33 hadde satt en standard for myndighetenes behandling av koleraepidemier, og etablert en forståelse av at kolera kunne tilskrives miasmer (atmosfæriske gasser). Da sykdommen rammet i 1850 hadde den hatt begrenset omfang, med 87 døde av 157 sykdomstilfeller.¹ I 1853 skulle den ta adskillig flere menneskeliv. Epidemien varte offisielt i snau tre måneder dette året, fra 15. august til 14. desember. I løpet av disse få ukene hadde sykdommen tatt 1597 liv, og 2453 hadde vært registrert syke. For selve byen Christianias vedkommende utgjorde de døde omtrent 10 % av befolkningen.²

1 *Actstykker angaaende Cholera-Epidemien i Norge i 1853, Besørgede ved Medicinal-Commiteen.* Christiania: Carl C. Werner & co., 1854, s. 12.

2 I følge en folketelling holdt 24.-25.oktober 1853 var Christianias innbyggertall 29 471. På dette tidspunktet var epidemien i ferd med å dø ut, og Lizzie Knarberg Hansen anslår at innbyggertallet ved starten av epidemien må ha vært ca. 30 400. Dette inkluderte byens forsteder og området rundt festningen. I tillegg kom områdene rundt byen, der folketellingen for 1855 talte ca. 18 000. Se Hansen, L I. K. *Choleraen i Christiania 1853.* Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1985, s. 85.

Det var nød og elendighet i byens gater og i landdistriktene rundt, og sykdommen sparte denne gangen ingen samfunnsklasser. Den første som ble syk og døde, 28. juni dette året, var Søren Anton Wilhelm Sørenssen (1793–1853), statsråd og leder for justisdepartementet. Sørenssens sykdomsforløp var hurtig, slik det var for mange andre av de som ble rammet av kolera. Det gikk kun 15 timer fra han fikk de første symptomene til han avgikk ved døden.³

Et sparsomt antall registrerte smittede fulgte så umiddelbart etter, før myndighetene 15. august kom med en offisiell erklæring om at en epidemi var brutt ut. Etter dette økte antallet syke dramatisk de nærmeste ukene. Toppen ble nådd 10. september, denne dagen ble hele 98 tilfeller registrert. Christianiaavisene rapporterte jevnlig om sykdommens spredning, og leserne kunne således følge dens uhyggelige utvikling gjennom avisenes spalter.⁴

I avisene ble det også rykket inn oppsiktsvekkende annonser som med fete typer og uthevet skrift understreket et akutt behov for flere koleraleger.⁵ Også for den moderne leser gjør det inntrykk å lese hovedstadens aviser fra disse ukene. De gir levende bilder av hvilke prøvelser byen var utsatt for på denne tiden.

Da koleraen kom til Norge

Det norske samfunnet hadde allerede til en viss grad vendt seg til epidemier som dette. Det første kolerautbruddet som rammet Norge kan dateres til september 1832. Epidemien, som startet i Drammen, spredte seg derfra og rundt om i landet i løpet av de to neste årene.⁶ Også den gang var tallet på syke og døde høyt. Før sykdomsutbruddet den gang, hadde imidlertid myndighetene vært på vakt. Epidemien hadde herjet rundt i Europa i månedene før den nådde Norge, og for å hindre spredning på land hadde myndighetene fra 1831 karantene for alle skip som kom sørfra. Samtidig ble det sørget for tilstrekkelig grad av legemidler som man mente var effektive. Tidsskriftet *Eyrs* sjette årgang (1831) trykket en omfattende artikkel om hvordan en sykdom som kolera skulle forstås. Denne artikkelen inneholdt oppdatert internasjonal

3 Se minneord over Sørenssen, i *Morgenbladet* 30.6. 1853.

4 Fra slutten av august og utover i høstmånedene har *Morgenbladet* svært frekvente, i perioder daglige, notiser om sykdommens rammede og døde i Christiania, forstedene og Aker. Notisene er alltid trykket helt øverst i venstre spalte, og innleder i så måte dagens avis.

5 Et eksempel er *Morgenbladets* utgave 2.9.1853, der det følgende står på trykk: *Choleralæger*. Da der fremdeles er Ansættelse for flere Choleralæger, anmodes de examinerede Læger hos og medicinske Studerende, som maatte attraa saadan Ansættelse, om snarest mulig at melde sig Medicinal-Komiteens Sekretær, Batterichirurg Münster i Stadskonduktör Grosch's Gaard ved Torvet. Annonsen skiller seg ut fra de andre, og trekker i så måte til seg leserens oppmerksomhet.

6 Moseng, O. G. *Ansvarer for undersåttenes helse 1603–1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 285.

kunnskap om sykdommen, og innledet en lang rekke tekster i dette tidskriftet som på ulike måter tematiserte kolera.⁷ Gjennom *Eyr* kunne samtidens leger orientere seg om diskusjonene rundt sykdommens årsaker, forebygging, behandling og prognose.

I 1832 ble imidlertid den innførte karantenen opphevet for skip som ankom havnene i Akershus stift. Opphevelsen av karantenen var helt i tråd med hvordan ledende medisinske autoriteter mente at kolera ble spredt. Medisinprofessorene Frederik Holst (1791–1871) og Magnus Thulstrup (1769–1844), som begge var med i kolerakommisjonen av 1833 og som var blant landets mest innflytelsesrike leger, var blant de som hadde ment at koleraen kunne tilskrives miasmer. Miasmeteorien innebar en forståelse av at sykdommen ble spredt gjennom illeluktende gasser som ble dannet ved forråtnelse, ved jordskjelv og vulkanutbrudd og så videre.⁸ Man tenkte seg så at disse gassene lå som skyer i atmosfæren. Sykdommen var altså ikke, mente Holst og Thulstrup, kontagiøs. Andre medisinsk kyndige igjen mente derimot at kolera var smittsom eller betinget av konstitusjon (ulike forhold som disponerte for sykdommen). Debattene om hva denne sykdommen skyldtes, fortsatte i medisinske fagmiljøer de nærmeste tiårene, og diskusjonene preget myndighetenes tiltak for å begrense sykdommens spredning. Samtidig speilet epidemien i Norge situasjonen i andre europeiske land, og forebygging og behandling av sykdommen ble derfor et felles europeisk anliggende.⁹

Men situasjonen var på mange måter annerledes i 1853 enn hva den var 20 år tidligere. Opplysningsnivået var i ferd med å bli forbedret blant folk flest, og folket var mer og mer bevisst sin rolle som myndige borgere.

Helsearbeid og respons

Hvordan organiserte myndighetene helsearbeidet i forbindelse med koleraepidemien? Hvordan responderte samfunnet på denne organiseringen? Svarene på disse spørsmålene speiler både reelle problemer knyttet til tidens helseadministrasjon, så vel som stadig mer bevisste og myndige offentligheter. I så måte er responsen fra omgivelsene et eksempel på de offentligheter som bidro til å drive frem nye lovbestemmelser for helsevesenet i 1860.

7 Nylenna, M. og Larsen, Ø., *Eyr* –portrett av et tidskrift. Tilgjengelig online: http://michaelquarterly.no/index.php?supp_id=233514&a=5 (lest 9.7.2017).

8 Se Moseng (2003), s. 292. Se også Larsen, Ø., «Epidemihåndtering når årsakene er uklare – noen historiske eksempler». I *Michael* 2009; 6, ss. 293-303.

9 Se blant annet Balwin, P., *Contagion and the State in Europe, 1830–1930*. New York: Cambridge University Press, 1999, s. 130 og Gerda Bonderup, «Cholera-morbo'er» og Danmark. *Billeder til det 19. århundrets samfunds- og kulturhistorie*. Århus: Århus Universitetsforlag, 1994.

Medisinhistorikeren Aina Schiøtz (f. 1947) har påpekt at koleraepidemiene i Christiania representerte et gjennombrudd for en ny type tenkning omkring samfunnets kollektive ansvar for sykdomsbehandling og sykdomsforebygging.¹⁰ Schiøtz' argumentasjon støtter seg på kvalifiserte utsagn fra koleraepidemiens nære ettertid: I 1872 viste den profilerte medisinprofessoren Ernst Ferdinand Lochmann (1820–1891) til at ingen sykdom hadde hatt så stor betydning for helsevesenets utvikling som koleraen.¹¹ Påstandene gjenspeiler forhold som helt klart har sammenheng med folkets økede grad av selvbevissthet. Sammenfallet mellom koleraens utbrudd og myndiggjøringen av borgerne førte til et press mot de politiske styresmakter, i den forstand at folket tydeliggjorde at det å ivareta liv og helse i større grad var myndighetenes ansvar. I juridisk forstand resulterte dette i Sunnhetsloven av 1860, der permanente sunnhetskommisjoner i alle byer og herreder i Norge ble innført. Tidligere hadde sunnhetskommisjoner blitt etablert midlertidig i forbindelse med utbrudd av epidemier.¹² Lovbestemmelsen innebar opprettelsen av en lokal helseadministrasjon, som i sin tur la grunnlaget for distriktshelsetjenesten. Sunnhetsloven fra 1860, som Schiøtz refererer til som helsevesenets grunnlov, fikk dermed skjellsettende betydning, og har vært retningsgivende for norsk primærhelsetjeneste helt opp til vår egen tid.¹³

Koleraepidemien i 1853 er godt dekket i tidligere medisinhistorisk forskning, ikke minst gjennom Lizzie Knarberg Hansens (1929–1998) doktorgradsavhandling fra 1985. Epidemien utgjør også et viktig element i forståelsen av livet i Norges hovedstad på midten av 1800-tallet, slik Jan Eivind Myhre (1947–) har vist i bindet han har skrevet i samleverket om Oslo bys historie.¹⁴

Presset fra offentligheten

En tekst fra *Morgenbladet* i september 1853 belyser nærmere det offentlige press mot myndighetene som Schiøtz og andre har omtalt. Teksten fra *Morgenbladet* tematiserer Sunnhetskommisjonens behandling av de såkalte ambulerende legene. Dette var legestudenter som fungerte som førstelinjetjeneste under epidemien. Teksten er skrevet med en betydelig grad av ironi og sarkasme, og den språklige stilen forsterker tekstens polemiske karakter.

10 Schiøtz, A., *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 29.

11 Schiøtz (2003), s. 28.

12 Storesund, A., *Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860–1900*. Doktorgradsarbeid, Universitetet i Oslo, 2005. Tilgjengelig online http://michaelquarterly.no/index.php?seks_id=116574&a=1&treeRoot=115081 (lest 9.7.2017)

13 Larsen, Ø., *Sunnhetsloven – mer enn en helselov*. Michael 7; 2010: Supplement 8, 11–49. Tilgjengelig online http://michaelquarterly.no/index.php?supp_id=107096&a=5 (lest 9.7.2017).

14 Myhre, J. E., *Hovedstaden Christiania: Fra 1814 til 1900*. Bind 3 i *Oslo bys historie*, red. Langholm, S., Helle, K. og Benum, E., Oslo: Cappelen, 1990–1994.

Ved å problematisere myndighetenes tiltak under koleraepidemien speiler denne teksten fra *Morgenbladet* det engasjementet vi også finner på andre områder i samtiden, for eksempel når det gjelder skole og utdanning.¹⁵

Vi skal i det følgende først se nærmere på de tiltak som myndighetene iverksatte i forbindelse med utbruddet av kolera i 1853, og på hvordan samtidens aviser brukte sine spalter til å drive opplysende helsearbeid. Deretter skal vi se nærmere på den aktuelle teksten fra *Morgenbladet*, særlig med henblikk på hvordan forfatteren argumenterte mot den lokale sunnhetskommisjonens vedtak. Avslutningsvis skal vi drøfte hvor vidt artikkelforfatteren berører et generelt problem i sin tekst, og i hvilken grad den tenkningen som *Morgenbladets* forfatter ga til kjenne, representerte en økt bevissthet blant folk flest.

Kolerautbruddet i 1853 og myndighetenes umiddelbare tiltak

Da koleraepidemien for alvor brøt ut i Christiania i månedsskiftet juli-august 1853, var arnestedet for sykdommen høyst sannsynlig Rikshospitalet. Sykehuset hadde hatt innlagt en pasient som hadde reist som matros med skipet *Nordkap*. Skipet kom til Christiania fra Helsingør i Danmark, der en koleraepidemi hadde herjet i månedene før.¹⁶ Pasienten ble innlagt med kraftig diaré og nedsatt allmenntilstand. Dette var klassiske symptomer på kolera. Matrosen overlevde sykdommen, men hans tilfelle sørget for at kolerafibriose kom i hus.

En tid etter ble tre andre pasienter syke, og snart også sykehusets inspektør. Sykehusets ansatte medvirket i løpet av kort tid til at koleraen kom ut i byen. Flere vaskere ble syke og døde, og det gjorde også folk som hadde vært i kontakt med dem. Da 27 tilfeller av kolera var registrert den 15. august 1853, ble Christiania offisielt erklært rammet av en epidemi.

Men enkelttilfellene fra Rikshospitalet var ikke nok, det var andre uheldige sammentreff som gjorde at koleraen ble spredt hurtig rundt i byen og byens forsteder. I sin doktoravhandling har Knarberg Hansen vist til at det var en viss opphopning av sykdommen på steder der mye folk var samlet. Bygater som Nedre og Øvre Voldgate, Slottsgaten, Akersgaten, Rådhusgaten og Prinsens gate talte blant de steder som var hardest rammet. Sykdommen spredte seg så utenfor bygrensene, til gater som Møllergaten og Grubbegaten, og deretter ut i Aker og i forstedene. Denne raske spredningen tyder på at det har vært en felles smittekilde i byen som ikke er sykdommens

15 Avisene preges også av en rekke diskusjoner som legger press på myndighetene hva skole og utdanning angår. Dette peker i første hånd frem mot allmueskoleloven i 1860. Se Roos, M., *Kraften i allmenn dannelse. Skolen som formidler av humaniora. Bidrag til en historisk lesning*. Kristiansand: Portal forlag, 2016.

16 København var erklært smittet av kolera 1. juli 1853. Se Hansen, s. 25.

primære tilfeller, påpeker Knarberg Hansen videre.¹⁷ Denne kilden har høyst sannsynlig vært drikkevannet, fordi man kunne se en viss opphopning av sykdommen i områder som hadde felles vannforsyningsanlegg med Rikshospitalet. Bakteriene har etter all sannsynlighet, mener Knarberg Hansen, kommet over i drikkevannet via Rikshospitalets priveter, fordi vann fra ledningene som førte drikkevann rundt i byen, kom i kontakt med vannet i privetbingene. I vannmagasinene hadde koleravibrioner gode levevilkår.

Ved utbruddet i 1853 hadde myndighetene beredskapsplaner som var av relativt ny dato for hvordan de skulle takle et kolerautbrudd. Fem år tidligere hadde Bergen vært rammet av en epidemi, der det hadde vært omtrent 1000 smittede og der 619 hadde mistet livet. Koleralegen Timandus Jonas Løberg (1819–1882) hadde i den sammenheng gjort et systematisk empirisk arbeid for å kartlegge hvert enkelt sykdomstilfelle. Hans arbeid hadde resultert i at tesen om at koleraen var en smittsom sykdom ble styrket, noe som igjen skjerpet karantenebestemmelsene gjennom karantene-loven av 1848.¹⁸ I tillegg kom myndighetene med en anordning som ga direktiver om hvilke tiltak som skulle settes i verk for å ivareta de som allerede hadde blitt syke, og hvilke som skulle innføres for å hindre at sykdommen spredte seg ytterligere.¹⁹ Anordningen fra 1848 utgjorde utgangspunkt for de tiltak som ble iverksatt ved utbruddet i 1853.

Allerede kort tid etter at man hadde sett de første tilfellene av kolera i 1853, den 30. juli, utstedte myndighetene en ny anordning som med noen få unntak skrev seg inn mot det da fem år gamle direktivet. Tiltakene som ble iverksatt, er oppsummerende beskrevet av medisinprofessoren Andreas Conradi (1809–1868), som også foretok systematiske undersøkelser av sykdommens sosiale fordeling.²⁰ Conradi var selv en av tre medlemmer i medisinalkomiteen, som sørget for den sentrale administrasjonen av epidemibekjempelsen. Conradi er en god kilde til en forståelse av hvordan myndighetene organiserte helsevesenet for å få bukt med koleraepidemien, og vi skal derfor se nærmere på hva han skriver om de tiltak som blir iverksatt i forbindelse med sykdommens utbrudd.

17 Ibid., s. 131.

18 Schiøtz (2003), s. 31.

19 *Provisorisk Anordning angaaende Foranstaltninger mod den Ondartede Cholera*, Christiania 22. desember 1848.

20 Conradi, A., «Cholera i Christiania og dens omegn i Aaret 1853», i *Agtstykker* (1854), s. 1. Conradis tekst, og de fleste av de øvrige tekster i denne utgivelsen, er også publisert i *Norsk Magazin for Lægevidenskab*. Medicinalkomiteen, som står som utgiver av denne samlingen, skriver innledningsvis at tekstsamlingen er utgitt for å sette innenlandske og utenlandske autoriteter i stand til å bedømme den siste epidemien opptreden og gang i Norge, ikke minst av hensyn til samferdselen mellom landene. I samlingens avslutning finnes også gjengitt omfattende diskusjoner av forhandlinger i det medisinske selskap i Christiania. Temaet for disse diskusjonene er hvordan koleraen blir spredt.

Umiddelbart etter nyttgivelsen av den provisoriske anordningen fra 1848 trådte de lokale sunnhetskommisjonene i Christiania og Akers sogn i kraft. Som et strakstiltak ble Christiania delt inn i åtte legedistrikter, der hvert distrikt fikk ansatt hver sin medisinstudent som ambulerende lege.²¹ Over disse hadde to ferdig utdannede leger rollen som overleger. Overlegene skulle ukentlig avgi rapport til medisinalkomiteen om de ambulerende legenes virksomhet.

I Aker sogn ble det ansatt tre ambulerende leger. Både de ambulerende legene og overlegene var ansatt og lønnet av kommunen, og sorterte under Sunnhetskommisjonens administrasjon. De ambulerende legenes oppgaver var først og fremst knyttet til å drive opplysningsarbeid blant de lavere sosiale klasser, slik at videre sykdomsutbrudd i så stor grad som mulig kunne forhindres. Det var kun i nødsfall at de kunne behandle akutte tilfeller av sykdommen, og i hvert tilfelle hadde de da plikt til å melde dette fra til overlegene. Overlegene måtte da umiddelbart ta over behandlingen av pasienten. Legestudentenes profylaktiske virksomhet ble supplert av oppsynsmenn, som hver hadde et bestemt antall hus å holde oppsyn med. Oppsynsmennenes oppgave var knyttet til å sørge for tilstrekkelig grad av renslighet både i og utenfor huset, i tillegg til å gi råd om hensiktsmessig diett og levemåte.²²

Til å behandle dem som allerede var rammet av sykdommen, hadde man leger som var lønnet av statskassen. Dette var de egentlige koleraleger. Både i Christiania og Aker fantes fire slike leger, men antallet ble i løpet av epidemien øket til henholdsvis seks og fem. I tillegg til dette fungerte Christianias politikammer som en slags legevakt, hvor tre leger gikk i turnus og skulle sikre at det til enhver tid var beredskap for akutte sykdomstilfeller. Flere koleralasaretter kom også til rundt om i byen. Til sammen hadde disse et vesentlig antall sengeplasser. Opprettelsen av koleralasarettene skjedde i løpet av få dager. Først ute var lasarettet på Hammersborg.²³ Sykehuset ble etablert i huset «Sorgenfri», som hadde vært brukt som en egen avdeling under Rikshospitalet umiddelbart etter at sykdommen brøt ut. 18. august 1853 ble avdelingen imidlertid åpnet som et eget koleralasarett, med 30 plasser. Åtte dager senere, 26. august, åpnet man et lasarett på Ankerløkken, mens lasarettet i Piperviken, i tilknytning til redningsanstalten Toftes Gave, kunne ta imot de første pasienter 2. september 1853. Disse to lasarettene hadde til sammen 120 sengeplasser. Også i byens forsteder kom lasaretter som var tiltenkt de kolerasyke. I asylgården på Grønland kom et lasarett

21 Inndelingen av byen i åtte legedistrikter var for øvrig i overensstemmelse med den inndeling som man hadde praktisert under epidemien i 1850.

22 Conradi (1854), s. 19.

23 Detaljerte beskrivelser av virksomheten ved lasarettene, inkludert beskrivelser av sykdomstilfellenes karakteristika, komplikasjoner og behandling, er gitt i de tidligere nevnte Agstykker.

med 50 plasser. Dette ble innrettet og tatt i bruk 18. august dette året. Ved sinnssykeasylet på Gaustad åpnet den 3. september et lasarett som kunne ta imot 20 kolerasyke pasienter, mens Oslo fikk et lasarett med 20 sengeplasser en drøy uke senere. Også i militærforlegningene og ved straffeanstaltene var det egne lasarett. For garnisonen ble det opprettet lasarett med ni sengeplasser, og i tukthuset og ved Akershus festnings straffeanstalt ble det innrettet lokaler med antall senger som kunne reguleres etter behov. Til sammen var 21 leger i virksomhet ved lasarettene.²⁴ Legene skulle daglig rapportere til medisinalkomiteen om sykdomstilfellene ved deres lasarett. Medisinalkomiteen sørget igjen for at summariske utdrag fra rapportene ble offentliggjort, enten gjennom avisene eller ved oppslag rundt om i byen, slik vi tidligere har sett av Morgenbladets korte notiser

Pfeufers råd

I tillegg til den form for profylaktisk virksomhet som allerede er omtalt, ble informasjon om hvordan befolkningen skulle forebygge sykdommen også spredt gjennom andre kanaler. Avisene trykket jevnlig råd om hvordan befolkningen skulle te seg for å unngå kolera, og på oppslagstavler og stolper rundt i byen kom plakater som ga råd. Et eksempel på dette er Morgenbladets oversatte sammendrag av den anerkjente tyske medisinprofesoren Karl von Pfeufers (1806–1869) skrift, publisert i avisens utgaver 5., 6. og 7. september 1853.²⁵ I dette skriftet kom von Pfeufer med en rekke råd om hvordan man skulle unngå kolera, og hva man skulle gjøre dersom man kom i en situasjon der det var sannsynlig at sykdommen kunne oppstå. Det gjaldt for all del å unngå diaré, innledet Pfeufer, siden dette kunne være et forstadium til et utbrudd av kolera. Diaréen kunne forebygges gjennom riktig ernæring, blant annet ved å unngå frukt og grønnsaker:

Frugten indeholder lidet Næringsstof, derimod affører den for det meste, og kan blive høist farlig i Cholera-tider. Naturligvis er al mulig umoden frugt stærk gift, og er salget heraf forbudt af Politiet. Agurker, Meloner, Blommer, Svedskeblommer ere de værste Frugtsorter; ligeledes Aprikoser, Ferskenes, Figener, Æbler og Nødder.²⁶

Samtidig skulle man unngå alkohol, og helst også svinekjøtt. Under koleraepidemien i München hadde von Pfeufer holdt seg til en diett som bestod av suppe, okse- og kalvekjøtt, høns, vilt, ris og lette retter basert på mel. Denne dietten hadde han også rådet andre til å følge. De som hadde fulgt hans råd, hadde holdt seg friske, kunne han informere sine lesere.

²⁴ Conradi (1854), s. 18.

²⁵ Karl von Pfeufers skrift var på dette tidspunktet allerede gammelt, utgitt i 1837. Den originale tyske utgaven hadde tittelen *Bericht über die Cholera-Epidemie in Mittenwald*.

²⁶ Ibid.

Dersom man var uheldig og ble rammet av diaré, var det også klare direktiver for hva man skulle gjøre. Det hele var egentlig meget enkelt:

Man legger sig strax tilsengs og nyder aldeles intet Koldt og ingen faste Spise, selv ved den bedste Appetit, helst intet uden afsilet havre-, riis-, eller perlegrynssuppe, der er kogt i Vand eller Kalvekjødsuppe. Skulde Tørsten blive meget stærk, hvad vel sjeldnere forekomme, saa skal man opløse noget gummi arabicum i varmt Vand til en tynd Velling, i hvilken kan strøes lidt Sukker.²⁷

Hvis så uhellet var ute og man skulle bli syk av kolera, var det også enkelt for den rammede å forstå hva som var i gjære. Brekninger og diaré ville komme med stor voldsomhet, både oppkast og fæces ville se ut som risvann, føttene og hendene ville bli kalde, og den rammede ville få krampe i leggene. På et slikt tidspunkt kunne en lege behandle sykdommen med en viss mulighet for et gunstig resultat.

Pfeufer advarte også mot legemidler som pasienten på egen hånd kunne ta før en lege startet sin behandling. Slike legemidler var jevnlig omtalt i avisene. Et slikt legemiddel var kamferspiritus, andre var vann- og vinåndsdamper. De sistnevnte hadde vist seg å være populære også blant enkelte leger. Men, understreket Pfeufer, man kunne aldri være trygg på slike medikamenter. I enkelte tilfeller kunne de ha gunstig effekt, men for de fleste som fikk slike legemidler, ville de skade heller enn å lindre. Når det gjaldt anvendelsen av kamferspiritus, var det bare en lege som ville ha kompetanse nok til å avgjøre hvor vidt et slikt middel kunne være til gagn. I stedet for å ta legemidler som man var usikker på hvor vidt virket, var det da bedre å utsette all behandling inntil en kyndig lege kom til unnsetning, rådet Pfeufer.

Det var også viktig at de som var i nærheten av pasienten utøvet den største forsiktighet. Av hensyn til den syke skulle man ikke nevne ordet kolera, fordi de fleste var i stand til å se og forstå alt som foregikk rundt dem helt frem til livet ebbet ut. Det hadde også vist seg at de som pleiet den syke, i alt for liten grad tok hensyn til seg selv, og var for uvørne i forhold til hvordan de lot husstandens friske personer opptre. Denne uforsiktigheten gjorde at sykdommen ofte rammet hele familier.²⁸ Den som så til den syke, måtte unngå å overanstrenge seg. En og samme person måtte ikke kontinuerlig være tilstede i sykerommet, men måtte også sørge for tilstrekkelig grad av hvile og frisk luft. De friske måtte ikke bare te seg med sedvan-

27 Morgenbladet 6. september 1853

28 Pfeufers påstander om at dødsfallene ofte kunne oppstå i familier stemmer godt overens med situasjonen i Christiania i 1853. Knarberg Hansen har vist til at hele familier ofte ble utryddet, eller at ett barn kunne være den eneste overlevende. Dette skapte naturlig nok store sosiale utfordringer. Presten Honoratus Halling, som la ned et betydelig arbeid for å bedre levekårene for arbeidere i Christiania, skal også ha gjort en viktig innsats for å samle byens foreldreløse barn. Se Hansen (1985), 155.

lig forsiktighet, men aktsomheten måtte økes til det dobbelte. I de tilfeller der sykdommen resulterte i dødsfall, var det viktig at den døde kropp ikke ble liggende for lenge i huset. Dersom de pårørende ble utsatt for å måtte se på den avdøde, kunne man risikere at de pårørendes sinn ble nedstemt. Dette medførte igjen økt risiko for sykdom.

Samtidig, mente Pfeufer, var det påkrevet at samfunnet utviste tilstrekkelig omsorg for de fattige. De ubemidlede var ekstra utsatte for koleraens angrep, og de hadde det meste mot seg. De hadde usunne boliger, dårlige klær, utilstrekkelig og usunn føde, de var uvitende om egen helsetilstand, de hadde dårlige arbeidsvilkår, og de hadde den uvane å tilkalle legen først når sykdommen var brutt ut. Samfunnets bedrestilte måtte derfor ta ansvar for den fattige delen av befolkningen. Det ville være enkle tiltak som skulle til for å forminske dødeligheten blant de fattige. Fremfor alt måtte man sørge for å beskjefte dem, slik at de kunne fortjene det nødvendige. Man måtte gi de klær, særlig strømper og sko til barna, og sengeklær i de tilfeller der det var mangel på dette. I tillegg måtte man opprette bespisinganstalter, der de fattige kunne få sunn mat enten gratis eller for en rimelig penge.

Avisene speilet altså den økende grad den allmenne opplysning som preget samfunnet for øvrig. Og selv om årsakene til koleraens spredning ble diskutert blant samtidens leger i Christiania, holdt man offisielt fremdeles fast på miasmeteorien.²⁹ Men hvor vidt var myndighetenes organisering av helsevesenet effektiv nok, og i hvilken grad ivaretok de helsearbeidernes interesser? Vi skal se nærmere på den nevnte artikkelen fra *Morgenbladet*. Artikkelen er trykket over to utgaver, 20. og 21. september 1853. Den har to separate deler. Disse to delene tematiserer imidlertid det samme, slik at teksten som er trykket den siste dagen kan ses som en kontinuitet av den teksten som er trykket den første. Tekstens forfatter avslører, kanskje klokelig nok, ikke sin identitet.

29 Miasmeteorien preger også den offentlige debatt. I et innlegg i *Morgenbladet* klager en innsender over luftforholdene i byen, og at disse straks må forbedres. Det går helt klart frem av denne teksten at innsenderen er overbevist om at stanken som karakteriserer byens luft, er skadelig. Innsenderen skriver: Det er i denne ulykkelige Sygdomstid foretaget ikke ubetydelige Arbejder baade i selve byen og dens Udkanter for at forhindre skadelige Utdunstninger, og virkningen av disse Foretagender spores ogsaa tydeligt paa flere Steder, hvor der næsten stedse var en vammel Stank, at det nu idetmindste er taaleligt. Endogsaa Pippervigen er bleven betænkt og nyder godt af en heel Deel nye Render og Grøfter; men saa langt som til Holmen har man dog ikke kunnet række. Der finder man fremdeles den gamle Sump fuld af stinkende Vand, og omtrent paa Midten af den nu saakaldte Holmens gade er der baade sent og tidligt en saadan Stank, at det næsten grændser til det Utrolige, at dersteds Intet er foretaget for at forhindre den». Se «Frisk Luft, om muligt», i *Morgenbladet*, 17.9.1853. Dagen etter blir innsenderen imøtegått av en liten notis med ukjent avsender, der det påpekes at politiet og øvrigheten i lang tid har vært klar over den ubehagelige lukten enkelte steder i byen, men at gårsdagens innsender gjør seg skyld i en ikke ubetydelig overdrivelse. Se «Om den friske Luft ved Tyveholmen», i *Morgenbladet* 18.9.1853.

Morgenbladet: Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera.

Spørge vi, hvor denne art af Viisdom er at Søge, vilde en Oppositionsmand upaatviveligt svare: i den norske Regjeringens foranstaltninger, og en medicinsk Student: i Medicinalkomitéen; men vi have søgt og fundet den i Spærringssystemet i Sverige, og i Christiania i Sundhedskommisionens Tænke- og Handlesæt. Inden vi skride til en nærmere Udvikling af de Mirakler, denne Inkarnation af Viisdom, Konduite, Ædelmod og Værdighed har stillet til skue for Verdens beundrende Blik, ville vi forudskikke et Paar Bemærkninger af inledende og personligt Indhold.³⁰

Allerede innledningen til den første av de to tekstene slår an den polemiske, nærmest uforस्कammede, tone som artiklene som helhet bærer preg av. Innsenderen har, sier han, søkt etter den eksemplariske visdom i samtidens forebyggende arbeid mot kolera, og funnet denne i svenskenes innføring av karantene (sperringer) og i sunnhetskommisjonens tenke- og handlemåte.³¹ Han setter sitt eget svar på spørsmålet opp mot det han mener medisinstudenten og politikeren ville svare, og dette forsterker tekstens polemiske karakter. Der både politikeren og medisinstudenten blir tilkjent svar man kan anta er i overenstemmelse med hva de vil faktisk vil svare på et slikt spørsmål, skal hans eget vise seg å være dypt ironisk. Denne ironien tydeliggjøres ved bruk av så sterke beskrivende adjektiver at man ikke kan være i tvil om hva som vil komme: Sunnhetskommisjonen er, skriver innsenderen, en inkarnasjon av visdom, konduite, edelmot og verdighet. Med dette grepet, som går ut på at superlativene hagler i så stor grad at det ikke blir troverdig, kan artikkelen minne om tekster som ble skrevet i det dansk-norske eneveldet på slutten av 1700-tallet. I den dansk-norske helstaten hersket streng sensur, og fornærmelser mot kongen kunne straffes med lovens strengeste straffer. Når skribenter som var i opposisjon til kongemakten skulle uttale seg om regenten, kunne de derfor bruke en panegyrikk som var så outrert at det – i alle fall for den moderne leser – vil være umulig å ta den på alvor.³² Det er en slik overdreven panegyrikk vi også finner i denne skribentens omtale av Sunnhetskommisjonen.

Temaet for de to tekstene fra *Morgenbladet* er de ambulerende legenes virksomhet, og det innsenderen mener er myndighetenes, det vil si Sunn-

30 «Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera», *Morgenbladet* 20.9.1853.

31 Begrepet «spærringssystemet» refererer til praktiseringen av karantene i Sverige, der enkelte byer ble sperret for inn- og utgående trafikk. Dette gjaldt særlig for kystbyene. Praktiseringen av sperringen i Sverige er beskrevet i den svenske sunnhetskommisjonens beretninger om koleraepidemien, se Wistrand, A. T., *Sundheds-Collegii Underdåniga Berättelse om Kolerafarsotten i Sverige år 1853*. Stockholm: P. A. Norstedt, 1855. Det blir for øvrig ikke gjort nærmere rede for hvorfor forfatteren nevner sperringssystemet i Sverige sammen med Sunnhetskommisjonen i Norge, og forfatteren har heller ingen øvrig omtale av det svenske sperringssystemet.

32 Dette beskrives blant annet i Krefting, E., Nøding, A., og Ringvej, M., *En pokkers skrivesyge. 1700-tallets dansk-norske tidsskrifter mellom sensur og ytringsfrihet*. Oslo: SAP, 2014.

hetskommisjonens, dårlige behandling av disse. Skribenten starter teksten med en fabel skrevet av en fremtidig tilbakeskuende forfatter, som kan fortelle om alle de tiltak myndighetene satte i verk da denne «Dødens Engel i Skikkelse af Cholera» hadde bebudet sitt besøk i Christiania mot slutten av juli 1853. «Engelen» hadde ankommet byen omtrent en måned senere, og da hadde den rastløst rast rundt og daglig gjestet inntil 100 personer. Alle stender hadde hatt besøk. Imidlertid var mange forhåndsregler tatt, kan fortelleren informere om, og samtlige av disse siktet mot å innskrenke den uvedkommende gjestens opphold i hovedstaden og hovedstadens omegn. De mest ubetydelige av disse forhåndsreglene ville han ikke beskjeftige seg nærmere med, i hans fortelling var det derimot Sunnhetskommisjonen som skulle være gjenstand for nærmere behandling. Deretter går han i gang med å raljere med Sunnhetskommisjonens manglende kompetanse:

Naar vi sammenligne vore paalidelige Kilder, hvoriblandt et Par autentiske Aktstykker, med de Sagn, der end til denne Dag have bevaret sig i levende Erindring og bæres frem paa Folkemunde fra Hyttbonden til den Høieste, vi have i Norge, da fremgaar som ugjendriveligt Resultat, at Medlemmerne af hiin høivise Kommission deels for lang Tid siden ere døde, deels ganske sporløs forsvundne eller som Sagnet siger: man veed ikke deres Grav indtil denne Dag. Dengang som nu var der i Byen Borgere og deres Mester; denne sagde fore, og hine sagde efter. Det eneste ikke-sagkyndige Medlem, og som paa et Lidet nær havde rystet hiint Viisdommens Kunstværk i dets Grundvælde, var et i den medicinske Verden forøvrigt fordeelagtig bekjendt, ret godt Væsen, der til Sundhedskommisjonens Lykke ingen indflydelse utøvede paa de Gjæringer, der bleve gjorte saa viseligen. Skulde nu nogen være taabelig nok til at spørge, hvorledes Jurister, Kjøbmænd og Haandværkere kunde svinge sig op til denne forbausende Indsigt og deraf flydende Competence ianledning Forføininger mod Cholera, da svares hertil kort og godt, at historien tier netop om dette Punkt.³³

Etter disse innledende bemerkningene går forfatteren i gang med fremstillingen av selve saken. Skribenten, som i teksten fremdeles befinner seg et stykke frem i tid, skrur tiden tilbake til koleraepidemiens samtid, og ber leseren være med og granske de dokumenter og aktstykker som er bevart fra Sunnhetskommisjonen. Leseren kan gå i gang med oppgaven med stor grad av forventning: skribenten lover at de vil stå «stumme af Forbauselse».

Skribenten fortsetter så med sin ironiske panegyrikk over Sunnhetskommisjonens arbeid. I alt den har gjort har den vært seg så bevisst sin oppgave at enhver bestemmelse som kunne ses som et resultat av dens «grundige Raadslaging og «enstemmige» Beslutning», formelig har åndet av «hiin skjønne Harmoni mellem fornuftig menneskekjærlighed og høisindet Viis-

³³ *Morgenbladet*, 20.9.1853.

dom». Det beste eksempelet på dette er gitt med hvordan Sunnhetskommisjonen har verdsatt de ambulerende legenes innsats i penger, og hvordan de har behandlet de unge legestudentene. For, sier skribenten, Sunnhetskommisjonen har åpenbart ment at penger er skadelige når de «i Mængde vilde opdynges paa enkelte Hænder». For å forhindre at ambulante skulle komme i kontakt med dette skadebringende medium har den derfor avslått deres anmodning om lønnsforhøyelse. Og ikke nok med det, Sunnhetskommisjonens klokhet har også kommet til syne i dens tilrettelegging av ambulantes arbeidsvilkår: «For at vise sin Rundhaandethed ansatte Kommissionen Ambulanter den ene Dag, og næste Dag gav den Ordre til at afskedige dem snarest muligt. Skribenten gir derfor i klare ordelag uttrykk for hva han mener om dette: «Ufattelige Viidsoms Dyd!».

Men, fortsetter han, med det han har sagt så langt har han foregrepet begivenhetenes gang, og han vil derfor gi leseren en nærmere forklaring på hva hans tekst skal dreie seg om. Anledningen var følgende: Koleraen hadde kommet til byen, og Sunnhetskommisjonen var pålagt å beskikke ambulanter og bestemme deres lønninger. Ambulante, forklarer han, var tenkt å fungere som et slags sunnhetspoliti, og skulle utføre sin oppgave for en Speciedaler pr. dag. Arbeidsinstruksen, som var de vilkårene ambulante var blitt ansatt på, lød som følger:

Deres væsentlige Hverv er at aflægge personlige Besøg i de respektive Distrikters Huuse, fornemmelig i dem, hvis Beboere høre til de mere trængende Klasser, for at komme til Kundskab, om Nogen af disse lider af Diarrhoe. I dette Tilfælde bør de meddele de i den af Indredepartementet under 25de Oktober 1848 udgivne Anviisning for Ulægekyndige anførte eller andre passende Draaber, hvormed de skulle være forsynede; hvorhos de bør give Veiledning til en hensigtsmæssig Diet. (...) Om de finde Sykdomstilfælde, mere end almindelig heftige eller tvivlsomme, eller de raadspørges for andre Sygdomme end Choleras almindelige Forløber (Diarrhoe), skulle de derom underrette vedkommende overordnede Læge, til hvem de ogsaa daglig til bestemte Tider aflægge Beretninger over Resultaterne af deres Virksomhed. Forøvrig have de i Forening med Politiet at paase Iagtagelsen af de anordnede hygieniske Forhaandsræglers.

Imidlertid, som det alltid går når dårer innlater seg med de vise, ambulante gjorde regning uten vert. Sunnhetskommisjonens skrivedyktige medlem utferdiget ganske snart en ny plakat, som inneholdt et tillegg til den opprinnelige instruksen og påla de ambulerende leger en mer utvidet virksomhet. Dette ble gjort uten at det ble foretatt noe vedtak om å øke lønnen. Den utvidede virksomheten gikk ut på følgende:

Ambulerende Læger, som ved personlige Besøg i Husene skulle undersøge Sundhedstilstanden og ved Behandling af Diarrhoe og Cholera saavidt mulig forebygge den ondartede Cholera.

I forklaringen av Sunnhetskommisjonens utvidelse av ambulantenenes oppgaver er skribenten tilbake i sin egen tid, og vedkjenner at hans samtid ville sett en slik vilkårlig forøkelse av en manns oppgaver uten en tilsvarende forøkning av lønnen som en «himmelraabende Ubillighed». På den tiden han skriver om, hersket imidlertid andre seder og skikker. I hans tid, sier han, var det heller ingen vis og kompetent Sunnhetskommisjon som kunne gjøre hva de ville. Dersom det i hans samtid fantes ambulanter, ville de dessuten ses som meget enfoldige mennesker, dersom de fant seg i å få utvidet instruksjonen på en slik måte. Men den gang kunne man dra vekslers på folks edelmodighet, og Sunnhetskommisjonen hadde kjent sin tid. De hadde hensynsløst pålagt ambulantenene ytterligere oppgaver, uten å ta høyde for at de hadde utsatt dem for større risiko. Men, sier skribenten ironisk, det at han var av en annen mening, kunne jo bety at han ikke skjønnte seg på «hiin høiere Viisdom, som kun kan lyse fra en Sunnhetskommisjons høie Standpunkt».

Snart skulle de unge ambulantenene også pålegges enda flere oppgaver. Sunnhetskommisjonen hadde henvendt seg til overlegene med beskjed om at ambulantenene måtte meddeles at de måtte bruke all sin tid til å ivareta sine verv. De måtte sørge for å være hjemme når noen spurte etter dem, og deres treffetid skulle kunngjøres gjennom en lapp på deres respektive dører. Etter hvert reagerte ambulantenene på denne behandlingen, ikke minst på at de ble pålagt flere oppgaver uten å få mer i lønn. De henvendte seg derfor til Sunnhetskommisjonen med anmodning om lønnsforhøyelse, fra en Speciedaler til halvannen. Begrunnelsen de anga var at de måtte arbeide om natten, og at koleraepidemien hadde tiltatt i omfang:

Da Choleraepidemiens stadige Tiltagen i den senere Tid har medført en saa betydelig Tilvæxt i de ambulerende Lægers allerede før temmelig anstrængende Forretninger, at ikke alene hele Dagen optages af Sygebesøg og Inspektion af de respective Districters Huse, men endog ingen Nat gaaer hen, uden at man een eller oftest flere Gange bliver kaldt ud, har det forekommet os, at den for de ambulerende Læger fastsatte Løn af 1 Spd. om Dagen ikke længer staar i Forhold til vort yderst anstrængende og trættende Hverv, især naar dertil lægges, at der ikke længere kan være Tale om noget som helst Studium ved siden af, saaat sandsynligvis saagodtsom det hele Semester vil gaa tabt for os. I Betragtning deraf tillade vi os derfor ærbødigst at andrage hos den ærede Sundhedskommision, om at den for de ambulerende Læger hidtil fastsatte Løn af 1 Spd. daglig maa fra 1ste September forhøies til 1,5 Spd.

Sunnhetskommisjonen avslår imidlertid henvendelsen, og skribenten latterliggjør kommisjonens begrunnelse. Kommisjonen har for det første anført at en Speciedaler er i overenstemmelse med de ambulerendes alder og den grad av legekynndighet som kreves av dem. De er unge, og de er fremdeles bare studenter. I forbindelse med denne avgjørelsen kommenterer skribenten:

Se saa, ærværdige Viisdom! man bør ei forvænne de unge Mennesker i Choleratiden! Skjønt Ambulanterne for største Delen er tagne af de ædleste og dygtigste medicinske Studerende ved Universitetet, saa ere de dog relativt unge, og følgelig om de end arbeide for tvende ældre, bør Lønnen reguleres efter Alderen. (...) Her gjælder nemlig ikke at opmuntres og sættes istand til den meest gavnlige Virksomhed, men kun, at Mennesker i yngre Alder ikke maa fortjene mere end 1 Spd. om Dagen og Intet for Natten.

Kommisjonens andre begrundelse har vært at arbeidsoppgaver som anses å være vanskelige ikke vil bli lettere om lønnen økes med en halv Speciedaler. Skribenten fortsetter så å raljere med Sunnhetskommisjonens bestemmelser, blant annet ved at han ironiserer over hvor dumme de ambulerende legene må ha vært som kunne tro at oppgavene vil være lettere å bære om de får en halv Speciedaler mer i lønn:

De indbildte sig, at det vilde falde dem lettere at bære Byrden, naar de fik Høiere Løn; hvor kunde I dog være saa hestedumme, I Herrer! Tænke I maaskee, at Guldet skulle forvandle sig til Hjul eller Vinger, der uden Eders Anstrængelse bare Eder ved Nat og ved Dag (...)

Og parafraseringen og latterliggjøringen fortsetter: Har de ambulerende legene tenkt over hvor frekke de har vært i det de har krevet en halv Speciedaler ekstra? Enhver måtte tjene i forhold til alder. Gangkonene, som gjerne ikke er unge og som det heller ikke kreves noen egentlig legekundighet av, har ikke mer i lønn enn en halv Speciedaler. De ambulerende legene bør overhodet ikke tjene mer enn gangkonene. Også ambulantenenes påstander om at de mistet et halvt år av studiet var tåpelig, og Sunnhetskommisjonen hadde gjort det eneste som var riktig; de hadde forbigått dette i stillhet. Og dessuten, sier skribenten, hvis de «trængte Medhjælp i Forrætingene», kunne de nå alltid få hjelp til å skaffe seg en hest.

I den siste av disse sammenhengende tekstene, trykket 21. september, gjengis utdrag fra Sunnhetskommisjonens brev til overlegene Johann Wilhelm Randers (1813–1874) og Christopher Peder Budde (1825–1888), datert 6. og 7. september 1853. I brevet fra 6. september 1853 innrømmer Sunnhetskommisjonen overlegene rett til å øke antallet ambulanter med 50 prosent, mens de neste dag ber de avskjedige ambulantenene så snart det ikke lenger er et prekært behov. I brevet som er datert 7. september 1853 innrømmer Sunnhetskommisjonen også de ambulerende legene et gratiale. Det siteres videre fra et brev signert de ambulerende legene, der de skuffet konstaterer at Sunnhetskommisjonen har avslått deres anmodning om høyere lønn, og at de kun vil gjøre de ordinære oppgaver heretter.

Utdragene fra brevene er blandet sammen med skribentens egne kommentarer, holdt i samme stil som i teksten fra den foregående utgaven av avisen. Poenget skribenten vil ha fram, er den manglende respekt Sunnhets-

kommissjonen viser ambulansene. Den ene dagen forespeiles de muligheter for jobb, den neste dag gjøres jobbsituasjonen usikker ved at overlegene får beskjed om å «entledige de sidst antagne Ambulanter, Alle eller Enkelte, saasart ytterligere Lægeassistance ikke ansees uomgjængelig fornøden».³⁴ Samtidig ironiserer han nå over bruken av ordet «gratiale» og det han åpenbart tolker som Sunnhetskommissjonens nedvurdering av de ambulerende legenes innsats. De ambulerende legene er verdt et gratiale, men de er ikke verdt lønn. Men gratiale trenger ikke nødvendigvis være penger, påpeker han med referanse til gårsdagens avis: Når de ambulerende legene har bedt om «Medhjælp til Forretningene», har Sunnhetskommissjonen ment at de kan tilgodeses med en hest. Konklusjonen er: Sunnhetskommissjonen behandler ambulansene fullstendig respektløst, som om de var barn.

Avslutningsvis erkjenner skribenten sin egen frekkhet. I et megetsigende avsnitt innrømmer han at Sunnhetskommissjonen ville ha forhindret den type skribentvirksomhet som han med disse to tekstene hadde gjennomført, dersom de hadde levd i en annen tid.

Dersom Sunhedskommisionen levde paa vor Tid og det stod i dens Magt, vilde den vistnok ogsaa søge forhindret umaadeligt Skrivers; men da den deels ikke har tænkt sig dette Tilfælde, deels ingen Støtte har i den tydske Professor, der selv i denne Henseende ikke tager det saa nøie, kjende vi idetmindste intet positivt Forbud derimod, ligesom vi under Arbeidet befinde os overmaade vel, og haabe derhos at have opfyldt en kjær Pligt ved at forevige en exempelløs Sundhedskommision, der skal have existeret i efteraaret 1853.

Og, sier han helt til slutt;

Til Slutning, farvel. Du Norges Pryd i 1853; gid din ædle Tanke, varme Følelse og mandige Daad maa leve i Nationens usvækkede Minde gjennom mange, mange Sekler! – Denne beskjedne Blomst, en lille Forglemmigei, er med Dyb Ærbødighed plantet paa den Æres Grav 17.9.53 af en Haand, der «i ingen Henseende kniber paa» Mindeblomster.³⁵

Ambulantenes arbeidsvilkår – og pressen som statsmakt

Det kan være god grunn til å stille spørsmål ved hvem som står bak en slik tekst som den vi har sitert fra *Morgenbladet*. Teksten er skrevet i en påfallende frimodig språkdrakt, og skribenten skyr ingen midler for å fortelle offentligheten hva han mener om Sunnhetskommissjonen. Mye tyder på at skribenten er en person som selv står nært Sunnhetskommissjonens avgjø-

³⁴ *Morgenbladet*, 21.9.1853.

³⁵ Også uttrykket ««kniber paa» Mindeblomster» spiller hen på Sunnhetskommissjonens aktivitet. I teksten har han gjennomgående henvist til Sunnhetskommissjonen som «knibne» eller at de «kniber paa Penge». I motsetning til Sunnhetskommissjonen, vil han derfor ikke være en som holder igjen på rosende (ironisk) omtale av kommissjonens arbeid.

relser. Han har detaljkunnskap om ordlyden i brev til og fra Sunnhetskommissjonen, og kjenner på det nærmeste til kommisjonens prioriteringer og avgjørelser. Det er åpenbart at skribenten har hatt et behov for å skrive det han skriver: Helt til slutt skriver han at han under arbeidet med teksten har følt seg «overmaade vel». Kanskje har han selv vært rammet av kommisjonens avgjørelser; kanskje er skribenten en av de ambulerende legene, som bruker avisspaltene til å få uttrykk for sin egen frustrasjon?

Uansett kan det virke som om forfatteren berører et reelt problem. I sin doktoravhandling har Lizzie Knarberg Hansen pekt på at det kan være grunn til å reise tvil ved hvor effektivt Sunnhetskommissjonen har arbeidet. I løpet av de 18 ukene epidemien varte hadde Sunnhetskommissjonen til sammen bare syv møter.³⁶ Til sammenligning hadde kommisjonen som virket under utbruddet i 1833, formelle møter hver dag. Knarberg Hansen anfører at forholdet mellom de ambulerende legene og distriktslegene kan ha vært en vanskelig grenseoppgang, fordi de ambulerende legene hadde ansvar for å melde inn pasienter med symptomer på forstadiet av kolera til overlegene. Disse skulle igjen melde pasienten inn til koleradistriktslegen, som så sørget for eventuell innleggelse. Ettersom koleraen kunne utvikle seg i løpet av få timer, hendte det dermed ofte at pasienten døde før den lege som kunne ta den endelige avgjørelse nådde frem.

Et moment ved den aktuelle saken er at ambulantes krav om økt lønn kanskje ikke er ekstraordinært, verken da eller i vår egen tid. En annen ting var at de ambulerende legenes arbeidsoppgaver må ha vært svært krevende, tatt i betraktning sykdommens utbredelse og raske utvikling. Avvisningen av behovet for lønnsforhøyelse og den litt nonchalante behandlingen av ambulantes ansettelsesvilkår, der overlegene blir gitt i oppgave å avskjedige dem så snart det ikke lenger er behov for dem, avslører at Sunnhetskommissjonen har manglet innsikt i ambulantes praktiske og reelle arbeidshverdag. Dette peker igjen mot et behov for en bedre organisering av helsevesenet, og mot et behov for at de som administrerer helsearbeidere, skal ha faktisk, profesjonell og spesialisert kunnskap om deres arbeidsfelt. Sunnhetsloven fra 1860 innebærer en profesjonalisering av helseadministrasjonen, der det blant annet blir selvsagt at Sunnhetskommissjonen må ha knyttet til seg relevant faglig ekspertise.³⁷

36 Sunnhetskommissjonens møter var 30. juli, 5. august, 18. august, 27. august, 7. september og 28. oktober. Knarberg Hansen skriver imidlertid at det ikke kan utelukkes at det har vært en mer regelmessig og uformell kontakt mellom kommisjonens medlemmer, slik at færre formelle møter var nødvendig. Det kan virke som dette har vært tilfelle, siden avisartikkelen fra Morgenbladet viser at Sunnhetskommissjonen har datert brev 6. september, som er utenfor de datoer de formelt har hatt møte. Se Knarberg Hansen (1985), ss. 191.

37 Se også Schiøtz (2003), s. 46.

I pressehistorisk sammenheng er dette absolutt bemerkelsesverdig. Dobbelartikkelen i *Morgenbladet* fra septemberdagene 1853 bringer kritikkverdige forhold fram i lyset, ikke minst ved at den gjør offentligheten oppmerksom på at Sunnhetskommisjonen åpenbart har hatt liten forståelse for de ambulerende legenes faktiske arbeidsoppgaver. Ved å virvle opp folkemeningen, blir *Morgenbladet* en maktfaktor i spørsmålet om helsevesenet, slik den også er det på andre områder med samfunnsvergripende betydning. Det er imidlertid påfallende at ingen, verken fra Sunnhetskommisjonen eller andre, tar til motmæle mot denne artikkelen. *Morgenbladet* var kjent som samtidens ledende reformavis, og brakte ofte til torgs omfattende diskusjoner om temaer der samfunnet var i behov av reform. Dette gjaldt for eksempel skolevesenet og fengselsvesenet.³⁸ Redaktøren, Alfred Bredo Stabell (1807–1865), var også stortingspolitiker, og sammen med Ole Gabriel Ueland (1799–1870) utgjorde han Stortingets opposisjonelle koalisjon.³⁹ Dermed satt Stabell i en dobbeltrolle med adskillig makt: han kunne forme en opinion gjennom sin egen avis, samtidig som han kunne bruke avisen til å sette dagsaktuelle saker fra Stortingets talerstol under kritisk lys.

Selv om *Morgenbladets* er en reformvennlig avis med stor grad av reformorienterte diskusjoner, følges ikke denne dobbelartikkelen opp av noen form for debatt eller kommentar. Til tross for sin polemiske språkdrakt har Stabell fra redaksjonelt hold latt den passere, og eventuelt også refusert motinnlegg som måtte være sendt inn til avisen i ettertid. Stabell har dermed foretatt et interessant maktpolitisk grep. Ved hjelp av satirisk form bringer hans avis viktig informasjon ut til folket; informasjon som får stå usensurert og som aldri møter motstand. Satiren bidrar som sådan til å forme en offentlighet med klare meninger om tidens helseadministrasjon. Dette legger i så måte grunnlag for å synliggjøre nødvendigheten av de lovendringer som tvang seg frem noen år senere. Historikeren Jens Arup Seip (1905–1992) har kalt Stabell for en «stormakt på egen hånd» i kraft av sin posisjon som redaktør i *Morgenbladet*.⁴⁰ Denne stormakten har bekreftet sin stilling ved å slippe tekster som denne inn i avisen.

Merethe Roos
Professor i historie
Høgskolen i Sør-Øst Norge
Merethe.Roos@usn.no

38 Hauge, Y., *Morgenbladets historie 1: 1819–1854* Oslo: Morgenbladets forlag (1963) og Hauge, M., *Den redigerende makt. Redaktørrollens norske historie*. Kristiansand. IJ forlag (2000), ss. 49-51.

39 Seip, J. A., *Utsikt over Norges historie*. 1: 1814-ca. 1860. Oslo: Gyldendal (1974), s. 172.

40 Ibid.

Johan Karl Unger Vetlesen

– Noregs fyrste gastroenterolog

Michael 2017;14: 217–30.

Johan Karl Unger Vetlesen (1851–1914) reknast som den fyrste gastroenterologen i Noreg. Han ivra blant anna for å bruke magesonde i diagnostikk og behandling av magesjukdomar, slik dei gjorde i utlandet. Unger Vetlesen var overlege ved Diakonisseanstaltens Sygehus i Kristiania 1888–1914, der han gjorde mykje for å planleggje og byggje opp det nye og moderne sjukehuset på Lovisenberg som vart teke i bruk i 1895. Han sytte mellom anna for at Lovisenberg i 1897 blei det fyrste norske sjukehuset der ein gjorde röntgenundersøkingar. Unger Vetlesen hadde eit særst godt ry som lege og vart søkt av pasientar frå nær og fjern. I tillegg til fagkunnskapane hans er det tydeleg at den menneskekjære personlegdomen og den psykologiske sansen var særst viktige for å gjere det kliniske arbeidet hans så ettertrakta.

«Jeg må ha fat i Unger Vetlesen»!

Schloss Labers, Obermais pr. Meran, 4. mai 1893. Den bergenske komponisten Edvard Grieg (1843–1907) var på reise i Sør-Tyrol og skreiv brev til ein ven:

«Jeg er syg og elendig, værre end da jeg forlod Kristiania. Jeg opgiver derfor alle påtænkte Planer og iler hjemad. (...) Jeg må ha fat i Unger Vetlesen, fordi en ordentlig Kur må påbegyndes. Et må du love mig: Skulde han ikke være i Kristiania, må du straks efter Modtagelsen af dette telegraferer hid.» (1). Kven var denne mannen som det hasta slik med å få tak i?

Unger Vetlesen – ein høvding i samtida

På slutten av 1800-talet var Johan Karl Unger Vetlesen (1851–1914) ein av dei mest populære legane i Kristiania. Som brevet frå Edvard Grieg viser, hadde han i tillegg eit ry som nådde langt utanfor hovudstaden.



Figur 1: Johan Karl Unger Vetlesen (1851–1914). Måleri av Per Krogh (1889–1965), eigd av Det norske medicinske Selskab. Olje på lerret 70x58 cm. Unger Vetlesen var formann i Selskabet 1903–1904 og biletet vart gjeve som ei gåve til Selskabet i 1937. (Foto: Øivind Larsen)

Også på andre måtar var Unger Vetlesen ein sentral skikkelse i norsk medisin. Han har vore omtalt som Noregs fyrste spesialist i mage-tarm-sjukdomar (2, 3). Han kan reknast som ein av stiftarane av Den norske Lægeforening, og han hadde fleire verv både der og i Det norske medicinske Selskab (4, 5) (figur 1). Han var vidare fast tilsett som sensor ved Det medisinske fakultetet ved Det kongelige Frederiks Universitet i Kristiania i ei årrekke.

Som overlege ved Diakonisseanstaltens Sygehus på Lovisenberg vart han ein institusjonsbyggjar og leiar som naut stor respekt. Men ikkje minst var han ein føregangsmann på fleire medisinske område i det som må kunne seiast å ha vore ei brytingstid for legevitskapen. Trass i dette har han fått relativt liten plass i medisinhistoriske framstillingar.

Med denne artikkelen ynskjer vi å løfte Unger Vetlesen fram frå gløymsla. Vi vil fyrst og fremst sjå nærare på bakgrunnen for at han blir rekna som Noregs fyrste gastroenterolog. Vidare ynskjer vi å peike på nokre hovudtrekk ved gjerninga hans som overlege ved Diakonisseanstaltens Sygehus, før vi til slutt prøvar å kome nærare ei forståing av kva det var ved denne mannen som gjorde at han blei så umåteleg populær blant pasientane.

Student og ung lege

Johan Karl Unger Vetlesen vart fødd i Molde 17. april 1851 (5). Ferda gjekk etter kvart vidare til Kristiania, der han vart student i 1868 (6). I følgje venen Fredrik Georg Gade (1855–1933) var Unger Vetlesen allereie som medisinstudent «blant dem, som hævet sig op over nivaæet» (3), og våren 1876 vart han uteksaminert som «medicinsk Candidat med Laudabilis» (7).

Som så mange av legane i samtida fekk han allsidig klinisk erfaring. Han arbeidde fyrst som «Assistentlæge» ved Gaustad Sindsygeasyl, deretter som «Candidat» ved medisinsk og kirurgisk avdeling på Rikshospitalet, før han ei tid var konstituert som «Reservelæge» ved Christiania Bys Sygehus. I perioden 1879-85 var han tilbake på Rikshospitalet, der han gjorde teneste både som assistent ved patologisk-anatomisk institutt, og som reservelege ved medisinsk avdeling (5).

Under tida hans ved Rikshospitalet vart han også del av «Bjærget», som vart skildra som «en indremedisinsk Klub eller intimere Forening inden det medicinske Selskab» (4). Klubben kom til rundt 1882, og bestod i byrjinga av eit titals yngre legar, dei fleste med tilknytning til Rikshospitalet. I følgje Gade stifta desse unge og framstormande legane foreininga «dels for at holde hverandre underrettet om sine personlige Arbeider og deres Resultater, dels for at give Meddelelser og Referater fra den internationale Videnskab, særlig over saadanne Grene i Medicinen som kun undtagelsesvis kom frem i det medicinske Selskabs Forhandlinger.» (4) Klubben hadde eit visst opposisjonelt preg over seg, og skal ha vore oppkalla etter dei radikale medlemmene av Convention Nationale (1792-5) under den franske revolusjonen «La Montagne» (4, 8, 9). Eit svært stimulerande fagleg miljø må det uansett ha vore.

I tillegg til arbeidet her heime oppheldt Unger Vetlesen seg i 1870- og 80-åra jamnleg utanlands, «og det tildels i længere tid paa Studiets Vegne»

(7). Disse opphalda omfatta mellom anna studiar av anatomi og kjemi i København, fysiologi-studiar i Göttingen og ulike indremedisinske studiar i Wien (5). Samla sett gjorde erfaringane frå studietida og dei fyrste åra som lege at Unger Vetlesen, sagt med Gade sine ord, kunne halde fram si vidare «løpebane» som lege «paa en meget solid grundvold» (3).

Unger Vetlesen og magesonden

«Ventrikel- og fordøielsessygdomme blev tidlig hans særlige arbejdsomraade», konstaterte Gade etter Unger Vetlesens død i 1914 (3). I 1880-åra kom dette til uttrykk gjennom ei rekkje publikasjonar om ulike magelidningar (10-13).

Felles for dei fleste av desse arbeida, er ein iver hjå Unger Vetlesen etter å ta i bruk nye tekniske hjelpemiddel. Dette er tydeleg allereie i det fyrste offentleggjorde arbeidet hans; eit føredrag om «Den mekaniske Behandling af Fordøielseskanalens Sygdomme», som han heldt på eit møte i Det medisinske Selskab i 1883 (14). Mekanisk behandling betydde i dette tilfellet behandling med hjelp av magesonde, og han skildra mellom anna korleis han med «Udskylning» av magesekken hadde letta plagene for ein pasient med magesår. Denne måten å behandle magesår på hadde tidlegare blitt skildra internasjonalt, men etter det Unger Vetlesen sjølv kjende til, var han den fyrste som nytta denne metoden her i landet.

Men det som opptok han endå meir i dei påfølgjande publikasjonane hans, var bruken av magesonde som eit potensielt *diagnostisk* hjelpemiddel. Dette var noko heilt nytt. Året 1883 er i så måte eit merkeår. Fram til då hadde sonden fyrst og fremst hatt sin plass i behandlinga av magesjukdomar, men med ein publikasjon frå den tyske legen og professoren Wilhelm Olivier (von) Leube (1842–1922) dette året, vart merksemda retta mot sonden sitt potensiale også i diagnostikk (15, 16). Leube viste her at dersom ein nytta sonden til å hente opp mageinnhald ei viss tid etter at pasienten hadde ete eit standardisert «prøvemåltid», kunne ein mellom anna vurdere magesekvens tømningsevne, motilitet og sekresjon på ein heilt annan måte enn ein hadde vore i stand til tidlegare.

Entusiasmen for denne nye teknikken spreidde seg raskt, og i Noreg var altså Unger Vetlesen blant dei fyrste til å omfamne metoden. Han var full av lovord, og viste stor tiltru til den vidare utviklinga av magesonden som diagnostisk hjelpemiddel: «Det Rydningsarbejde, der er begyndt i Mavesygdommenes Diagnostik ved Indførelsen af Sonden som diagnostisk Hjælpemiddel har allerede medført betydelige Modifikationer i vor tidligere Opfatning. (...) Det bliver fra nu af nødvendigt at stille Diagnosen ved Hjælp af Sonden, og den Tid er nær, da Diagnosen af en Mavesygdom ligesaa

lidt kan tænkes gjort uden Sonde, som man nu kan tænke sig en fuldstændig Brystundersøgelse uden Stetoskop.» (11).

Før dette gjennombrøtet hadde ein i det vesentlege vore «henvist til de syges angivelser af deres subjektive fornemmelser» når det gjaldt utgreiing av magesjukdomar (17). Det var difor stor forventning knytt til dei nye metodane som gjorde det mogleg å gjere «en direkte objektiv vurdering af selve organet», inkludert ei vurdering av magesekkens funksjon og ikkje berre dei anatomiske forholda (17).

Vinteren 1884 reiste Unger Vetlesen til Erlangen for å studere magesjukdomar hjå sjølvaste «opphavsmannen» til denne nye retninga innanfor ventrikkeldiagnostikk, professor Leube (3, 5). Opphaldet ser ut til å ha sett spor. I alle fall vitnar publikasjonane om at Unger Vetlesen etter denne studiereisa gjorde flittig bruk av undersøkingar basert på sonde og prøvemåltid ved utgreiing av fleire former for magelidingar (11-13).

I tillegg ser det ut til at han under opphaldet i Erlangen fatta interesse for ein «ny» tilstand, såkalla «nervøs dyspepsi». Også dette var noko professor Leube fekk mykje av æra for å ha «funne opp» (18). Omgrepet skildra ein tilstand som mellom anna var kjenneteikna av symptom som «Udspænding og Opblæsthed efter Maaltidet, Træthed, Tunghed i Hovedet», raping, sure oppstøt, kvalme og hjertebank (12). I følgje Unger Vetlesen var det særleg «de heldigere Stillede i Samfundet» som vart råka av nervøs dyspepsi, og blant årsakene var «ethvert Moment, der bidrager til at nedsætte Nerve-systemets Energi». Dette kunne til dømes vere «nervøs Belastning», «Blodmangel», eller «Overanstrengende aandeligt Arbeide».

Unger Vetlesen meinte sjølv at nervøs dyspepsi ikkje eigentleg kunne «siges at være noget nyt Sygdomsbegreb», men han var tydeleg på at det var «Leube's umiskjendelige Fortjeneste at have præciseret og nærmere belyst Begrebet». Vidare meinte han at trass i at ei hovudutfordring ved sjukdomsbiletet var eit «skrigende Misforhold mellem de subjektive Besværligheder og den objektive Undersøgelse af Fordøielsesakten», måtte nervøs dyspepsi likevel kunne seiast å representere «en nogenlunde afsluttet og vel karakteriseret Symptomgruppe», takka vere «de mere rationelle objektive Undersøelsesmetoder» (12).

Han hadde sjølv erfart at dette var svært utbreidde plager også blant det norske folket i samtida: «Disse nervøse Lidelser af Digestionstraktus griber saa lige ind i Hjertet paa vor praktiske Virksomhed» (21). Mellom anna fekk han rikeleg høve til å studere denne tilstanden ved Grefsen Vandkuranstalt, der han var ansvarleg «Badelæge» i sommarsesongane 1884-89 (5). Hovudtyngda av pasientar her hadde eigentleg diagnosen «nevrasteni», også kalla «nervesvækkelse». Dette var ein «tidstypisk» diagnose og tilstand på

slutten av 1800-talet, som kanskje fyrst og fremst vart assosiert med plager som utmatting, sømnavanskar og utbreidde smerter (19, 20). Men i følgje Unger Vetlesen utgjorde mageplager i mange tilfelle ein så dominerande del av symptombiletet til nevrastenipasientane, at tilstanden like gjerne passa inn i Leube sin definisjon av nervøs dyspepsi (21, 22).

Sjølv om interessa for nervøs dyspepsi tydeleg var stor, var det ein annan tilstand som var emne for det som i ettertid gjerne blir rekna som hovudverket til Unger Vetlesen: Doktoravhandlinga frå 1887 om «dilatatio ventriculi» (utvida magesekk) (13). Dette var den fyrste doktoravhandlinga om magesjukdomar i Noreg (2).

Magespesialisten

Unger Vetlesen vart i samtida rekna som spesialist i fordøyelsessjukdomar, og som den fyrste i landet i så måte (3). (Det var enno lenge att før ein spesialitet i fordøyelsessjukdomar formelt sett vart oppretta; dette skjedde ikkje før i 1967 (2).)

Men, som nyleg påpeika i ein artikkel om ein av Unger Vetlesen sine kollegaer, Søren Blaach Laache (1856–1941), vart ikkje «specialisme» nødvendigvis sett på som noko positivt av dåtidas legar (9). Og i følgje dei som kjende Unger Vetlesen, var han ikkje vidare begeistra for spesialist-nemninga sjølv: «Han ønsket (...) ikke selv at betegnes som specialist. Al slags specialisme laa hans medicinske tænkemaate fjernt.» (23). Skriftene hans vitnar då også i stor grad om ei brei og heilskapleg tilnærming til både pasientane og sjukdomane deira, ikkje minst når det gjaldt dei såkalla nervøse mage-lidingane. Oppdatert som han var, også på «den rivende Udvikling, som vi i det sidste Tiaar har været Vidne til med Nervesygdommene» (22), gav han fleire stader uttrykk for ei stor tiltru til at ny kunnskap om «Nervelivet og dets Afskygninger» på sikt vil føre til ny forståing av både magesjukdomar og andre lidingar som så langt hadde blitt forstått som patologiske prosessar avgrensa til eitt enkelt organ (12, 21, 22).

Dette inntrykket som publikasjonane hans gjev av ein heilskapstenkjande lege, vert også stadfesta av kollegaer i samtida: «Han hadde et klart syn for, at lægen ikke bare maa fæste sig ved det syke organ, men at ogsaa hele det syke menneskes personlighet bør tages under behandling. Derfor visste han ogsaa i høiere grad end de fleste at vurdere psykiske momenters betydning baade for mange sykelige tilstandes ætiologi og for terapien.» (23). Fleire av dei som skreiv karakteristikkar av Unger Vetlesen, som til dømes Gade, presiserte også at når dei valde å kalle Unger Vetlesen for «specialist», så meinte dei det ikkje «i dette ords snevrere forstand», til det var interessene

og kunnskapane hans for vidstrakte (3). Han skulle då også kome til å bli føregangsmann på fleire medisinske område.

Institusjonsbyggjaren

I januar 1888 vart Unger Vetlesen tilsett som «Overlæge» ved Diakonisseanstaltens Sygehus, ei stilling han skulle kome til å ha resten av livet (5, 24). Denne stillinga innebar ikkje berre overordna medisinsk ansvar for pasientane; han fekk etter kvart også ei sentral rolle som institusjonsbyggjar. Då han starta gjerninga si ved Diakonisseanstalten, var det nemleg i «det gamle Sygehus nede ved Ullevoldsveien»; eit hus som i 1880-åra vart vurdert som «lidet egnet for et Sygehus's Drift, som den fremadskridende Lægevidenskab og den nyere Sygepleie krævede det.» (24). Løysinga vart å byggje eit nytt sjukehus på Lovisenberg (25) (figur 2). Som det vert sagt, fekk den nyttilsette overlegen med planlegginga av dette nye sjukehuset «en vakker Opgave at løse» (24). I følge kjeldene løyste han denne med «fortrinlig» resultat, og sjukehuset vert skildra som det mest moderne sjukehusbygget i landet då det vart reist i 1890-åra (25).

Etter publikasjonslista å døme, ser det ut til at Unger Vetlesen etter 1888 fyrst og fremst prioriterte rolla som overlege og klinikksjef; det finst få publiserte skrifter frå hans hand etter det (5). Men karakteristikken av han som ein framtidsetta mann som følgde med på det som rørde seg i den medisinske vitskapen internasjonalt, ser ut til å ha vore likså gyldig i tida hans på Lovisenberg som i hans yngre år.

Dette gjaldt ikkje berre på magesjukdomane sitt område. Mellom anna blir det sagt om han at han var «blant de første læger her hjemme, som forutså røntgenstrålenes store betydning» (26). Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923) oppdaga desse strålane i november 1895 (27). Severin A. Heyerdahl (1870–1940), som seinare blei ein sentral skikkelse i norsk radiologi, skildra Röntgen sine observasjonar som ein «epokegjørende opdagelse, der satte den hele verden i forbauselse.» (28).

Oppdaginga vekte stor merksemd også i Noreg. Allereie før det hadde gått to år, sette Unger Vetlesen seg i sving for å skaffe til vegar eit røntgenapparat til bruk ved Diakonisseanstaltens sygehus. I eit brev til «Bestyrelsen for Diakonissehuset» datert 17. september 1897 skreiv han mellom anna at han ville tilrå innkjøp av eit slikt apparat fordi «det maa siges at være et diagnostisk Middel, der giver store Løfter og som for hver Dag finder større og større Tilslutning» (29). Han la også ved eit brev frå overlege Johan Nicolaysen (1860–1944), som på denne tida fungerte som kirurg ved Diakonisseanstaltens Sygehus (30).



Figur 2: Lovisenberg sjukehus ca. 1895. (Oslo Museum)

Nicolaysen hadde tidlegare same året fått høve til å sjå «Røntgenfotografien» i praktisk bruk under eit studieopphald i Berlin, og var, til liks med Unger Vetlesen, overtydd om at dette var i ferd med å bli eit viktig diagnostisk hjelpemiddel innanfor kirurgien så vel som indremedisinen. Han påpeika òg at medan så godt som alle sjukehusa i Berlin allereie hadde skaffa seg røntgenapparat, fanst det i Noreg enno ikkje noko apparat «af moderne konstitution» (31).

«Bestyrelsen» let seg tydelegvis overtyde av denne argumentasjonen, og då Unger Vetlesen på ny la fram forslaget på eit styremøte 1. oktober 1897, fekk han raskt gjennomslag (32). Styret konkluderte med at dei var overtydde om «Sagens Nytte og Nødvendighed for vort nye Sygehus», og at dei ville løyve pengar til eit slikt apparat, «i Tillid til, at man derved vilde fremme Sygehus's Anseelse og Anerkjendelse». Unger Vetlesen påtok seg å «bringe Sagen i orden», og berre få veker seinare var apparatet på plass (32) (figur 3). Diakonisshejmets sykehus vart med dette det fyrste norske sjukehuset med eige røntgenapparat, og Unger Vetlesen spelte altså ei sentral rolle i å gjere sjukehuset til ein føregangsinstitusjon på dette feltet (25-28). I tillegg bidrog han til å auke interessa for «Röntgenstraalene» blant andre legar (26, 28).



Figur 3: Det fyrste röntgenapparatet på Lovisenberg Sjukehus 1897. (Frå Noraforum 2010; 18, nr. 3, forside. Biletet er skaffa fram av Reidar Dullerud).

Når «Overlægen» sin mangeårige innsats ved sjukehuset vart oppsummert og hylla av kollegaer, var det likevel ikkje fyrst og fremst fagpioneren som vart trekt fram. I takktalene vart det lagt vel så mykje vekt på hans «humane Ledelse» og samlande evne: «Var der ved vort Sygehus skredet rolig fremover uden de splittende og ufrugtbare Rivninger, skulde Overlæge Vetlesen i første Række have Æren derfor.» (24) Den store forståinga og «det vide, aabne Syn» han i alle år hadde vist for Diakonisseanstalten sitt verdigrunnlag vart også framheva (33, 34). Og ikkje minst vart det vist til «Tusinder» av pasientar som var takksame for «den dygtige Lægeomsorg» han hadde utvist (24).

Den etterspurde legen

Samtidige kjelder fortel at Unger Vetlesen hadde «et Klientel, som var større end de allerfleste af vore praktiserende Lægers.» (6). I tillegg til arbeidet som sjukehuslege og «Badelæge» hadde han ein omfattande «Huslægepraksis» i hovudstaden, og etter kvart som han vart kjend som spesialist i mage-tarm-sjukdomar, vart han også søkt av pasientar «fra alle landets egne» (6, 23).

Etter alt å dømme var det også mageplager som førte til at Edvard Grieg etablerte kontakt med Unger Vetlesen. Ifølge lege og medisinhistorikar Ole Didrik Lærum, som har studert Edvard Grieg si helse og legesøking meir inngåande, var komponisten jamnleg plaga av kraftig magekatarr (35). I tillegg var han plaga av mellom anna nervøsitet og sømnløyse, så Unger Vetlesen sin spesialkompetanse på såkalla nervøse magelidingar skulle dermed vere «midt i blinken» for ein pasient som Grieg. I tillegg til det nemnde brevet, er også eit anna minne om kontakten mellom desse to bevart i Grieg-samlinga, sjå kurinstruksjonane i figur 4.

Men sjølv om spesialkompetanse og ei generelt stor «Kundskabsfylde paa den medicinske Videns Omraade» sjølsagt var eit viktig element (33), utgjør det neppe heile forklaringa på kvifor Unger Vetlesen var så enormt populær blant pasientane.

Ein eigenskap ved han som ofte blir framheva, er at han ikkje gjorde skilnad på fattig og rik. Gjennom sin allsidige praksis møtte han pasientar frå alle samfunnslag. Langt frå alle tilhørde Edvard Grieg sitt sosiale sjikt. Ikkje minst møtte han mange dårleg stilte i løpet av gjerninga som sjukehuslege. Men han skal også ha fortalt sjølv at han var «huslæge i familier, hvor han kjørte bort mere i vognmandsskyss, end han hadde i huslægehonorar.» (23).

Den viktigaste forklaringa på hans popularitet som lege ligg kanskje i «en merkelig evne til at vinde sympati og tillid hos sine patienter» (23). Han vart skildra som «utrættelig i sin omhu», «til det yderste samvittighetsfuld», og så «fin og mild og hensynsfuld i sin behandling af de syge» at han alltid vann «deres ubegrænsede tillid» (6). Ved Diakonisseanstaltens sykehus skal mange pasientar ha uttalt at Unger Vetlesen hadde noko ved seg som gjorde dei godt, «bare de ved Morgenvisiten saa ham komme over Sygestuens Tærskel» (34). Venen Gade skildra Unger Vetlesen sitt tilhøve til pasientane på denne måten: «Den vakre høivokste mand, med den rolige, soignerte fremtræden, med det lyse smil og den venlige stemme skapte tillid og fortrøstning i sykestuen. Man fik straks følelsen av, at det ikke alene var lægen, fagmanden, det var mennesket i Unger Vetlesen, som stillet sig hjælpende ved den sykes side. Og ikke mindst i vore travle, fagmæssige, specialistiske tider gjør det saare godt at føle, at man har et menneske ved sin side.» (3).

Arven

I januar 1913 markerte dei tilsette ved Diakonissehjemmets sykehus at det var 25 år sidan Unger Vetlesen hadde teke fatt på gjerninga som overlege der (24). Vel halvanna år seinare, 23. august 1914, døydde han relativt brått, etter berre få dagars sjukeleie (3, 6). Gravferda gjekk føre seg «under over-

N. 8.

100 Gramme Kjøftelek, bagtes 200 Gramme The
med 100 Gramme ristet Havsbrød og 10 Gramme
Smør.

N. 11.

Et Lg eller 50 Gramme Smør, 200 Gramme Melk, 50
Gramme brødsbrød

N. 3. 200 Gramme Suppe (Kjø), 100 Gramme Kjø (The)
eller Tink og 80 Gramme Groussagt - $\frac{1}{2}$ Tins
sennep 2 Glas Let Vind med Rørring (100 Gramme)

N. 8.

200 Gramme Grod, 50 Gramme brødsbrød, 10 Gramme
Smør. Efter 1 Tins Borst 250 Gramme Rørring
Melk, 40 Gramme Rørring.

Figur 4: Diettliste frå Unger Vetlesen til Edvard Grieg. (Griegsamlinga, Bergen).

ordentlig stor Deltagelse» (36), og minneord kom på trykk i ei rekkje aviser landet over. I Aftenposten vart dei mest framtrudande eigenskapane hans oppsummert slik: «Dr. Vetlesen indtog en fremskudt stilling inden den norske lægestand, anset og agtet baade som læge og menneske, – en mand, der fyldt af interessen for sit fag altid holdt sig paa høide med sin tid og paa et solid videnskabeligt grundlag fulgte med i fremskridterne, samtidig en varmhjertet sympathivækkende natur, der uvilkaarlig indgav patienterne tillid, det ikke mindst vigtige for en læge.» (37).

Johan Karl Unger Vetlesen står dermed fram som eit eksempel til etterfølging, og ved Lovisenberg Diakonale Sykehus lever «arven» etter han vidare. I 2011 fekk det nyoppretta indremedisinske forskingsinstituttet ved sjukehuset namnet Unger-Vetlesens Institutt (38), til heider for mannen som ikkje berre var «paa høide» med si eiga samtid, men som med si heilskaplege tilnærming til pasientane og vitskaplege haldning til faget framleis står som eit føredøme å strekkje seg etter.

Artikkelen er tileigna Viggo Skar, grunnleggar av Unger-Vetlesens Institutt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Vi rettar stor takk til Berit Hovland, diakonisse og tidlegare rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole, for uvurderleg hjelp med å finne fram til aktuelt materiale frå Diakonissehusets arkiv. Kristine Lillestøl sitt postdoktorprosjekt er finansiert av Norges Forskningsråd, SAMKUL-programmet.

Litteratur

1. Grieg E. Brev, 04.05.1893, Obermais pr. Meran, til Sigurd Hals. Griegsamlingen, Bergen offentlige bibliotek.
2. Myren J, Janssen CW. *Fra gastroenterologiens historie i Norge. Festskrift til Norsk Gastroenterologisk Forenings 30-års jubileum*. Oslo: Norsk Gastroenterologisk Forening, 1995.
3. Gade FG. Nekrolog. Overlæge, dr. med. Johan Karl Unger Vetlesen. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1914; (75): 1076–1077.
4. Berner JH. *Den norske lægeforening 1886–1936. Festskrift i anledning av foreningens 50 års jubileum*. Oslo: Centraltrykkeriet, 1936.
5. Larsen Ø (red). *Norges leger*. Bind V. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 549.
6. NN. [Nekrolog] Overlæge Dr. Unger Vetlesen. *Morgenbladet* 1914; nr. 43 (24. august): 1.
7. Unger Vetlesen JK. Brev til Bestyrelsen for Diakonissehuset. Christiania 08.12.1887.
8. <https://snl.no/Berget>
9. Evensen S. Søren Bloch Laache (1856–1941) – indremedisinsk professor, polyhistor og stabeis. *Michael* 2017; 14: 117–128.
10. Unger Vetlesen JK. Om Behandlingen af Mavesaar. I: Bidenkap, Bull E, Greve M, et al (red). *Klinsk Aarbog. Meddelelser fra Rigshospitalet og Fødselsstiftelsen i Kristiania*. Kristiania: Alb. Cammermeyer, 1884: 74–79.

11. Unger Vetlesen JK. Om Mavekraft. I: Bidenkap, Bull E, Greve M, et al (red). *Klinisk Aarboeg. Meddelelser fra Rigshospitalet og Fødselstiftelsen i Kristiania*. Kristiania: Alb. Cammermeyer, 1885: 72-108.
12. Unger Vetlesen JK. «Nervøs Dyspepsi». *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1886; 4. Række I: 499-515.
13. Unger Vetlesen JK. Om Dilatatio ventriculi, dens historiske Udvikling og kliniske Betydning. Afhandling for Doctorgraden i Medicin. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1887; 4. Række II(Tillægshefte): 1-244.
14. Unger Vetlesen JK. Den mekaniske Behandling af Fordøielseskanalens Sygdomme. *Forhandlinger i det medicinske Selskab* 1883: 125-134.
15. Leube W. Beitrage zur diagnostik der Magenkrankheiten. *Deutsches Arch. f. klin. Medizin* 1883; 33: 1-21.
16. Hollander F, Penner A. History and Development of Gastric Analysis Procedure. *The American Journal of Digestive Diseases* 1938; 5(11): 739-743.
17. Hanssen K. De nyere metoder for ventrikelundersøgelser. Del I. *Medicinsk Revue* 1888; 6-12.
18. Leube W. Über nervöse Dyspepsie. *Deutsches Arch. f. klin. Medizin* 1879; 23: 98-114.
19. Lillestøl K. Samfunnsendringar – til skade for helsa? Nevrasteni og 'det forandrede Levesæt' i Noreg 1880–1914. *Arr – Idéhistorisk tidsskrift* 2015; nr. 2-3: 111-119.
20. Lillestøl K, Bondevik H. Nevrasteni i Norge 1880–1920. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 661-5.
21. Unger Vetlesen JK. Grefsen i 1884 og 1885. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1886; 4. Række I: 190-197.
22. Unger Vetlesen JK. *Grefsen i Treaaret 1886–1889*. Christiania.
23. W. H.R. Nekrolog. Overlæge dr. med. Unger-Vetlesen. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1914; 34: 1003-1004.
24. NN. Overlæge Vetlesens 25-Aars-Jubilæum. *Fra Diakonissehuset* 1913; 30(1): 13-14.
25. Kaltenborn A-C (red). *Pionérer for pasienten. Lovisenberg diakonale sykehus: et tverrsnitt av historien*. Oslo: Forlaget Snorre, 2009.
26. Grøn F. *Det norske medicinske selskab 1833–1933. Festskrift ved selskapets 100 års-jubileum*. Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad AS, 1933.
27. Østensen H, Haaland M, Gudmundsen TE. *100 år med røntgenstråler – 90 år med røntgenavdeling i Drammen. Et jubileumsskrift*. Trondheim: Haraldus Medical Communications, 1995.
28. Heyerdahl SA. Om Røntgenstrålerne og deres praktiske anvendelse i medicinen. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1898; 59: 697-721.
29. Unger Vetlesen JK. Brev til Diakonisseanstaltens Bestyrelse, Christiania 17.09.1897. Diakonissehusets arkiv.
30. Larsen Ø (red). *Norges leger*. Bind IV. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 213.
31. Nicolaysen J. Brev til Unger Vetlesen, Kristiania 17.09.1897. Diakonissehusets arkiv.
32. NN, referat frå «Bestyrelsesmøde» 01.10. og 12.11. Hovedstyrets protokoll 1897, Diakonisseanstalten. Diakonissehusets arkiv.

33. NN. [Nekrolog] Overlæge Dr. Med. Unger Vetlesen. *Fra Diakonissehuset* 1914; 31(7-8): 98-99.
34. Jahnsen [Pastor]. Tale ved Overlæge Unger Vetlesens Begravelse. *Fra Diakonissehuset* 1914; 31(9): 129-131.
35. Lærum OD. Edvard Griegs helse og legene. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 3750-3.
36. NN. Overlæge Dr. med. Unger Vetlesens Begravelse. *Morgenbladet* 1914; nr. 437(28. august): 3.
37. NN. [Nekrolog] Overlæge dr. med. Unger Vetlesen. *Aftenposten* 1914; nr. 426(24.august): 4.
38. Skar V. *Unger-Vetlesens Institutt: Femårsjubileum 30. mars 2017. Historien til Unger-Vetlesens Institutt på bakgrunn av gastroenterologiens utvikling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus*. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2017.

Kristine Lillestøl
Postdoktorstipendiat
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
kristine.lillestol@medisin.uio.no

Jørgen Valeur
Instituttbestyrer
Unger-Vetlesens Institutt
Lovisenberg Diakonale Sykehus
jorgen.valeur@lds.no

Det norske medisinske Selskab 2016–2017

Michael 2017; 14: 231–5.

Det norske medisinske Selskab (org. nr. 971480521), ble formelt stiftet i 1833, men hadde en forløper, et medisinsk *Læseselskab* fra 1826. Det er derfor rimelig å regne 1826 som det egentlige stiftelsesåret, slik at høst 2016- vår 2017 blir driftsår nummer 191. Selskabet er Norges eldste medisinsk-faglige sammenslutning med kontinuerlig drift.

Det norske medisinske Selskab (i de første år kalt Lægeforeningen i Christiania) har statutter, der det i første paragraf heter: «*Lægeforeningen i Christiania har til Formaal dens Medlemmers Belerelse og videnskabelige Uddannelse*». Dette er fortsatt Selskabets hovedmålsetting. I tillegg forvalter Selskabet for tiden to legater: *Dr. Alexander Malthes legat til beste for yngre leger*, og *Ragnhild og August Gillums legat*.

Selskabet hadde pr. mai 2017 noe over 200 betalende medlemmer.

Det er gjort mer detaljert rede for Selskabets formål og faglige profil i rapporten for 2014–2015, og da forholdene inntil slutten av driftsåret 2016–2017 har vært uendrede, vises til dette (1).

Styret

har i driftsåret 2016–2017 bestått av Øivind Larsen (styreleder), Stein A. Evensen, Jan Frich, Arvid Heiberg, Frøydis Langmark, Kristine Lillestøl og Magne Nylenna. Astrid Nylenna har vært sekretær, og den forretningsmessige driften har vært ivaretatt av Janniche Fjeldstad Jensen, Vekstra, Hadeland Regnskap AS, Gran.

Selskabets adresse har vært styreleders arbeidssted, Det norske medisinske Selskab, c/o Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, boks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Selskabet har hatt medlemsaktiviteter og har også disponert noe arkivplass m.v. i *Domus & Medicus*, den tidligere kvinneklinikken, Pilestredet Park 7, 0176 Oslo.

Selskabets økonomi

består i hovedsak av medlemskontingenter og abonnement for tidsskriftet Michael, foruten av finansinntekter. Utgiftene har i det vesentlige vært knyttet til den faglige virksomheten med møter og seminarer, og til tidsskriftet *Michael* med supplementutgivelser. Det utbetales ikke styrehonorar, men sekretær og forretningsfører godtgjøres etter avtale. Resultat og balanse for driftsåret har vært tilfredsstillende. Selskabet har regnskapsplikt og rapporterer til Brønnøysundregistrene.

Faglige medlemsaktiviteter:

Medlemsmøter med foredrag, avholdt i Domus&Medicus :

Onsdag 14. september 2016 kl. 1915, medlemsmøte: Øystein Eiring og Kari J. Kværner: *Ny teknologi – nye former for involvering av pasienter og brukere?* 17 til stede.

Onsdag 9. november 2016 kl. 1915, medlemsmøte: Trygve Ottersen og Eli Feiring: *Prioritering i helsevesenet – hva nå?* 39 til stede.

Onsdag 7. desember 2016 kl. 1915: julemøte: Eira Bjørvik: *«Den mest konstruktive del av medisinen» – Et historisk blick på infertilitetsbehandling i Norge.* Kristin Engh Førde: *Intim avstand – transnasjonal, kommersiell surrogati i India.* Julemiddag. 30 til stede.

Onsdag 18. januar 2017 kl. 1915, medlemsmøte: Morten C. Moe: *Fremskritt i øyeforskningen: Kan synet gjenopprettes?* 23 til stede.

Onsdag 15. februar 2017 kl. 1915, medlemsmøte: Jan Sommerfelt-Pettersen, Tor Jørgen Melien og Gudmund Waaler: *Helse for stridsevne. Forsvarets Sanitet 1941–2016.* 21 til stede.

Onsdag 15. mars 2017, medlemsmøte: Ingrid Olsen: *Mycobakterier før og nå.* Forberedte kommentarer ved Christoph Gradmann og Gunnar Bjune. 20 til stede.

Onsdag 26. april 2017, medlemsmøte: Gunnar Ridderstrøm, Øivind Larsen og Magne Nylenna: *Planlegging for helse og triusel.* 18 til stede.

Seminarer:

Mandag 3. oktober 2016, lukket, heldags aktørseminar, avholdt i Det norske Videnskaps-Akademis lokaler om *organdonasjon*. Samarbeidsprosjekt med Styringsgruppen for aktørseminarer. 21 aktive deltakere. (Omtale og referat i *Michael* 1/2017)

Mandag 27. mars 2017, seminar, avholdt i Det norske Videnskaps Akademis lokaler 0930–1600, med støtte fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, i anledning av at Frederik Holst (1791–1871) forsvarte den første doktorgrad her i landet i 1817: *Frederik Holst – hvem var han?* 72 til stede. Møteleder: Steinar Westin (NTNU).

Program: Ole-Petter Ottersen (UiO): *Velkommen*, Øivind Larsen (UiO): *Frederik Holst – universitetslærer og offentlig lege*, Anne Kveim Lie (UiO): *Frederik Holst og radesyken*, Christoph Gradmann og Øivind Larsen (UiO): *Smitteteoriene, koleraen og Frederik Holst*, Øivind Larsen (UiO): *Frederik Holst og fengslene*, Einar Kringlen (UiO): *Frederik Holst og psykiatrien*, Gunnar Ridderstrøm (NMBU): *Bygningsloven av 1827 og et brev til Stortinget*, Magne Nylenna (FHI): *Redaktøren Frederik Holst*, Jacob Bergsland (OUS): *Familien Holst*, Kaare R. Norum (UiO): *Frederik Holsts etterkommere i norsk forskning*, Nina K. Vøllestad (UiO): *En hilsen fra Frederik Holsts hus*, Steinar Westin (NTNU): *Oppsummering: Hva kan vi lære av Frederik Holst?*

Torsdag 4. mai 2017, seminar, avholdt i auditoriet, Psykiatrisk Klinikkk, Vinderen 1300–1700. : *Er tvangsbruk i psykiatrien i strid med menneskerettighetene?* Møteleder: Astrid Nøklebye Heiberg. 57 til stede.

Program: Anne Grethe Erlandsen: *Tvang i politisk perspektiv*, Rigmor Diseth: *Tvang i psykiatrien – et menneskerettsperspektiv*, Asbjørn Restan: *Nødvendigheten av tvang for den enkelte og samfunnet*, Ketil Lund: *Psykiatrisk tvangsbehandling – ulovlig, skadelig og endringsresistent*, Jannike Engelstad Snoek: *Tvang i barne- og ungdomspsykiatrisk perspektiv*, Adrian Lorentsson: *Brukererfaringer*, Aslak Syse: *Tvangsbruk og jus. Noen normative synspunkter*. Diskusjon og oppsummering.

Tidsskriftet *Michael*

er i driftsåret 2016–2017 kommet ut med fire ordinære utgaver: 3/2016 *Tidens gang*, 4/2016 *Organdonasjon – behov og begrensninger*, 1/2017 *Sanitet i forandring*, og 2/2017 *Noe å lære av*. Det er gitt ut tre supplementbøker: Frich JC, Iversen T, Tjerbo T. (red.) *Helsepolitikkenes faglige premisser*. Supplement 19/2017, Diseth, RR. «I beste hensikt, men...» *Tvang i psykisk helsevern i skjæringspunktet mellom jus og psykiatri*. Supplement 20/2017, Nyborg P. *Utvikling av høyere utdanning i Norge. Femti år med høyskoler*.



Figur 1: Statssekretær Anne Grethe Erlandsen på talerstolen ved seminaret om tvang i psykiatrien 4. mai 2017. (Foto: Øivind Larsen)

Supplement 21/2017. Tidsskriftet og supplementbøkene foreligger også i fulltekstversjon på Selskabets hjemmeside www.dnms.no.

Spesielle forhold ved utgangen av driftsåret 2016–2017

Selskabet har i de siste 12 år hatt den tidligere kvinneklinikken ved det gamle Rikshospitalet (Pilestredet Park 7), *Domus & Medicus*, som base for foredragsmøter og annen faglig aktivitet. Selskabets flygel, malerisamling og boksamling har også befunnet seg der. Selskabet har en leieavtale med huseier, dr. med. Lars Høie, men har i praksis vært tett integrerte leieboere hos *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* som har holdt til i bygningen. På grunn av statlig omorganisering ble Kunnskapssenteret i 2016 innlemmet i Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet flytter ut av bygningen *Domus & Medicus* i 2017, og det lar seg ikke gjøre for Selskabet å flytte med. Situasjonen har store konsekvenser for Selskabet, som må se seg om etter et nytt sted å være. I den anledning er møtevirksomheten i høstsemesteret 2017 planlagt i Frederik Holsts Hus ved Universitetet i Oslo. Ved en avtale med Det norske Videnskaps Akademi har man byttelånt Selskabets *C. Bechstein*-flygel med et *Schimmel*-piano som er blitt plassert i Frederik Holsts Hus. I vårhalvåret 2017 har det vært arbeidet intenst med å finne løsninger

for maleriene, bøkene og Selskabets arkivmateriale, uten at det er kommet til noen akseptabel avklaring ved driftsårets slutt sommeren 2017.

Litteratur

1. Larsen Ø. Det norske medisinske Selskab høsten 2014-våren 2015. *Michael* 2015; 12: 296-305.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Viljen til liv

Aina Schiøtz:

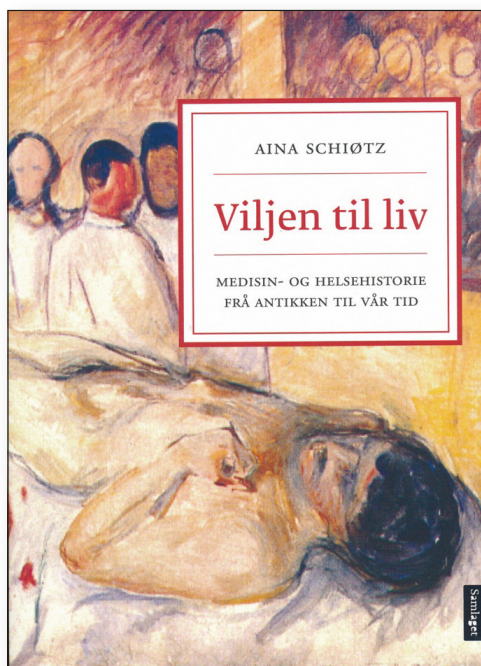
Viljen til liv. Medisin – og helsehistorie frå antikken til vår tid.

Oslo: Samlaget 2017, 510 s.

ISBN 978-82-521-7771-8

Pris NOK 499,-.

Michael 2017; 14: 236–7.



Aina Schiøtz er professor i medisinsk historie ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen og har med dette laget en oversikt over de vesentligste trekk i medisinsens utvikling gjennom tidene.

Intensjonen med boka var opprinnelig å lage en kort bok for historiestudenter, men den er nok blitt en vesentlig bredere oversikt over utviklingen av Helse-Norge egnet for studenter i medisin og helsefag, men også generelt for dem som interesserer seg for hvordan vi nå er havnet der vi er. Aina Schiøtz' bok kan derfor leses med utbytte av alle interessert i medisin, samfunnsutvikling og kultur, men er vel først og fremst rettet inn mot sykepleiere og leger. Boken har dessuten et relativt stort kapittel om utviklingen av jordmoryrket. Andre helseprofesjoner er mer stemoderlig be-

handlet, men som forfatteren selv påpeker, noen valg har hun måttet ta.

Aina Schiøtz har et kritisk, feministisk, helsehistorisk maktperspektiv på utviklingen, og analyserer hvilke trekk som i ettertid har vært viktige, og som nok ikke alltid har vært åpenbare for aktørene, som stort sett har vært leger og menn.

Boken har fem hoveddeler som følger etter en innledning. Først er det *Teori, praksis og vitenskap*, som gjengir historien fra oldtid til vår tid, der trekk

fra de siste 100 år blir relativt kortfattet beskrevet. Men delen avsluttes med to større kapitler om psykiatri og arvelære/genetikk og HIV/AIDS. Disse emnene settes i en kontekst som minner oss på hvorledes holdninger til pasienter og sykdom veksler raskt fra år til år, i alle fall fra en dekade til annen.

Det neste hovedkapittelet handler om utviklingen av hospitalvesenet, altså de somatiske sykehusene fra røttene i korstogene med ridderordener via lepra – og radesykehus til institusjoner med intensjon om å kurere, ikke bare pleie syke. Det kommer perspektiver som hjelper leseren å forstå bedre den kampen som pågår land og strand rundt for lokalsykehus mot sentralisering, og den enorme veksten i forventinger og utgifter dette innebærer.

Tredje del handler om folkehelse med særlig vekt på epidemiologi. Fremveksten av en vitenskap som måler hva vi gjør, og hvor meget som er oppnådd i løpet av de siste 200 år med hensyn til sykkelighet og dødelighet, blir greit og oversiktlig behandlet.

Fjerde del om helseprofesjonene behandles i tre større underkapitler, ett om legene, ett om sykepleierne og ett om jordmødrene. Det siste bringer noen nye opplysninger for anmelderen, og viser at kampen for å bli anerkjent som egen profesjon har møtt konstant mannlig motstand.

Den femte og siste hoveddelen handler om synet på sykdom og pasienter gjennom tidene, og settes inn i perspektiver fra pasienters egne beretninger, makt og avmaktfølelse, klasse og kjønn sett innenfra og utenfra. Boken avsluttes med trekk fra utviklingen av medisinsk etikk så vel med hensyn til pasientbehandling som til forskningsetikk.

Hva er *ikke* å finne i boka? Forfatteren har etter denne anmelderens syn gjort kloke valg; noen småting: Referanser og eksempler viser et Bergensperspektiv og vel kunne andre perspektiver kanskje hatt like stor plass. Det kunne og burde dessuten vært flere bilder og figurer. Tittelen *Vilje til liv* begrunnes i forordet, og peker på hva den subjektive og objektive betydning av kampen for ett godt og langt liv har betydd, men den forteller lite om innholdet i boken.

Schiøtz' bok er skrevet på et akademisk nynorsk som flyter godt uten bruk av kunstige fremmedord, og inneholder vel 30 sider litteraturreferanser og et omtrent like langt register.

Den være herved anbefalt Michaels lesere, samt langt flere!

Arvid Heiberg

overlege, professor (em)

Avdeling for medisinsk genetikk, Oslo Univeristetsykehus.

arvhei@ous-hf.no

Medisinsk historie sett frå Bergen

Leiv M. Hove, Inge Glambek og Ole Didrik Lærum (red.):

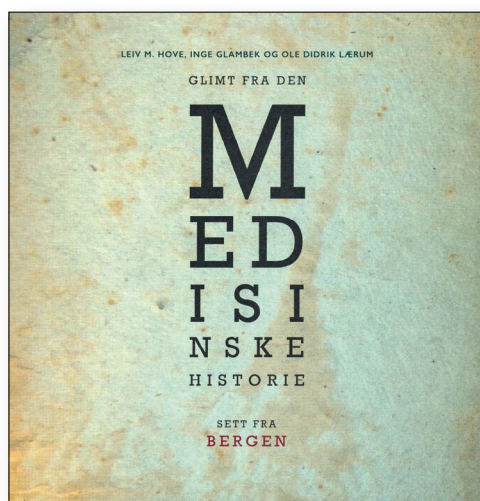
Glimt fra den medisinske historie sett fra Bergen

Bergen: Bodoni Forlag, 2016.

302 s.

ISBN 978-82-7128-861-7

Michael 2017; 14: 238–40.



I 2016 var det sytti år sidan Universitetet i Bergen vart oppretta. Det var i samband med dette jubileet at denne boka kom til, som på omslaget blir skildra som ein antologi med «high-lights» frå den medisinske historia i Bergen. Frå redaktørane si side er boka fyrst og fremst tenkt som ein «appetittvekkar» for studentar i medisin og andre helsefag ved Universitetet i Bergen, og i jubileumsåret vart ho gjeven i gåve til alle medisinstudentane der.

Dei tre redaktørane er alle erfarne legar med mangeårig interesse for medisinsk historie. Med seg på laget har dei også sju andre forfattarar, som med unnatak av éin

historikar alle er (eller var) legar.

Innhaldet er rikt og variert. Dei to fyrste tekstane gjev eit oversyn over nokre hovudtrekk ved den generelle, internasjonale medisinhistoria frå førhistorisk tid og antikken til mellomalderen. I det vidare er universitetshistorie naturleg nok eit tema som har fått mykje plass, og då ikkje berre den relativt korte historia til Universitetet i Bergen: Dei lange linjene frå Salerno på 800-talet, via det dansk-norske universitetet i København og det fyrste norske universitetet i Kristiania, blir også teikna opp. Dei andre, meir «bergenske» bidraga famnar om eit vidt spekter av emne, mellom anna barts-

kjærlaug, registerforskning og sjukehushistorie. Boka byr også på portrett av nokre av dei føregangsmennene som har utmerka seg mest i den bergenske medisinhistoria. Blant dei sistnemnde finn vi mellom anna den internasjonalt velkjende leprapioneren Gerhard Armauer Hansen (1841–1912), men vi får også bli kjende med personar som så langt har fått mindre merksemd, som til dømes veslebroren Klaus Hanssen (1844–1914). Fridtjof Nansen (1861–1930) si karriere som nevroforskar i Bergen vil nok òg vere til dels ukjent for mange.

Nokre av tekstane er meir og mindre omarbeidde versjonar av verk som er utgjevne før, men boka inneheld også heilt nytt stoff, som til dømes Morten Hammerborg sin studie av det gamle Bergen sykehus, forløparen til sjukehuset på Haukeland. Dei to siste tekstane i boka er også offentleggjort for fyrste gong. Dei er skrivne av to avlidne legar, Erik Waaler (1903–1997) og Konrad Birkhaug (1892–1980), som i 1944 opplevde nokre av dei mest dramatiske krigshendingane i Bergen på nært hald. Dette er sterk lesnad!

Med sine mange fine illustrasjonar og elles lekke design, er boka også ein fryd for auget. Men bilettekstane vitnar dessverre om at prosessen med ferdigstillinga av boka kan ha gått litt for fort føre seg. Ein del tekstar manglar heilt, medan andre ser ut til å vere noko ufullstendige. Til dels ser dette også ut til å gjelde for litteratur- og kjeldetilvisingane; ein stad blir det til dømes vist til eit noteapparat som ikkje er mogleg å finne. Men elles ser det ut til at forfattarane – med eit par heiderlege unnatak – har teke eit medvite val om å ikkje gjere systematisk bruk av noteapparat eller tilsvarande i det heile. Dette er i så fall uheldig, og skulle vere unødvendig, særleg når hovudmålgruppa er studentar, som utan tvil ville ha tolt eit litt meir akademisk preg over tekstane. Kanskje er det mogleg å spore opp det som er nytta av primærkjelder og originallitteratur via litteraturlistene bakarst i boka, men når det uttalte føremålet med boka er å «vekke appetitt» og stimulere til vidare lesnad, ville meir presise kjelde- og litteraturtilvisingar ha vore ein fordel.

Boka er jamt over lettlesn. Nokre av tekstane ber av og til preg av at forfattarane er legar som skriv for kollegaer, i den forstand at ikkje alle faguttrykk blir forklarte. Dette er sjølv sagt greitt så lenge den klart definerte målgruppa er nettopp framtidige legar og eventuelt andre helsearbeidarar. Men med nokre få små justeringar her kan boka bli lettare tilgjengeleg også for eit større publikum, dersom forfattarane ved seinare utgåver skulle ynskje å nå ut til fleire.

Denne medisinhistoriske «blomesamlinga» frå Bergen er blitt ei veldig flott bok som redaktørane har all grunn til å vere stolte av. Det er også eit

viktig verk, som gjev både kjende og mindre kjende sider ved den «bergen-
ske» medisinhistoria ny og velfortent merksemd. Boka skulle vere ypparleg
eigna til det føremålet ho i utgangspunktet var tenkt for: Å vekke medisin-
studentar sin appetitt for medisinsk historie. Studentane i Bergen er heldige
som har fått eit slikt verk i gåve! Det er likevel å håpe at boka etter kvart
også får ein større lesarskare enn som så, både i og utanfor Bergen. Det
fortener ho!

Kristine Lillestøl
Postdoktorstipendiat
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
kristine.lillestol@medisin.uio.no

Stein A. Evensen kommandør av St. Olavs Orden

Michael 2017; 14: 241.

Ved en større anlagt tilstelning i Det norske Videnskaps Akademi 24. mars 2017 ble professor Stein A. Evensen (f. 1942) dekorert som kommandør av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden. Han ble behørig hyllet for sitt mangfoldige virke som lege, dekan ved Det medisinske fakultet i Oslo og som allmenn samfunnsaktør. Evensen er hematolog, og hans innsats for pasienter med blødersykdommen ble særlig trukket fram.

Stein A. Evensen er mangeårig styremedlem i Det norske medisinske Selskab og en aktiv deltaker i Selskabets virksomhet. *Michaels* lesere vil kjenne ham som en flittig bidragsyter.

Selskabet og *Michael* gratulerer!



(Foto: Øivind Larsen)

oivind.larsen@medisin.uio.no

Mot en felles samfunnsmedisin

Michael 2017; 14: 242–3.

Den 29. og 30. mai 2017 møttes samfunnsmedisinske kolleger for tredje gang for å samsnakkes om hvordan undervisningen i samfunnsmedisin ved våre fire, norske, medisinske fakulteter bør være. En viktig bakgrunn for dette har vært å finne egnet, oppdatert lærestoff som dekker de emnene som for tiden er aktuelle, spesielt i medisinstudentenes grunnstudium.

Første møte var av orienterende art og ble arrangert i Trondheim 20. mai 2015 (1). Selv om mange sprikende synspunkter ble drøftet, var det likevel en forståelse for at saken fortjente at man gikk videre med den. Det ble gjort et år senere, nemlig på Kongsvold Fjeldstue 30.-31. mai 2016 (2), riktignok noe distraheret av moskus utenfor vinduene (3). Det ble på Kongsvoldmøtet uttrykt støtte til å arbeide videre med felles læringsmål i samfunnsmedisin og å definere et felles norsk kjernepensum. Man mente etter en del argumentasjon fram og tilbake at en kortfattet lærebok nok ville være til god hjelp. Magne Nylenna hadde vært i kontakt med Gyldendal Akademisk angående en eventuell lærebok. Møtedeltakerne støttet ideen om en lærebok og tilbød seg å stille opp som referansegruppe, dersom Nylenna tok på seg jobben.

Da man nå i 2017 møttes på Solstrand Hotel, Os ved Bergen etter innbydelse av det samfunnsmedisinske miljøet ved Universitetet i Bergen, ble felles lærestoff og en felles lærebok et hovedtema. Ingvild Sandøy hadde gjort en stor og god jobb med å samle og sammenstille temaene det undervises i ved de fire fakultetene. Man drøftet de ulike undervisningsplanene ved fakultetene, læringsmålene, eksamensoppgaver i grunnstudiet, relasjonen til sosialmedisinen og trygdemedisinen, spesialistutdanningen i samfunnsmedisin og andre emner. Magne Nylennas bokplaner ble også nå støttet, så det er å håpe at han gir seg trøstig i kast med oppgaven.



Samfunnsmedisingruppa 2017: Fra venstre Øivind Larsen (Oslo), Steinar Westin (Trondheim), Øyvind Næss (Oslo), Kjell Haug (Bergen), Gunnar Tellnes (Oslo), Ingvild Sandøy (Bergen), Ole Frithjof Norheim (Bergen), Henning Mørland (Norsam), John Gunnar Måland (Bergen), Nils Fleten (Tromsø), Ole Jacob Møllerløkken (Bergen), Vinjar Fønnebo (Tromsø), Steinar Krokstad (Bergen), Karen Walseth Hara (Trondheim), Magne Nylenna (Oslo). Sittende foran fra venstre: Betty Pettersen (Trondheim), Maja-Lisa Løchen (Tromsø), Anne Kveim Lie (Oslo), Hanne Valeur (Oslo). (Foto: Hyggelig servitør som trykket på utløserknappen på Øivind Larsens kamera.)

Også denne gang ble man enige om å møtes igjen om et års tid, i 2018 i Oslo. Det synes ganske klart at de samfunnsmedisinske fakultetsmiljøene i Norge er på vei mot en felles samfunnsmedisin.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Litteratur

1. Larsen Ø. Ny giv for samfunnsmedisinsk undervisning? *Michael* 2015; 12: 306-10.
2. Westin S. Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 230-7.
3. Larsen Ø. Moskus som møteplager. *Michael* 2016; 13: 238-9.

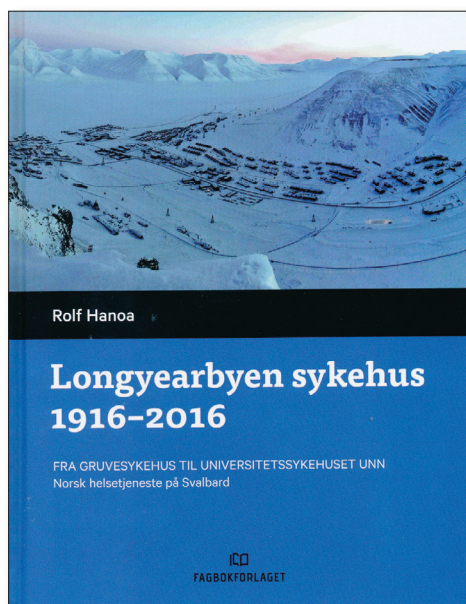
Sykehus som ankerfeste - om Longyearbyen sykehus

Rolf Hanao: *Longyearbyen sykehus 1916-2016. Fra gruveysykehus til Universitetssykehuset UNN. Norsk helsetjeneste på Svalbard.*

Bergen: Fagbokforlaget 2017. 215 s. Pris: 399,-.

ISBN 978-82-450-2108-0

Michael 2017; 14: 244–5.



Rolf Hanao, arbeidsmedisiner, tidligere professor i sosialmedisin, i de senere år overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og produktiv forfatter gjennom mange år, har massiv erfaring fra Svalbard. Denne boka om sykehuset i Longyearbyen i anledning av hundreårsjubileet er spekket med informasjon og dokumentasjon, ikke bare om den medisinske virksomheten, men også om den helt spesielle samfunnsmessige konteksten sykdommer, skader og helsearbeid har utspilt seg i gjennom den perioden han beskriver. Det er dessuten en pen bok, gjennomillustrert med gode bilder. Hanaos skrivestil er ordknappt og eksakt. Mye dramatisk beskrives med få ord, men likevel slik at budskapet sitter hos leseren.

Hanao har valgt å dele inn stoffet i 25 kapitler. Disse er dels kronologiske, dels tematiske. På den ene siden er dette greit og oversiktlig, men på den andre siden blir det vanskelig å unngå enkelte gjentakelser. I et par av kapitlene går han på akkord med den fullstendigheten som ser ut til å prege det meste av teksten for øvrig. Det relativt korte kapittel 14 (s. 109-114) heter f.eks. «Noen av sykehusets medarbeidere». Dem var det mange av. Leseren hadde gjerne hørt mer om flere.

Kapittel 13 (s. 102-108) har overskriften «Store ulykker og hendelser der helsetjenesten og beredskapen i særlig grad har vært berørt». Denne tittelen signaliserer for så vidt at her er ikke alt tatt med. Leseren kunne ønsket seg mer, ikke bare for å lære sykehushverdagen bedre å kjenne, men også for å kunne forstå bedre hvordan trygghet og lokalsykehus må bli knyttet sammen på en særegen måte på et isolert sted som Svalbard. Forfatteren har gjort sine valg blant større og mindre hendinger. Vi skulle gjerne visst litt mer om hvordan han har valgt ut det han her har tatt med. F. eks. flyulykken i 1986 savnes. Et Cessna-fly på vei fra Svea til Ny-Ålesund styrte ved Longyearbyen. Seks personer omkom og sykehuset var berørt gjennom forsøket på å redde livet til en av passasjerene. Ulykken gjorde et sterkt inntrykk og kunne gjerne vært nevnt, blant annet i en diskusjon om sykehusets plass i den allmenne beredskapen.

Generelt er boka spennende og interessant lesning. Svalbardsamfunnet er noe for seg selv, og var særlig spesielt tilbake i tid. Svalbard var ikke noe sted for pingler og pyser. Det gjaldt også helsepersonellet. I 1959 fikk verkslege Nils Olaf Alm (1927–2015) en revne i en akillessene. Han var eneste lege og opererte seg selv i lokalbedøvelse.

Både samfunnet og helsetjenesten på Svalbard er preget av stor gjennomtrekk av folk. Dette har endret seg en del, ettersom det i de senere år har vært en bevisst politikk å gjøre Svalbardsamfunnet mer likt det norske samfunnet ellers. Litt lærerikt er det å lese hvordan denne politikken også førte til at den kirurgiske beredskapen i en periode ble svekket.

Fordi Svalbard ligger så langt fra fastlandet, og fordi samfunnet har de særtrekk det har, trer sykehusets rolle fram på en interessant måte: Det blir et slags ankerfeste for befolkningen, en trygghetsfaktor som sannsynligvis her føles sterkere enn på mer «ordinære» steder. Sett på den måten, forstår man bedre hvordan det har vært satset på sykehuset og helsetjenesten gjennom hundre år, og hvorfor det har hatt en så sentral posisjon i lokalsamfunnet som Hanoa viser at det har hatt.

Hanoas bok er et verdifullt bidrag til norsk medisinhistorie.

Øivind Larsen

ovind.larsen@medisin.uio.no

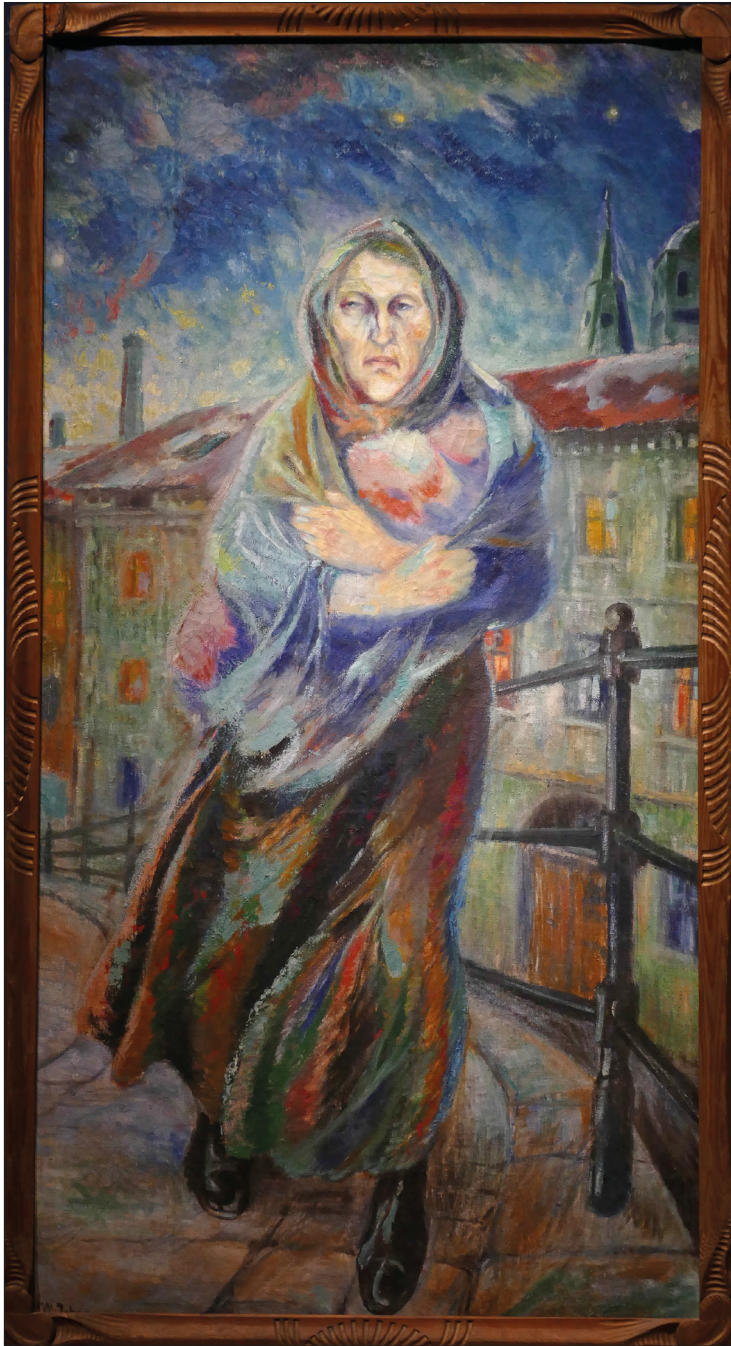
Aksel Waldemar Johannessen og hans kunstverks underlige skjebne

Michael 2017; 14: 246–52.

Maleren Aksel Waldemar Johannessen (1880–1922) arbeidet i Kristiania på begynnelsen av 1900-tallet. Maleriene reflekterer både sosialt engasjement og personlige konflikter. Hans uttrykksform var også i tidens stil, men likevel ble han raskt underkjent. Etter hans tragiske død 42 år gammel ble det stille om ham inntil kunstsamleren Haakon Mehren (f. 1938) gjenoppdaget kunstverkene i årene rundt 1990. Da startet Mehrens kamp for å få Johannessen anerkjent av det norske kunstmiljøet, men det viste seg å være en tung oppgave. Derimot ble Johannessens bilder tatt imot med stor interesse i utlandet og stilt ut i flere kjente museer. I august 2017 ble det arrangert en stor utstilling i lokalene til Blomqvists kunsthandel i Oslo, samme sted som det var minneutstilling i 1923. Oslo kommune har nå tilbud om å overta den delen av samlingen som tilhører Mehren og hans familie. Resten eies av investor Christen Sveaas (f. 1956) som eier Kistefosmuseet på Ringerike.

Aksel Waldemar Johannessen kom fra et arbeidermiljø i Kristiania, men utdannet seg som kunstner 1900–1907, blant annet som skulptør og treskjærer (1-3). I årene 1907–1912 var han møbelsnekker og treskjærer på Gjøvik, men kom så tilbake til Kristiania, der han begynte å arbeide ved Det Norske Teatret. Det var opprettet i 1913 med Hulda Garborg (1862–1934) som den sentrale person. Johannessen var gift med Anna Gjermine Nilsen (1879–1923). Sammen startet de det fortsatt eksisterende firmaet Heimen som ble teaterets systue. På denne tiden våknet interessen i samfunnet for norske bunader. Aksel Waldemar Johannessen ble en nøkkelperson for rekonstruksjon og design av bunader for forskjellige landsdeler.

Johannessen hadde åpenbart et vanskelig sinn og mange tunge tanker som han tok ut gjennom de maleriene som han i all stillhet framstilte i årene



*Figur 1: Mor og barn-motiv med Hammersborg som bakgrunn.
(Foto: Øivind Larsen)*

ved teateret. Stilen kunne være forskjellig, men mye minner om Edvard Munch (1863–1944) og andre samtidige, bortsett fra at Johannessens ansikter ofte er både forvrengte og utiltalende, kanskje som et gjenskinn av hvordan han så på verden rundt seg.

I 1922 var hans hustru Anna alvorlig kreftsyk. Han taklet ikke dette. Alkohol tok overhånd og førte til hans død i 1922. Han ble trøstet på dødsleiet av hustruen som selv døde kort tid etter. De etterlot seg to døtre som Hulda Garborg så til at ble tatt vare på. Hun fikk ordnet at Heimen ble overtatt av Bondeungdomslaget.

Det ble arrangert en minneutstilling i Blomqvists kunsthandel i 1923, og bildene ble positivt omtalt. Men så ble de glemt og borte. En årsak var nok at Johannessen selv verken hadde stilt ut eller solgt bilder. Han regnet seg dessuten som tilhørende en håndverker- og arbeiderkultur og var ikke med i de etablerte kunstnerkretsene. Overformynderiet tok seg av bildene da boet ble oppløst, lagret dem, og Johannessen ble glemt.

I 1990 ble kunstsamleren og investoren Haakon Mehren oppmerksom på at det fantes noen spektakulære malerier stuet inn på en låve i Bærum. De var en del av døtrenes arv etter Johannessen. Disse bildene ble starten på en prosess som har vart i flere tiår, nemlig Mehrens arbeid for å få Aksel Waldemar Johannessen fram i lyset igjen. Flere bilder ble funnet etter hvert. I alt ser det ut til å eksistere ca. 100 lerreter.

Nasjonalgalleriet (nå Nasjonalmuseet for kunst og arkitektur) var imidlertid avvisende til å hjelpe til med rehabiliteringen av Johannessen. Denne negative holdningen har vedvart, ifølge Mehren. Derimot hadde Mehren gode kontakter i utlandet, blant annet med den innflytelsesrike tyske kunsthistorikeren Erich Steingräber (1922–2013) i München, og legen, kunstsamleren og direktøren Rudolf Leopold (1925–2010) i Wien. Dette samarbeidet førte til flere meget vellykkede Johannessen-utstillinger i utlandet. Undertegnede har selv sett Aksel Waldemar Johannessens bilder utstilt i Leopoldmuseet i Wien, der de sto seg meget godt i selskap med verker av Egon Schiele (1890–1918) og Oskar Kokoschka (1886–1980).

Ca. halvparten av Johannessens malerier tilhører nå Christen Sveaas som eier Kistefosmuseet, mens Mehren og hans familie på visse betingelser ønsker å donere sin samling til Oslo kommune. Hva som skjer videre, blir spennende.

I august 2017 kunne Johannessen-bilder sees på en minneutstilling hos Blomqvist, samme sted som i 1923. Vernissasjen var godt besøkt, men vi så ingen fra Nasjonalmuseet der.

Historien om Johannessen-malerienes kronglete vei mot anerkjennelse berører et generelt problem. Hva skal til for å bli anerkjent som kunstner?

Å være en dyktig kunstner, ja vel, men man må også være med i de rette kretser og ha de rette venner (4). Det spørs om denne sosiale silingsprosessen alltid favoriserer de beste.

Kunst er ikke bare kunst.

Det er en kunst å være kunstner.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no



Figur 2: Kunstsamlere Haakon Mehren holdt et engasjert åpningsforedrag ved minneutstillingen i Blomqvists Kunsthandel 10. august 2017. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 3: Arbeidertog – med likhetspunkter til samtidig russisk kunst. Som treskjærer av yrke utformet Aksel Waldemar Johannessen bilde-rammene selv. Rammene må derfor sees som en del av kunstverkene, selv om de sjelden tas med når bildene gjengis i reproduksjon. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 4: Johannessens datter Aasa. Her går assosiasjonene i retning av Gustav Klimt (1862–1918) og jugendstilen. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 5: Dobbeltportrett. Til høyre sees kunstneren med kone og barn, til venstre ser vi ham som fordrukkent vrak. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 6: Døden forutsies: Med svarte seil forlater foreldrene sine barn, mens presten ser strengt ned på dem fra veggen. (Foto: Øivind Larsen)

Litteratur

1. Mehren H (red.) *Aksel Waldemar Johannessen: vår glemte maler*. Oslo: Gyldendal, 1992.
2. Mehren H. "Dansen gjennom skuggeheimen" – kampen for Aksel Waldemar Johannessen. Oslo: Orfeus, 2011.
3. Delle Cave F, Mehren H (eds.) *Garborg, Ibsen, Johannessen, Munch, Uppdal*. Viennal Bolzano, 1997.
4. Larsen Ø. Kafesitteriet i kunsten. *Tidsskr Nor Legeforen* 1997; 117: 635, 637.

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