

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Medisinhistorisk mønstring

3/18



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.

Medisinsk historie: Vi har noe viktig å fortelle

Michael 2018; 15: 167–74.

De som er engasjert i medisinsk historie i Norge, har noe å fortelle hverandre og omverdenen. De kan fortelle om stor, allsidig og økende aktivitet på fagområdet. Det arbeides med medisinsk historie i forskjellige fora i Norge. En viktig gruppering – blant flere – er nettverket for medisinhistoriske samlinger rundt om i landet. Folk fra dette nettverket pluss en del andre interesserte møttes i Trondheim 12.–13. april 2018. Det var det et rikholdig program som belyste medisinsk historie og spesielt medisinsk museumsdrift fra flere sider. Møtet ble en bred mønstring av det som foregår innenfor medisinsk historie.

«Vi har noe viktig å fortelle» – slik er også en av underoverskriftene i Per Evtuns artikkel om utfordringer ved å lage et medisinsk historielag (1). Den står her i dette nummeret av *Michael* og er basert på et foredrag han holdt i Trondheim. Han tok der opp viktige sider ved det som for tiden foregår i medisinsk historie i Norge. Hans eksempel er fra Tønsberg, men prosessen som beskrives i artikkelen, er generell. Historiefaget har sine perspektiver og arbeidsmetoder, medisin og helsefag likeså. I fagområdet medisinsk historie møtes disse fagtradisjonene. Da oppstår ofte ny kunnskap og ny, kanskje overraskende erkjennelse. Man får noe viktig å fortelle.

Medisinhistorisk mangfold

Det foregår ganske mye på det medisinhistoriske fagfeltet i Norge, og på ulike arenaer som utfyller hverandre. Noe av aktiviteten er akademisk virksomhet ved universitetene, især ved de medisinske fakultetene. Det forskes, undervises og formidles vedrørende temaer der det dobbelte perspektivet fra historie og medisin er høyst relevant. Stipendiater er i gang med arbeider, og det settes i gang nye, dels store, interessante prosjekter, både tverrfaglige og internasjonale. Gradvis er det bygd opp sterke medisinhistoriske miljøer

ved flere av universitetene, riktignok uten at dette alltid har fått tilsvarende uttelling på studentenes timeplaner. For legestudentenes vedkommende er konkurransen om undervisningstid alltid hard overfor basalfag og klinikk. Men medisinhistorisk studentundervisning er viktig, ikke minst fordi den bibringer forståelse for profesjonell håndtering av tidens gang. Den gir forståelse for at både individuell helse og folkehelse utvikler seg over tid og i en samfunnsmessig kontekst. Dette er nødvendig for å kunne utnytte fortidige erfaringer til framtidig virksomhet. Praktisk arbeid med helsespørsmål er ofte her-og-nå-preget på alle plan.

Andre deler av den medisinhistoriske aktiviteten engasjerer folk fra andre felter. Det er f. eks. de som gjerne vil se tilbake på og reflektere over sin egen tid og sine egne erfaringer fra arbeidsplasser i helsevesenet. I slike lokale medisinhistoriemiljøer gjøres mye godt arbeid, blant annet for lokal dokumentasjon. Like viktig er at det bygger opp den allmenne interessen for å se helsespørsmål i tidsperspektiv og sosial sammenheng.

Blant de ulike aktørene i det medisinhistoriske feltet er også Det norske medisinske Selskab, som har hatt gleden av å bidra med møtevirksomhet og å kunne tilby tidsskriftet *Michael* som en publikasjonskanal.

Kildekategorien gjenstander – sentralt og lokalt

Å ta vare på og å analysere kilder fra tid som ligger bak oss, er blant historiefagets oppgaver. Det er mange slags historiske kilder, og kilder må velges ut. En av kildekategoriene er *gjenstander*, konkrete levninger fra tiden som er passert. Gjenstander er gjerne hovedanliggendet for museer og samlinger, så også innenfor medisinsk historie.

Det var lenge håpet at det skulle stått klart et nytt, nasjonalt medisinsk museum i en av bygningene ved det gamle og fraflyttede Rikshospitalet i Oslo sentrum til feiringen av det offentlige legevesens 400-års-jubileum i 2003. Man hadde ikke noe sentralt medisinsk museum, og mye entusiasme hadde derfor vært investert i planene. Et mangeårig, kostbart og godt utredningsarbeid lå bak da ombyggingsarbeidene i Pilestredet Park skulle settes i gang og det medisinske museet skulle ta form. Arkitekttegninger, nødvendige forberedende politiske vedtak og alle detaljer var klare.

Men intet skjedde. Det ble uro blant dem som hadde vært med i prosjektet så langt. Tiden gikk og 2003 nærmet seg. Forsiktige spørsmål om hvor saken sto, ble besvart med at den lå på statsrådets bord. Og der på bordet lå den, inntil statsråd Tore Tønne (1948-2002) vendte tommelen ned. Dermed var saken om et separat museum for medisin, helsevesen og helsefagene over for denne gang.

Skuffelsen var stor i vide kretser. De umiddelbare reaksjonene fra dem som hadde lagt rygg og prestisje til prosessen og hatt tillit til politikernes sakshåndtering, varierte fra raseri til apati, fra stilltiende aksept til bitre ønsker om omkamp.

Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum ble derfor opprettet i 2002 av folk som hadde vært aktive i planleggingen av det nasjonale museet, og som ikke uten videre aksepterte at dette skulle være siste ord i saken, selv om hovedmålet, et nasjonalt medisinsk museum, egentlig var oppnådd – om enn annerledes enn opprinnelig tenkt. Stiftelsen har fortsatt som mål å opprette et separat, nasjonalt, medisinsk museum.

Men det Tore Tønne også bestemte, var at Norsk Teknisk Museum på Kjelsås i Oslo skulle få oppgaven som nasjonalt medisinsk museum i tillegg. Og slik ble det. På Norsk Teknisk Museum fikk man både samfunnsoppdraget og et tilhørende budsjett. Her fikk man fagkompetanse, hit kom gjenstandssamlinger, blant annet fra Rikshospitalet, hit kom bøker, osv. – kort sagt, man var i gang, slik det blant annet er beskrevet av Lange i dette *Michael*-heftet (2). Her begynte man å utvikle en permanent medisinhistorisk utstilling og man la opp til å ha skiftende utstillinger ved siden av. Kanskje var løsningen ikke så uhensiktsmessig likevel, selv om man både kunne tenke seg og forvente kulturkollisjoner når teknikk, helse og medisin skulle inn under samme hatt, i ethvert fall i den første tiden.

Museumsnettverket

Som en del av oppdraget til Nasjonalt Medisinsk Museum ved Norsk Teknisk Museum hørte også at man skulle være faginstans for de mange lokale, medisinhistoriske samlingene rundt i landet (3). Man skulle vedlikeholde faglige kontakter og yte museologisk bistand, blant annet gjennom å arrangere møter med nettverket for medisinhistoriske samlinger. Dette var det også var budsjettet med. Et slikt møte var det som ble arrangert i Trondheim 12.–13. april 2018 med det lokale medisinhistoriske miljøet som vertskap (4).

De rundt femti medisinhistorieinteresserte som hadde samlet seg i Trondheim to vakre vårdager 2018, tilhørte derfor i hovedsak «museumsarenaen» innen medisinsk historie, og de kom fra hele landet. De fleste var primært opptatte av spørsmål vedrørende medisinhistoriske samlinger.

Vi fikk høre om lokale samlinger som hadde store problemer med å holde aktiviteten i gang, og vi hørte om samlinger som gikk riktig bra og hadde en god utvikling. Her stilte selvsagt Nasjonalt Medisinsk Museum ved Norsk Teknisk Museum i en kategori for seg selv, på grunn av sin offisielle posisjon. Ikke desto mindre har dette miljøet fått til ganske mye

(2). Den medisinske delen er tross alt underlagt en felles ledelse med de øvrige samlingene ved Norsk Teknisk Museum.

«Gammeldoktoren»-utstillingen ved Glomdalsmuseet på Elverum er en vellykket, medisinhistorisk satsing som har fungert i mange år til allmenn tilfredshet. Den hadde utspring i en utstilling som ble arrangert i forbindelse med Legeforeningens sterkt historieorienterte 100-årsjubileum i 1986. Utstillingen er nå blitt permanent, både som attraksjon og dokumentasjon. Arnesens artikkel gir et overblikk over hvordan man har oppnådd dette (5).

Museet ved Kunnskapssenteret ved St. Olavs Hospital og NTNU i Trondheim er lite, men det har «museion»-funksjoner ved at det knytter sammen både aktuell og historisk kunnskap, gjerne presentert slik at det passer både for fagfolk og andre (6).

I likhet med museet ved Teknisk Museum på Kjelsås og museet ved Glomdalsmuseet på Elverum har Trondheimsmuseet en fordel ved å ha en langsiktig institusjonell tilknytning. Er man avhengig av entusiasternes innsats og utholdenhet og f. eks. sykehusadministratorens skiftende velvilje, er usikkerheten meget stor. Det ble således gitt nedslående eksempler på steder hvor ivrige veteraners museumsarbeid bare ble sett på som underholdning for institusjonens pensjonister – og dermed en salderingspost som kunne strykes når det passet. Evtuns artikkel fra Tønsberg gir mange gode råd om hvordan slik usikkerhet kan motvirkes (1).

I det hele er det et kardinalspørsmål hvem som skal forvalte det medisinske arvegode. Lorentz M. Irgens' innlegg på møtet og artikkel her i *Michael* har nettopp dette som tema (7). Spørsmålet er aktualisert i Bergen, ettersom en av de viktigste bygningene i norsk medisinhistorie, Pleiestiftelsen for Spedalske no.1, er lagt ut til salg i det åpne markedet. Institusjonell forankring er altså heller ikke nok, dersom institusjonene bakom heller ikke forvalter sitt ansvar på egnet måte. Fagområdet medisinsk historie har som sin skjebne å ligge midt mellom sfærer med ulike verdigrunnlag.

Immateriell historie

I enhver helserelatert situasjon, for eksempel i et møte mellom en pasient og en lege eller sykepleier, skjer det to ting. Det ene er at helseproblemet håndteres. Det andre er at man lærer noe. Det oppstår en informasjon som kan være nyttig senere, sammen med annen, akkumulert informasjon. Systematisk journalføring ved sivile sykehus har i vårt land tradisjoner tilbake til dansketiden og åpningen av Det kongelige Frederiks Hospital i København i 1757. Over tid samler det seg opp en stor informasjonsmengde på enkeltpasientnivå, også egnet for historisk analyse.

Et virvar av regelverk, rutiner og lokale kassasjonspraksiser har imidlertid skapt vansker for å oppbevare og utnytte arkivmaterialet. Opprettelsen av helsearkivet på Tynset, med planlagt åpning i 2019, og den tilhørende spesialutdanningen av personell til å betjene dette, er derfor en medisinhistorisk milepæl. I løpet av de siste femti år har vi altså opplevd utbygging av den medisinhistoriske aktiviteten på universitetene, og etter århundreskiftet er museumsvirksomheten konsolidert, lokalt og sentralt. Grepet med å etablere et eget helsearkiv er imidlertid like viktig. Les Carstens og Jenssens artikkel i dette *Michael*-nummeret (8) og reflekter over hva dette kan bety!

Forhåpentligvis vil man også komme videre i det pågående arbeidet med å sikre primærhelsetjenestens arkivstoff. Fordi primærhelsetjenesten i Norge er tillagt så mange viktige funksjoner i møtet mellom befolkningen og fagmiljøene, er arkivspørsmålene presserende, dersom erfaringer og kunnskapstilfang skal kunne utnyttes. Men dette er fortsatt et uryddig område, og informasjonsmengden er meget stor. Sannsynligvis trengs et revidert regelverk, ikke bare for hva som skal tas vare på og på hvilken måte av Arkivverket, men også for hvordan informasjonen som skal arkiveres, blir registrert ute i primærhelsetjenesten.

Det er imidlertid noe annet vi også mangler. Det er en trygg havn for litteratur med medisinhistorisk relevans. Selv om det nok finnes medisinhistoriske boksamlinger rundt omkring, mangler vi et sentralt, profesjonelt ledet medisinhistorisk bibliotek. Dette ville kunne være et kunnskapssentrum for medisinenes immaterielle historie.

Gamle fagbøker og tidsskriftårganger lever ofte farlig i mer bredt anlagte biblioteker. Noen, også folk som burde vite bedre, tror at «alt» er på nettet, eller at «alt» finnes tilgjengelig et annet sted, hvilket betyr fritt fram for å kassere. Eksempler: Prøv å finne seriene med gamle, utenlandske medisinske fagtidsskrifter som det har vært abonnert på og som har vært lest i Norge. Det var ofte der at tidens nyvinninger ble presentert for norsk medisin. De pietetsfullt innbundne årgangene man ofte fant på sykehusene, betydde mer enn enkeltartiklene som sto i dem, fordi det var man kunne finne hvordan resonnementer utviklet seg. Eller prøv å finne gamle lærebøker – og akkurat den riktige utgaven – der det står hvordan «state of the art» for behandling av nyretuberkulose var i 1935, den dagen du trenger å vite nettopp dette. Eller de populærmedisinske bøkene som slo an og formet folks helseoppfatninger i brede lag og forklarer hvorfor de søkte lege og hvorfor de ikke gjorde det, når f. eks. avkommet hadde vondt i magen.

Vi prøvde allerede i slutten av 1960-årene å etablere en slik boksamling ved Universitetet i Oslo, men det gikk ikke så bra. En del bøker er nok der,

men de må voktes hver dag mot kassasjonslystne øyne. Tilbud om bokgaver kommer stadig vekk, men må avslås. Det ligger således en oppgave forut.

En medisinhistorisk boksamling venter også på spesialutdannede folk, slik man nå får ved arkivet på Tynset. Kanskje kunne det nasjonale medisinhistoriske museet på Kjelsås, som allerede har en boksamling, få styrket sitt samfunnsoppdrag også på bibliotekfeltet og derved knytte den materielle og immaterielle medisinhistorie mer sømløst sammen?

Møtet i Trondheim dreide seg altså vesentlig om gjenstander som samleobjekter og kunnskapsbærere. Dette var i full erkjennelse av at medisinsk historie består av mye annet – kanskje mest av mye annet, nemlig den immaterielle historie som er bygd på andre kildegrunnlag. Den vises bare indirekte gjennom fysiske minner. Det er tankene bak som bestemmer, også over hva gjenstander kan fortelle. En pent utstilt sykepleieruniform forteller lite om sykepleien. En pinsett er like viktig for kirurgen som for frimerkesamleren. Knipetang og speiderkniv kan i givne tilfelle også være kirurgiske instrumenter. Magne Nylenna ga i sitt foredrag en oversikt over medisinenes immaterielle historie (9). Et innblikk i den immaterielle medisinhistorien viser hvilke enorme felter som åpner seg, ikke bare ved å gi bakgrunnsstoff for det museale, men for å utvikle medisinsk historie som et aktivt, samfunnsengasjert fag.

Fortelling

Å *fortelle* er et eget område innenfor historisk metode, å sette ord på noe man vil meddele på en kvalitetssikret måte. Det å drive slik formidling er viktig, nyttig og inspirerende. De gode medisinhistoriske fortellingene har bidratt til mye av fagområdetets tiltrekningskraft og levedyktighet. Metoder og medier kan variere. Aktørseminarer er en slik metode, som beskrevet av Nylenna (9). Sentrale personers egne ord om hva som har hendt, blir tatt vare på ved hjelp av en systematisert teknikk. Det norske medisinske Selskab har engasjert seg i dette, og stilt *Michael* til disposisjon for publisering av referatene.

Men formidling kan også skje på nye måter: Legen Tore Salte benytter noe så moderne som en blogg som medium for å fortelle medisinsk historie, kfr. hans artikkel (10).

Dette *Michael*-nummeret avrundes med to medisinhistoriske fortellinger av ulik karakter. Tidligere departementsråd og nøkkelperson i norsk helseforvaltning i de turbulente årene rundt 2000, Anne Kari Lande Hasle, forteller om hva som skjedde på sentralt nivå i en periode med gjennom-

gripende forandringer, sett fra en sentral aktørs side (11). Tidligere kirurgisk overlege Thorstein Bache Harbitz har benyttet notater fra sin far, kirurgen Hans Fredrik Harbitz (1900–1971) som sto for skadebehandlingen med sykehuset i Molde da krigen raste i 1940 (12). Farens notater og annen dokumentasjon som forfatteren har gravd fram, gir krigen et menneskelig ansikt gjennom omtalen av hva som hendte med hver enkelt av de 29 britiske soldatene.

Et lite eksempel på hvordan krigens medisinhistorie kan fortelles med museale virkemidler, er nevnt med henvisning til det medisinske historiske museet i Kiev i Ukraina (13).

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum med dens tilhørende venneforening gjør for øvrig en meget god jobb gjennom sine både interessante og godt besøkte møter, seminarer og studieturer. Stiftelsen står dessuten bak en omfattende, nettbasert fortellervirksomhet ved hjelp av sitt nettsted *www.helsehistorie.no*. Der er det blant annet verdifulle intervjuer med informanter fra nyere og eldre helsehistorie.

Alt helt greit?

Mye av det som skjer i medisinhistoriske fora er ikke bare interessant, men dessuten underholdende. Vektleggingen av underholdningsaspektet kan imidlertid også være et problem og en snublestein for medisinsk historie. For den museale delen kan f. eks. grensen mellom å benytte pedagogiske teknikker og det å lage lekeland for barn lett trås over. Denne balansen kan studeres når man sammenlikner medisinske museer (14).

Dessuten: Epidemier, tærende sykdommer, død, angst, hjelpeløshet, rigorøse kurer som ikke virker, smertefull kirurgi, sosial nød og andre temaer fra livets mørke sider er ikke morsomme, selv om de er engasjerende. Det er dette som er kjernestoffet i medisin- og helsehistorie. I tillegg til historiefaglig kvalitetsforankring må formidlingen også ha etisk bakkekontakt. En god historie må være basert på god historie.

Det foregår altså mye innenfor norsk medisinhistorie for tiden. Det vellykkede Trondheimsmøtet i 2018 bidro til gjensidig informasjon. For kanskje trenger vi nettopp å drøfte hva som er hva, hvem som gjør hva og hva som er det felles mål?

Dette målet må være å dokumentere og å fortelle om hvordan medisin, helse og helsevesen er blitt som det er, på en måte som både er kvalitetssikret og fanger interessen. For medisinsk historie *har* noe viktig å fortelle

Og for dem som skulle ønske å fortelle til *Michaels* lesere, har vi tatt med gjeldende forfatterveiledning sist i heftet (15).

Litteratur

1. Evtun P. utfordringer ved å lage et medisinsk historielag – eksemplet Tønsberg. *Michael* 2018; 15: 204-11.
2. Lange E. Utviklingen av Nasjonalt Medisinsk Museum og medisinhistorisk museumsnettverk i Norge. *Michael* 2018; 15: 175-88.
3. Lange E. Medisinhistoriske samlinger og museer i Norge. *Michael* 2018; 15: 189-92.
4. Medisinhistorisk nettverksmøte i Trondheim 12.-13. april 2018. *Michael* 2018; 15: 193-4.
5. Arnesen E. «Gammeldoktoren» – et godt liv på Glomdalsmuseet. *Michael* 2018; 15: 221-39.
6. Medisinsk museum i Trondheim – for leg og lærd. *Michael* 2018; 15: 195-203.
7. Irgens LM. Hvem skal forvalte det medisinske arvegods? *Michael* 2018; 15: 212-20.
8. Carstens S, Jenssen LC. Hva skjer med helsearkivene i Norge? *Michael* 2018; 15: 240-5.
9. Nylenna M. Medisinens immaterielle historie. *Michael* 2018; 15: 246-59.
10. Salte T. Hvordan blogge om medisinsk historie? *Michael* 2018; 15: 260-2.
11. Hasle AKL. Reformene i sentral helseforvaltning 2002 og etableringen av Helsedirektoratet. *Michael* 2018; 15: 263-9.
12. Harbitz TB. The saving and rescue of wounded British soldiers from Romsdal in Norway in World War II. *Michael* 2018; 15: 270-88.
13. Larsen Ø. Museum og virkelighet – det medisinskhistoriske museet i Kiev. *Michael* 2018; 15: 289-91.
14. Børdahl PE, Tschudi-Madsen S, Due J, Espeland E, Evensen SA, Larsen Ø, Lerheim K, Schiøtz A, Schjønby HP, Aarli JA. *Medisinsk museum. Utredning levert Sosial- og helsedepartementet Oslo april 1997*. Oslo 1997.
15. Instructions for authors. *Michael* 2018; 15: 292-5.

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn

oivind.larsen@medisin.uio.no

Utviklingen av Nasjonalt Medisinsk Museum og medisinhistorisk museumsnettverk i Norge

Michael 2018; 15: 175–88.

I Norge finnes det ett medisinhistorisk museum med et nasjonalt, statlig mandat, nemlig Nasjonalt Medisinsk Museum (NMM) ved Norsk Teknisk Museum på Kjelsås i Oslo. Dette museet har en rekke museumsfaglige oppgaver og mål. Én av disse er koordineringen av et nasjonalt nettverket for medisinhistoriske museer og samlinger. Hva vil vi oppnå ved NMM og i nettverket? Hvordan kan vi gjøre det? Hvilke felles utgangspunkt kan vi bygge på, hvilke særegenheter må vi verne om?

Nasjonalt Medisinsk Museum: Utgangspunktet og de faste utstillingene

I 2002 etablerte Helse- og Omsorgsdepartementet Nasjonalt Medisinsk Museum ved Norsk Teknisk Museum (NTM). Den medisinhistoriske samlingen fra Rikshospitalet ble overført til museet, og var det sentrale utgangspunktet for museumsdriften.

Den første faste utstillingen, *Sunn sjel i et sunt legeme* (2003), forteller 150 års historie om sykdomsbekjempelse og -forståelse ved hjelp av viktige gjenstander i denne samlingen, som mumien «Maren i myra» (antakeligvis bevart fordi hun ble begravd så dypt, for å hindre smitte av kolera, i tråd med 1850-årenes teori om smitte via miasmer), et «Finsen-apparat» brukt til lysbehandling av tuberkulose og en jernlunge, skaffet til Rikshospitalet på 1950-tallet til bruk for poliopasienter.

Den andre faste utstillingen, *God Bedring – mennesker, teknologi og viten på sykehus* (2006) tar et mer eksplisitt utgangspunkt i samlingen fra Rikshospitalet. Gjennom mer enn 500 gjenstander fortelles både små konkrete og overgripende fortellinger fra det norske sykehussystemet før og nå. Utstillingen er strukturert tematisk, og løfter fram historier, perspektiver og stemmer fra ulike tider og steder.

Da vi produserte *God Bedring* samlet vi også inn nye gjenstander: Personlige minner fra sykehusopphold eller arbeidshverdag på sykehus, og gjenstander som kunne vise avviklingen som uunngåelig følger den raske teknologiutviklingen som finner sted i det norske samfunnet generelt og ved sykehusene.

En slik innsamling, både av relevante gjenstander og immaterielle erfaringer fortsatte vi i den tredje faste medisinhistoriske utstillingen vi har laget: *Usynlig verden* (2009). Denne tematiserer det å se, og visualiserings-teknologier. For eksempel viser den ulike bilder og filmer av ørsmå strukturer inne i kroppen, som et 1700-talls lysmikroskop og det første elektronmikroskopet som ble tatt i bruk ved Universitetet i Oslo. Det er også intervjuer med og dokumentasjon av praksisen til ulike utøvere innen mikrobiologi, fysikk og «imaging».

Hva er et museum? Hva kan og bør det være?

ICOMs (International Council of Museums) definisjon av et museum lyder slik: «Et museum er en permanent institusjon, ikke basert på profitt, som skal tjene samfunnet og dets utvikling og være åpent for publikum; som samler inn, bevarer/konserverer, forsker i, formidler og stiller ut materielle og immaterielle vitnesbyrd om mennesker og deres omgivelser i studie-, utdannings- og underholdningsøyemed.»

Museumsrollens potensial er med andre ord stort. Hva skal vi bevare, hvilke historier og vitnesbyrd skal vi bringe videre? Det krever alltid valg – og kunnskap og bevissthet. Vi er pålagt å forvalte, forske og formidle. Men hvordan skal vi gjøre det, og hvorfor?

Vår erfaring er at kjerneoppgavene forvaltning, forskning og formidling er så tett knyttet til hverandre, at de bør ses og utøves i tett sammenheng med hverandre. Det som er samlet inn og som samles inn, bør også forskes på, tas stilling til og stilles ut – på en slik måte at det formidler de nye kunnskapene og forståelsene som er ervervet i forvaltnings- og forskningsprosessen. Det blir mer effektivt på den måten, og lettere å utnytte museumsinstitusjonens og utstillingsmediets muligheter til å ta opp uavklarte spørsmål, delta i samfunnssamtalen med nye perspektiver og innsikter og å være et møtested for ulike mennesker og miljøer, tenkninger og tradisjoner.

Selve temaet vårt, medisinhistorie og helsehistorie, favner bredt og bør presiseres nærmere. Det er kanskje to ting som særlig karakteriserer NMM og skiller oss fra andre medisinhistorie og helsehistorie museer i Norge: Vi har for det første et statlig mandat. De temaene og problemstillingene vi løfter, bør ha nasjonal (eller internasjonal) relevans.



Figur 1: Form og innhold henger sammen. En museumsutstilling virker på en annen måte enn for eksempel en bok. Kanskje kan man også få tak i en annen type kunnskap og innsikt gjennom en utstilling. Dette bildet er fra prosjektet Skjeletter i skapet, som utforsker museets samling av menneskelige levninger. (Foto: Håkon Bergseth, NTM, 2017)

For det andre er vi ikke knyttet til noen medisinsk institusjon, men er derimot en del av et teknologi- og vitenskapshistorisk museum. Dette gjør oss godt egnet til å undersøke sammenhengene mellom vitenskap-, teknologi- og medisinhistorie og mellom natur- og humanvitenskap. Vi har et stort, sammensatt publikum der mange er barn og unge, hvilket gjør det ekstra viktig, synes vi, å diskutere grunnleggende spørsmål knyttet til menneskelige vilkår historisk og i samtiden: Hva er sykt og hva er friskt, hva er normalt og unormalt? Hvordan har disse forståelsene og kategoriene oppstått og endret seg?

En siste grunn til å tematisere overordnede og teoretiske aspekter ved medisin- og helsehistorien på Nasjonalt Medisinsk Museum, er knyttet til hva vi *ikke* er: Vi er ikke medisinere eller annet helsepersonell, og har verken særlig ansvar for eller kunnskap om én spesiell medisinsk institusjon eller profesjon. Dette er det derimot mange andre som er og har.

De fleste av de rundt 30 samlingene/museene som er tilknyttet det medisinhistoriske museumsnettverket, er drevet av folk som er helsefaglig

utdannet, og er tilknyttet én helseinstitusjon. Disse har et klart fortrinn når det gjelder å fortelle en spesifikk, spisset profesjons- og eller institusjons-historie. Autentisiteten sitter i bygningene, gjenstandene og i personene. Mange har arbeidet med gjenstandene i sin samling – og i vår samling. Til gjengjeld kan vi bidra med museumsfaglig kompetanse; innspill til hvordan denne delen av den materielle og immaterielle kulturarven kan perspektiveres og iscenesettes, som et utgangspunkt for mer innsikt om medisinhistoriske emner og problemstillinger.

Samlingsforvaltningen ved NMM

Deler av samlingen fra Rikshospitalet, blant annet den oftalmologiske, er blitt bygd opp gjennom mange år, og er godt katalogisert. Andre deler bærer mer preg av å være samlet sammen raskt i forbindelse med flyttingen av Rikshospitalet fra Pilestredet i Oslo sentrum til Forskningsparken ved Gaustad. Samlingen har vært ryddet og sortert gradvis siden da. Det gjenstår nå å registrere og rydde i anslagsvis 1/3 av samlingen. I følge registreringssystemet Primus er det i overkant av 4600 gjenstander fra inntak fra Rikshospitalet. Inntaket fra årene 2003–2017 utgjør ca. 1200 gjenstander.

En viktig del av NMMs mandat er å forvalte den kollektive historien på det helse- og medisinhistoriske området i Norge. Dette innebærer en aktiv innsamlingsstrategi. Hva skal vi samle på, og hvorfor? Vi kan ikke bevare alt, så et bevisst forhold til hva som skal bevares, er like viktig som vanskelig. Vi får stadig henvendelse fra institusjoner eller enkeltmennesker som ønsker å gi gjenstander eller samlinger, og vurderer disse fra gang til gang. I tillegg har vi samlet inn i forbindelse med utviklingen av utstillingene. Denne innsamlingen har også inkludert immaterielle gjenstander; personlige erfaringer som er blitt skrevet ned, tatt opp på lydbånd eller film.

Utstillingsproduksjonen ved NMM

I tillegg til de tre faste utstillingene, har vi laget 19 temporære utstillinger. De har blitt vist ved museet fra tre måneder til mer enn et år, i noen tilfeller på andre museer, biblioteker, skoler e.l. senere. Disse utstillingene har ofte vært en del av større dokumentasjons- og formidlingsprosjekter.

Fem av dem var resultat av deltakelse i *Hot spot-* eller *Brudd-*nettverkene; initiativ tatt av det statlige ABM-utvikling (Arkiv-, bibliotek-, og museumsutvikling) for at museene skulle øve seg på å bli aktører i samfunnsdebatten. Her tok vi opp utfordringer knyttet til kunstig befruktning og nasjonal lovgivning på dette feltet i en internasjonal, digital verden (*Cyberstorken*), formidlet personlige erfaringer fra opphold på tuberkuloseinstitusjoner (*Sanatoriebarn*-prosjektet), hvordan man skal forholde seg til sporene fra

de store psykiatriske institusjonene (*Verdiløs? Den vanskelige psykiatrihistorien*), og psykisk utviklingshemmedes historie før og etter reformen i hel-severnet for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) i 1991 (*Uførte stemmer og glemte steder*). I tre av disse prosjektene sto innsamling av opplevelser og erfaringer sentralt, særlig pasienterfaringer og erfaringer fra hel-seinstitusjoner. Selv om temaene tuberkulose, psykiatri- og utviklingshemmedes historie er behandlet innen medisinhistorien, opplevde vi at våre bidrag tilførte verdifulle nye kilder, kunnskaper og perspektiver.

Vi har arbeidet med slik innsamling av personlige erfaringer også i andre prosjekter, som *Et lite stykke Helse-Norge, Portrett av Helsesenteret for papirløse migranter* og *Hjemme hos mennesker med alvorlige og langvarige psykisk sykdom*. I disse prosjektene jobbet vi sammen med henholdsvis Røde Kors, Kirkens Bymisjon Oslo, Rådet for Psykisk Helse og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Denne arbeidsformen er representativ: I nesten alle utstillingsprosjekter har vi samarbeidet med en eller flere organisasjoner eller andre samfunnsinstanser¹. Vi samarbeider også ofte med andre museer og med ulike kunstnere og scenografer.

Museumsmediets muligheter

I utstillingsproduksjonene prøver vi stadig å finne nye måter hvor form og innhold kan virke sammen. Vi forsøker å uttrykke oss gjennom ulike sjangre. Ikke minst har vi brukt mye dokumentarfoto og dokumentarfilm. Vi har laget eller vist flere utstillinger som er nesten rene fotoutstillinger, og produsert en rekke, ofte korte intervju- eller dokumentarfilmer. Bare til utstillingen *Mind gap* (2011) om hjernen og hjerneforskning, produserte vi 19 «minidokumentarer» med hjerneforskere og pasienter med nevrologiske lidelser. Denne utstillingen er videre den største, mest omfattende og produksjonsmessig komplekse utstillingen vi har laget. Det var mulig kun fordi den ble laget sammen med store deler av resten av vår «moderinstitusjon» NTM. Også vår nyeste utstilling *FOLK – fra rasetyper til DNA-sekvenser* (2018) er laget av en stor prosjektgruppe bestående av eksterne samarbeidspartnere fra ulike steder av akademia, NMM og folk fra alle avdelinger i NTM.

Vi er nå i gang med å lage våre faste utstillinger på nytt. *Medisinske rom* vil stå ferdig om noen år, og den vil forhåpentligvis ta opp viktige medisin-

¹ I tillegg til de nevnte har vi eksempelvis samarbeidet med Universitetet i Oslo, særlig ulike institutter på Det medisinske fakultet. Vi har også samarbeidet en del med museologiske miljøer, med de forskningsetiske komiteene, foreninger av ulike slag, foruten instanser som blant andre Bioteknologirådet, Teknologirådet, Kreftforeningen, Norske Kvinners Sanitetsforening, Norges Parkinsonforbund, Samordningsrådet for arbeid med Psykisk utviklingshemmede (SOR), NFU (Norsk Forbund for psykisk utviklingshemmede), og Norsk Folkehjelp.



Figur 2: Vår nyeste utstilling, FOLK – fra rasetyper til DNA-sekvenser. FOLK utforsker den historiske og nåtidige forskningen på menneskelig biologisk variasjon og samspillet mellom forskning, samfunn og kultur. Gjennom en rekke gjenstander, arkivfotografier og filmer, samt nyproduserte filmer og videointervjuer, åpner utstillingen for en bred, informert diskusjon om medisinske, biologiske, antropologiske og genetiske tilnærminger til menneskelig biologisk forskjell fra rundt 1850 til i dag. Hvordan kategoriseres mennesker? Hvilke apparater og instrumenter har muliggjort og muliggjør det? Hvilke spor har det satt, hva fører det til i samtiden? (Foto: Åse Marie Mikkelsen, NTM 2018.)

historiske tematikker og problemstillinger på nye, relevante måter. Vi håper å kunne trekke vekslers på våre samlinger, kunnskaper, kontakter, filmer og annet innhold utviklet i tidligere prosjekter og også å få kontakt med nye miljøer og få relevante spørsmål og vinklinger i løpet av prosessen. Blant dem vi håper å samarbeide med, er andre museer og enkeltpersoner i det medisinhistoriske museumsnettverket.

Forskningen ved NMM

Forskning hører med til et museums kjerneoppgaver. Den forskningen vi gjør og har gjort i NMM, er tett knyttet til utstillingene og de øvrige formidlingsprosjektene vi arbeider med. Noen ganger har det *begynt med forskningen*, som med FOLK. Denne utstillingen er utledet av et fireårig Nor-

ges forskningsråd-finansiert prosjekt, som munnet ut i utstillingen, og som har generert en rekke ulike publikasjoner underveis.

Andre ganger har forskningen kommet *etter* utstillingene. *Sanatoriebarn*-prosjektet er et eksempel her. Vi kom i kontakt med to personer som hadde sterke historier fra Grefsen barnesanatorium og laget en liten utstilling med utgangspunkt i disse. Denne førte til kontakt med en rekke flere mennesker med erfaringer fra sanatorieopphold, mye oppmerksomhet og flere prosjekter, inkludert forskning. Vi har skrevet medisinhistorisk om tuberkulose i Norge på 1950- og 60-tallet, og museologisk om det å stille ut levende menneskers personlige og vonde erfaringer.

Et spesialtilfelle av forsknings- og utredningsarbeidet vi har jobbet med, er kartleggingen av norske psykiatrihistoriske museer, samlinger og arkiv (2009–11). Dette arbeidet ble initiert av ABM-utvikling (som gikk inn i Kulturrådet i løpet av perioden). Det resulterte i en rapport som ble sendt både Helse- og kulturdepartementet, og også – underveis i kartleggingsarbeidet – utstillingen *Verdiløs? Den vanskelige psykiatrihistorien*, der et tydelig budskap var at formelle instanser og myndigheter må ta mer ansvar overfor historien om de gamle asylene.

Vi også drevet forskning som ikke har vært knyttet til et utstillings- eller annet formidlingsprosjekt, for eksempel Olav Hamrans farmasihistoriske arbeider, presentert i bøkene *Den fortrinlige kunnskap og dyktighet. Farmasi og farmasøyter i Norge 1858–2008* (2008) (1) og *Riktig medisin? En historie om apotekvesenet* (2010)(2).

Samarbeid med det medisinhistoriske museumsnettverket og med Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum

Det nevnte kartleggingen av materiale involverte også de av medlemmene i det medisinhistoriske museumsnettverket som har psykiatrihistoriske arkiv, samlinger eller museer. Vi har også samarbeidet tett med flere av de andre deltakerne ved andre anledninger, som i vandreutstillingen *Uhørte stemmer og glemte steder. Utviklingshemmedes historie* og nettutstillingen institusjon.no, der Emma Hjorth museum, Trastad samlinger og Lepramuseet/Bymuseet i Bergen var sentrale partnere.

Videre har vi hatt god faglig kontakt og informasjonsutveksling med Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum. NMM bidro i boka *Historier om helse* (2009) (3), og institusjonene har arrangert mange seminarer og møter sammen.

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum oppsto som en følge av at Nasjonalt Medisinsk Museum (NMM) ved en avgjørelse av helseminister Tore Tønne (1948–2002) ble lagt til Norsk Teknisk Museum (NTM), i stedet



Figur 3: Det samtidshistoriske prosjektet Hjemme hos mennesker med alvorlig og langvarig psykisk sykdom fra 2016 samlet inn ny kunnskap om hvordan det kan arte seg å leve med alvorlig og langvarig psykisk sykdom i dagens Norge. Utstillingen ble åpnet av helseminister Bent Høie, her sammen med Ellen Lange. (Foto: Håkon Bergseth, NTM, 2016)

for å bli et separat museum. Stiftelsen ble opprettet med utspring blant personer som gjennom lang tid hadde arbeidet i komiteer, utvalg, studiereiser og annen planlegging av et frittstående museum for medisin og helsearbeid ved det da fraflyttede Rikshospitalet i Pilestredet i Oslo. Stiftelsen har fortsatt opprettelsen av et separat museum som underliggende målsetting, men driver også med andre oppgaver, som å arrangere seminarer og foredragsmøter, studiereiser m.v.

Det har til tider vært snakket om at Stiftelsen burde skifte navn. «Venneforeningen Nasjonalt medisinsk museum» har vært et forslag til det nye navnet, fordi dette i ethvert fall i perioder bedre har avspeilt organisasjonens aktivitet. Samtidig har Stiftelsen særlig i det siste arbeidet mer spesifikt med problematikk innenfor helsevesenet, for eksempel for å hindre nedleggelse av Ullevål sykehus. Det er derfor forståelig om Stiftelsen vil se sitt arbeid som mer uavhengig av museumssaken enn hva ordet «venneforening» kan indikere.

Like fullt er det gode grunner til likevel å skifte navn. Slik det er nå, oppstår det ofte forvirring. Folk blander Nasjonalt Medisinsk Museum (NMM) og Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum sammen, hvilket er uheldig for begge. Dette gjelder særlig fordi de to partene har potensial til å utfylle hverandre så godt.

Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum har, i likhet med flere av de andre deltakerne i nettverket, en imponerende høy medisin­faglig kompetanse og nyttige nettverk. De engasjerte har spesialkunnskap både om den helse­faglige historien og om helsevesenet i dag. Stiftelsen er imidlertid mer enn NMM spisset mot de helsefaglige utdanningene og profesjonene. For­håpentligvis kan vi tilby hjelp til hvordan man kan «snakke museums­k» mest mulig effektivt til disse målgruppene, og blant annet få hjelp til kata­logisering av gjenstander og bilder fra fagfolk som kjenner slikt materiale fra sitt daglige arbeid og sine egne fagtradisjoner. Vi håper også at noen vil være med i en referansegruppe knyttet til vår kommende utstilling *Medisin­ske rom*.

Museumsnettverket

I de siste årene har NMM fått berettiget kritikk for at aktiviteten i nett­verket har vært for lav. Det har eksistert en ambisjon om å ha to samlinger i året, én hos NMM og én utenfor, men dette har ikke blitt godt nok fulgt opp den siste tiden. Dette er bakgrunnen for at vi 2017 etablerte en gruppe som skulle arbeide for fornyet aktivitet i det medisin­historiske nettverket².

Arbeidsgruppas første mål var å arrangere nettverksmøtet i Trondheim i 2018. Dette ble ansett som en viktig hendelse i det kontinuerlige arbeidet med å identifisere behovene og målene i nettverket, og hvordan vi best kan arbeide for å dekke og nå disse.

Hvordan kan vi best jobbe sammen og hjelpe hverandre? Det er mange arbeidsformer og -kanaler som kan være aktuelle. Medisin­historiske semi­narer er velprøvd, og dekker både faglige og sosiale behov. Antakeligvis er ett seminar i året en passe frekvens. Da får vi tid til å utarbeide et relevant program, og vertskapsinstitusjonen får forberedt seg godt uten å bli utslitt.

Vi bør også vurdere en kanal som erstatter bladet *Kurven*, som ble utgitt en til to ganger i året fra 2004 til 2009. Nettsiden *helsehistorie.no* drives av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum, og kan være et egnet utgangspunkt for dette. Her kan faglige prosjekter og temaer synliggjøres.

2 Gruppen har bestått av Mona Ødegården fra Medisinsk museum i Trondheim, Lorentz M. Irgens fra Fødselsstiftelsen i Bergen, Rolf Kåresen fra Ullevål Museum, Ole Didrik Lærum fra Doktorgården i Voss, Per Evtun fra Medisinsk historielag Sykehuset i Vestfold (leder) og Ellen Lange fra Nasjonalt Medisinsk Museum (sekretær og koordinator)

Man kan også se for seg at nettverket kan jobbe mer politisk for å sette behovene for de norske medisin- og helsehistoriske museer og samlinger på dagsordenen i det offentlige ordskiftet. Flere har også uttrykt ønske om en tettere tilknytning til Akademia, og at medisin- og helsehistorie i større grad kommer inn på pensum for medisinstudenter, og gjerne også slik at noe av denne undervisningen skjer ved eller i samarbeid med museene.

Hva man ønsker å få ut av nettverket, varierer, slik jeg ser det, ganske mye mellom de ulike deltakerne. Men for oss alle tror jeg det gjelder at vi ønsker faglig påfyll og inspirasjon, større synlighet og slagkraft både for egen institusjon og for medisin- og helsehistorie. Og vi ønsker bedre oversikt over hvilke museums- og arkivinstitusjoner som arbeider med medisin- og helsehistorie i Norge, og over deres faglige aktivitet.

Litteratur

1. Hamran O. *Den fortrinlige kunnskap og dyktighet. Farmasi og farmasøyter i Norge 1858–2008*. Oslo: Norges farmaceutiske forening, 2008.
2. Hamran O. *Riktig medisin? En historie om apotekvesenet*. Oslo: Pax, 2010.
3. Hem E, Swärd ET, Natvig JB. *Historier om helse*. Oslo: Den norske legeforening, 2009.

Eksempler på forvaltning, formidling og forskning ved NMM 2003–2018

De største gjenstandsinntakene etter 2002

- Gjenværende gjenstander og arkiv etter Barselhjemsutstillingen (1916), gitt av Høgskolen i Akershus (2003)
- Samling av 100+ kirurgiske instrumenter brukt på Narvik sykehus og donert av Ståle Lyngstadaas (2003)
- Universitetets kirurgiske instrumentsamling (2004)
- En rekke undervisningsplansjer om anatomisk oppbygging, næringsstoffer med mer opprinnelig fra Statens Lærerindeskole i Husstell på Stabekk, gitt av Høgskolen i Akershus (2004)
- En samling postkort (ca. 400 stk.) med motiv fra norske sykehus, (2007, i forbindelse med *God Bedring*)
- Utstyr brukt til sykepleie, brukt eller samlet av sykepleierhistoriker Jorunn Mathisen, Høgskolen i Østfold (2006, i forbindelse med *God Bedring*)
- Beredskapsmateriell / feltsykehus fra Sivilforsvaret (2009)
- Gjenstandssamling fra Oslo Sanitetsforening, Gjenstander fra enkeltmennesker (pleiere og pasienter) fra opphold på Grefsen barnesanasatorium (2009-12)

- Gjenstander og fortellinger fra nevrologisk forskning, sykdom og behandling (i forbindelse med *Mind Gap* 2011)
- Gjenstander og personlige erfaringer fra Helsesenteret for papirløse migranter (2012) Utstillingen «Faner for frihet», (28 tekstilarbeider med psykiatrikritisk innhold, donert av kunstneren, Inger Emilie Nitter)
- To boksamlinger etter leger og særlig to privatarkiv: Haakon Natvig, Åse-Marit Olsen.

Temporære utstillinger

- *FOLK. Fra rasetyper til DNA-sekvenser.* Forskningsbasert utstilling om historiske og samtida studier og forståelser av menneskelig mangfold. NTM 21. mars 2018 – høst 2019
- *Skjeletter i skapet.* Hvordan forvalte og forstå museets samlinger med menneskelige levninger? NTM 2017
- *Hjemme hos mennesker med alvorlig og langvarig psykisk sykdom.* NTM oktober 2016 – august 2017
- *Faner for frihet.* Utstilling med psykiatrikritisk budskap, laget av Inger Emilie Nitter, kunstner og med mange års erfaring som pasient i psykiatrien. NTM 2015. Også vist i Oslo Domkirke.
- *Dette er Parkinson.* Produsert av fotograf Anders Leines, vist i samarbeid med Norges Parkinsonforbund. NTM 2015
- *I mine sko. Om papirløses situasjon i Norge.* Vandreutstilling utviklet i samarbeid med Norsk Folkehjelp, NTM nov. 2014-feb. 2015, senere andre steder.
- *BRUDD 2014. Et bidrag til Norges historie.* Vandreutstilling produsert av seks museer, initiert av Kulturrådet. Vist ved NTM og andre steder 2014-15. (<http://brudd2014.weebly.com/>)
- *Det hvite rommet.* Dokumentasjonsprosjekt om håndtering av døden i dagens Norge. Utstilling NTM juni-sept. 2014.
- *Livet med døden/ Noch mal leben vor dem Tod.* Fotoutstilling, vist i samarbeid med Kreftforeningen. Vandreutstilling, vist en rekke steder i Europa, aldri før i Norge. NTM mars-sept. 2014.
- *'Det hjalp oss ikke å få stemmerett.' Katti Anker Møller og politisering av morsrollen.* Museets markering av Stemmerettsjubileet. Med utgangspunkt i gjenstandene etter Barselhjemsutstillingen fra 1916. Utstilling NTM mars-des. 2013.
- *Et lite stykke Helse-Norge. Portrett av Helsesenteret for papirløse.* NTM 2012-13, Levanger Museum 2013. Norges Røde Kors 2014.
- *Mind Gap.* Om hjernen og hjerneforskning. NTM 2011-12. Produserte bl.a 24 dokumentarfilmer om hjerneforskning og nevrologiske sykdommer.
- *Beauty comes from within.* Utstilling ved NTM med utgangspunkt i forskningsprosjekt, i samarbeid med SIFO (Statens institutt for forbruksforskning).

- *Verdilos? Den vanskelige psykiatrihistorien*. Utstilling NTM 2010. Innledning til kartlegginga v norske psykiatrihistoriske museer, samlinger og arkiv, i samarbeid med Kulturrådet.
- *Uhorte stemmer og glemte steder. Fortellinger fra utviklingshemmedes historie*. Vandreutstilling produsert av seks museer. Vist på NTM og andre steder 2008-12. Nettsted; www.institusjon.no
- *Klar for Eldrebølgen. Alderdom i 2020*. Vandreutstilling produsert sammen med Teknologirådet. Vist ved NTM 2009, senere andre steder.
- *Vonde minner fra Grefsen Barnesanatorium 1951-54*. NTM 2008-9.
- *Cyberstorken*, om nasjonale og internasjonale reguleringer og medisinske og teknologiske muligheter til å få barn etter kunstig befruktning. I prosjektledelsen. NTM 2007-8, senere vist ved Høgskolen i Oslo og andre steder.
- NMM spilte også en sentral rolle i NTMs jubileumsutstilling *Ting. Teknologi og Demokrati (2014–15)*, spesielt i utviklingen av to av de 8 diskusjonsoppleggene; om genteknologi og omsorgsteknologi. <https://ting.tekniskmuseum.no/>

Utvalgte publikasjoner

- Lefkadiou A. "This wonderful people": Darwin, the Victorians, and the Greeks. *Journal of Modern Greek Studies*. 2018 May;36(1):97-124. 10.1353/mgs.2018.0003
- Loring P. Review of Oxford handbook of the science of science communication, Jamieson K, editor. *Psychologist*. 2018 Mar;31:79.
- Lefkadiou A. Observations on race and racism in Greece. *J Anthropol Sci*. 2017 Dec;30(95):329-38. 10.4436/JASS.95013
- Lefkadiou A. Putting history on display. *History of Anthropology Newsletter* [Internet]. 2017 Oct. Available from: <http://histanthro.org/notes/putting-history-on-display/>
- Lefkadiou A. Practicing race and photography. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2017 Aug;64:92-96. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2017.05.002>
- Lange E, Sørli T. Tuberkulose. *Arr idéhistorisk tidsskrift*. 2017 feb;28:105.
- Hamran O, Lange E, Bergseth H, Loring P. *At home with people with serious and long-term mental ill health*. Oslo: NMM/NTM; 2017. 181 p.
- Loring P. Review of Bone rooms: from scientific racism to human prehistory in museums, Redman S. *J Hist Behav Sci*. 2017 Winter;53(1):102-104. <https://doi.org/10.1002/jhbs.21829>
- Loring P, Moosberg-Bustnes H. Being human: minds reflected in machines. In: Russell B, (ed). *Robots: an exhibition*. London: Scala Arts and Heritage Publishers, in association with the Science Museum, 2017.
- Hamran O, Lange E, Bergseth H. *Hjemme hos mennesker med alvorlig og langvarig psykisk sykdom*. Oslo: NMM/NTM; 2016. 157 s.

- Loring P. Review of Scull A. *Madness in Civilization: a cultural history of insanity*, *V&A Magazine*. 2015-Autumn.
- Lange E. «Så steg solen opp over Dikemark». *Psykisk helse på museum. Arr idéhistorisk tidsskrift*. 2015 feb-mar;26:135-47.
- Hamran O. *Farmasøytene: helse og handel*. I: Slagstad R, Messel J (red). *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax forlag, 2014.
- Hamran O. Det hjalp oss ikke å få stemmerett: Katti Anker Møller, Barsel hjemutstillingen og politisering av morsrollen. Oslo: NMM/NTM; 2013. 13 s.
- Hamran O, Lange E. Overgrep på museum: musealisering av personlige beretninger om tvang og overgrep. *Nordisk Museologi* 2013 feb;20:51-67.
- Loring P. The science and psychology of loving art. *V&A Annual Review*. 2013-14:30-35.
- Hamran O. Noen linjer innenfor kurbehandling av alkoholister i Norge. I: Hammer E, Oftedal M, (red). *Rom for helse: hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
- Hamran O, Lange E. *Et lite stykke Helse-Norge: portrett av Helsesenteret for papirløse migranter*. Oslo: NMM/NTM; 2012. 58 s.
- Hamran O. Et lite, korrump gammelt vesen - apotekene og apotekloven av 2001. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2011;131:1311-5.
- Hamran O, Lange E. *Mind Gap – 18 forskningsportretter*. Oslo: NMM/NTM; 2011. 229 s.
- Hamran O, Lange E. Tuberkulossjuka barn i Norge under 1950- og 60-talen. I: Ekelöf M, (red). *Naturen, kuren och samhället*. Stockholm: Carlsson Bokförlag, 2011.
- Hamran O, Holmesland H, Lange E. *Psykiatrihistorie: arkiv og museer, samlinger og utstillinger 2009-2010: rapport*. Oslo: Norsk kulturråd, 2011. 52 s.
- Skoie M. Uhørte stemmer og glemte steder: narrativer og utfordringer i utviklingshemmedes historie. *Handicaphistorisk Tidsskrift*. 2011;26:134-44.
- Lange E. Verdiløse minner. Kronikk. *Klassekampen*. 25. mars 2010.
- Hamran O. *Riktig medisin? En historie om apotekvesenet*. Oslo: Pax forlag; 2010. 391 s.
- Hamran O, Lange E. *Uhørte stemmer og glemte steder: fra utviklingshemmedes historie*. *SOR Rapport*. 2009 mai;66:2-6.
- Hamran O, Lange E. Sanatoriebarne. *Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. 2009 feb.
- Lange E. Barn på sanatorium. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2009;131:969.
- Gullhav I, Thygesen H, Sund E, Hamran O, Lange E, Skoie M. *Sanatoriebarne*. Oslo: NMM/NTM; 2008. 95 s.
- Hamran O. *Den fortrinlige Kundskab og Dygtighed: farmasi og farmasøyer i Norge 1858-2008*. Oslo: Forlaget Press; 2008. 311 s.

- Hamran O, Lange E, Skoie M. *God bedring! Mennesker, teknologi og viten på sykehus*. Oslo: NMM/NTM; 2007. 87 s.
- Skoie M, Treimo H. Cyberstorken. *Kronikk. Dagbladet*. 2007 nov 18.
- Hamran O, Hageberg A, Laahne E. *Himmel og jord i bevegelse: Blå kors i hundre*. Oslo: Forlaget Press, 2006. 224 s.

Ellen Lange

Ellen.Lange@tekniskmuseum.no

Medisinhistoriske samlinger og museer i Norge

Michael 2018; 15: 189–92.

En medisinhistorisk samling kan være gjenstander i mer eller mindre beskjedne glassmontre i en sykehusvestibyle, på et legekantor, eller i et museum som er viet andre temaer. Det kan også være instrumenter, arkivstoff, bøker og annet i privates eller det offentliges eie, uten å være utstilt eller umiddelbart tilgjengelig. Men vi har også i Norge større institusjoner som blant annet arbeider målrettet med helse, helsevesen og medisin ut fra museumsfaglige prinsipper. Akkurat hvor mange samlinger som finnes i Norge, er derfor ikke så lett å si, det avhenger av definisjonen og av hva man har kjennskap til. Nasjonalt Medisinsk Museum ved Norsk Teknisk Museum på Kjelsås i Oslo har imidlertid et nettverk av medisinhistoriske samlinger som kan gi en pekepinn. Oversikten over dette museumsnettverket, slik det er pr. juni 2018, gjengis her.

Gjenstandssamling fra Kirkenes sykehus
Forvaltes nå av Sør Varanger Museum/ Grenselandmuseet
Kontaktperson: Bodil Dago, faglig leder
E-post: glm@varangermuseum.no

Gjenstandssamling ved Universitetssykehuset Nord Norge (i montre)
Kontaktperson: Hilde Annie Pettersen
E-post: hilde.annie.pettersen@unn.no

Trastad samlinger (i Kvæfjord)
Tilhørende Sør-Troms Museum, Harstad
Kontaktperson: Åse Smith Løvås, konservator
E-post: aase@stmu.no

Sykehusmuseet i Levanger
Levanger sykehus
Kontaktperson: Bodil Runde

Medisinsk museum (i Trondheim),
Fakultet for medisin og helsevitenskap/NTNU/ St. Olavs hospital
Kontaktperson: Mona Ødegården, samlingsforvalter og utstillingsformgiver
E-post: Mona.odegarden@ntnu.no

Dr. Lærums Medisinske Samlinger (på Voss)
(Doktorgarden)
Kontaktperson: Ole Didrik Lærum
Eigar og dagleg leiar
E-post: ole.laerum@uib.no

Lepramuseet St. Jørgens Hospital
Bymuseet i Bergen
Kontaktperson: Grete Eilertsen, konservator
E-post: grete.eilertsen@bymuseet.no

Medisinhistorisk samling
Dalane Folkemuseum (Egersund)
Kontaktperson: Olaug N. Økland
olaug.okland@dalanefolkemuseum.no

Nordfjord sjukehus, museumssamling (Nordfjordeid)
Kontaktperson: Ien Klaver
E-post: ien.klaver@helse-forde.no

Emma Hjorth Museum (Sandvika)
Kontaktperson: Bård Kjetil Dahl, formidler/ spesialkonsulent
E-post: emmahjorthmuseum@baerum.kommune.no
www.emmagjestehus.no

Blakstad sykehusmuseum (Asker)
Kontaktperson: Trond Børresen, seniorrådgiver

«Gammeldoktoren», medisinhistorisk utstilling på Glomdalsmuseet (Elverum)

Kontaktperson:

Erik Arnesen, eriarne@online.no

Kontaktperson:

Kristen Olav Riddervold, kristen.olav.riddervold@gmail.com

Sykehusmuseet, Aker Universitetssykehus HF (Oslo)

Kontaktperson: Thorstein Harbitz

E-post: thors.harbitz@gmail.com

Ullevål sykehusmuseum (Oslo)

Kontaktperson: Rolf Kåresen

E-post: rolf.karesen@medisin.uio.no

Gaustad Sykehusmuseum (Oslo)

Kontaktperson: Ingvild Ørnhoi

E-post: ingvild.ornhoi@gmail.com

Dikemark sykehusmuseum (Asker)

Kontaktperson: Bjørg Fjeldstad

E-post: bjfj@getmail.no

Museum for universitets- og vitenskapshistorie (MUV) (Oslo)

Kulturhistorisk museum

Kontaktperson: Bjørn Vidar Johansen, leder

E-post: b.v.johansen@muv.uio.no

Norsk Farmasihistorisk museum (Oslo)

Norsk folkemuseum

Gjertrud Sæter, førstekonservator

E-post: gjertrud.saeter@norskfolkemuseum.no

Norsk veterinærmedisinsk museum (Oslo)

Norges veterinærhøgskole

Kontaktperson: Kristian Ingebrigtsen

Diakonissehusets sykepleiemuseum

Kontaktperson: Berit Hovland, historiesøster

Odontologisk samling (Oslo)
Odontologisk fakultet, UiO
Leif Erling Jensen
E-post: l.e.jensen@odont.uio.no

Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum (Oslo)
Kontaktperson: Erlend Hem, leder
E-post: erlend.hem@medisin.uio.no

Nasjonalt Medisinsk Museum
Norsk Teknisk Museum (Oslo)
Kontaktperson: Ellen Lange, konservator
E-post: ellen.lange@tekniskmuseum.no

Museet på Faret
Sykehuset Telemark (Skien)
Kontaktperson: Steinar Aase

Medisinsk historielag SiV
Sykehuset i Vestfold (Tønsberg)
Kontaktperson: Per Evtun
E-post: historielag@siv.no, per@evtun.no, perevt@siv.no

Medisinhistoriske samlinger Sykehuset Østfold (Fredrikstad, Veum,
Sarpsborg, Moss og Haldenklubben)
Kontaktperson: Charlotte Moe, eiendomssjef
E-post: anne.charlotte.moe@so-hf.no

Sykehusmuseet, Sørlandet sykehus HF, Eg (Kristiansand)
Kontaktperson: Gerd Vigdis Slettedal, leder og sekretær for sykehusets
museumsutvalg
E-post: gerd.slettedal@sshf.no

Sand Bakkens medisinske museum (Flekkefjord)
Kontaktperson: Knut Sand Bakken

Ellen Lange
Ellen.Lange@tekniskmuseum.no

Medisinhistorisk nettverksmøte i Trondheim 12.–13. april 2018

Michael 2018; 15: 193–4.



Figur 1: De fleste av deltakerne sees her under omvisning i en utstilling i Medisinsk museum i Kunnskapscenteret i Trondheim. I sofaene sees fra venstre: Eva Midling Standnes, Mimi Bing Øverlie, Borghild Roald, Marit Stenbråten, Sidsel Lundin, Johan N. Bruun, Solveig Fretland, Ellen Lange. I rad 2 finner vi fra venstre Ella-Margrethe Tange, Inger Bjerkebekk, Ragnhild Garbom, Thorbjørg Hammer, Sofie Rogstad, Rolf Kåresen, Åse Smith Løvås, Mona Ødegården, Erik Arnesen, Desiree Halvorsen, Mona Lilletjernbakken, Kristine Lillestøl, Rigmor Brekken. Rad 3 fra venstre består av Bodil Hegg, Lorentz Irgens, Hans Petter Brinck, Per Evtun, Erlend Hem, Per E. Børdahl, Tore Salte, Ivar Skjåk Nordrum, Ole Didrik Lærum, Harald Siem, Geir Arild Grøtan, Bård K. Dahl, Jan Henrik Lund, Geir Erik Nilsen, Morten Sylvester, Jostein Holmen, Kjell Martin Moksnes, Morten Sørhøy. I tillegg deltok følgende personer på seminaret og nettverksmøtet, uten å være med på bildet: Petter Aadahl, Svein Carstens, Anne Grete Arnesen, Øivind Larsen, Kari Nerli Hofstad, Magne Nylenna, Steinar Westin, Janne Hjelde Wold. (Foto: Kristin Jones)

Da det ble invitert til møte om medisinhistoriske samlinger i Trondheim 12.–13. april 2018, var det stor begeistring rundt om i landet, og nærmere femti deltakere fra fjern og nær samlet seg i auditoriet i Helsehuset på Øya i Trondheim til et interessant program, hvorav en del gjenspeiles i dette nummeret av *Michael*. Møtet var en del av nettverksarbeidet ved Nasjonalt Medisinsk Museum, og arrangørene hadde all ære av møtet, som ga mer-smak.



Figur 2: Fra foredragene – Per A. Evtun fra Tønsberg forteller om samlingene der og viser fram bilde av en jernlunge fra poliomyelittepidemien tidlig på 1950-tallet. (Foto: Øivind Larsen)

Medisinsk museum i Trondheim – for leg og lærd

Michael 2018; 15: 195–203.

Hvorfor skal vi ha et medisinsk museum og er det gode grunner til å ha det på et sykehus? Medisinsk museum eies av det integrerte universitetssykehuset ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU og St. Olavs hospital. Museet har i dag utstillingsareal i Kunnskapscenteret og gjenstandsmagasin i kjelleren i et av de andre sykehusbyggene. I tillegg er det et nettsted som blant annet gir utfyllende informasjon om pågående utstillinger og tidligere utstillinger. Utstillingene er såkalt semipermanente, og står i ca. to år. Artikkelen forteller om oppstarten og driften av Medisinsk museum, i Trondheim. Videre beskrives noen grunner til hvorfor vi skal ha et medisinsk museum, og refleksjoner rundt å ha medisinsk museum som del av sykehuset.

Medisinsk museum i Trondheim åpnet 30. januar 2014 med utstillingen: «Fra kalde isfjell til varme hjerter», om utviklingen av ultralyd (figur 1).

Museets mål er å være en kunnskapskilde for leg og lærd, og å bidra til refleksjon og perspektiv. Dette er i tråd med nasjonale føringer for hva museenes rolle i samfunnet skal være, jfr. Stortingsmelding 49 (2008–2009) *Framtidas museum* (1), der det blant annet står at «Museene er viktige premissleverandører i et moderne demokratisk samfunn og skal ha en aktiv samfunnsrolle.»

Målet er videre nedfelt i vårt mandat, hvor det blant annet står at museet skal «bidra til medisinsk historisk forskning og kompetanseheving.»

Det er fra ulike hold fastlagt at museene skal ha en aktiv samfunnsrolle og være en kilde til kunnskap. Hvordan dette gjøres er imidlertid ikke fastlagt eller beskrevet. Det vil være opp til det enkelte museum og vil også variere med ulike utstillingsproduksjoner.

Hensikten med denne artikkelen er å fortelle om oppstarten og driften av Medisinsk museum i Trondheim, samt å beskrive noen grunner til hvor-



Figur 1: Fra åpningen av ultralydstillingen. Jon Lamvik sto for snorklippingen. (Foto: Hanne Strypet)

for vi skal ha et medisinsk museum og refleksjoner rundt å ha medisinsk museum som del av sykehuset.

Medisinsk museum i Trondheim

Ildsjeler i miljøet ved St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap startet omkring 2002 systematisk å ta vare på gjenstander fra medisinsk praksis og forskning fra sykehuset og fakultetet. Deler av samlingen går også lengre tilbake, fra tidligere ildsjeler. I perioden 2002–2009 ble gjenstander beskrevet og systematisk registrert, og lagret på loftet i et av sykehusbygningene.

Da planleggingen av det nye Kunnskapssenteret tok til, ble det arbeidet for at dette skulle inneholde et museum. Professor emeritus og fakultetets første dekan, Jon Lamvik var sentral i arbeidet. Han var også sentral i den systematiske innsamlingen av gjenstander.

St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsefag NTNU (MH) har delt eierskap til Medisinsk museum. Museet ledes av et utvalg med oppnevnt

leder og fire andre utvalgsmedlemmer, som alle er ansatt ved St. Olavs hospital eller NTNU. Museet har per 01.01.2018 to 25 % stillinger, hvor den ene arbeider med utstillinger og samlingsarbeid. Den andre 25 % stillingen er administrativ som koordinator for museumsutvalget.

I stillingen knyttet til arbeid med utstillinger og samling utvides stillingsprosenten på prosjektbasis ved behov, som for eksempel i forbindelse med nye utstillinger. Koordinatorstillingen utfører også i perioder andre oppgaver knyttet til samlings- og utstillingsarbeid.

Det må også nevnes at nåværende museumsutvalg, som for øvrig er det samme som ved oppstarten av museet, har en aktiv rolle i arbeidet med blant annet utstillingsproduksjon. Leder for utvalget tar del i den daglige driften av museet, i samarbeid med de to ansatte.

Basert på deltakelse på ulike seminarer og kurs nasjonalt og internasjonalt har vi et nettverk av personer tilknyttet ulike museale fagmiljø som vi samarbeider med. Her kan nevnes at vi har deltatt på seminar i regi av EAMHMS, European Association of Museums of the History of Medical Sciences, kurs og seminar i regi av Museumsforbundet og sist, men – ikke minst – ved Nasjonalt nettverk for medisinhistorie. Nettverket arrangerte seminar eller nettverksmøte 12.–13. april 2018, i Trondheim, og vi var vertskap. Vi håper dette kan være oppstarten til mer samarbeid i tiden som kommer.

Medisinsk museum har sitt eget nettsted: ntnu.no/medisinskmuseum. Her legges det ut informasjon om aktuell utstilling og planlagte arrangement. Videre fungerer nettstedet som et arkiv med informasjon om tidligere utstillinger. Vi har også en nettutstilling, om «Rotvoll asyl og Psykiatrihistorisk museum på Rotvoll».

Gjenstandsmagasin

Medisinsk museums mandat er også det å gi råd til eierne «...om avhending eller ivaretagelse av gjenstander brukt i diagnostikk, behandling og forskning». Dette arbeidet dreier seg ofte rent praktisk om å se på hva ulike miljøer har samlet opp på et lager eller i ei eske på et kontor, for å vurdere hva som skal tas vare på. Planen er å komme litt mer på offensiven og ha en mer tydelig innsamlingsplan, samt at museet blir mer kjent i miljøene for å sikre at tilfanget av gjenstander ikke blir tilfeldig. Vi opplever også forespørsler om å motta gaver og spørsmål om utlån. Det er viktig å få på plass retningslinjer for å håndtere dette.

Gjenstander som i dag befinner seg i museets gjenstandssamling, har hatt midlertidig lagring i ulike lokaler. Deler har også stått utstilt i glasskap rundt omkring på de ulike avdelingene på sykehuset. Skapene sto ofte i

nærheten av resepsjoner. De aller fleste av disse skapene er nå fjernet. Det var ulike grunner til dette, blant annet at de ikke ble oppdatert, at det støvet ned og at publikum av og til reagerte negativt på det utstilte materialet.

I 2014 fikk Medisinsk museum arealer til et magasin for gjenstandssamlingen i kjelleren på Forsyningssenteret, St. Olavs hospital. I det gamle bibliotekmagasinet har museet ca. 100 m² fordelt på reoler og gulvareal (figur 2).

Vi har som mål å åpne gjenstandssamlingen vår for et større publikum ved å tilrettelegge for omvisning i lukkede grupper, og at magasinet eventuelt kan brukes som arbeidsrom for forskere og studenter. Før vi kommer så langt, er det behov for en gjennomgang av HMS (helse, miljø og sikkerhet) både av gjenstander og selve magasinet. Vi er godt i gang med dette arbeidet.

I korte trekk har det vært, og er, en pågående gjennomgang av gjenstander for å kartlegge farlige stoffer, som for eksempel kvikksølv og formalin. Videre har vi sett på forhold omkring temperatur og luftfuktighet i magasinet og også plassering i rommet av de gjenstandene som står på gulvareal, med tanke på passasje og rømning.

Gjenstander som inneholder farlige stoffer blir fysisk merket, i tillegg legges det inn opplysninger om dette ved registrering for å kunne gjøre oppmerksom på dette i forkant. En vurdering av farlige stoffer vil også være viktig å vurdere for eksempel ved aksesjon, inn- og utlån og avhending eller destruksjon. HMS-arbeidet fortsetter i 2018, etter å ha blitt nedprioritert i forbindelse med arbeid med ny utstilling.

Vår gjenstandssamling registreres i Universitetshistoriske samlinger (UHS), som er en felles database for NTNU. Databasen er laget av NTNU Vitenskapsmuseet som et verktøy der viktige gjenstander innen ulike fagfelt fra hele universitetet kan registreres. UHS er ikke laget for å kunne implementeres i andre systemer som for eksempel MUSIT eller PRIMUS. NTNU Vitenskapsmuseet registrerer egne samlinger (kultur- og naturhistorie) i systemer utarbeidet av Universitetsmuseenes it-organisasjon – MUSIT. Museene under Kulturdepartementet (KUD) benytter ofte PRIMUS. Disse to databasene er heller ikke utviklet med tanke på å skulle integreres.

Psykiatrihistorisk museum på Rotvoll stengte i 2015. Utstillingen ble dokumentert ved filming av utstillingen og bygningen, samt intervjuer med omvisere. Gjenstander ble pakket ned, og står nå midlertidig lagret. Gjenstandene tilhører Medisinsk museum og skal registreres som del av vår samling.



Figur 2: Utstillingen Fra kalde isfjell til varme hjerter formidlet flere gjenstander fra samlingen. (Foto: Hanne Strypet)

En utstilling blir til

Medisinsk museum åpnet rett før påske 2018 utstillingen «U;REDD – en utstilling om angst». Som i produksjonen av to tidligere utstillinger ble også denne utstillingen til gjennom et samarbeid med sykehus og universitet, og med representanter fra ulike profesjoner og med ulik erfaring.

Modning og begrensningens kunst

Å lage utstillinger er modningsarbeid. I god tid, nokså rett etter åpning av en utstilling, starter vi planleggingen av ny utstilling med å få på plass overordnet tema, og etablering av en arbeidsgruppe fra berørte fagmiljø. Temaet psykisk helse kom på plass noe på grunn av at dette er en viktig del av arbeidet både ved sykehuset og på fakultetet, og at det er sentralt i vår samtid. Det planlegges dessuten et nytt bygg for psykisk helse på sykehusområdet som også har vært med på å sette dagsorden.

Vi hadde nylig vært med på avslutningen av Psykiatrihistorisk museum på Rotvoll og en nærliggende ide var å lage en utstilling basert på gjenstander herfra. Når vi valgte å ikke gjøre det, var det fordi vi diskuterte oss frem

til at vi skulle formidle nåtid, og at det ikke skulle handle om institusjonspsykiatri.

Arbeidsgruppa for U;REDD hadde vi på plass ca. ett år før planlagt åpning. Arbeidsgruppa var sammensatt av personer fra Divisjon for psykisk helsevern St. Olavs hospital: BUP-klinikk, divisjonssjefens stab, Nidaros DPS og brukergruppe psykisk helsevern, Institutt for psykisk helse (IPH), Fakultet for medisin og helsevitenskap og Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital. Denne gruppen med til sammen ni personer deltok på jevnlig møter (ca. en gang per måned) med prosjektledelsen for utstillingen. Prosjektledelsen, som besto av to personer fra Museumsutvalget og de to ansatte, møttes kanskje annenhver uke. Mellom møtene ble det jobbet med skisser og bakgrunnstekster, som igjen blir diskutert i møtene.

Sammen med arbeidsgruppa ble vi enige om målsetting og målgruppe for utstillingen, å formidle mer åpenhet om psykisk helse og angstlidelser, samt å fremme mot og gi håp om at det kan bli bedre, til unge voksne (15–35 år).

Psykisk helse er et stort og vidt tema og de første skissene forsøkte å favne alt innen psykisk helse i samtid. Vi fikk etter hvert behov for å snevre inn temaet. Vi bestemte oss på et tidspunkt for å velge angstlidelser som hovedtema. Angst eller redsel er noe de fleste kan relatere seg til. Angstlidelser rammer mange unge, og ved å ta det opp, ønsket vi å vise at vi tar dette og dem som rammes på alvor. Fordi mange vil kunne kjenne seg igjen, eller kunne relatere det til egne opplevelser med å være redd eller bekymre seg, er det vårt håp at utstillingen vil kunne bidra til større aksept for å snakke om psykiske lidelser.

Konkretisering av det abstrakte

Men hvordan presentere angst i et medisinsk museum? Angst er på mange måter noe abstrakt selv om det har flere konkrete uttrykk. Helt fra starten hadde vi med oss en idé om at formidlingen skulle gjøres mest mulig visuell, men utfordringene var hvordan vi skulle formidle et såpass abstrakt tema. I tillegg ønsket vi å fortelle noen fakta om angstlidelser. Vi begynte å se for oss en todelt utstilling – visuell og fakta.

Litt tilfeldig kom vi oss et skritt videre etter et møte med Anja Johansen, kommunikasjonsmedarbeider ved Bibliotek for medisin og helse, NTNU, om «Graphic Medicine». «Graphic Medicine» er grafisk historiefortelling, en slags tegneserie om for eksempel symptomer og behandling av sykdom. Dette ledet til at illustratør Nina Eide Holtan og litt senere forfatter Marte Huke ble med på laget. Sammen laget de en visuell historie av tegninger og



Figur 3: Visuell historiefortelling i utstillingen U;REDD. (Foto: Geir Otto Johansen)

tekster. Ideen var å formilde hvordan en dag med angst kan arte seg. Historien som fortelles er sterk og konkret på hvor ille angstlidelse kan være. Vi kommer ikke her nærmere inn på det kunstneriske uttrykket, men vil videre fortelle litt om vurderinger og diskusjoner vi gjorde rundt det å skulle vise dette som del av et museum som er en del av St. Olavs hospital (figur 3).

Etiske vurderinger

Vårt mål er at utstillingen skal få besøkende til å reflektere om psykisk helse. Vi diskuterte grundig med arbeidsgruppa hvor sterke uttrykk som kunne brukes, og om noen uttrykk i ytterste konsekvens kunne være skadelige for noen. Det var viktig å komme frem til et balansert uttrykk som berører og er relevant.

Særlig vurderte vi hvordan illustrasjonene kunne bli oppfattet av pasienter og pårørende. Medisinsk museum ligger i et bygg som har få pasienter, og det er også i en etasje hvor det ikke foregår pasienttransport mellom sentrene. Likevel er arealet tilgjengelig hele døgnet om man allerede befinner seg inne i sykehusbygningene.

Av respekt for temaet og de berørte ble det konkludert at vi måtte tørre å vise hvor sterk angst kan være. For å gi mening og troverdighet til håpet, er det nødvendig å vise mørket og det vanskeligste ved angstlidelse. Utstillingen er ikke ment å være en faktisk beskrivelse av hvordan det *er*, men hvordan det *kan* være. Vi håper at utstillingen for eksempel kan hjelpe noen til å kunne snakke sammen om det som er vanskelig. For pårørende kan det å se hvilke symptomer deres nære strever med være en øyeåpner.

Angst er ikke noe som kun rammer personer med angstlidelse, men er også en vanlig reaksjon for andre sykdomsdiagnoser. Derfor kan det være bra å kunne vise dette temaet nettopp på et sykehus, der noen besøkende til museet sannsynlig er pasienter eller pårørende, samt behandlere; studenter og profesjonelle.

Vurderingene våre støtter seg i stor grad på kompetanse om psykisk helse i arbeidsgruppa og Museumsutvalget. Videre har vi våre eiers strategier og mål som etiske retningslinjer. Som museum støtter vi oss dessuten til *The International Council of Museums*, ICOMs museumsetiske retningslinjer, som overordnet fremmer verdier som blant annet toleranse og respekt.

I utstillingen er det en gjestebok. Noen uker etter åpning var det allerede mange som hadde skrevet i denne. Tilbakemeldingene er entydig positive. Det er tydelig at utstillingen berører og er relevant. Mange har også benyttet anledningen til å skrive korte tekster og hengt disse opp på magnettavla i museet.

Avslutning

Som nevnt innledningsvis har Medisinsk museum som mål å være en kilde til kunnskap, for leg og lærd, og bidra til refleksjon og perspektiv.

Utstillingen U;REDD har allerede nådd forskjellig publikum; studenter på fakultetet, ulike besøkende på sykehuset og videregående skoler er noen av dem. Dette viser den relativt store variasjonen av besøkende til Medisinsk museum og understreker muligheten vi har til å bidra med kunnskap til leg og lærd. Nærheten vi har til universitetets- og sykehusmiljøene er unik, og gir også større mulighet for samarbeid med «leg og lærd» på ulikt vis.

På seminaret i Trondheim i april 2018 var det en rød tråd hvordan vi, som er medisinske museer og samlinger, kan bidra til kunnskapsoverføring både av materiell og immateriell karakter, både til helseprofesjonene og til et mer allment publikum.

Mulige løsninger på dette er for eksempel å få til samarbeid mellom helseprofesjonene og mellom helseprofesjonene og det allmenne publikum. Dette er en utfordring de medisinske museer og samlinger står nærmest til å løse.

Litteratur

1. St. Meld nr 49 2008–2009: *Framtidas museum: Forvaltning, forskning, formidling, fornying*. Oslo: Kultur- og kyrkjedepartementet, 2009.

Mona Ødegården
Mona.odegarden@ntnu.no

Ivar Skjåk Nordrum
Ivar.nordrum@ntnu.no

Utfordringer ved å lage et medisinsk historielag – eksemplet Tønsberg

Michael 2018; 15: 204–11.

Det å etablere en medisinsk historiegruppe er ofte en reise med de glade amatører. Begeistringen for idéen er stor, men ikke alle vet hvor vi skal. Etter hvert blir det likevel et fundament å bygge på. Hva medisinsk historie egentlig er, åpenbarer seg etter hvert som kunnskapene om emnet øker. Fokuset går fra utgangspunktet som ofte er gjenstander, til mer immaterielle verdier. Etter å ha bygget opp kunnskaper, synes man faget medisinsk historie er så spennende at man vil fortelle det til andre. Tanken om utstillinger og andre presentasjoner dukker opp. Vi har nemlig noe å fortelle, noe som ikke bare angår helsepersonell, men alle! I Tønsberg har vi således hatt stor suksess med Årboken. Lokalt er det ofte pensjonister som driver historielagene, og for å holde interessen oppe, er det viktig å hente inspirasjon. Kontakter med andre historielag, slik vi har gjennom nettverket, har gitt oss mange impulser og gode opplevelser.

Erfaringer ved å ikke være medisiner i et medisinsk miljø (jeg er biolog, men har jobbet på universitet og sykehus i slikt miljø) har lært meg at ønsker man å få gjennomført noe, er det lurt å få en lege med god posisjon til å komme med forslaget.

Etablering av gruppen

Sykehuset i Vestfold har helt siden 70-tallet nærmest vært en kontinuerlig byggeplass. Flere av oss hadde sett nødvendigheten av, og hadde snakket om å ta vare på historien. Med bakgrunn i ovenstående kom muligheten da avdelingsoverlege Karl Wilhelm Wefring (1925-2018), en kjent og aktet mann innen pediatri, gikk av for aldersgrensen. Han ble tilbudt arbeidsplass på min avdeling for å fortsette sitt forskningsarbeid. Og dermed var vi i gang. Dr. Wefring så straks behovet for et medisinsk-historisk initiativ og kastet inn sin prestisje og arbeidskapasitet.

I år er det 20 år siden Medisinsk historielag SiV ble etablert. Sjefflegen og administrasjonen var tilstede og professor Øivind Larsen var fødsels-hjelper. Det var for øvrig Øivind Larsen som vekket min begeistring og nysgjerrighet for faget medisinsk historie da han var professor i forebyggende medisin i Tromsø på 1970-tallet. Dette var jo, for fagområdet og allmennheten, et forsømt kapittel i sosialhistorien! Her sto vi overfor utfordringer både institusjonsmessig og i folkeopplysningens tjeneste. Interessant for oss i Vestfold var det at den første professor i medisin, Michael Skjelderup (1769–1852) fra Hof i Vestfold, alltid startet sin forelesningsserie med emner fra medisinsens historie.

Hva skal vi samle på?

På 1980-tallet var det sykehus i Larvik, Sandefjord, Horten og Tønsberg. Sykehuset i Holmestrand var blitt lagt ned. Skulle vi ta signalene om at sykehusene, bortsett fra Tønsberg, skulle legges ned og all virksomhet konsentreres her?

Tanken om ett sykehus i Vestfold var ikke ny. Allerede i 1948 ble idéen om Vestfold forenede sykehus lansert. Skulle vi ta initiativet til etablering av historielag ved hvert av sykehusene, eller skulle vi konsentrere oss om Det gamle Amtsykehuset i Tønsberg? På denne tiden stod fortsatt bygningen fra etableringen i 1879, hovedbygning, epidemibyg, stall og snekkerverksted. Det dominerende var store deler av 1918- bygget, et stort og arkitektonisk praktfullt bygg.

Byggene var ut fra dagens standard uhensiktsmessige og det var behov for å bygge nytt. Diskusjonen gikk høyt om hvor et nytt sentralsykehus skulle ligge. Skulle det fortsatt være midt i byen, eller skulle det flyttes ut av byen og legges i tilknytning til E18? Avgjørelsen ble tatt på 1970-tallet: utbyggingen skulle skje der sykehuset lå nå. Det betydde riving og sanering av gammel bebyggelse. Siden har området vært en kontinuerlig byggeplass.

For oss historieinteresserte betydde dette økt tempo i innsamling av gjenstander. Etter hvert som bygg ble revet, tok vi hånd om gjenstandene og fotograferte i den grad det var mulig. Ett av byggene, bygg B fra 1938, skulle fortsatt stå en stund. I kjelleren der fikk vi oppbevart gjenstander og arkivskap. Det ble en kaotisk samling. Systematisk registrering hadde vi verken kapasitet til eller kunnskaper om.

De fleste i Medisinsk historielag SiV, som vi nå kaller oss, er entusiastiske pensjonister. Men pensjonister trenger også ferie. Etter en lang arbeidsøkt om våren tok vi en velfortjent hvil og så fram til mer innsats om høsten. Med den hektiske byggevirksomheten på sykehuset, ble det nødvendig å leie inn arbeidshjelp til rydding og flytting. De ansatte var oppmerksomme



Figur 1: Registreringsgruppen i arbeid. Fra venstre Grethe Strøm, Inger Bjerkebekk, Aase Taxerås, Ella Tange og Ragnhild Garbom (Foto: Medisinak historielag SiV 2015)

på samlingen vår, men de innleide som skulle rydde i bygg B, kom til rommet vårt og betraktet det som kasserte gjenstander. Alt som var der, gikk rett på fyllinga. Men ikke alt var plassert i det rommet, så blant annet legerådets arkiv og et gammelt piano ble reddet. Dette lærte oss at vi måtte være nøye med å merke gjenstander som vi mente var av interesse, for oppfatningen av hva som er historisk interessant, er forskjellig.

Utbygging, innføring av ny teknologi og etter hvert nedleggelse av lokalsykehusene førte til en flom av gjenstander. Ofte flere av samme slag. Vi har ikke noe museumsareal å stille ut på, så lagerkapasiteten ble etter hvert fylt opp. Spørsmål om hva vi skulle samle på, dukket opp. Skulle det tekniske representeres fra hvert sykehus, eller bare fagområdet? Var det nødvendig med alt mulig «rart» og hva med antall dubletter? Kunne vi ved behov låne fra andre, til for eksempel en utstilling?

Registrering av gjenstander

Da vi startet, var vi ikke oppmerksom på at det eksisterte så mange lokale medisinske museer. Det betød at vi famlet mye i begynnelsen med den viktige registreringen.

Vi startet ganske enkelt med kartotek kort for hver gjenstand. De måtte standardiseres med spesifikke kolonner. Men måtte kortet for fotografier være annerledes enn for gjenstander? Nord-Jarlsberg museet, som vi kontaktet, anbefalte registreringsprogrammet Primus. Dette er standarden for museumsverdenen, men vi fant det litt for komplisert, og fikk dessuten

problemer med å få det lagt inn på sykehusets server. Vi gikk tilbake til kartotekkort og la opplysningene etter hvert inn på Excel.

Vi har noe viktig å fortelle

Medisinsk historie er for oss de medisinske og helsefaglige fagområdenes historie, men også en viktig del av sosialhistorien og byhistorien. Tønsberg har lange tradisjoner fra vikingetiden og en like lang medisinsk historie. Byens første sykehus ble opprettet av Håkon Håkonsson (1204–63) på midten av 1200-tallet, og i 1319 kom ett til, opprettet av ridder Bjarne Audunsson. Dette betyr at vi har hatt kontinuerlig hospital og sykehusdrift i snart 800 år. Vi har altså noe å fortelle.

Selv blant presumptivt forstandige mennesker er kunnskapen om historien innen disse områdene sporadiske. I folkeopplysningens tjeneste hadde vi derfor en oppgave å gjøre. Mangelen på permanent utstillingslokaler førte til små og mer tablåmessige utstillinger.

Det store gjennombruddet på utstillingsfronten kom i 2003 med feiringen av 400-års jubileet for innføringen av offentlig helsevesen i Norge. Fylkesmuseet i Tønsberg, det som nå heter Slottsfjellsmuseet og er en del av Vestfoldmuseene, var positive til at vi laget en utstilling i deres lokaler. De stilte sogar hele Aulaen til disposisjon og vi kunne benytte oss av de tekniske fasilitetene museet besittet. Dette var en utfordring og inspirasjon! Flere gjenstander hadde vi selv, noe fikk vi låne gjennom Vestfoldmuseene og en jernlunge fikk vi til utlån fra Ullevål sykehus.

Som en del av utstillingen og med et ønske om å nå et større publikum, lagde vi et eget hefte som ble distribuert til ungdomsskolene i distriktet. Historien i de 300 årene som var gått siden innføringen av offentlig helsevesen, ble presentert, fulgt av arbeidsoppgaver som kunne besvares på utstillingen og oppgaver til videre fordypning på skolen.

Den første legen i Tønsberg som hadde legeutdannelse og ikke drev barberforretning nådde ikke opp da stillingen som landsfysikus ble opprettet i 1785. Det ble dr. med. Hans Iver Horn (1761–1836) som fikk stillingen, og ut fra hans pålagte oppgaver ble han også skaperen av Jarlsberg grevskaps sykehus. I begynnelsen måtte han leie plass hos en fattig kone i byen «hvor disse ofte 8 à 10 ligger sammentrengt i et snevert rom». Dr. Horn mente at det normale behov for sykehusplasser i datiden Tønsberg ville være av størrelsesorden 10 pasienter.

Spranget fra «den gang da» til nåtiden er formidabelt og vekket vår interesse for den sosiale historien. Hvilke tanker gjorde kommune og fylke seg? Når ble det offentlige ansvar knesatt?

Interessant var det også at da det gamle Amsygehuset brant i 1872, var det diskusjon om man i det hele tatt trengte et sykehus i Tønsberg. Pasientene kunne snart sendes hurtig til Kristiania. Vestfoldbanen var under planlegging og ble åpnet i 1881. Interessen ble således gradvis forandret fra gjenstandshistorie til det vi kaller immaterielle verdier selv om disse henger sammen og gjensidig belyser hverandre.

Immaterielle verdier

Gamle innleggelsesprotokoller, inventarlistor, innkjøpslistor, journaler, styreferater, bilder etc. ble jaktet på og samlet inn. Mye var gått tapt i årenes løp. Heldigvis hadde enkelte sett verdien i historien og tatt vare på en rekke dokumenter. Skam å si hadde ikke sykehuset selv vist samme interesse, så mye var tatt vare på gjennom private initiativ. Vi gikk bredt ut og gjennom fylkeshelsesjef, fylkesleger, tidligere direktører og ansatte, begynte vi å få et godt bilde.

Historielagets kunnskaper økte og derved også spørsmålene. Bygningshistorien ble interessant. Hvorfor kunne et bygg som var moderne i 1844 eksistere nesten uforandret opp til 1879? Og hvorfor fikk Tønsberg røntgenutstyr først 20 år etter Diakonissehuset? Hvem var pådriverne? Var det faglige eller bare politiske grunner? Referater fra fylkestingforhandlinger ble stadig mer interessante. Vi måtte få oss et skikkelig arkiv! Nye leteaksjoner i loft og i kjeller. «Ingen» visste noe, andre hadde sett og observert. Styreprotokoller ble funnet i en haug i kjellerrom, åpne arkivskap med pasientopplysninger i et annet og som tidligere nevnt, legerådets svært interessante arkiv ble vi tipset om like før det skulle på dynga. Det var spennende tider; et stort bronserelieff av hovedmannen bak den store utbyggingen i 1918, Abraham Berge (1851–1936), ble funnet blant gamle dobøtter og skrot i et kjellerrom. Det kreves ekspertise å få orden på slikt. Heldigvis har vi blant oss en tidligere ansatt i Riksarkivet, cand.philol. Sofie Rogstad, som har en god hånd med det.

Opp mot vår egen tid er det lettere. Flere «tidsvitner» er fortsatt blant oss og gamle og nyere fotografier kunne sette oss på sporet. Men hvem er hvem på gamle fotografier og hvor er de nå? Registreringsgruppen for foto har fortsatt en stor oppgave her, og arbeidet har allerede resultert i identifikasjon av personer som gjennom intervjuopptak viste seg å ha svært mye å fortelle. Folk som husker 50, 60, ja kanskje 70 år tilbake i tiden, er for oss rene gullgruver.

Jeg tror ikke det er så utbredt nå for tiden, men eldre overleger hadde tidligere sine private arkiv. I den grad vi har fått anledning til disse har de gitt verdifulle opplysninger. Hva var sykdommene, hva var problemstil-



Figur 2: Protokoller fant vi på uventede steder (Foto: Medisinalhistorielag SiV 2015)

lingene, hvilket instrumentarium sto til disposisjon og ikke minst: hva med klinisk forskning? Klinisk forskning var, før det ble satt i system, stort sett preget av frivillighet og overtidsarbeid.

Hvordan få inspirasjon

Vi er en gruppe på 15 personer som møtes fast. Arbeidsplasser er stilt til disposisjon av sykehuset og vi har lagerplass til gjenstander. Tilgang til datakraft har vi også via sykehusets system.

Etter hvert oppdaget vi at det var mange som drev i samme gate og at medisinsk historie kunne være forskjellig ut fra ståsted. Dette ble en inspirerende erfaring, og ikke minst hyggelig. Når man er med i et opplegg basert på frivillighet, er det viktig at man har det hyggelig. Nettverket med utgangspunkt i Nasjonalt Medisinsk Museum ga oss mye. Møte med kolleger fra hele landet med utveksling av erfaringer og innhenting av ny kunnskap inspirerte og ga idéer til hvordan vi kunne løse museale problemer. At utgangspunktene var forskjellige, fra museum etablert i en nedlagt psykiatrisk behandlingsinstitusjon, til «Gammeldoktoren» på Elverum var bare en berikelse.

På egen hånd bevilget vi oss, med støtte fra sykehuset, studieturer til museer i Göteborg, København og Århus. Museet til Ole Didrik Lærum på Voss har vi besøkt to ganger. I tillegg har noen deltatt på Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museums studieturer til utvalgte steder i Europa. I det hele har vi nok ervervet en god del ekspertise når det gjelder museer for helsefag. Fagområdet medisinsk historie er omfattende og vi lærer hele tiden at medisin egentlig er alt som har med menneskets ve og vel å gjøre, fra robotkirurgi til boliger.



*Figur 3: Stavern.
Garnisonsykehuset
foran til høyre.
(Foto: Riksantikvaren 2011)*

For oss var det et høydepunkt i nettverksarbeidet da vi selv arrangerte det årlige møtet i 2008 i Tønsberg. Som sjøfartsby med tradisjoner fra vikingskip, fullriggere og hvalfangst var det naturlig å velge emnet «Medisinhistorie til sjøs». Om vi skal si det selv, møtet ble vellykket og knyttet bånd innad i nettverket og til samarbeidspartnere som dro det hele i havn.

Organisasjoner og enkeltpersoner utenfor det tradisjonelle medisinske miljø viste seg å sitte med kunnskaper som beriket og belyste medisinsk historie. Emnet ble grunnlaget for vår Årbok 2008 som fikk tittelen «Medisinhistorie til sjøs». Dette bringer oss over til vårt kanskje mest vellykkede prosjekt Årboken.

Årboken

Vi opplevde i den første tiden en viss frustrasjon ved ikke å ha et skikkelig utstillingslokale for å kunne nå ut til et publikum. Løsningen ble at vi i år 2000 lagde den første Årboken fra Medisinsk historielag. I dag er *Årbok 2018* på beddingen, den 19. i rekken. I årenes løp har det blitt rundt 2500 sider med medisinhistorisk stoff fra Vestfold. Og flere skal det bli. Mengden stoff innen dette fagområdet synes nesten ubegrenset.

Hvem skulle vi skrive for? Helsepersonell og institusjoner i fylket ville være en naturlig målgruppe. Men den er sammensatt med høyst forskjellige faglige kvalifikasjoner. Vi valgte å legge oss midt på treet. Dokumentere historien uten å gå for mye i dybden, unngå for mange faguttrykk og henvende oss til dem som har interesse for lokalhistorie og helsehistorie.

Dokumentasjon av historien til sykehusene i fylket var vesentlig. Dessuten ønsket vi å vekke interessen for faget medisinsk historie generelt, gi kunnskaper og være et lim i organisasjonen.

Når en ny Årbok planlegges prøver vi å samles rundt et tema. Det holder en stund, men hvem som har tid og anledning til å skrive det året, avgjør nok heller vinklingen. Noen overtalelse må nok til, men det er sjelden å få nei på forespørsel om bidrag. Interessen for fagområdets historie er stor. Det skorter nok heller på erfaringen med å uttrykke seg skriftlig i dette formatet.

Derfor har vi stor tiltro til intervju som vi kan omarbeide til en artikkel. Opptaket av intervjuet er i seg selv en dokumentasjon og arkiveres. For å holde utgiftene nede, skriver vi og redigerer en ferdig fil som går direkte til trykkeriet. Sykehusets direktør ser på Årboken som en viktig del av virksomheten, og betaler trykningen over budsjettet.

Konklusjon

Medisinsk historielag SiV, Tønsberg er 20 år i 2018. Vi som har vært med fra starten har hatt en opplevelsrik reise. Fagområdet medisin, eller bedre: helsehistorie, har favnet langt videre enn det vi opprinnelig planla: et museum med historie knyttet til gjenstander.

Gjennom søk etter nye kunnskaper har vi fått verdifulle forbindelser: Nettverket, Nasjonalt Medisinsk Museum, Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og lokale museer med deres museale ekspertise og et svært godt forhold til sykehusets ledelse. Og det går videre. Her i Vestfold har vi nå nært samarbeid med Fortidsminneforeningen avdeling Vestfold.

Medisinsk historielag SiV var medspiller med Fortidsminneforeningen da Garnisonsykehuset fra 1789 i Stavern ble fredet. Ønsket er å etablere et mindre museum i bygningen for å anskueliggjøre helsesituasjonen til lands og til sjøs ved flåtestasjonen Fredriksværn.

Så konklusjonen må være: Det er moro å være med!

Per Evtun

leder, Medisinsk historielag SiV

perevt@siu.no

Hvem skal forvalte det medisinske arvegods?

Michael 2018; 15: 212–20.

Spørsmålet om hvem som skal forvalte det medisinske arvegods, kan ikke gis noe almenyldig svar. Forvaltningen vil være avhengig av hva arvegodset omfatter og hvorfor og for hvem det skal forvaltes. Svarene på disse spørsmålene vil være retningsgivende for hvordan og av hvem forvaltningen skal utføres. Problemstillingen blir belyst med en «kasuistikk» som bygger på den norske leprahistorien. Kasuistikken er aktualisert ved at en privat eiendomsinvestor nylig har kjøpt en av de to aktuelle museumsbygningene.

Hva omfatter arvegodset?

Den norske leprahistorien har sin basis i Bergen. Arvegodset omfatter både gjenstandsarv og immateriell arv. Begge komponenter er meget vel representert dels ved bygninger og gjenstandssamlinger, dels ved omfattende arkivalier. Arvegodset illustrerer i et internasjonalt perspektiv unike medisinske gjennombrudd.

Gjenstandsarven

Først og fremst dreier det seg om to bygningsanlegg. Bygningene tilhørende St. Jørgens Hospital ble oppført etter en bybrann i 1702, men er i form og planløsning svarende til slik anlegget var i middelalderen. Hospitalet ble grunnlagt rundt år 1400. En del av bygningsmassen, hospitalsdelen og kirken, utgjør Lepramuseet som ble etablert i 1970.

Pleiestiftelsen for Spedalske no.1 er det andre bygningsanlegget. Det ble oppført i 1857 for 280 leprapasienter og regnes som landets største trebygning. I 1962 ble Armauer Hansens minnerom innredet i sykehusets gamle bibliotek og laboratorium som da sto uforandret fra 1800-tallet.

De to museene har også betydelige gjenstandssamlinger som knytter seg til den historien museene skal formidle.

Disse museene har vært forvaltet av De medisinsk historiske samlinger i Bergen (MHSB) (1973–94) og St Jørgens Hospital (1994–2005). Etter 2005 har Bymuseet i Bergen overtatt forvaltningen av Lepramuseet, mens leieboerne i Pleiestiftelsen: Universitetet i Bergen v. Institutt for global helse og samfunnsmedisin og Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister, har stått for aktiviteter knyttet til Armauer Hansens minnerom.

Pleiestiftelsen var i utgangspunktet et statlig bygg som i 2017 ble solgt av Entra AS til en privat eiendomsinvestor. Institutt for global helse og samfunnsmedisin skal i 2020 flytte til nybygg nær Haukeland sykehus.

Den immaterielle arven

Denne delen av arven har først og fremst sammenheng med kampen mot lepra i Norge. Et tidlig initiativ ble tatt av hospitalspresten ved St. Jørgens Hospital, Johan Ernst Welhaven (1775–1828) som i 1816 forgjeves forsøkte å vekke datidens helsevesens samvittighet for et alvorlig helseproblem (1). Fart i kampen ble det først da Daniel Cornelius Danielssen (1815–1894) rundt 1840 ble ansatt som lege ved St. Jørgens Hospital. Danielssen ønsket å gi en vitenskapelig holdbar beskrivelse av sykdommens klinikk og patologiske anatomi. Han hadde en påfallende evne til å vekke departementets interesse for saken, noe som medførte betydelig bevilgninger til forskningen. I 1847 publiserte han sammen med Carl Wilhelm Boeck (1805–1875) monografien *Om Spedalskhed* (2) som på departementets ønske og bekostning straks ble publisert også på fransk. Monografien fikk i 1855 *Prix Montyon* som kan sidestilles med våre tiders nobelpris. Monografien er vel kjent selv blant våre dagers leprologer, som omtaler den som grunnleggelsen av moderne lepraforskning.

Danielssen var også en institusjonsbygger. Han overbeviste helsemyndighetene om behovet for forskning med en helbredende behandling som mål. Dermed ble Norges hittil eneste forskningssykehus etablert; Lungegaardshospitalet sto ferdig i 1849 med plass til rundt 90 pasienter og med Danielssen som sjef. Da forekomsten av lepra syntes å tilta dramatisk på denne tiden, lyktes det Danielssen å få etablert et tredje leprasykehus i Bergen, det allerede nevnte Pleiestiftelsen for Spedalske no 1. med plass til 280 pasienter.

Denne innsatsen fra samfunnets side viser at det hadde lyktes på midten av attenhundretallet å definere lepra som et alvorlig helseproblem. Innsatsen ble konsentrert i Bergen, der det nå var mer enn 500 sykehussenger for leprapasienter tilknyttet ambisiøs medisinsk forskning. Etter hvert ble dette senteret besøkt av tallrike medisinske autoriteter fra hele verden som ønsket å gjøre seg kjent med resultatene av den forskningen som ble utført.



Figur 1: St. Jørgens Hospital (til venstre i bildet) og hospitalskirken (7).

Det var til dette senteret Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841–1912) kom i 1868. Hans mål var å klarlegge sykdommens etiologi. Dette var viktig fordi det ville være retningsgivende for hvordan sykdommen kunne forebygges. Danielssen hevdet at sykdommen «i de fleste tilfeller» var arvelig og bygget på pasientdata fra St. Jørgens Hospital (2). En annen vanlig oppfatning var at sykdommen representerte en degenerativ tilstand som skyldtes usle, generelle levekår (3). Armauer Hansen mente fra første stund at sykdommen var smittsom og satte seg som mål å bevise denne hypotesen. På tross av uenighet ga Danielssen Armauer Hansen optimale arbeidsbetingelser, og hans første notat om at han hadde observert leprabasillens stavformede legemer, var datert 28. februar 1873 og ble publisert i 1880 (4).

Hovedpublikasjonen (5) om oppdagelsen kom imidlertid allerede i 1874, og tok for seg tre ulike etiologiske hypoteser. Dels imøtegås *arveligheten* ved kasuistikker der arv synes å kunne utelukkes. Dels lanseres en elegant analyse der prevalensen av lepra i ulike områder sammenlignes med spedbarnsdødeligheten og forekomsten av tuberkulose i de samme områdene, forhold som man satt i sammenheng med *usle levekår*. Manglende samvariasjon svekket hypotesen om at usle levekår var årsaken til lepra. Tankemåten minner for øvrig ikke så lite om de såkalte Barkerhypotesene som ble lansert

på 1990-tallet om intrauterin programmering som årsak til sykdom hos voksne, og som har vist seg å være meget fruktbare.

Til slutt omtales holdepunktene for at sykdommen er *smittsom*. Ettetiden har naturlig nok særlig festet seg ved funnet av de stavformede legemer. I et epidemiologisk perspektiv er Armauer Hansens påvisning av en sammenheng mellom hospitaliseringsgrad og påfølgende insidensfall innenfor et legedistrikt like interessant.

Betydningen av de bakteriologiske funnene ble lenge trukket i tvil, noe som førte til kontroversen i 1879 med den tyske bakteriologen Albert Neisser (1855–1916); en elev av Robert Koch (1843–1910). Han hevdet å være oppdageren av leprabasillen. Dette førte til det herostratiske pasientforsøket der Armauer Hansen førte antatt smittestoff fra en pasient inn i øyet til en annen pasient. Dette endte med at han i 1890 ble fradømt sin stilling som lege ved Pleiestiftelsen for spedalske n^o1.

Resultatene av den epidemiologiske analysen, og ikke de bakteriologiske funnene, må være årsaken til at Stortinget allerede i 1877 innførte lovgivning som en konsekvens av at sykdommen nå ble oppfattet som smittsom. Loven innebar forbud mot å ta omsorg for fattige leprapasienter gjennom det såkalte legd-systemet, som i realiteten var en effektiv måte å spre smittsom sykdom.

I ettertid er det likevel den bakteriologiske oppdagelsen som ga Armauer Hansen helteglorien, en glorie som var berettiget; lepra var den første kroniske sykdom som ble påvist å ha en bakterie som årsak. Dette var endatil ni år før Koch påviste tuberkelbasillen i 1882. Hundreårsjubileet i 1973 ble feiret i Bergen på selve dagen 28/2–1973 og ved arrangementet i august samme år av Den X. internasjonale leprakongress, begge med Kong Olav som høy beskytter og deltaker.

Sentralt i den immaterielle arven finner vi Det norske nasjonale lepra-register fra 1856 som i 2001 ble inkludert i UNESCOs Memory of the World. Usikkerhet om utbredelsen av sykdommen i Norge førte til enkeltstående pasienttelling i 1836, 1945 og 1852. Prevalensen økte kontinuerlig, men man var klar over betydelig meldesvikt.

I 1854 hadde landet fått sin første overlege for den spedalske sykdom, Ove Guldberg Høegh (1814–1863), som allerede etter to år hadde fått gjennom en kongelig resolusjon om meldeplikt for lepra. Begrunnelsen for opprettelsen var tredelt. Dels var det viktig å få pålitelige tall av hensyn til den epidemiologiske overvåkingen, dels representerte lepra et stort omsorgsbehov som kunne avhjelpes ved hospitalisering; riket hadde rundt 1860 totalt ca. 1000 sykehussenger for leprapasienter, og det var viktig å få et grunnlag for disponeringen av disse sengeplassene etter behov. Endelig var



Figur 2: Pleiestiftelsen (7).

Høegh overbevist om at det var ved hjelp av registeret at man skulle avklare sykdommens etiologi. Som nevnt lyktes dette gjennom Armauer Hansens analyse av registerets data.

Ved den første internasjonale leprakongress i Berlin i 1897 ble den norske «lepraarven» tillagt stor betydning. I en egen resolusjon ble den norske modellen for forebyggelse av sykdommen anbefalt: meldeplikt, epidemiologisk overvåking og hospitalisering og isolering av smittefarlige pasienter. I Lepraregisteret ble det frem til 1950, da de tre siste pasientene ble meldt, registrert totalt 8 231 pasienter.

Verdens helseorganisasjon har vist betydelig interesse for analyseresultatene basert på det samlede registermaterialet. Resultatene illustrerer forløpet av en epidemi i en pre-antibiotisk æra. En indeks basert på registerets data har vist seg å være til betydelig hjelp i den epidemiologiske overvåkingen i områder der registrering av nye pasienter er vanskelig; en økende debutalder hos de pasientene man kjenner til, indikerer fallende insidens. Analyse av det samlede materialet har belyst hvorfor sykdommen ble utryddet i Norge og har også vist at genetiske faktorer spiller en rolle i sykdommens etiologi (6).

De to museene illustrerer på denne måten kampen mot lepra i Norge i perioden 1850–1950. Men begge museumsbygningene med til dels autentiske, uendrede interiører, formidler også atmosfære og gir inntrykk som gjør det mulig i noen grad å leve seg inn i de menneskeskjebner som knytter seg til bygningene, og også forstå hvilke utfordringer datidens helsearbeidere møtte. Omfattende pasientopplysninger i Lepraregisteret og i et omfattende pasientjournalmaterial bidrar til det samme.

Hvorfor og for hvem skal arvegodset forvaltes?

Ethvert museum vil ha forpliktelser overfor sitt nærmiljø. Avhengig av innhold og budskap vil et museum også kunne ha nasjonal interesse, enten allmennt eller for spesielle grupper definert for eksempel av yrke, interesseområde, alder eller kjønn. Noen museer vil også kunne ha et internasjonalt publikum. Vårt tilfelle er noe spesielt fordi det foreligger klare forpliktelser overfor alle de nevnte kategorier og med betydelig ulikt innhold i det som det er naturlig å formidle til de ulike kategoriene.

Historien om den forskningsbaserte kampen mot lepra i Norge er unik i et internasjonalt perspektiv og vil alltid være det sentrale element i formidlingen. Dette gjelder tallrike grupper som besøker museene fra utlandet og særlig fra områder der lepra fremdeles er et betydelig helseproblem; fremdeles registreres det årlig ca. 200 000 nye leprapasienter på verdensbasis. Det dreier seg om India, Afrika samt Syd- og Mellom-Amerika. Men selv når sykdommen vil være utryddet, vil kampen mot den i Norge påkalle sterk medisinsk historisk interesse internasjonalt, og museene må være i stand til å formidle den på en vitenskapelig sett tilfredsstillende måte. Eksempler på slike land er Japan og Spania.

Kampen mot lepra, sett som et element av landets historie, vil alltid også ha et nasjonalt og lokalt publikum. Formidling overfor skolebarn er en viktig oppgave. Selv om erfaring har vist at også norske skolebarn er sterkt interessert i leprahistoriens vitenskapelige aspekter, vil budskapet bli et noe annet enn det som fremstilles overfor et internasjonalt publikum. Her vil også andre sider av leprahistorien belyses, som sosiale aspekter og spørsmål knyttet til stigmatisering.

En oppgave vil være å synliggjøre hvilken skjebne det innebar å bli erklært spedalsk. En spesiell gruppe er de som har slektsbakgrunn i tidligere høyendemiske områder, eventuelt leprapasienter i slekten. Tallrike henvendelser med spørsmål om opplysninger fra Lepraregisteret vitner om dette. Et spesielt tilfelle ble vist av NRK-TV der Jon Almaas ettersøkte sin oldefar.

En viktig målgruppe er studenter innenfor helsefagene. Ved Universitetet i Oslo var den såkalte lepraturen til Bergen en tradisjon til langt ut i

1960-årene. I utgangspunktet hadde den et klart medisinsk formål knyttet til diagnostikk og behandling av lepra, men den fikk etter hvert et noe mer sosialt preg. Universitet i Bergen har ikke benyttet museene systematisk i utdannelsen, noe det er all grunn til å endre. Den norske leprahistorien illustrerer en rekke av de problemstillinger helsevesenet alltid vil stå overfor.

Hvem skal forvalte arvegodset?

Som allerede nevnt ble i perioden 1973-2005 Lepramuseet i St. Jørgens Hospital og Armauer Hansens minnerom i Pleiestiftelsen for spedalske no 1 forvaltet av en institusjon. I 2005 ble Lepramuseet tatt opp i det såkalt konsoliderte Bymuseet i Bergen som også forvalter et stort antall andre museer, som for eksempel Gamle Bergen og Bryggens museum. Slik ble betydelig viktig og nødvendig bygnings- og museumskompetanse tilført Lepramuseet.

Medisinsk historisk eller vitenskapsteoretisk kompetanse savnes imidlertid, og etter hvert er Lepramuseet blitt mer et museum som viser pasientenes leveforhold enn den vitenskapsbaserte kampen mot lepra i Norge.

Armauer Hansens minnerom ble ikke tatt inn i det konsoliderte museet og ble i praksis etter 2005 forvaltet av Institutt for global helse og samfunnsmedisin og Medisinsk fødselsregister; begge leieboere i Pleiestiftelsen. Dette miljøet omfattet medisinsk historisk og vitenskapsteoretisk kompetanse, men ikke museumskompetanse.

Armauer Hansens minnerom er museumsteknisk sett en statisk samling der et viktig poeng er *ikke å endre*. Savnet av museumsteknisk kompetanse har derfor ikke vært stort. En ny utfordring oppstår når instituttet rundt 2020 skal forlate bygningen for å flytte inn i ny bygning på Årstadvolden. Det er derfor tatt initiativ til å utrede hvilke muligheter som foreligger for forvaltningen av Armauer Hansens minnerom.

Mulige aktører er Bymuseet i Bergen, stiftelsen St. Jørgens Hospital og Universitetet i Bergen. Bymuseet har den nødvendige museumskompetansen, men savner medisinsk historisk og vitenskapsteoretisk kompetanse. Museets økonomiske ressurser er hardt presset, og man vil ikke kunne ta på seg noe ansvar for forvaltning av ytterligere gjenstandssamlinger. Stiftelsen St. Jørgens Hospital er eier av Lepramuseet samt omliggende bygninger. Stiftelsen har en rimelig god økonomi og har i en periode vært museumsforvalter, men ytterligere kompetanse savnes. Universitetet i Bergen har sitt eget museum. Bergens Museum ble opprettet allerede i 1825 og utviklet seg til det vitenskapelige miljøet som dannet grunnlaget for Universitetet i Bergen i 1946. Den vitenskapelige arven som Armauer Hansens minnerom representerer, er Universitetets arvesølv. Miljøet var i den internasjonale



Figur 3: Armauer Hansens minnerom (Foto: J. Chr. Eldal, NIKU 2008)

forskningsfronten i en periode da den medisinske vitenskap ble grunnlagt. Miljøet ble den gang tilsvarende høyt ansett og verdsatt internasjonalt. Prestisjetunge britiske og amerikanske universiteter med tilsvarende vitenskapelig bakgrunn forvalter i dag sitt arvegods med berettiget stolthet. Det vil derfor være naturlig at Universitetsmuseet i Bergen er den aktør som overtar forvaltningen av Armauer Hansens minnerom.

Hvordan skal arvegodset forvaltes?

Å flytte gjenstandssamlingen i Armauer Hansen minnerom til nybygget på Årstadvolden ansees som lite aktuelt. Gjenstandssamlingen uten den unike bygningsmessige konteksten vil innebære en vesentlig reduksjon av samlingens autentisitet og verdi. Den beste (og eneste) løsningen er å forvalte Armauer Hansens minnerom uendret i Pleiestiftelsen.

Når Instituttet flytter, åpnes muligheter for utvidelser. Kampen mot lepra på attenhundretallet foregikk med betydelig finansiell støtte; på den tiden fra den norske stat. I et humanitært så vel som i et samfunnsøkonomisk perspektiv var denne kampen vellykket. I dag gjennomføres medisinsk forskning rettet mot våre dagers helseproblemer med budsjetter på totalt milli-

arder av kroner, der enorme gaver fra bergenske mesener står sentralt. Like så mye som vi i dag har behov for å se hva som kom ut av tidligere tiders helseforskning, vil vår ettertid ha nytte av en dokumentasjon av resultatene av dagens innsats på den medisinske forskningsfront. Armauer Hansens minnerom vil dermed kunne danne *grunnstenen for et medisinsk dokumentasjonssenter* som vil ha som formål å synliggjøre viktige resultater av medisinsk forskning i Bergen.

Litteratur

1. Welhaven JE. Beskrifning øfver de spetalske i S:T Jørgens Hospital i staden Bergen i Norrige. *Svenska Läkare-Sällskapets Handlingar*, 1816;3:188-220.
2. Danielssen DC, Boeck CW. *Om Spedalskhed*. Christiania: Chr.Grøndahl, 1847.
3. Hjort JJ. *Om Spedalskheden i Norge og Foranstaltningen imod samme*. Christiania: C.C. Werner & CO., 1871.
4. Hansen GHA. Bacillus leprae. *Nord.med.Archiv* 1880;12, nr.3:1-10.
5. Hansen GHA. *Indberetning til Det norske medicinske Selskab i Christiania om en med Selskabets Støtte foretagen Reise for at anstille Undersøgelser angående Spedalskhedens Årsager til dels udførte sammen med Forstander Hartwig*. Christiania 1874.
6. Irgens LM. Leprosy in Norway. An epidemiological study based on a national patient registry. *Leprosy Review* 1980; 51 suppl. 1:1-130
7. Lie HP (ed.) II. Internationale wissen soffliche Lepra-Kontranz in Bayern. Mitterlungen und Verhandlungen. London, Leipzig, Paris: Williams & Norgate, 1909.

Lorentz M. Irgens
professor emeritus
Lorentz.Irgens@uib.no

«Gammeldoktoren» – et godt liv på Glomdalsmuseet

Michael 2018; 15: 221–39.

«Gammeldoktoren» er en medisinhistorisk og kulturhistorisk utstilling på Glomdalsmuseet i Elverum etablert og drevet i et samarbeid mellom Hedmark legeförening og Glomdalsmuseet. Gjennom utstillingen i tablåer med tidsriktige innredninger, instrumenter og utstyr beskrives og fortelles distriktslegens/huslegens liv og virke i Hedmark i perioden 1850 til 1950.

«Gammeldoktoren» er en permanent medisinhistorisk utstilling på Glomdalsmuseet i Elverum. Utstillingens tema er «Distriktslegens/huslegens liv og virke i Hedmark i perioden 1850 til 1950».

Historien om «Gammeldoktoren»

Jubileumsutstilling

Historien om utstillingen startet i 1986. Den norske lægeförening ble stiftet i 1886 og 100-årsjubileet skulle markeres. Alle fylkesavdelinger i Den norske legeförening ble oppfordret til å markere jubileet i 1986. Styret i Hedmark legeförening ønsket, etter forslag fra distriktslege Kari Noer som var representant for de offentlige legene i styret, å lage en utstilling som kunne vise noe av det de eldre legene hadde stått for, hvilke arbeidsoppgaver de hadde og hva de hadde å hjelpe seg med. På denne måten ville styret hedre eldre leger som hadde gått foran i faget. En utstillingskomite ble oppnevnt med Kari Noer (1934–2013) som leder.

Det var nødvendig å finne et egnet utstillingslokale. Det ble tatt kontakt med Glomdalsmuseet, som den gang var et tradisjonelt regionalt folke-museum for Østerdalen og Solør. Museet var på leting etter nye oppgaver og stilte velvillig sitt galleri og kompetente museumsfaglige medarbeidere til



Figur 1: «Doktoren kommer hjem» malt av Gerhard Munthe (1849–1929). Hans far Christopher Pavels Munthe (1816–1884), distriktslege i Søndre Østerdalen distrikt fra 1845 til sin død i 1884, kommer hjem fra sykebesøk. Christopher Munthe var en markant «Gammeldoktor». Han hadde kontor og bolig på sin vakre eiendom Alfheim.

disposisjon, – kurator Svein E. Ødegaard og utstillingsleder Tone Kveim Låte.

Det var av betydning for beslutningen om å sette opp en slik utstilling at Kari Noer visste hun hadde tilgang til en del eldre utstyr etter sin svigerfar Gunnar Noer og sin forgjenger i distriktslegestillingen i Brandval, Lorentz Bull. Da det ble kjent at Hedmark legeförening og Glomdalsmuseet arbeidet med en slik utstilling, kom det henvendelser fra flere kolleger om legetutstyr, instrumenter og annet de hadde etter avdøde distriktsleger. Det ble fem travle måneder for Utstillingskomiteen og Glomdalsmuseets medarbeidere. Det var stor entusiasme og arbeidsinnsats. Interessant var det å registrere hvor nødvendig det var for et godt resultat å ha både museumsfaglig og medisinfaglig kompetanse. Arbeidsform og tilnærming til problemstillinger var forskjellig. Medisinere er gjerne beslutnings og handlingsorienterte, mens museumskompetansen lever mer under evighetens vinkel.

Utstillingen «Legens arbeid gjennom 100 år» ble åpnet 23. september 1986.



Figur 2: Utstillingsplakat. Bildet viser Morten Dedekam Harboe (1852–1915), distriktslege i Trysil 1897 – 1909 som her opererer på sitt kontor.

(Foto: Otto Mejlender (1865–1944). Kommunelege og distriktslege i Trysil 1891–1921.)

Alle som hadde bidratt til utstillingen og andre interesserte ble invitert til åpningen. Det ble mange hyggelige tilbakemeldinger. Legeforeningens president ble meget begeistret for utstillingen og hadde følgende budskap: «dette må ikke pakkes vekk, – denne utstillingen må gjøres permanent. Søk legeforeningen om et større økonomisk beløp, – så skal vi hjelpe til med den økonomiske siden av saken, men arbeidet må dere gjøre selv.»

Utstillingen fikk meget god omtale i media, og den var godt besøkt i de seks uker den var oppe.

Fra jubileumsutstilling til medisinhistorisk museum

Før planlegging og realisering av en permanent utstilling kunne starte, måtte en finansiering være på plass. Det ble utarbeidet en prosjektbeskrivelse og plan for utstillingen. Søknad om økonomisk bistand med prosjektbeskrivelse og utstillingsplan ble sendt til Den norske legeforening og Hedmark legeforening. Glømdalsmuseet søkte midler fra Kulturrådet. Den norske legeforening ga kr. 350 000, Hedmark legeforening kr. 50 000 og Kulturrådet kr. 150 000.

En ny utstillingskomite ledet av Kari Noer og prosjektansvarlig fra Glomdalsmuseet Tore Lahn kunne starte arbeidet med realiseringen. Det var nødvendig med restaurering og vinterisolering av utstillingslokalene i «Steinbygningen» på museet, hvor 180 m² ble stilt til disposisjon. Dette var et omfattende arbeid som ble finansiert og utført innenfor museets egne ressurser og rammer.

Først i 1990 kunne utstillingskomiteen og prosjektansvarlig fra museet starte planlegging av selve utstillingen. Utstyr og instrumenter var da registrert og merket. Utstillingslokalene ble klargjort, og en prøveutstilling ble satt opp våren 1993. Utstillingskomiteen trodde den hadde god plass, men når ønsket fra museet og komiteen var å lage autentiske miljøer, ble det ikke plass til alle instrumenter og utstyr. Noe måtte legges i magasinet.

Åpning av utstillingen

Utstillingen ble åpnet to ganger. Første gang i forbindelse med landsmøtet i Den norske legeförening på Hamar 10. juni 1993. Professor Øivind Larsen holdt en inspirerende åpningstale, og Kari Noer redegjorde for utstillingens formål, – å dokumentere den innsats gammeldoktoren stod for, det samfunn han virket i og de hjelpemidler han hadde. Utstillingen var verken et redselskabinett eller en samling rariteter, men en dokumentasjon og presentasjon i tidsriktige omgivelser av historien om gammeldoktorens liv og virke. Tema for utstillingen ble derfor: «Distriktslegens/huslegens liv og virke i Hedmark i perioden 1850 – 1950».

Den offisielle åpning fant sted 17. juni 1993. Den ble foretatt av helseminister Werner Christie. Til åpningen hadde han med en gave til utstillingen, en slede, restaurert og nymalt. Den hadde tilhørt distriktslege Alfred Selmer (1851–1919) og var blitt benyttet til sykebesøk i den tid han var distriktslege i Balsfjord legedistrikt. Utstillingen fikk nå navnet «Gammeldoktoren» og utstillingskomiteen ble til Utvalget for «Gammeldoktoren».

Drift, vedlikehold og utvikling

Utstillingen med instrumenter og utstyr er museets eiendom. Museet har ansvar for drift og vedlikehold. Utvalget for «Gammeldoktoren» er rådgivere for museet i medisinfaglige og medisinhistoriske problemstillinger og pådrivere for videreutvikling av utstillingen.

Utvalget for «Gammeldoktoren» oppnevnes av Hedmark legeförening og medlemmene velges på årsmøtet for en toårsperiode, med mulighet for gjenvalg. Utvalget er ansvarlig overfor Hedmark legeförening for at utstillingen blir ivaretatt og fremstår etter intensjonene.

Utvalget har mange oppgaver. Det er å gi råd i medisinfaglige og medisinhistoriske spørsmål, å være rådgivere i registreringsarbeid og initiere for-



Figur 3: Brosjyre (2. utgave) med logo for Den norske legeforening og Glomdalsmuseet. Åpningstider for museet og utstillingen. (Foto: Erik Arnesen)

bedring og videreutvikling. Formidling av utstillingens «tema» er viktig. Utvalgets medlemmer har derfor omvisninger i utstillingen, holder foredrag om medisinhistoriske emner og skriver publikasjoner. Til utvalgets arbeid gir Hedmark legeforening årlig kr. 35 000. Dette benyttes til forbedringer og markedsføring av utstillingen og til å holde kontakt med det medisinhistoriske miljø i og utenfor Norge.

Brosjyre og plakat ble laget til åpningen av utstillingen. Brosjyren er senere revidert. Det ble finansiert av utvalget. Brosjyren har opplysninger om utstillingens tema, hvem den retter seg mot og samarbeidet mellom Glomdalsmuseet og Hedmark legeforening.

Utstillingen er åpen for publikum året rundt i museets åpningstid, hvilket medfører at den er godt besøkt.

Permanente utstillinger bør oppgraderes og fornyes etter en tid. Museet og Utvalget for «Gammeldoktoren» startet dette arbeidet høsten 2006. Museet hadde en utstillingsansvarlig kurator og utvalget for «Gammeldoktoren» var rådgivere. Den fornyede utstillingen ble åpnet 13. juli 2007.



Figur 4: Legekontoret. (Foto: Emir Curt)

Det ble nødvendig med revisjon og fornyelse av tekstplatene. Dette prosjektet ble fullført i 2014. Et ønske om engelsk oversettelse var kommet mange ganger, fordi museet har besøk av mange utenlandske gjester. De norske tekstene ble revidert og med profesjonell hjelp ble de oversatt til engelsk. Et lokalt mediefirma ble engasjert for design, digitaltrykk og produksjon. Prosjektet ble i sin helhet finansiert av utvalget og av Hedmark legeförening. Tekstplatene er merket med legeföreningens logo. De nye tekstplatene krevde god belysning, og Stiftelsen Glomdalsmuseet ga økonomisk bistand til en betydelig forbedring av denne.

Utstillingen

«Distriktslegens/huslegens liv og virke i Hedmark i perioden 1850 til 1950» er utstillingens tema. Den tematiske ramme for «Gammeldoktoren» er utstillingens styrke.

Tidsmessig er utstillingen avgrenset til tiden etter at de første legene kom til Hedmark på slutten av 1700-tallet og med hovedvekt på perioden 1850 – 1950, samspillet mellom helse og datidens vitenskapelige forutsetninger, kulturelle og sosiale forhold.

Ved vandring gjennom utstillingen får vi inntrykk av det medisinske liv, utdanning, videreutdanning, folkemedisin, familieliv, kulturliv, samfunns- liv og sosiale forhold, de medisinske utfordringer og mulighetene for å ta hånd om dem.



Figur 5: Nødvendig utstyr for sykebesøk. Gjennom bakkdøren ser vi hvordan reiseklær og legekoffert er gjort klart. (Foto: Emir Curt)

Sentralt i utstillingen er «Gammeldoktorens» eget kontor fra 1920-årene, som vi kan se inn i fra forskjellige vinkler.

Her undersøkte og behandlet han sine pasienter, foretok små og store operasjoner, skrev sine medisinalberetninger og holdt orden på forskjellig statistisk materiale. På en liten laboratoriebank undersøkte han blod, vevsprøver, spytt for tuberkelbakterier, puss for andre mikrober og urin for sukker, eggehvite og puss. På en liten dispenseringsbank kunne han klargjøre og tilberede medisiner fra råvarer han fikk fra apotek. Det var langt til nærmeste apotek.

«Gammeldoktoren» arbeidet gjerne en morgenøkt på kontoret, så var det sykebesøk og på kvelden igjen en kveldsøkt på kontoret. Sykebesøkene var hyppige, daglige og tok mye tid med hest og trille om sommeren og slede om vinteren. Da var det godt å ha ulveskinnsplags og store kjørestøvler. Legekofferten inneholdt utstyr for kirurgiske inngrep, fødselshjelp og for tanntrekking.

«Gammeldoktorens» medisinske forutsetninger for å utøve sin virksomhet er starten på vandringen rundt i utstillingen. Disse forutsetningene baserte seg på medisinsk vitenskap helt fra antikken og dens store læremester, Hippokrates, frem til «Gammeldoktorens» egen tid. Hippokrates' aforismer og hans berømte lege-ed henger på veggen i Biblioteket. En rikholdig bok-



Figur 5: Biblioteket. (Foto: Emir Curt)



Figur 6: Biblioteket med lesesalsplasser. (Foto: Emir Curt)

og tidsskriftsamling, håndskrevne forelesningsreferater, preparatsamling og et skjelett i omgivelser som illuderer lesesalsplasser på Anatomisk institutt ved Universitetet i Christiania/Oslo gir oss mulighet til å reflektere over hvor viktig det var for gammeldoktoren å holde seg oppdatert om de medisinske fremskritt og mulighetene for det.



Figur 7: Folkemedisin (Foto: Emir Curt)

Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania ble opprettet i 1811 og Det medisinske fakultet i 1814. Legeutdannelsen kunne nå starte i Christiania. Tidligere måtte man til København for å bli lege.

I «Gammeldoktors» bibliotek finner vi blant mye annet interessant medisinstudent Fredrik Müllers (1870–1914) håndskrevne referater fra de 16 forelesningene professor i zoologi Georg Ossian Sars (1837–1927) holdt om Darwins lære ved Det Kongelige Frederiks Universitet vårsemesteret 1891. Descendensteorien provoserte så kraftig at Sars ikke fikk gjenta disse forelesningene. (1)

Folkemedisinen eksisterte i «Gammeldoktors» omgivelser. Det var «legeråd» og medisiner som folk kjente til, fra en tid da moderne medisin ikke fantes og det heller ikke var universitetsutdannede leger å henvende seg til. Det var det eneste tilbudet og ikke en form for alternativ medisin. I alle bygder og samfunn var det kloke koner og menn med slik kyndighet som var tillært eller arvet kanskje gjennom flere generasjoner. Det var blodigler, kopping og årelating (2). «Gammeldoktors» måtte forholde seg til dette.

Skog- og jordbruk var de viktige næringsveiene. I «Gammeldoktors» tid hadde størstedelen av den mannlige befolkningen i Hedmark sitt arbeid



Figur 8: Skogsarbeidernes arbeidsforhold. Skogsarbeiderkoie med «Gammeldoktorens» utstyr for behandling av skader. (Foto: Emir Curt)



Figur 9: Fødselshjelp. (Foto: Emir Curt)



Figur 10: Infeksjoner og epidemier. «Svartedauden», her illustrert ved Theodor Kittelsens (1857–1914) «Pesta», kommer til bygda. Koppevaksinationsattesten er datert 15. okt.1818. (Foto: Emir Curt)



Figur 11: Tuberkulosen. Verandaen på bygningen «Slottet» på Gjøsegården. Chr. Kroghs bilde «Syk pike» i bakgrunnen. (Foto: Emir Curt)

i skogen, mens kvinnene var hjemme og stelte gården, fødte og tok hånd om barn. Det å være skogsarbeider var ikke uten fare for sykdom og ulykker. Ofte var det nødvendig med lange og strabasjose sykebesøk i tømmerkogen for å stanse blødninger, spjelke brudd eller kanskje foreta amputasjoner (3).

Hjemmefødsel var det vanlige. I en monter vises nødvendig utstyr for en fødsel i kjøkkenet på en husmannsplass. Når jordmora stod fast, ble «Gammeldoktoren» tilkalt. Julie Bull, enke etter distriktslege Lorentz Bull (1878–1964) i Brandval, forteller hvorledes det var å være med mannen ut for å hjelpe til ved fødsler. Hun holdt parafinlampen, jordmora ga narkose med eter på maske og på kne foran pasienten forløste legen fosteret med tang. Jordmoras fødselsprotokoll var viktig dokumentasjon.

I «Gammeldoktorens» tid var infeksjoner og epidemier dominerende. Kopper, kolera, tyfus, difteri og meslinger opptrådte i epidemier. Kampen mot disse førte på forskjellig måte til endringer og tiltak. Sunnhetsloven av 1860 kom etter koleraepidemien i 1853, og la grunnlaget for det forebyggende helsearbeid i distriktene. Funn av bakterier førte til utvikling av vaksiner.

Distriktslege Andreas Christian Bull (1840–1920) beskriver i en medisinalberetning fra Sør-Odal 1868 en særegen epidemi som han diagnostiserte som *meningitis cerebrospinalis acuta*. Han behandlet 14 pasienter, 12 var

barn. Bull beskrev sykdommens ulike stadier, avmerket på et kart de enkelte sykdomstilfellene og sluttet av det at det her måtte være spredning av sykdommen ved kontakt med de syke. Legene hadde på den tiden ingen viten om at dette var *poliomyelitis*, og at dette var første gang en epidemi med poliomyelitt var beskrevet i Europa (4). Dette kartet med avmerking av de enkelte sykdomstilfelle vises i utstillingen.

Proteser for barn med lammelser i underekstremitetene etter *poliomyelitis* gjør inntrykk, likeledes hvorledes poliovaksinen, da den kom, hadde en dramatisk effekt på sykdomsforekomsten.

På 1800 tallet var tuberkulosen den store folkesykdommen. Sosiale forhold, trangboddhet, dårlig ernæring og slett hygiene var disponerende for utbredelsen. Legevitenskapen var nå kommet så langt at denne sykdommen kunne behandles. Sanatorieideen kom fra mellom-Europa; – frisk luft, god ernæring og hvile. Det ble bygget flere tuberkulosesanatorier og tuberkulosehjem i Hedmark omkring århundreskiftet.

Utstillingen viser et bilde av det første private tuberkulosesanatorium i Norge, «Gjøsegården» ved Vingersjøen i Kongsvinger, åpnet i 1894 av dr. Fredrik Jonassen (1866 – 1930). Han ble etter hvert en meget kjent tuberkuloselege. Den var i drift frem til 1942. Flere av Arnulf Øverlands (1889–1968) dikt er skrevet her. Arbeiderbevegelsens ideolog Kyrre Grepp (1879–1922) hadde flere opphold på «Gjøsegården». (5)

Gjennom vinduer ser vi inn på instrumenter og utstyr fra Mesnalien sanatorium. Det er utstyr til røntgenfotografering, gjennomlysning og



Figur 12: Kirurgiske instrumenter. (Foto: Emir Curt)



Figur 13: Øyesykdommer. (Foto: Emir Curt)

pneumothoraxbehandling. Røntgebilder viser tuberkulose i lunger, nyrer og skjelett og resultater av kirurgisk behandling.

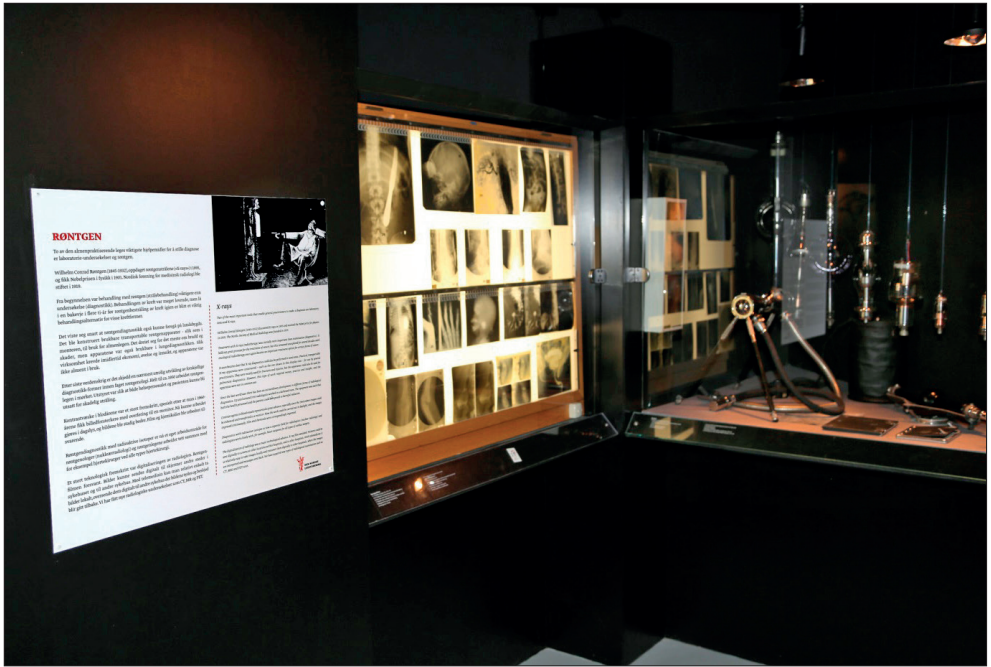
Kirurgiske instrumenter og hjelpemidler forteller historien om gammeldoktorens store kyndighet. Kniver og nåler ble slipt på bryne og lærreim. Her finnes også noen delikate instrumenter, de eldste med ibenholt og elfenbensskaft. De kunne selvfølgelig ikke steriliseres ved koking. Antakelig ble de vasket, flambert og tørket av med sprit.

Utstyr for undersøkelse og behandling av øre-nese-hals- sykdommer/ lidelser er samlet i en egen monter.

Øyet og øyesykdommer har en egen monter. Her er en fin gammel brillesamling og undersøkelses- og behandlingsutstyr for øyelidelser, måling av trykk i øyet og korrigerende av syn.

Et bærbart røntgenapparat fra 1917, flittig brukt av distriktslege Otto Queseth (1874–1966) i Grue, er utstilt sammen med røntgenbilder på glassplater og film av diverse skader og lidelser. Dette bærbare røntgenapparatet har ikke røntgenutstyrsprodusenten Siemens AS i sitt museum!

Sinnsykes behandling og forpleining er illustrert med en brisk og en blikktallerken i en oppmurt kjeller. Mange hadde det slik når de var i for-



Figur 14: Røntgen. (Foto: Emir Curt)

pleining rundt om på gårdene. Noen av dem kunne yte praktisk arbeid når de var i bedre faser.

Omtalt og illustrert er også barnearbeid og en gryende yrkesmedisin.

En monter viser doktorfruen Ragnhild Mejlender med sønnen på armen. I bakgrunnen distriktslege Otto Mejlender sammen med en kollega i hyggelig lag i stuen med en «toddy» eller kanskje var det «punsj». Veggene er dekket av bilder fra distriktslege Otto Mejlenders liv i Trysil. «Gammeldoktorens» hustru hadde mange oppgaver. Hun var hustru, mor, sekretær, telefonvakt, fødselshjelper og sykepleier.

Figur 15: Familielivet og doktorfruen. (Foto: Emir Curt)



Utstillingen avsluttes med «Reservedelsmennesket», et skjelett med de mulige reservedeler som finnes i dag. Det illustrerer mulighetene i dag til forskjell fra hvorledes det var i «Gammeldoktorens» tid.

Et moderne legekontor på motsatt side av «Gammeldoktorens» kontor, gir mulighet for refleksjon over hva gammeldoktoren kunne og måtte gjøre på sitt kontor og hva legen i dag gjør på sitt.

Apoteket

«Apoteket» er en farmasihistorisk utstilling som ble åpnet samtidig med «Gammeldoktorutstillingen» og beliggende nær denne i «Steinbygningen». Sammen med «Gammeldoktoren» er den Glomdalsmuseets helsehistorie-samling.

«Apoteket» består av tre deler: Offisinet med resepturen fra Rena gamle apotek, bygd i 1902, – et apoteklaboratorium fra ca. 1960 med inventar hovedsakelig fra Apoteket «Ørnen» og «Svaneapoteket» i Gjøvik, og den tredje delen er en drogesamling bestående av 400 droger (i sin tid Nordens største). Drogene var en samling til undervisningsbruk, brakt til Rena apotek av apoteker Daae. (det var hans private samling). Han bestyrte apoteket i tiden 1937 – 1955.

Glomdalsmuseet mottok Rena apotek i 1968. Først i 1993 så museet seg i stand til å sette opp innredningen slik den nå står. Det opprinnelige rommet og inngangspartiet fra Rena apotek er rekonstruert for denne utstillingen.



Figur 16: Offisinet i Rena apotek slik det var frem til 1961. (Foto: Emir Curt)



*Figur 17: Resepturen i Rena apotek slik det var frem til 1961.
(Foto: Emir Curt)*

Apotekhagen er et utendørs hageanlegg i tilknytning til bygningen hvor utstillingene er. Den rommer ca. 100 medisinske planter med tilknytning til apotekdrift og folkemedisin og stelles av en planteinteressert gruppe i Elverum hagelag.

Museets farmasihistoriske konsulent knyttet til denne utstillingen, er med i utvalget for «Gammeldoktoren».

Audioguide

Glomdalsmuseet besluttet våren 2012 å gå til anskaffelse av audioguide. Denne beslutning ble sterkt støttet også økonomisk av utvalget for «Gammeldoktoren». Gammeldoktorutstillingen skulle være pilotprosjekt. Et manus ble utarbeidet. Ved de enkelte utstillingsvinduer samtaler og kommenterer distriktslege Otto Mejlender og hans hustru Ragnhild hva de ser i disse vinduer av utstyr og instrumenter. De forteller historier fra eget levnet liv.

Mejlender har publisert mange historier fra sin tid som distriktslege i Trysil (1891 til 1921). Han var en ivrig fotograf og mange av hans bilder henger i utstillingen. Han kjøpte tidlig bil som transportmiddel til sykebesøk i distriktet. Æresmedlem av Kongelig Norsk Automobilforbund var han også.

Audioguiden var klar til bruk for publikum fra 26. mai 2013. Erfaringen er god med bruk av den.

Magasinet og boksamlingen

I tillegg til det som ble gitt til arbeidet med den opprinnelige utstillingen fra tidligere distriktslegers familier, er det i årene etter stadig kommet gaver i forbindelse med opprydding etter avdøde leger. Det er både instrumenter, utstyr og bøker. Dette blir oppbevart i magasinet til «Gammeldoktoren» og i bibliotekets bokmagasin. De siste to årene har utvalget sammen med museets fagpersonell ryddet opp i magasinene og registrert instrumenter og utstyr i registreringssystemet Primus, fotografert utstyr og instrumenter for så å kunne legge det ut på Digitalt Museum. Opprinnelig hadde utstillingskomiteen en «3-regel» – ett instrument i utstillingen, ett i Magasinet og ett til utlån. Vi har nok etter hvert fått flere enn tre av noen instrumenter og utstyr. Fortsatt kommer det forespørsler om vi har interesse av gammelt legetutstyr.

Aktuelle prosjekter

Utvalget arbeider nå med:

- Utvidelse og oppjustering av «Apoteket»
- «Mini-utstilling» i Glomdalsmuseets ekspedisjon, «Gammeldoktorens utvalgte», – et instrument, utstyr eller en «Gammeldoktor» som omtales og settes opp i en monter i museets ekspedisjon for 3–4 måneder og på museets nettside.

«Gammeldoktorens» forhold til Glomdalsmuseet og Nasjonalt Medisinsk Museumsnettverk

Utvalget for «Gammeldoktoren» og Hedmark legeförening har hatt et godt samarbeid med Glomdalsmuseet til gjensidig glede og nytte. Det museumsfaglige og det medisinfaglige er to ulike tilnæringsformer som kan utnyttes til beste for de oppgaver som skal løses. Ved å være knyttet til et museum, får man nytten av museets åpningstider og dets øvrige infrastruktur.

Vi har hatt stor glede av å være knyttet til Nasjonalt Medisinsk Museumsnettverk og ser frem til videreföring av det. Vi hadde stor glede av å kunne arrangere et «Vårseminar» i dette nettverket i 2010.

Glomdalsmuseet

Da Hedmark legeförening tok kontakt med Glomdalsmuseet i 1986, var museet et tradisjonelt regionalt folkemuseum for Østerdalen og Solør.

I dag er Glomdalsmuseet:

- friluftsmuseum. Det tredje største folkemuseum i Norge med 93 antikvariske bygninger,
- medisinhistorisk museum,



Figur 18: Hovedbygningen med kontorfløy og inngang. (Foto: Emir Curt)

- militærhistorisk museum,
- det har nasjonalt ansvar for tater-/romanifolkets historie, og det har regionalt ansvar for innvandererhistorien: skogfinnene, sørsamene, taterne, og nå de flerkulturelle innvandrere i Hedmark.

Hedmark legeforening og «Glomdalsmuseet» har siden 1986 hatt et spennende og gjensidig berikende samarbeid og konklusjonen vår er at «Gammeldoktoren» lever et godt liv på Glomdalsmuseet.

Litteratur

1. Noer K. Fra Gammeldoktorens arkiver. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1205
2. Bø O. *Folkemedisin og lærd medisin*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1972.
3. Bache T. Skogslegen og koiefolket. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1082-3.
4. Bache T. Andreas Christian Bull (1840 – 1920) og hans kartlegging av poliomyelitt. *Tidsskr. Nor Lægeforen* 2000; 120: 3292-3.
5. Gjerstadberget K. *Sanatoriet*. Trysil: Trysil-forlaget, 2007.

Erik Arnesen
Utvalget for «Gammeldoktoren»,
Halvdan Lunds vei 2,
2413 Elverum.
eriarne@online.no

Hva skjer med helsearkivene i Norge?

Michael 2018; 15: 240–5.

I Tynset kommune i Østerdalen, nord i Hedmark fylke, bygges for tiden det som blir Norges og muligens Nord-Europas første arkivinstitusjon utelukkende viet digitalt og papirbasert arkivmateriale fra helsesektoren. Bygget skal stå ferdig i 2019 som Norsk helsearkiv, en selvstendig institusjon i det norske arkivverket. I tilknytning til etableringen er det opprettet etter- og videreutdanning i fagfeltet Arkiv- og samlingsforvaltning særlig for studenter og kandidater til stillinger i NHA fra Tynset og resten av Fjellregionen. Emnene i studiet er hentet fra bachelorstudiet med samme navn ved NTNU, Fakultet for utdannings- og samfunnsvitenskap.

Utredningen av spørsmålet om hva samfunnet skal gjøre med det omfattende arkivmaterialet fra helsesektoren og særlig fra spesialisthelsetjenestene, har vært en gjenganger i norsk offentlig ordskilde i flere tiår. Helsearkivene er viktige i mange sammenhenger. De er grunnlag for medisinhistorisk forskning og kunnskapsutvikling. De er kilder til informasjon om viktige deler av norsk samfunnsliv og politikk. Og de er grunnleggende som dokumentasjon av virksomhetenes handlinger og forpliktelser og enkeltmenneskers rettigheter.

Utviklingen frem mot Norsk helsearkiv og av et nytt og i nordisk sammenheng genuint studietilbud på NTNU og Tynset begynte for alvor i 2004, femten år før selve bygget faktisk skal stå ferdig.

Bakgrunn

I januar 2002 overtok den norske stat sykehusene i Norge. Staten fikk med det et overordnet ansvar for spesialisthelsetjenestene og også eieransvar for de offentlige virksomhetene som inngikk i disse tjenestene. Virksomhetene ble organisert som foretak som igjen skulle regnes som offentlige organer i

arkivlovens forstand. Det betød at arkivloven med forskrifter også skulle gjelde for helseforetakene (1).

Arkivene i sektoren var i stor utstrekning ennå oppbevart av og ved de respektive institusjonene, og bare små mengder var overført til offentlige depotinstitusjoner. Arkivverket – Riksarkivet, statsarkivene og Samisk arkiv – var på ingen måte dimensjonert for å motta, oppbevare de store mengdene med arkiver som nå var kommet inn under statlig eieransvar. Det ble derfor nødvendig å utrede hvordan arkivene fra sykehusene skulle oppbevares og behandles for fremtiden og hva som måtte bevares, hva som *kunne* kasseres og hva som *skulle* kasseres.

«Siste stopp» – Depot for helsearkivene

En ekspertgruppe ledet av daværende avdelingsdirektør i Riksarkivet, Ivar Fønnes, ble etablert sent i 2004 for å forestå utredningen om de norske helsearkivenes videre skjebne. I 2006 fremla gruppen sin innstilling om Norsk helsearkiv – «siste stopp for pasientjournalene» (2).

Ekspertgruppen anbefalte i utredningen at det måtte opprettes en ny og spesialisert arkivinstitusjon for arkivene fra spesialisthelsetjenesten. Tyve år frem i tid, rundt 2025, ville det være aktuelt å oppbevare 25-27 000 hyllemeter med dokumenter fra spesialhelsetjenestene for lang eller evig tid, som dokumentasjon og forskningsunderlag. Arkivinstitusjonen som skulle etableres, måtte derfor ha solid magasinkapasitet.

Nå pågikk dette utredningsarbeidet også i en periode da digitalisering i økende grad var vokst frem som et allment samfunns mål og virkemiddel for effektivisering og besparelser og for å sikre demokratisk deltagelse. Samme år som ekspertutvalget fremla sin innstilling om helsearkivene, presenterte også regjeringen sin strategi for en ny digital offentlighet og for å bygge digitale allmenninger (3).

Regjeringens fokus på styrket digitalisering ble også innfanget av ekspertgruppen til Fønnes. Utvalget anbefalte å digitalisere helsearkivene for deretter å kassere en stor andel av de analoge originalene. «Digitalisering for kassasjon» og det ensbetydende «konvertering og destruksjon» ble utover i det neste tiåret, og særlig fra 2010, et viktig og tidvis omdiskutert element i norsk arkivpolitikk (4). Et av fundamentene for denne politikken fantes nettopp i oppfølgingen av utredningen om Norsk helsearkiv.

I debatten etter at Fønnes-utvalgets utredning var fremlagt, kom også et annet sentralt trekk i norsk arkivpolitikk til syne – distrikts- og regionalpolitikken. De åtte statsarkivene som sammen med Riksarkivet og Samisk arkiv inngikk i Arkivverket, var fordelt over hele landet, fra Kristiansand i sør til Tromsø i nord med geografisk bestemt ansvar for arkivmateriale fra staten

i hver sine regioner. Men hvor skulle så Norsk helsearkiv ligge, så lenge det ikke var aktuelt å gjøre plass i Riksarkivets egne lokaler ved Sognsvann i Oslo?

Riksarkivaren ønsket å utnytte kapasiteten i ubåtbunkerer DORA I i Trondheim, hvor også statsarkivet i byen lå. Andre sterke lokalmiljøer meldte seg imidlertid også på i kampen, og en aktiv lobbyvirksomhet kom til å utfolde seg i flere år. Lokaliseringsdebatten kom til å pågå frem til 2009. De sterkeste kandidatene foruten Trondheim, ble etter hvert Tynset og Raufoss. Kampen dreide seg også om mange statlige faste og gode arbeidsplasser.

Innad i Stoltenberg II-regjeringen var det store motsetninger knyttet til lokaliseringsspørsmålet. Konflikten var såpass skjerpet at beslutningsansvaret ble flyttet fra Helsedepartementet, som skulle finansiere byggingen, og til Regjeringsutvalget som besto av partilederne i de tre regjeringspartiene. På Tynset var det Senterpartiets folk som i sin tid hadde lansert ideen om å få Norsk helsearkiv dit, opprinnelig som en viktig brikke i arbeidet med å utvikle sentrumsfunksjonene i bygda.

Da saken kom opp til behandling i regjeringsutvalget, var det Bersvend Salbu fra SV som var ordfører på Tynset. Til tross for at Arbeiderpartiet nok hellet i retning av det gamle industritettstedet Raufoss som var i endring og trengte nye arbeidsplasser, ble det Tynset som med regjeringens beslutning i 2009 gikk av med seieren i lokaliseringstriden.

Sentraldepot for Arkivverket

Underveis i prosessen bestemte regjeringen og Kulturdepartementet seg også for å utrede hele depotproblematikken i Arkivverket. Tradisjonelt hadde man bygd ut magasinene i de enkelte institusjonene i Arkivverket når behovet for mer plass var blitt påtrengende nok. Det økte avleveringsetterlepet fra de statlige virksomhetene i hele landet satte imidlertid Arkivverkets samlede og fremtidige magasinkapasitet under press. Kapasiteten i statsarkivene og Riksarkivet var ujevnt fordelt, og flere av institusjonene så ut til få markant behov for mer magasinplass. Kapasiteten måtte økes med over 90 000 hyllemeter (5).

Konklusjonen på utredningen ble at myndighetene for fremtiden ønsket å satse på en nasjonal løsning. Istedenfor å bygge ut regionalt, ønsket de nå å etablere et Arkivverkets sentraldepot som skulle kunne ta imot dokumenter fra hele landet for langtidsoppbevaring. Det medførte også en løsrivelse fra prinsippet om at arkivene skulle bli oppbevart i den region eller det område de var skapt i, eller hadde tilhørighet til. Dette var i en viss grad et nytt prinsipp i norsk arkivpolitikk. En av forutsetningene var igjen fremveksten av digitale løsninger og muligheten for digitalisering med etterfølgende kassering av papirarkivene.

En ny lokaliseringsdebatt var i emning, men ble avsluttet ganske raskt. Regjeringen besluttet tidlig høsten 2011 at sentraldepotet for Arkivverket skulle samlokaliseres med Norsk helsearkiv under egen ledelse. På den måten ville man kunne nøye seg med ett større byggeprosjekt. Tynset kom til å bli tilført omkring hundre nye statlige arbeidsplasser.

Utdanningstilbud i arkiv- og samlingsforvaltning

De som satt med ansvaret for etableringen av de to nye arkivinstitusjonene, så snart at det kunne bli vanskelig å rekruttere tilstrekkelig arkivfaglig kompetente medarbeidere. Tilbudet av arkivutdanning på akademisk nivå i Norge har tradisjonelt vært sterkt begrenset, delvis i motsetning til hva som har vært tilfelle for kunnskapsfeltene bibliotek og museum. Som en følge av dette hadde Riksarkivet siden John Herstads tid sist på 1900-tallet selv vært involvert i og bestyrt flere av de aktuelle utdanningstilbudene, som alle også befant seg i Oslo-regionen. Riksarkivaren hadde i nær 20 år samarbeidet med Institutt for kulturstudiet (IKS) og så Institutt for kulturstudier og orientalske språk (IKOS) ved Universitetet i Oslo om et utdanningstilbud i arkivkunnskap for universitetets studenter. Etter studiereformen i 2003 hadde Riksarkivaren og IKOS også drevet et etter- og videreutdanningstilbud i arkivkunnskap i samarbeid.

Lederen av prosjektorganisasjonen for Norsk helsearkiv, Tom Kolvig, begynte tidlig i prosessen å orientere seg mot mulige samarbeidspartnere i universitets- og høyskolesektoren. Visjonen var at alle medarbeidere på alle nivåer i Helsearkivet skulle ha arkivfaglig grunnkompetanse. Våren 2012 ble Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) kontaktet av Helsearkivet og Arkivverket med sikte på å undersøke om HiST kunne ta ansvar for å utvikle nødvendige utdanningstilbud for Tynset-regionen. HiST igangsatte et internt utredningsarbeid om saken. Det munnet ut i et forslag om etablering av bachelorutdanning i arkiv og samlingsforvaltning som ramme for utvikling av et arkivfaglig etter- og videreutdanningstilbud på Tynset.

Bachelorutdanningen i seg selv ble bygd opp med tre komponenter: Arkivvitenskap, museologi og museumskunnskap, og IKT. Integrasjonen av disse tre fagfeltene i ett studium var unik i nordisk sammenheng.

Komplikasjoner

Like før Stoltenberg II-regjeringen gikk av i 2013, bevilget den penger til oppstart av byggeprosjektet på Tynset. Den nye regjeringen, Erna Solbergs såkalte blå-blå regjeringskoalisjon mellom Høyre og Fremskrittspartiet, trakk imidlertid saken tilbake tidlig etter sin tiltredelse. En forklaring var at kostnadsoverslagene for byggeprosjektet på Tynset måtte kvalitetssikres og ut-

giftsnivået reduseres. Et annet moment lå i den nye regjeringens program for besparelser og effektivisering i offentlig sektor. Arkivpolitikken tidligere primat – den nasjonalt og regionalt samlende bevaring av kilder til kultur, lokal forankring og forskning – ble i stor grad erstattet av en New Public Management-politikk i en ny og mer hardhendt tapning enn tidligere tiårs.

Etter at prosessen var gjennomført, ble hele byggesaken i Tynset nedskalert. Planene om å etablere sentraldepot for Arkivverket ble nå, i hvert fall inntil videre, satt på vent.

Digitalisering med etterfølgende kassasjon av det digitaliserte arkivet var kommet inn som et nytt mål i norsk arkivpolitikk. Det skulle bidra til å redusere behovet for magasinplass til oppbevaring av papirarkiver. Det ble også etablert en avtale med Nasjonalbiblioteket om å oppbevare store mengder dokumenter i deres nye fjellhall i Mo i Rana. Avtalen skulle også omfatte de dokumentene som tidligere var planlagt plassert på Tynset.

Ny løsning for utdanning og bygging på Tynset

I statsbudsjettet høsten 2015 kom så bevilgningen til å opprette bachelorutdanning i arkiv og samlingsforvaltning ved 2015 Høgskolen i Sør-Trøndelag. Da var imidlertid kravet om å sette i gang et utdanningstilbud på Tynset tatt ut. Departementet ville komme tilbake til saken når det var klart for å begynne å bygge på Tynset, hvilket man altså fortsatt planla.

For å kunne starte en bachelorutdanning (BA) i arkiv og samlingsforvaltning på et kvalitativt tilfredsstillende nivå, var HiST avhengig av å kunne bygge opp et fagmiljø med kompetanse på feltet. Denne oppbyggingen startet i 2016, og fortsetter i dag to år etter i regi av NTNU og Institutt for lærerutdanning.

Høsten 2016 ble de første 45 studentene tatt opp på det ordinære BA studiet. To Phd- stipendiater ble tilsatt innen rammen av programmet og med arkivvitenskapelige forskningsprosjekter og med sikte på å bygge forskningskompetanse. Høsten 2017 ble ca. 40 studenter tatt opp til BA-programmet, og høsten 2018 blir ca. 45 nye studenter tatt opp. BA-programmet kjører da i fullt løp.

I løpet av sommeren 2017 ble det så klart at Kulturdepartementet i en egen bevilgning tildelte NTNU penger til å gjennomføre det planlagte undervisningsopplegget på Tynset for potensielle søkere til stillingene i Norsk helsearkiv.

Våren 2018 ble de første undervisningssamlingene holdt på Tynset. NTNU hadde da gitt opptak til drøyt 60 studenter på det første av i alt tre emner i Arkiv- og samlingsforvaltning. Studentene kom stort sett fra Tynset og Fjellregionen.

Og i 2019 skal altså nybygget på Tynset være ferdig.

Etterord

Historikeren J. Andrew Mendelsohn har påpekt at medisinsk forskning har et gjennomgripende preg av «bibliotekforskning» som igjen er empirisk og arkivrettet i sin natur:

Between observing and knowing stood a library. It was not only a library of books and articles – of investigations and classifications, results and conclusions. It was a vast library of what we might call data, of description in the form of cases. And, more than a record of observations, readings and rereadings ad infinitum as well as unread cases waiting, in fairy-tale like sleep, to be awakened.

[...]

Medicine, maker of some of our most powerful ideals and practices of firsthand scientific experience – of «autopsy» (from autopsy, «I see») and uncompromising «clinical» observation (from kline, «bed» as in bedside) – was through that same activity a vast engine of secondhand experience of uncertain meaning and relevance, a written second nature of cases.

Ferdig etablert vil Norsk helsearkiv kunne bli en betydelig og mulig ruvende arkivinstitusjon i Norge og internasjonalt for medisinhistorisk kunnskap og forståelse, for forskning knyttet til spørsmål om menneskers liv og helse, og for forskning om hvordan arkiv strukturer og kontekstualiserer vår forståelse av nettopp liv og helse.

Litteratur

1. Lov om helseforetak § 5.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2006:5 *Norsk helsearkiv – siste stopp for pasientjournalene. Om arkivdepot for spesialisthelsetjenesten.*
3. St.m. 17 (2006-2007) *Eit informasjonssamfunn for alle. «IKT-meldingen».*
4. Jenssen LC. *Arkivforskning i Norge.* Norsk Arkivforum, Arkivarforeningen 2016. 101ff.
5. Kulturdepartementet. Meld. St. 7 (2012-2013) *Arkiv, s 78. «Arkivmeldingen»*
6. Mendelsohn JA. *Empiricism in the Library: Medicine's Case Histories. I: Daston L. (ed.): Sciences in the Archives. Pasts, Presents, Futures.* Chicago/London: The University of Chicago Press, 2017.

Svein Carstens

professor

Program for arkiv- og samlingsforvaltning Samfunnsfagseksjonen,

Institutt for lærerutdanning NTNU

svein.carstens@ntnu.no

Lars Christian Jenssen

førsteamanuensis

Program for arkiv- og samlingsforvaltning Samfunnsfagseksjonen,

Institutt for lærerutdanning NTNU

lars.c.jenssen@ntnu.no

Medisinens immaterielle historie

Michael 2018; 15: 246–59.

Medisinens immaterielle historie omfatter alt ved medisinen, helsetjenestens, folkehelsens og helsebetingelsenes fortid som ikke er av fysisk karakter. I tillegg til den immaterielle historiens egenverdi som kulturhistorie, er den nødvendig for å forstå medisinen materielle historie. Den immaterielle medisinske historien inkluderer blant annet tidligere tiders holdninger, rutiner, ferdigheter og sykdomsforståelse. Den avgrenses tematisk fra folkloristikken, perspektivmessig fra idéhistorien og dessuten fra sosialhistorie og demografi gjennom det særegne «medisinske blikket». Kildene kan være både skriftlige og muntlige, og vanlig historisk kildekritikk er nødvendig på alle plan.

Mens mange spesialiserte historieområder er blitt avdelt fra det generelle historiefaget, har medisinsk historie en annen opprinnelse. Helt fra begynnelsen var medisinsk historie nemlig et eget, smalt fag utviklet av og for leger, hevder medisinhistorikeren John Burnham (1929–2017) (1). Slik var medisinsk historie mer en del av medisin som fag, enn av historie, mener han. Burnhams oppfatning finner vi igjen i den definisjonen som *Store Norske Leksikon* fortsatt gir i 2018, nemlig at «Medisinsk historie er en gren av medisinen som har til oppgave å innsamle, bevare, bearbeide og presentere informasjon om medisinske forhold og medisinsk arbeid i tidens løp.» (2).

Fra verktøyfag til filologi og tilbake

Karakteristisk nok var medisinsk historie et av de første undervisningsfag ved Det medisinske fakultet som i 1814 ble etablert ved det nye Kongelige Frederiks universitet i Christiania. Det medisinhistoriske tilbakeblikket, især på fagets litteratur, preget lenge samtidens medisinske praksis. Det var

den gang en nødvendighet, fordi så mye av både medisinsk og annen vitenskap var basert nettopp på eldre kunnskap. I kartleggingen av hvordan overførbare sykdommer spredte seg, ble den medisinhistoriske disiplinen historisk-geografisk patologi et viktig verktøy, også i den tiden da mikroorganismene begynte å bli kjent.

Etter hvert fjernet medisinsk historie som akademisk fag seg noe fra praktisk medisin og gikk over til å bli tiltrukket av blant andre klassiske filologer, som dels gjorde banebrytende arbeid med eldre materiale.

Men så skjedde det noe: I siste halvdel av det 20. århundret utvidet medisinsk historie gradvis sitt interessefelt. Blant annet ble medisinske historiske emner og synsvinkler inkludert i sosialhistorien, og omvendt (1). Betegnelsen medisinsk historie omfatter i dag også alle helseprofesjoners historie, helsetjenestens historie og folkehelsens utvikling.

Medisinsk historie og lokalhistorie

Som historieområde kan medisinsk historie sammenliknes med lokalhistorie. Begge områdene preges naturlig nok av den allmenne utvikling (3), og de studeres med de samme metodene som historiefaget for øvrig (4). Men slik lokalhistorien er geografisk avgrenset, er medisinsk historie faglig avgrenset. Begge områdene har dessuten en slags nedenfra og opp-karakter der beskrivelsene og analysene oftere kommer fra områdenes «innbyggere» enn fra de historikerne som arbeider med tematikk på overordnet nivå. I likhet med lokalhistorien, danner også medisinsk historie på mikronivå, f. eks. institusjonshistorie, biografier, sykdomshistorie, forutsetninger og grunnlag for overgripende historieskriving. Både lokalhistorie og medisinsk historie ivaretas i større grad av historisk interesserte og bare delvis formelt historiskskolerte entusiaster, enn av akademiske faghistorikere. Publiseringen preges av et mangfold av små, sprikende beretninger, mer enn av store, overordnede vitenskapelige prosjekter.

Hva er immateriell medisinsk historie?

Selve betegnelsen immateriell, med et såkalt privativt prefiks som gir begrepet negativ betydning (5), innbyr til en forståelse som omfatter alt som ikke er materielt. Språklig koples ordet *immateriell* oftest til rettigheter, verdier og ressurser. Immateriell kapital defineres for eksempel som «ein varig, ikkje-fysisk storleik som gjev eigaren og samfunnet inntekter eller avkastning, i ei eller anna form over ein lengre periode, Kunnskap er et døme på immateriell kapital» (6).

I videste forstand vil immateriell historie være historien til alt som ikke er fysisk; ideer, tanker, tradisjoner, rutiner, handlinger, teknikker og alt annet

som ikke er av stofflig karakter. Immateriell medisinsk historie vil tilsvarende omfatte alle ikke-fysiske aspekter ved det medisinske fagområdet.

Tre avgrensninger er i denne forbindelse nyttig, alle mot fagfelt som også beskjeftiger seg med immaterielle fenomener:

Det ene er en avgrensning mot *folkloristikken og etnologien* som handler om folkekultur, og som kan karakteriseres som kulturhistorie. Studier av tidligere tiders folkeeventyr og liknende fortellinger er i disse fagene gradvis supplert med samtidsfenomener som identitet og gruppetilhørighet (7). Selv om folketro og folkemedisinske elementer, f.eks. knyttet til fødsel og død, kan inngå i slike studier, handler det mest om allment hverdagsliv uten særlig medisinsk relevans. Metodene som brukes for innsamling av folkelige tradisjoner, er imidlertid også relevante for medisinsens immaterielle historie.

Det andre er en avgrensning mot *idehistorien* som handler om de store tanker og teorier, og ligger nært opp mot filosofi. Trond Berg Eriksen karakteriserer idehistorien som «historiens ryggrad» og «kulturell selvrefleksjon» (8). Idehistorien beskriver utviklingen av tenkemåter og virkelighetsoppfatning gjennom tidene og vektlegger særlig ideologiers opphav og betydning (9).

Også det vi kan kalle medisinsk idéhistorie, handler om helhet og sammenheng på et overordnet plan, der verdier og menneskesyn er viktige elementer, og der ideologier står sentralt. Eksempler på dette finner vi i Karin Johannissons (1944 – 2016) analyser av kultursykdommer som nostalgia og melankoli (10,11). Slike filosofiske overbygninger både former og formes av de medisinsk-historiske beretninger.

Ser vi den medisinske historie som en parallell til lokalhistorien, dreier den immaterielle delen seg mer om avgrensede emner som skikker, tradisjoner, teknikker og enkelthendelser enn om de lange linjer og høye himler. Ambisjonen er mer å gi eksempler enn å dekke en helhet. Slik skiller den immaterielle medisinske historie seg *tematisk* fra folkloristikken, og *perspektivmessig* fra idehistorien.

Den tredje avgrensningen er overfor fag som *sosialhistorie, demografi* og andre nærliggende historiske felt. Medisinsk historie skiller seg fra disse fagene ved et innebygd «medisinsk blikk» som inkluderer folks sykdomsforståelse og opplevelse av helse og sykdom.

Eksempler fra medisin og helsetjeneste

Den immaterielle medisinske historie omfatter både sykdom og helse, pasienter og helsepersonell, og kommunikasjonen mellom alle de involverte. Ikke bare lege-pasient-forholdet, men også kollegiale relasjoner inngår.

Handlinger, altså noe som utføres eller uttrykkes, er et viktig utgangspunkt, men de *holdninger* de avspeiler, er ofte enda viktigere.

Så vel *store begivenheter* som *hverdagshendelser* forteller noe om den tiden de utspant seg i. De avspeiler holdninger og kunnskapstilfang som kanskje ble lite påaktet i samtiden, men som i ettertid framstår som karakteristiske uttrykk for en bestemt tidsepoke eller kultur. De mest hverdagslige hendelser er pasientkonsultasjoner, helsestasjonskontroller og pleieoppgaver i helseinstitusjoner. Større begivenheter omfatter et spekter fra åpning av nye helseinstitusjoner og -tjenester til håndtering av større ulykker og naturkatastrofer.

Rutiner som er knyttet til bestemte situasjoner, er andre eksempler. Helse-tjenesten er rik på rutiner. Grensegangen kan være uklar mot *ritualer* som defineres som «en formell handling som gjentas bevisst etter et bestemt mønster fra gang til gang», som ofte består av «en serie formelle handlinger i en fast rekkefølge i en stilisert form, og som oftest foregår i en sosial sammenheng» (12). Også i dag eksisterer det lite kjente og påkattede ritualer, f.eks. knyttet til død og pleie av døende. Eivind Berthelsen har studert pleiepersonalets stell av døde (13). Han viser blant annet hvordan «vinduet åpnes slik at sjelen kan befris og gardinene stenges for å forhindre innsyn» av respekt for den døde. Det er også vanlig å tenne et hvitt lys på nattbordet (14).

Rutiner kan endre seg raskt, og erstattes av nye. Da glemmes gjerne de gamle. For å ta vare på rutiner må de enten utføres jevnlig, tilpasses nye tider og omgivelser, eller dokumenteres på en måte som gjør det mulig å «lagre dem». Pasientinformasjon, spesielt ved alvorlige tilstander, forberedelse til operasjoner og dagens bruk av retningslinjer og pakkeforløp kan være eksempler. Her har medisinsk historie en oppgave.

Store deler av medisinen bygger på – og er – praktisk *håndverk og ferdigheter*. Ikke bare dagens, men også gårsdagens ferdigheter er av interesse. Laborrietester har i stor grad overtatt for kliniske undersøkelser i medisinsk diagnostikk, men hvilke håndgrep som ble benyttet og hvilke «knepp» som ble brukt, og som kanskje senere ble erstattet av teknologi, fortjener ikke bare å bli husket, men kan i gitte situasjoner komme til nytte igjen. Det gjelder for eksempel ulike kirurgiske teknikker og forløsningsmetoder.

Medisinen og holdningene til den forandres

En endret *sykdomsforståelse* og et utvidet *helsebegrep* er viktige elementer i den immaterielle medisinske historien. Eksempel: For 200 år siden var Norge et land med meget høy sykkelighet og meget høy dødelighet, men i praksis uten noe fungerende helsevesen. Nå har Norge en folkehelse i ver-

denstoppen og en stort sett velsmurt, heldekkende helsetjeneste. Dette kan betraktes som materiell historie. Men viktigere enn de materielle forandringene, er de holdningsendringene som var drivkreftene og som lå bak den utviklingen som skjedde.

Fra slutten av det 20. århundret økte helsetjenestens ambisjoner fra sykdomsbehandling og -forebygging i tradisjonell forstand til også å inkludere helsefremmende tiltak. WHO's Ottawa-charter fra 1986 (15) introduserte utsagnet «Helse i alt vi gjør» («Health in all policies») som et uttrykk for denne ambisjonen.

Den norske folkehelseloven fra 2011 legger ikke lenger ansvaret for folks helse på helsetjenesten, men på kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Loven fastslår at «Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen» (§4). Sammen med kraftig økende velstand i vår del av verden, øker dette forventningene til et sykdomsfritt liv, fortrinnsvis med bevarte kroppslige og mentale funksjoner til høy alder. Et mulig gap mellom forventninger og realiteter er også et eksempel på den immaterielle historien.

Et aktuelt tema i vår tid er spørsmålet om deler av helsevesenet leverer unødvendige og kanskje endatil skadelige tjenester. Mye av dagens medisinske behandling innebærer stor risiko for bivirkninger og komplikasjoner, og kan gjøre mer skade enn nytte om den ikke gis på helt bestemte indikasjoner. Det gjelder både kirurgiske inngrep og medikamentell behandling.

Med økende forekomst av antibiotikaresistens har f. eks. holdninger til antibiotikabruk endret seg både hos leger og pasienter. Det samme gjelder holdningen til andre tiltak som bruk av bildediagnostikk, screeningundersøkelser og medikalisering av lette psykiske lidelser. To internasjonale kampanjer, *Too much medicine* med utgangspunkt i Storbritannia og *BMJ* og *Choosing Wisely* med utgangspunkt i USA og Canada, tar sikte på å redusere unødvendige tiltak gjennom kartlegging av risiko versus nytte og bevisstgjøring av helsepersonell og publikum. En norsk variant av *Choosing Wisely* er etablert av Den norske legeförening under navnet *Gjør kloke valg*. En rapport om uønsket variasjon i helsetjenesten drøfter årsakene til og konsekvensene av både over- og underbehandling (16). Den internasjonale koordinatoren av *Choosing Wisely*, dr. Wendy Levinson fra Canada, oppsummerer problemstillingen i fem ord: «It is all about culture». Slike kulturendringer er viktige deler av den immaterielle medisinske historien.

Hvordan ta vare på den immaterielle historien

På samme måte som sporene til lokalhistorien søkes i det fysiske nærmiljøet, søkes sporene til den medisinske fortid i det faglige nærmiljøet, først og fremst i helsetjenesten selv. Som i lokalhistorien (17), kan disse sporene deles i flere kategorier:

- Gjenstander
- Skriftlige kilder
- Representerende kilder, dvs. konkrete ting som formidler noe annet, f.eks. fotografier, malerier etc.
- Muntlige kilder

Den immaterielle historien avspeiler seg i alle disse kategoriene, og er ikke utelukkende knyttet til immaterielle spor. Det usynlige kan tolkes og forstås ut fra det synlige, f. eks. gjenstander og dokumenter. Uten kjennskap til hvordan kirurgiske instrumenter ble brukt og hvilken tradisjon de sto i, er gjenstandenes historie relativt verdiløs. Den immaterielle historien må likevel ofte baseres på immaterielle spor. Slike spor kan være beretninger om *hva* som hendte, *hvem* som tenkte eller gjorde noe, *når* det skjedde, *hvordan* det skjedde, og om mulig også *hvorfor*. Det betyr at *fortellinger* kan være viktige kilder, og at historiske metoder for analyse av narrative tilnærminger ofte vil være aktuelle.

Skriftlige kilder

Skriftlige kilder, så vel pasientjournaler som faglitteratur og tidstypisk skjønnlitteratur, kan gi en god beskrivelse av immaterielle fenomener (figur 1).

Pasientjournaler er en åpenbar kilde til forståelse av den medisinske historie. Både sykdomsforståelse og behandlingstradisjoner framgår av de notatene som leger og annet helsepersonell gjør om enkeltpasienter. Petter Aaslestad har brukt en litteraturvitenskapelig tilnærming til slike notater i sin studie av pasientjournaler ved Gaustad sykehus (18). Han viser hvordan legenes holdninger til pasientene varierer gjennom hundre år, og hvordan pasientens «egen stemme» kommer til uttrykk på flere måter, selv om den er blitt filtrert gjennom legens hjerne og hånd.

Både fagtidsskrifter og lærebøker avspeiler også sin tids historie. Et godt eksempel på bruk av slike kilder i studier av immaterielle fenomener, er Kristine Lillestøl & Hilde Bondeviks tolkninger av nevrasteni på bakgrunn av tidsskriftartikler (19). De bygger på materiale fra *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, *Tidsskrift for Praktisk Medicin* (fra 1889 *Tidsskrift for Den norske lægeförening*) og *Medicinsk Revue* i perioden 1880–1920. Nevrasteni ble betraktet som en sykdom «typisk for sin tid» allerede da, og ble knyttet



Figur 1: Den immaterielle historien kan forstås og tolkes ut fra skriftlige kilder av ulike typer. Eksempler på dette kan være pasientjournaler (18), fagtidsskrifter (19) og skjønnlitteratur (20).

til spesifikke kjennetegn ved samtiden. Slik sett kan denne tilstanden forstås som en kultursykdom. Trekk ved samfunnet og samfunnsutviklingen, den tids tenkning, teknologi, og levesett, ble betraktet som direkte, fysiske årsaker.

Helse og sykdom har gjennom alle tider vært temaer i skjønnlitteraturen, men i ulik form og med ulik betydning til forskjellige tider. Også gjennom fiktive skildringer er det mulig å studere handlinger og holdninger i helse-tjenesten. Noen romaner gir i så måte mer kildetilfang enn andre. Et godt eksempel er *Trolldomsfjellet* av Thomas Mann (1875–1955) (20). Her gir en omfattende og detaljert beskrivelse av et tuberkulosesanatorium på begynnelsen av 1900-tallet leseren innblikk i ulike sider av pasientrollen. «*Trolldomsfjellet* synliggjør de identitetsskapende sidene ved sykdom og gir oss et sted utenfor helsevesenet, der de kan og bør utvikles», skriver Bjørn Hofmann i en analyse av bokens budskap (21).

Medisinsk faglitteratur blir egentlig aldri utdatert for en medisinhistoriker. Vil man forstå hvordan tuberkulosebehandlingen var og skulle være i 1924 da *Trolldomsfjellet* (*Der Zauberberg*) kom ut, er det lærebøkene og de medisinske tidsskriftene som forteller det. Og vil man vite hvordan dette var tretti år senere, ved tiden da Thomas Mann døde, er de samtidige, den gang nye utgavene av de samme lærebøkene og tidsskriftene naturlige kilder.

Representerende kilder

Trolldomsfjellet er også en representerende medisinsk historisk kilde. Det er ikke en bok om tuberkulosehistorie. Vi må anta at Thomas Manns intensjon først og fremst var å skrive en roman som belyste viktige trekk ved hans samtid. Som medisinhistorisk dokument må romanen vurderes ut fra det. Men medisinhistorisk sett – hvilken rolle spilte dette litterære verket for synet på tuberkulosen og på synet på tuberkuloseomsorgen og sanatorieveesenet? Vi må gå ut fra det fikk nedslag i befolkningen, det store opplegget tatt i betraktning.

Det samme gjelder *bilder* som medisinhistoriske kilder. I siste halvdel av 1800-tallet kom medisinske motiver inn med full tyngde i norsk malerkunst (22–24). Malerier og spesielt malerier på anerkjente utstillinger hadde en langt større gjennomslagskraft i samfunnet i en tid som ellers var nokså bildefattig i forhold til senere. Bilder satte også medisinsk dagsorden, og må tolkes på samme måte som litteratur. Det samme gjelder for fotografier – naturtro gjengivelser som beskriver medisinske fenomener på en slik måte at det fører til reaksjoner og handling. Men bilder kan også få motsatt effekt – de kan alminneliggjøre sykdom, lidelse og nød.

Å forstå hvordan befolkningens og fagmiljøenes holdninger til medisin og helse formes gjennom representative kilder, med emner som medisin og bildekunst, medisin og litteratur og medisin og arkitektur, har vært et populært undervisningstema for legestudentene ved Universitetet i Oslo (25).

Muntlige kilder

Knut Kjeldstadli deler muntlige kilder i *minner*, som er erindringer om egne opplevelser, og *tradisjon*, som er overlevert gjennom ett eller flere ledd (26). En åpenbar metode for å ta vare på den delen av historien, er å gjennomføre intervjuer med personer som besitter kunnskap og erfaring som det er viktig å ta vare på i form av fortellinger. Tidligere var det vanlig å dokumentere muntlige intervjuer i skriftlig form, men med dagens teknologi kan både lyd og bilde arkiveres. Fortsatt er søkbarheten, knyttet til bestemte ord og uttrykk, enklest i transkriberte intervjuer, men lyd- og bildeopptak gir i tillegg andre kvaliteter.

Det viktigste, og vanskeligste, er da å identifisere de rette intervjuobjektene. Men selve gjennomføringen av intervjuer forutsetter også spesifikk metodekompetanse. Intervjuteknikker som brukes ellers i kvalitativ forskning, kan være godt egnet. Den norske historiske forening har utarbeidet en enkel manual for intervjuer (27). En utfordring er hvordan slike intervjuer kan arkiveres og samtidig bli tilgjengelige for alle som måtte være interesserte i dem. En annen – og faglig – utfordring er selvsagt tolkningen av dem.

Aktørseminarer

En egen metode for å ta vare på den immaterielle samtidshistorien knyttet til bestemte begivenheter, er utviklet med utgangspunkt i personer som har vært personlige aktører ved eller vitner til hendelsene.

The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine i London startet i 1993 en seminarserie som er blitt kalt *Witness seminars* og det har senere vært gjennomført mange titalls slike seminarer (28). Hvert seminar er knyttet til en bestemt hendelse eller prosess i vår nære fortid. Etter en fastlagt framgangsmåte samles personer har vært sentralt plassert i begivenhetenes sentrum.

Her til lands har metoden fått sitt eget mønster under navnet *aktørseminarer*. De siste ti år er det gjennomført en rekke slike aktørseminarer om medisinske emner (29–38) (tabell 1). De fleste aktørseminarene har hatt 20–30 forhåndsutvalgte deltakere med personlig tilknytning til temaet.

Mønsteret i et aktørseminar er standardisert. Hovedtemaet er gjerne delt opp i kortere bolker. Etter en innledning om hovedtemaet er det for hver bolke en innledning av en sentral aktør om ett bestemt aspekt av temaet. Så åpnes det for kommentarer og diskusjon blant alle seminardeltakerne om dette aspektet. Erfaringen viser at den åpne diskusjonen både utfyller og korrigerer innledningen. Det hele foregår muntlig uten visuelle hjelpemidler, og alt som blir sagt, skrives ut og redigeres til en egen publisert rapport. I tillegg blir hele lydopptaket arkivert (39).

Tabell 1: Gjennomførte aktørseminarer om medisin og helse i Norge

Erindringer om resistens (29)
Allmennmedisin som akademisk fag (30)
Da hiv kom til Norge (31)
Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus (32)
Tsjernobylulykken 1986 (33)
Administrativ organisering og akademisk virke – Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo (34)
Ugelstads kuler (35)
Medisinsk fakultet i forandring (36)
Da cochlea-implantasjon kom til Norge (37)
Organdonasjon – behov og begrensninger (38)

Kulturarvregistreringer

Immateriell kulturarv er et begrep som ble satt på den politiske dagsorden med UNESCO-konvensjonen fra 2003 som ble ratifisert av Norge i 2007 (40). Immateriell kulturarv ble definert som «praksis, framstillinger, uttrykk, kunnskap, ferdigheter – samt tilhørende instrumenter, gjenstander, kultur-gjenstander og kulturelle rom – som samfunn, grupper, og i noen tilfeller, enkeltpersoner anerkjenner som en del av sin kulturarv». UNESCO-konvensjonen handler om prosesser der kunnskap «overføres fra en kulturbærer til en annen», og uttrykket «fra generasjon til generasjon» er brukt som et tegn på at det tenkes på varighet og kontinuitet.

Selv om den norske utredningen i stor grad handlet om urfolks og marginaliserte minoriteters immaterielle kulturarv, er *definisjonsmakten lagt hos kulturbærerne selv*. Det betyr at fagområder og samfunnssektorer, for den del også helsetjenesten, kan kategoriseres som «grupper» med sin egen kulturarv.

På bakgrunn av UNESCO-konvensjonen og den norske utredningen lanserte Kulturrådet i 2017 nettstedet www.immaterieillkulturarv.no (41) som en nasjonal fortegnelse over immateriell kulturarv i Norge. Dette er et åpent nettsted der alle som ønsker det, inviteres til å registrere «tradisjoner, skikker, musikk, dans og muntlige fortellinger, samt håndverkskunnskap og kunnskap om naturen og universet».

Innholdet på nettstedet er foreløpig (2018) begrenset, og medisin og helse er ikke representert. De fleste registrerte bidragene handler om tradisjonelt håndverk og sosial skikker. Det er ingen ting i veien for at også bidrag fra den immaterielle medisinske historie blir registrert. Forutsetningen er at «Kunnskapen eller praksisen er blitt overført fra folk som har levd før deg, og den er fremdeles i bruk. I denne sammenhengen er vi spesielt opp-tatt av prosessen som fører til at den tradisjonelle kunnskapen holdes i hevd og lever videre gjennom kreative tilpasninger og ny kunnskap» (41).

Kildekritikk

«Medisinsk historie kombinerer de metodiske problemer som er knyttet til historisk arbeid generelt, med de metodeproblemer som finnes i den naturvitenskapelige medisin», skrev Øivind Larsen for femti år siden (42). Dette gjelder fortsatt. Ettersom medisinsk historie ofte studeres av leger og andre ikke-historikere, blir det særlig viktig å kjenne de historiske metodeproble-mene som finnes og behandle dem med respekt.

Historieforståelse forutsetter tolking av kilder. Som oftest gjelder det å forstå språklige utsagn, altså tekstanalyse, skriver Knut Kjeldstadli som understreker betydningen av å tolke *både innhold og form* (26).

Enda mer enn i journalistikken bør man bestrebe seg på å unngå enkeltkilder. Verken dagbøker eller intervjuer er objektive kilder. Det er sagt at kildekritikk er «et spørsmål om sunn fornuft», og en allmenn kritisk sans er nødvendig overfor både skriftlige og muntlige kilder. «Særlig prøver jeg å fokusere på hvordan fortellerinstansen lar pasienten komme *til orde* og *til syne* i journalen», skriver Petter Aaslestad om sine journalanalyser (18). Utgangspunktet er at det er legen som hele tiden skriver journalnotatene, og dette må legges til grunn for analysen.

I sin drøfting av kildekritikk peker Kjeldstadli på tre særegenheter ved bruk av muntlige kilder i historiefaget (26). For det første er det en åpenbar fare for glemsel og feilerindringer når fortiden skal gjenkalles. Fortrengninger og andre psykologiske prosesser kan også spille inn. Dernest oppstår de muntlige kildene i en kommunikasjon mellom to mennesker og den dialogen kan i seg selv prege innholdet. Til sist peker han på at fortellinger alltid tilpasses noen grunnmønstre. «Mange skaper et bilde av en større sammenheng, kontinuitet enn det virkelige livet gjerne byr på. Andre bygger fortellingen opp som en todeling mellom før og nå» (26).

Helsetjenesten karakteriseres av to hovedparter; leger og annet helsepersonell (de profesjonelle) og pasienter, pårørende og befolkningen for øvrig (de andre). Ikke bare oppgavene, men også opplevelsene og oppfatningene er forskjellige hos de to partene, og dette preger rimeligvis også beretningene deres.

Personer som brukes som kilder og som selv har vært aktører, vil dessuten som regel ha egeninteresser i historieskrivingen også i lang tid i etterkant av det som har skjedd. I aktørseminarene håndteres dette ved at flere personer, gjerne med ulik erfaring fra samme begivenhet, åpent kan drøfte fortiden sammen og slik sett balansere de subjektive beretningene.

Hvorfor skal vi ta vare på den immaterielle historien?

Det er minst to gode grunner for å ta vare på den immaterielle medisinske historien; dels at den har en verdi i seg selv, dels at den er en forutsetning for å forstå den materielle historien.

Man kan ikke utlede tidligere tiders praksis ut fra teoretiske betraktninger alene. Kunnskap om tidligere tiders holdninger er en forutsetning for å forstå tidligere tiders hendelser. Slik ser vi dessuten at ikke bare teknologi endrer seg, men også tankesett og rutiner. Den umiddelbare konsekvensen av denne utviklingen vi ser bak oss, bør være en forberedelse på endringer også i framtiden. Begrepet *kulturarv* brukes i vår tid ofte om verdier, blant annet i diskusjonen om det finnes spesifikke nasjonale verdier. Ved å ta vare

på kunnskap om tidligere tiders verdier i helsetjenesten, slik de blant annet viser seg i hendelser og helsebegreper, sikrer vi også den medisinske kulturarv.

Mer åpenbart er det at den materielle historien ikke kan forstås uten å kjenne den immaterielle. Det er for eksempel umulig å forholde seg til historiske gjenstander uten å kjenne hvorfor og hvordan de ble brukt. Fredede sykehusbygninger, samlinger av medisinske instrumenter eller presentasjoner av gamle fotografier fra helsetjenesten blir bokstavelig talt meningsløse uten at betydningen de har hatt og sammenhengen de har stått i er kjent, og kan formidles sammen med de fysiske og synlige objektene.

Litteratur

1. Burnham J. *What is medical history?* Malden, MA: Polity Press, 2005.
2. Braut GS. Medisinsk historie. I: *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/medisinsk_historie
3. Larsen Ø. Har helsevesenet sin egen historie? *Tidsskr Nor Legeforen* 2003;123:1718-20.
4. Dahl O. *Grunntrekk i historieforskningens metodelære*. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
5. <https://www.naob.no/ordbok/privativ>
6. Andersen JR, Bjørhusdal E, Nesse JG, Årethun T red. *Immateriell kapital*. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
7. Christensen AH. *Hva er folkloristikk?* <https://forskning.no/kulturhistorie/2008/02/hva-er-folkloristikk>
8. Eriksen TB. *Hva er idéhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
9. Krefting E, Schaaning E, Aasgaard R, red. *Grep om fortiden. Perspektiver og metoder i idéhistorie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2017.
10. Johannisson K. *Medicinens öga*. Stockholm: Norstedts, 1990.
11. Johannisson K. *Melankolske rom*. Oslo: Cappelen Damm, 2015.
12. Jacobsen KA. *Ritual* <https://snl.no/ritual>
13. Berthelsen, E. *Far vel. En fortolkning av et pleiepersonales erfaringer med å pleie døende og å stille døde*. Avhandling (phd), Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2010.
14. Øvreberg E. Døden er ikke kald. *Forskning.no* 24.12.2010. <https://forskning.no/helsepolitikk-helsetjeneste-helseadministrasjon-samfunnsmedisin/2010/12/doden-er-ikke-kald>
15. WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion* <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
16. *For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten*. Oslo: Den norske legeforening, 2016. <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/c429b118ca8447049765305a2dcfd10f/rapport-for-mye-for-lite-eller-akkurat-passe.pdf>
17. Kyvig DE, Marty MA. *Nearby history. Exploring the past around you*. Lanham, MD: AltaMira Press, 2010.
18. Aaslestad P. *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler Gaustad 1890–1990*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.

19. Lillestøl K, Bondevik H. Nevrasteni i Norge 1880–1920. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013;133:661-5 DOI:0.4045/tidsskr.12.1221 <https://tidsskriftet.no/2013/03/medisinsk-historie/nevrasteni-i-norge-1880-1920>
20. Mann T. *Trolldomsfjellet*. Oslo: Gyldendal, 2002.
21. Hofmann B. Sykdom som dannelse – en studie av Thomas Manns roman Trolldomsfjellet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2003; 123: 3569-72.
22. Larsen IF. Syke piker i norsk kunst. *Tidsskr Nor Legeforen* 1991; 111: 3663-6.
23. Larsen IF. Legerollen i norsk malerkunst. *Tidsskr Nor Legeforen* 1995; 115: 3790-3.
24. Larsen IF. Røyking og kunst. *Tidsskr Nor Legeforen* 1997;117: 4418-21.
25. Frich J. Undervisning i medisin og kunst – hvilket utbytte har studentene? *Michael* 2008; 5: 245–54.
26. Kjeldstadli K. *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
27. <https://hifo.w.uib.no/skole-hifo/prosjektkonkurranse/hvordan-gjennomf%c3%b8re-et-godt-intervju/>
28. Tansey EM. Witnessing the witnesses. Potential and pitfalls of the witness seminar in the history of twentieth –century medicine. I: Doel RE, Soderqvist T red. *The historiography of contemporary science, technology and medicine. Writing recent science*. London/ New York: Routledge, 2006.
29. Jensen S, Lie AK, Eliassen KE, Lindbæk M, Gradmann C, red. Antibiotikaresistens i Norge – aktørseminar 16.01.2008. *Michael* 2012; 9: 13–79.
30. Evensen SA, Gradmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M, red. Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. *Michael* 2009; 6: 11–126.
31. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M, red. Da hiv kom til Norge. *Michael* 2010; 7: 12–157.
32. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, red. Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus. *Michael* 2010; 7: 382–527.
33. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, red. Tsjernobylulykken 1986. *Michael* 2011; 8: 19–143.
34. Larsen Ø, red. Administrativ organisering og akademisk virke. *Michael* 2011; 8: Supplement 10.
35. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Natvig JB, red. Ugelstads kuler. *Michael* 2013; 10: 14–112.
36. Larsen Ø, red. Det medisinske fakultet i Oslo siden 1970-årene – et aktørseminar. *Michael* 2013; 10: 219–344.
37. Evensen SA, Natvig JB, Larsen Ø, red. Cochleaimplantasjon (CI): revolusjon og utfordring for døves identitet, kultur og språk. *Michael* 2015; 12: 13–140.
38. Evensen SA, Natvig JB, Larsen Ø, red. Organdonasjon: behov og begrensninger. *Michael* 2016; 13: 261–388.
39. Evensen SA. Aktørseminarer fra medisinsk samtidshistorie. *Michael* 2008;5:240–4. http://michaelquarterly.no/index.php?seks_id=71975&a=1

40. *Immateriell kulturarv i Norge. En utredning om UNESCOs konvensjon av 17. oktober 2003 om vern av den immaterielle kulturarven.* Oslo: Kulturrådet, 2010. <http://www.kulturradet.no/documents/10157/a12b2499-0e89-4548-96f5-a63bacf843eb>
41. www.immateriellkulturarv.no
42. Larsen Ø. Metodeproblemer i medisinsk historie. *Nord Med* 1968; 80: 1237-42.

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

Hvordan blogge om medisinsk historie?

Michael 2018; 15: 260–2.

Jeg fattet interesse for medisinsk historie som hadde tilknytning til Bergen og regionen rundt, under medisinstudiet ved Universitetet i Bergen. Etterhvert oppstod et ønske om å videreformidle de spennende historiene. En blogg var et overkommelig prosjekt, og et fint verktøy for å presentere medisinsk historie med et populærvitenskapelig tilsnitt. Bloggen har ført meg på skattejakt i antikvariat og på internett, og er en los inn i det rike materialet som finnes om medisinsk historie i Bergen. Publikasjonsplattformen Wordpress har vært et effektivt verktøy for publisering.

Siden 2012 har jeg vært forfatter av en blogg om medisinsk historie i Bergen (1). Da jeg studerte medisin ved Universitetet i Bergen fra 2004 til 2011, fattet jeg interesse for medisinsk historie. Naturlig nok ble jeg spesielt opptatt av den medisinske historien som hadde tilknytning til Bergen og regionen rundt. Det var mye å ta av: Leprahistorien, folkebad og folkehelse, Fridtjof Nansens nevroforskning og Konrad Birkhaugs eventyrlige liv. Etterhvert som jeg leste mer om disse temaene, ble jeg interessert i å formidle de historiene jeg fant. Målet var å hente historiene fram fra fagtidsskrifter, arkiver og gamle bøker, og gjøre dem tilgjengelig for flere.

Bloggen har ført meg på skattejakt i antikvariat i Bergen og Oslo og på internett. I hyllene helt opp under taket i Norlis antikvariat i Oslo fant jeg 1887-utgaven av det populærvitenskapelige tidsskriftet *Naturen*. Dette var den første årgangen som ble utgitt av Bergens Museum. I dette bindet skriver Gerhard Armauer Hansen både om «Vaksination og immunitet», «Hvalfangst ved blodforgiftning», «Lugten hos kvindene», «Skorpioners selvmord», «Om sansningen hos småbørn» og om «Hypnotismen». Et eksempel på den store bredden hos datidens vitenskapsmenn.

Et av de mest interessante prosjektene jeg har gjort i arbeidet med bloggen, er artikkelen om «Bergen ligbrændingsforening». Historien om Ligbrændingsforeningen er en fascinerende historie om hvordan tanker om hygiene, folkehelse og rasjonalitet førte til at det oppstod en kremasjonsbevegelse på slutten av 1800-tallet. Denne artikkelen kan også tjene som et godt eksempel på hvordan jeg har arbeidet med bloggen.

Jeg kom litt tilfeldig over dette temaet på nettsidene til Bergen byarkiv, og fattet interesse for det. Artikkelen «Knokkelmanden, det gamle Skræmsel» (2) på bloggen til Frans Arne H. Stylegar, Arkeologi i Nord, ble en viktig inngangsport til temaet. På Nasjonalbiblioteket på nettet fant jeg boken *Norsk kremasjonsforening 75 år* (3) som gav utfyllende informasjon om norsk kremasjonshistorie. Samme sted fant jeg også en utgave av *Nordre Bergenhus Amtstidende* fra 1898 der Norsk ligbrændingsforening ber om støtte til sitt arbeid (4). Jeg kontaktet Bergen byarkiv og fikk komme i lese-salen deres og lese arkivmaterialet etter Bergen ligbrændingsforening. Her fant jeg praktisk informasjon om hvordan det hadde vært organisert, og kunne finne navnene på mange av dem som hadde undertegnet en «Tilkjendegivelse» om kremasjon. Basert på disse kildene utformet jeg en artikkel om foreningen, med et sideblikk til kremasjonsbevegelsen i Norge og Europa på denne tiden.

Et annet prosjekt som jeg startet med nokså tidlig i arbeidet med bloggen, er et medisinsk historisk kart over Bergen. Her har jeg forsøkt å plote inn sykehus, folkebad, apotek, helseinstitusjoner og andre steder av medisinsk-historisk betydning. Mange av stedene har også en kort beskrivelse. En del av bygningene står fortsatt i dag, og har vært lette å finne og plote inn på kartet, mens en del er revet eller har brent ned. Disse bygningene har vært en større utfordring å plassere, men ved å studere gamle kart har jeg lykket i å lokalisere mange av disse også. Nå er kartet en god oversikt for den som vil finne stedene jeg skriver om i bloggen, eller for den som er på jakt etter hvor et gammelt apotek eller sykehus lå. For å lage dette kartet brukte jeg verktøyet «Mine steder» i Google Maps. Jeg har en idé om å bruke dette kartet til å lage en medisinskhistorisk vandring gjennom Bergen.

Hovedutfordringen med bloggprosjektet er å ha tid til å produsere innhold. Bloggen er et hobbyprosjekt drevet uten noen økonomisk støtte. En forutsetning for å få dette til har vært at jeg har hatt et publiseringsverktøy som har vært fritt tilgjengelig, og som jeg ikke har behøvd å bruke tid på å sette opp og drive. Jeg har brukt *WordPress* som er et publiseringsystem for nettsted, som kan brukes til å produsere både blogger og andre typer nettsteder.

Årene som har gått siden oppstart har vist at det er begrenset hvor mye tid jeg har til å skrive lengre artikler. Jeg har i stedet funnet min rolle som en los inn i det rike materialet som allerede finnes om medisinsk historie i Bergen. Dette materialet finnes i tidsskrifter og bøker, i arkivsamlinger og på nettsteder. I dag er en god del arkivmateriale, kart, eldre bøker og bilder digitalisert. Mye kan finnes i Nasjonalbiblioteket, i Digitalt museum eller i digitale arkiver ved biblioteker, universiteter og arkivinstitusjoner. Jeg har blitt møtt med stor velvilje når jeg har kontaktet forskjellige institusjoner og bedt om å få bruke et bilde eller to på bloggen. Ved å løfte fram materiale fra arkiver, andre nettsteder og bøker og sette det sammen med egenproduserte artikler, har jeg oppnådd en akseptabel publiseringsfrekvens. I løpet av de siste seks årene har jeg fått presentert en rekke personer og steder av medisinskhistorisk betydning i Bergen by. Det er fortsatt mye å ta av.

Litteratur

1. Salte T. Medisinsk historie i Bergen [Internett]. [siteret 26. mai 2018]. Tilgjengelig på: <https://medisinskhistoriebergen.wordpress.com/>
2. Stylegar F-AH. Knokkelmanden, det gamle Skræmsel [Internett]. Arkeologi i Nord. 2008 [siteret 26. mai 2018]. Tilgjengelig på: <http://arkeologi.blogspot.com/2008/11/knokkelmanden-det-gamle-skrmsel.html>
3. Jullum B. *Norsk kremasjonsforening 75 år, 7. februar 1889-1964: kort historikk*. Oslo: Norsk kremasjonsforening; 1964. 39 s.
4. Berner HE, Thaulow T, Heiberg A, Uchermann, Welhaven H, Berner O. Fra Norsk ligbrændingsforening. *Nordre Bergenhus Amtstidende*. 3. desember 1898; 2.

*Tore Salte
lege i spesialisering i indremedisin og infeksjonsmedisin,
Medisinsk avdeling
Sørlandet sykehus HF
Kristiansand
tore.salte@gmail.com*

Reformene i sentral helseforvaltning 2002 og etableringen av Helsedirektoratet

Michael 2018; 15: 263–9.

I årene rundt 2000 skjedde det dramatiske endringer i norsk helsevesen. Selve grunnbetingelsene forandret seg innenfor apotekvesenet, allmennhelsetjenesten og for sykehusene. På grunn av dette oppsto det et akutt behov for omorganisering av den sentrale helseledelsen. Forfatteren bak denne artikkelen, tidligere departementsråd Anne Kari Lande Hasle, sto selv sentralt i det som skjedde, og hun forteller her hvordan endringene fortonet seg «fra innsiden»¹.

Det å skulle fortelle om reformene i sentral helseforvaltning i 2002 og etableringen av Helsedirektoratet i sin nye form, er både spennende og morsomt.

La meg kort minne om hvordan det politiske bildet så ut i 1999.² Sosial- og helsedepartementet ble ledet av sosialminister Magnhild Meltveit Kleppa og helseminister Dagfinn Høybråten.

Blant de sakene som preget den helsepolitiske og faglige debatten, vil jeg løfte frem etableringen av Fastlegereformen³, som ble vedtatt i mars 2000 og trådte i verk 1. juni 2001, og Apotekreformen⁴ (som trådte i kraft 1. mars 2001). Apotekreformen førte til at departementsråd Steinar Stokke takket ja til en ledende stilling innen apotekverdenen og gikk av som departementsråd på dagen.

1 Artikkelen er en lett omarbeidet versjon av et foredrag på et fagseminar i Helsedirektoratet den 18. juni 2018 i anledning av helsedirektør Bjørn Guldvoogs 60-årsdag 16. juni 2018.

2 Norge hadde i 1999 borgerlig styre under Kjell Magne Bondeviks første regjering 17. oktober 1997 til 17. mars 2000.

3 Ved innføringen av fastlegereformen fikk kommunene ansvaret for å besørge helsehjelp til innbyggerne, og hver enkelt fikk en fast lege å vende seg til.

4 Før Apotekreformen av 2001 var alle norske apotek utenom sykehusapotekene privat eid av farmasiutdannede apoteker med offentlig bevilling. Apotekerne hadde både det faglige og økonomiske ansvar for sitt apotek. Nå ble blant annet kjededannelse tillatt, og det ble få begrensninger for hvem som kunne drive apotek, såfremt det fantes en godkjent, faglig ansvarlig person.

Det var nok en anstrengt situasjon i departementet og presset på å få ny departementsråd på plass var stor. Jeg begynte i juni 1999.

Ikke bare apotek og allmennhelsetjeneste – også sykehusreform

I Helse-Norge for øvrig var debatten om sykehusene en «never ending story». Fylkeskommunene eide de fleste sykehusene, staten eide blant annet Rikshospitalet og indirekte Radiumhospitalet. Hvordan fungerte dette?

- Det var en fragmentert politisk forankret styring av sykehusene
- Det var en betydelig politisk innblanding i operativ drift
- Det var manglende budsjett-respekt, med årlige oktoberkriser og møter både i Stortinget og i departementet med den enkelte fylkeskommune og sykehusdirektør
- Det var profesjonene, særlig Legeforeningen, som satt med definisjonsmakten i viktige helsepolitiske spørsmål
- Det var vanskelige lederoppdrag i sykehusene – ofte korte lederperioder

Da Tore Tønne ble helseminister 17.mars 2000, kom han med et klart mandat og en klar målsetting for endring av organisering av norske sykehus. Han foreslo at sykehusene ble overført til staten og at de ble omdannet til foretak.

Alle var *for* å overføre sykehusene til staten – men *hva var et helseforetak?*

I departementet organiserte vi en egen prosjektgruppe ledet av Vidar Oma Steine (som dessverre døde altfor tidlig – i 2009) og som med rekordfart klarte å fremme de nødvendige dokumenter og nye lover for å regulere en overføring fra fylkeskommunene til staten, inndeling i fem (senere fire) regionale helseforetak (RHF'er) som eide de lokale helseforetakene (sykehusene). Staten v/Helsedepartementet eide de fem(senere fire) RHF'ene.

Ny sentral helseforvaltning nødvendig

Arbeidet med helseforetaksreformen forsterket behovet for å reformere den sentrale helseforvaltningen. Dersom departementet skulle være styringsdyktig, måtte vi rigge oss til på en annen måte. Vi kunne ikke ha et 30-talls ytre etater med både overlappende og manglende ansvar, uklare roller med blanding av departements- og direktoratoppgaver, blanding av tilsyns- og direktoratoppgaver, blanding av kunnskapsproduksjon og myndighetsoppgaver. Viktige oppgaver, særlig på økonomiområdet, var med en historisk begrunnelse lagt ut til en privat forskningsinstitusjon og måtte snart ut på nytt anbud.

Med så mange ytre små og store etater var det også umulig å holde en samlet oversikt med god arbeidsfordeling. Det førte selvsagt til at de forskjellige avdelingene hadde «sine» etater som ble fulgt opp på en god, men «silobasert» måte. Det krevde mange oppfølgingsoppgaver i departementet, og medførte ikke minst mange vanskelige personalsaker som måtte behandles i departementet.

I tillegg hadde departementet en svært stor portefølje med tilskuddsordninger. Det var snakk om milliarder som det etter hvert krevde stor innsats for å følge opp.

I sum betydde det at Sosial- og helsedepartementet hadde utviklet seg til et komplisert og stort departement med både makt og myndighet, men også mange administrative og økonomiske styringsoppgaver som statsråden til enhver tid hadde det løpende, daglige ansvar for. Det ga stortingspolitikkerne mange gode muligheter for spørsmål og krav om oppfølging ned i den minste detalj.

Mange vil nok også huske at det var konflikter i det åpne rom mellom direktører og mellom statsråder og direktører – til stor glede for media som kunne bruke atskillige spaltemetre på konflikter og velformulerte angrep på kolleger.

Rask reform

Med Tore Tønne i statsrådsstolen og en sykehusreform underveis, ble det avgjørende viktig for meg å rydde like raskt som helseforetaksreformen, og få etablert en ny sentral helseforvaltning. *Hvordan skulle vi ellers klare å styre en ny stor sektor?* Jeg var ikke i tvil om at vi hadde kompetansen og kapasiteten, men organiseringen var katastrofal.

Jeg tok dette opp med statsråden. Jeg hadde tegnet hele den sentrale helse- og omsorgsforvaltningen inn på et ruteark. Det tok ikke han mange minuttene å se at vi måtte rydde – og det fort. Han ga meg et klart mandat og skisserte en retning: «Del alt i to institusjoner: en gjennomføringsorganisasjon (direktorat) og en tilsynsorganisasjon».

– «og Anne Kari, vi sier det ikke til noen før vi har klar en plan». Det betydde at her skulle det ikke være noen forhåndssalg i pressen!

Det var krevende å ha en høyt profilert prosjektgruppe som utredet det som etter hvert ble en helseforetaksreform og som i rask tempo leverte de nødvendige lov- og budsjettforslag til Stortinget og samtidig lede arbeidet med en ny sentral helseforvaltning. Det manglet ikke på advarsler, mange hadde forsøkt før med katastrofalt resultat. Mange vil for eksempel huske konflikten for åpen scene mellom helsedirektør Torbjørn Mork og sosialminister Tove Veierød!

Grupper, møter, utredninger og omstillinger

Vi etablerte alle de nødvendige grupper og hadde faste, hyppige møter med tillitsvalgte. Vi hadde et svært godt sekretariat ledet av den unge Tale Teisberg. Jeg laget meg en «støttegruppe» bestående av ekspedisjonssjef Ellen Seip, ass. helsedirektør i Helsetilsynet Bjørn-Inge Larsen og fylkeslege (tidligere konstituert helsedirektør i Helsetilsynet under Anne Alviks permisjon) Petter Øgar.

Etter hvert ble det satt ned utredningsgrupper for gjennomgå Helsetilsynet og departementet for å skille mellom tilsynsoppgaver, direktoratsoppgaver og departementsoppgaver.

Det ble etter hvert tydelig at vi ikke kunne anbefale å etablere *en* gjennomføringsorganisasjon, dvs ett direktorat og ett tilsyn, dette var jo statsrådets retning for arbeidet. På mange områder var fagfeltet lite og sårbart og det ville undergrave fagfeltets kompetanse og kapasitet.

Legemiddelfeltet fikk en egen utredning, ledet av Andreas Disen.

Legemiddelverket er både direktorat og tilsyn, og fikk derfor navnet «verk» for å være tydelig annerledes enn annen opprydding og samling av etater i direktorat eller tilsyn.

Hovedgrepet var etablering av Helsedirektoratet med samling av tilnærmet alle gjennomføringsetater, råd og utvalg eller saker i ett direktorat. I starten var sosialområdet også med, derfor Sosial- og helsedirektoratet. Det førte blant annet til at 90 stillinger eller hjemler ble overført fra Sosial- og helsedepartementet til direktoratet, 50% av Helsetilsynet ble overført til direktoratet, i tillegg til mange etater, anslagsvis 11–12.

Dette førte til en stor avlastning for departementet, slik at den strategiske oppgaven et departement skal ha som sekretariat for politisk ledelse, ble langt bedre både når det gjaldt kapasitet og kompetanse. Mange opplevde nok at detaljkunnskapen ble svekket, og det tok for noen litt tid å vende seg til at Helsedirektoratet nå satt på detaljene.

Det var svært viktig for meg i min departementsrådstid å bidra til å bygge opp et sterkt faglig og handlekraftig direktorat. En statsråd skal alltid kunne stole på et direktorat og med stor ro kunne si i Stortinget «*dette skal jeg ta opp med helsedirektøren*» eller vite at direktoratet har faglig kompetanse som på selvstendig grunnlag legger frem saker uavhengig av profesjoner og pressgrupper, men hvor alle er lyttet til.

Hva med Helsetilsynet?

Omorganisering av Statens helsetilsyn til et mer rendyrket tilsyn var en stor oppgave som Lars E Hanssen på en utmerket måte ledet tilsynet gjennom på. Helsetilsynet hadde vært gjennom et tilnærmet jordskjelv etter Bærums-

saken⁵. Som nevnt tidligere ble fylkeslege Petter Øgar konstituert i helse-direktørstillingen og gjennomførte en ryddig gjennomgang av de konflikt-fylte sakene før han gikk tilbake til sitt fylkeslegeembete. Lars E. Hanssen ble utnevnt som direktør for Statens helsetilsyn noen måneder før vi startet den store omorganiseringen.

«Folkehelse» også noe annet enn før

Statens institutt for folkehelse, eller populært sagt «Folkehelse», ble på samme måte gjennomgått med tanke på rendyrking av kunnskapsproduksjon og utvikling av smittevernområdet i vid forstand. *Nasjonalt folkehelseinstitutt* ble det nye navnet.

Endret grunnlag og endelig i mål

Disse reformene krevde noen beslutninger fra Stortinget når det gjaldt endringer i både bevilgninger og lover. Dette ble fremmet dels i Revidert nasjonalbudsjett for 2001 og dels i en Smittevernproposisjon under navnet *Endringer i Smittevernloven mm.* Dette gikk langt mer diskret for seg enn den parallelle prosessen med helseforetaksreformen. Begge prosesser ble imidlertid landet samtidig.

Den 6. juli 2001 ble de nye styrene for de fem regionale helseforetakene oppnevnt, nye administrasjonssteder ble utpekt, Geir Stene-Larsen ble åremålbeskikket til direktør for Nasjonalt folkehelseinstitutt og Bjørn-Inge Larsen ble åremålbeskikket til direktør for Sosial- og helsedirektoratet. Lars E. Hanssen var allerede beskikket som direktør for Statens helsetilsyn.

Statsråd Tore Tønne inviterte til et pressemøte med presentasjon av de nye styrene og de nye direktørene – det var en kraftfull avslutning på et intenst arbeid med et strålende resultat.

Hvordan gikk dette i praksis?

Det var nå mange ledere som ikke lenger var ledere. Dette var selvfølgelig krevende og jeg hadde mange tunge samtaler i denne tiden. Men jeg tror at vi gjennom å ivareta den enkelte på best mulig vis, klarte å gi dem som ønsket det, et tilbud om annen jobb. Her spilte direktør Bjørn-Inge Larsen og Helsedirektoratet en viktig rolle.

Sommeren 2001 etablerte Bjørn-Inge Larsen et sekretariat i Sosial- og helsedepartementet hvor arbeidet med å etablere det nye Sosial- og helsedirektoratet begynte. Den nye ledelsen med Gunn-Elin Bjørneboe og Bjørn

5 I januar 1999 hadde en lege anmeldt en nær kollega for aktiv dødshjelp. Dette utløste en debatt om blant annet Helsetilsynets håndtering av saken. Det var oppstått manglende tillit til daværende helsedirektør som etter en permisjon valgte å gå over i en forskerstilling.

Guldvog tok form, og arbeidet med ny organisasjon og jakten på lokaler startet.

Etableringen av de nye regionale helseregionene med fastsettelse av administrasjonssted, var en formidabel oppgave. Behovet for en ny avdeling i departementet var åpenbar. Eieravdelingen ble etablert samtidig som vi beholdt Spesialisthelsetjenesteavdelingen. Det har krevd mye tenkning og grenseoppgang mellom de to avdelingene, særlig i starten.

Etter sommeren 2001 startet valgkampen for fullt i august. Regjeringen Stoltenberg⁶ tapte valget 10. september 2001. Det ble regjeringsskifte 19. oktober 2001 og Dagfinn Høybråten kom tilbake som ny helseminister.

Deling av departementet

Men den store overraskelsen var ikke at Dagfinn Høybråten kom tilbake, men at departementet ble delt og det trådte i kraft 31.12.2001. Jeg må si at jeg måtte ha ett minutt for meg selv, før det ble en selvfølge at departementet ble delt i et Sosialdepartement og et Helsedepartement. Sosial- og helsedirektoratet skulle etableres som planlagt, men få oppgaver fra og rapportere til to departementer.

Den 4. januar 2002 feiret alle involverte etableringen av de nye institusjonene. Den ledende tillitsvalgte inviterte de sentrale i omorganiseringen hjem til seg på vorspiel. Hun var gift med en fremtredende presse mann som kunne fortelle at fra denne omorganiseringen var det ingen lekkasjer til pressen – jeg tok og tar det som den beste evalueringen av at prosessen var god nok.

I perioden 2005–2008 var Bjarne Håkon Hanssen arbeids- og inkluderingsminister og han flyttet sosialområdet ut av Sosial- og helsedirektoratet og fra 2008 ble navnet endret til Helsedirektoratet.

Lunsj som ledelsesform?

Jeg var veldig opptatt av at det skulle gå bra med de nye ytre etatene og de nye lederne. Historien hadde lært meg mye om konflikter og uklare roller og overlappende oppgaver som kimer til revirkamper institusjonene imellom. Og dessuten – selv utrolig intelligente og dyktige ledere kan gå seg vill i politikken verden og ville helt sikkert komme i vanskelige situasjoner i spenningsfeltet politikk og fag.

6 Den 17. mars 2000 overtok en mindretallsregjering utgått fra Arbeiderpartiet under ledelse av Jens Stoltenberg etter at Kjell Magne Bondeviks borgerlige regjering fikk stortingsflertallet mot seg i en sak om utbygging av gasskraftverk. Etter stortingsvalget i 2001 overtok Kjell Magne Bondeviks andre regjering.

Jeg foreslo derfor at de tre nye lederne Lars E. Hanssen, Geir Stene-Larsen og Bjørn-Inge Larsen skulle spise lunsj med meg hver fredag første året. Dette vakte en viss bestyrtelse hos noen av ekspedisjonssjefene og statsrådene var nok også litt undrende.

Det året jeg foreslo, ble til 11 år, og jeg kan nesten ikke huske at noen hadde forfall. Det ble en arena for fortrolige diskusjoner og gjensidig informasjon – og til dels tydelige tilbakemeldinger.

Institusjonene var kommet for å bli – og har vist at de tåler endringer og nye oppgaver.

Anne Kari Lande Hasle
annekarilh@gmail.com

The saving and rescue of wounded British soldiers from Romsdal in Norway in World War II¹

Michael 2018; 15: 270–88.

In the last half of April, 1940, there was severe fighting between German forces who just were occupying the area of Romsdalen in Northwestern Norway, and British units trying to halt the German campaign. Casualties were admitted to the County Hospital in the city of Molde. The article describes the circumstances and the rescue of 29 men, of whom 27 could be evacuated to Britain. Two were taken prisoners by the Germans. The article is based on notes taken by the physician in chief, the surgeon Hans Fredrik Harbitz (1900–1971), the father of the author.

Introduction

The humanitarian effort to rescue the wounded British soldiers and seamen from the battlefields in Romsdal, Norway during the German invasion April 1940 is not well known. In the Yearbook of the Romsdal Museum 2014, Dr. Guttorm Eldøen reports on “Foreign patients at Molde Hospital during the Second World War”, amongst them are named some British patients (soldiers) who were admitted after the German air attacks on British warships and ground forces to be landed in Romsdal, west coast of Norway [1]. As mentioned there, Medical Doctor Hans Fredrik Harbitz (my father) was appointed as Chief Surgeon and Chief Administrative Medical Officer at Møre and Romsdal County Hospital in Molde since 1938, and he continued to work there during the years of war and the German occupation of Norway 1940–45. Based on his private notes, I will describe and detail the efforts to organize the saving and successful evacu-

¹ A Norwegian version of this article has appeared in a local, historical yearbook: Harbitz TB. Redningen av sårede britiske soldater fra Romsdal i april 1940. *Romsdalsmuseet Årbok* 2015. Molde 2015, s. 228–44.

ation of the British victims, who were brought to the County Hospital from the battles near Åndalsnes and Molde during the landing of British land forces in Romsdal April 1940. The special story of the two British soldiers who were taken to the County Hospital in Molde from the inland battlefields in Gudbrandsdalen valley is included [2][3].

Molde at that time was a town with only 4,000 inhabitants. All of a sudden, that small town on the Romsdalsfjord was to become so central after the stay there of King Haakon and his son, Crown Prince Olav and members of Government during their escape following the German invasion on 9th April, 1940. The towns of Molde and Åndalsnes were terribly bombed, burned and devastated, and consequently the considerable contribution of the County Hospital in Molde was to be praised.

Chief Surgeon Harbitz writes of the County Hospital in Molde as “a small and primitive hospital which is almost 100 years old, with a wooden main building and one operating theatre. For a lift between the floors there was a big wooden plank inbetween the stairs, which was wound up by hand as it had some iron straps around it. The X-ray department a single small room” [2]. Of trained medical staff, the chief surgeon had only the registrar and one trainee with him. A big Red Cross had been painted on the roof of the hospital building, “in the event of war” and in the hope that hospital buildings might be respected by an air raid. Fortunately, the hospital was never struck during the bombing or the roar of fires, even so since it was located so close to the targets next to the docks and centre of the town. This local hospital and staff constituted the total Central Public Health and Resource facilities that would face the battlefields along the Romsdalsfjord, in Molde and at Åndalsnes during the Second World War.

Among the personal notes of Mr. Harbitz are included a summarized and complete list and progress report on the 29 wounded British soldiers and seamen, admitted to Møre and Romsdal County Hospital from the attacks during the landing of British forces in Romsdal and from the battles in Gudbrandsdalen in late April 1940. All the 29 men were rescued and alive, and 27 of them were successfully evacuated back to Britain. The two soldiers from the actions in Gudbrandsdal were taken to hospital too late to be evacuated in company with their comrades. Unfortunately, they were taken prisoners of war by the Germans. The report concludes “After the initial war operations in April–May 1940, there were no British patients in the Møre and Romsdal County Hospital during the remainder of the war”.

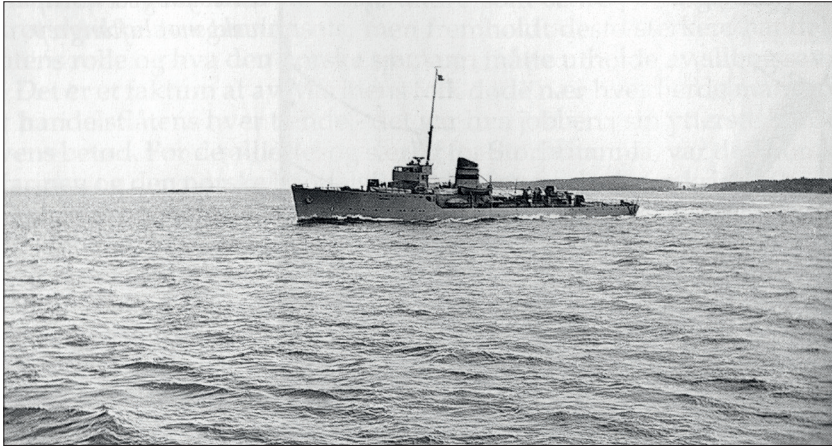


Fig. 1. KNM "Sleipner" operating in the Romsdalsfjord near Molde [6]

The German Invasion and "Operation Sickle"

On the 8th of April 1940 German Naval forces and warships carrying around 11–13000 soldiers were on course northwards for the invasion of Norway, as they steamed towards the many ports of Oslo, Kristiansand, Egersund, Bergen, Trondheim and all way north to Narvik. At the same time an armada of British cruisers, destroyers, battleships and even an aircraft carrier mobilized in the North Sea on their way to Norway. The German battleship "Blücher" was attacked in the Oslofjord on its way towards Oslo and sank with serious losses early in the morning of 9th April. That same morning, after the Norwegian Government had received the first German ultimatum to surrender, members of Government, Parliament and the Royal Family left their offices in Oslo to escape from the German invasion. The gold reserves of the Bank of Norway were rescued and taken from Oslo by car and train to the cities of Åndalsnes and Molde in Romsdal on the northwest coast, where the King and Crown Prince ended up together with the Government members [4].

Immediately after the German attack on Norway and the many coastal towns had been invaded, an agreement was concluded between the British and French governments to come to the rescue of Norway. The defeat of German naval forces in Norwegian waters and the relief of Narvik and Trondheim were the first declared goals for the operations. British forces were to be landed in Romsdal to prevent German army units to proceed from south, and to secure the overland connections between Oslo and Trondheim. Trondheim was to be relieved by an attack northwards from

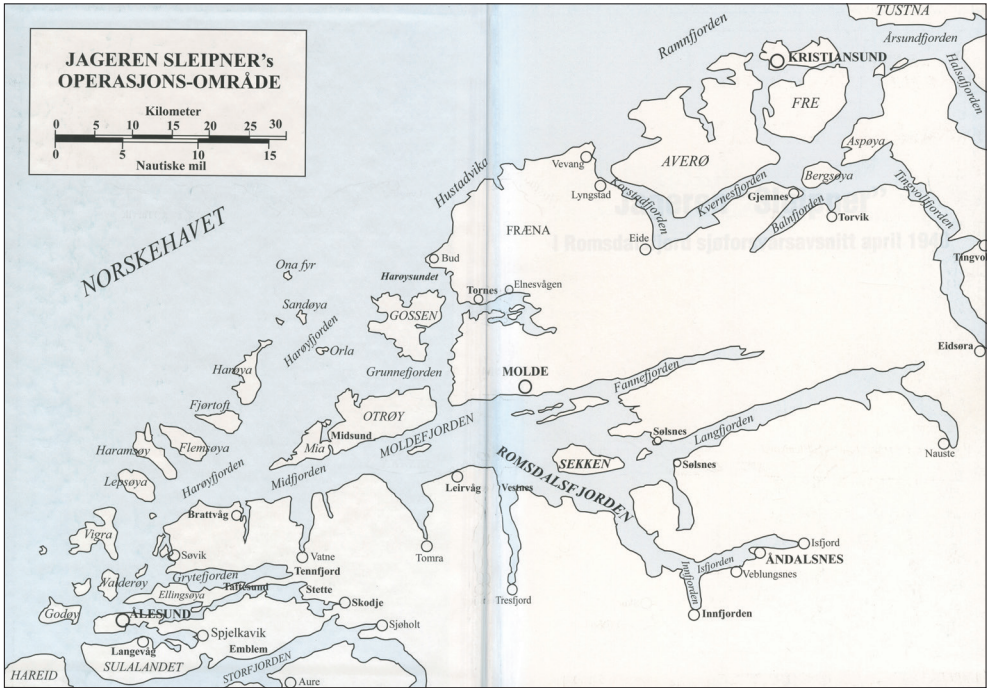


Fig. 2. Map showing the area for the war operations in Romsdal 1940 [3].

the inland town of Dombås, which again would include the landing of British troops in Romsdal (“Operation Sickle”) [5].

The Royal Norwegian Navy had their destroyer KNM “Sleipner” (Fig. 1) and an old torpedoboat KNM “Trygg” operating in the Romsdalsfjord from their bases in Molde and Åndalsnes. Senior Naval Officer on the “Sleipner”, Captain Ernst Gustav Adolf Ullring had taken command of the Naval Defence Force’s warships in the Romsdalsfjord region [6]. On his advice, Åndalsnes was selected as the best landing place for the British forces, which were then supposed to advance from there past Dombås towards Trondheim in “Operation Sickle”. Once the British land and sea forces had arrived in the area, the Romsdalsfjord Naval Defence authorities took command of 9 British armed trawlers, for guarding the entrances to the fjord and patrolling for German submarines, besides giving support to KNM “Sleipner” and “Trygg” already operating in the Romsdalsfjord (Fig. 2).

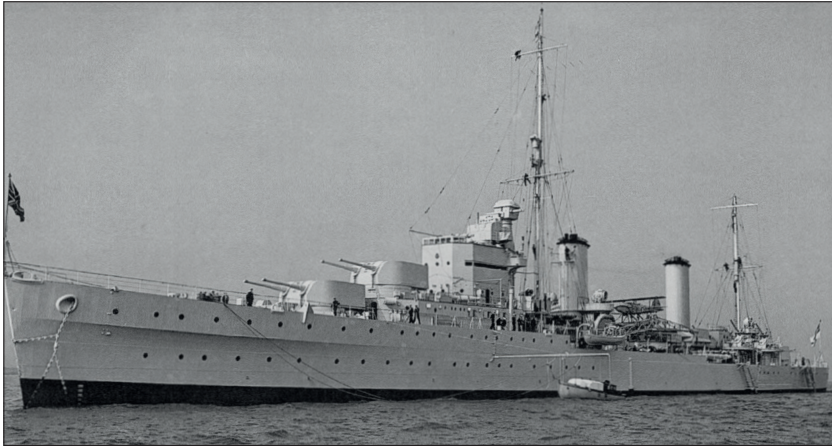


Fig. 3. HMS "Galatea" transported British troops to Åndalsnes, Romsdal April 1940 [7].

British Land Forces in Romsdal

As early as the 11th of April 1940, three British troopships, originally meant for Narvik in northern Norway, had left from the Firth of Clyde at Glasgow. Another two troopships joined the group from Scapa Flow in Orkney, in addition to the cruisers HMS "Manchester" and HMS "Birmingham" on their way to escort the convoy. Two of the ships were later redirected to Namsos to land their troops there. On the 14th and 15th April, an other large force of 700 marines and seamen sailed out from Rosyth, Firth of Forth on board the 4 sloops HMS "Auckland", "Black Swan", "Flamingo" and "Bittern". The original strategy was to land these troops in Ålesund to secure that town, and moreover, to divert the German's attention away from the operations of the Allies in the Namsos area. However, because of bad weather and rough sea, the ships were behind schedule and these plans were abandoned. After new orders, the majority of the force was redirected to Åndalsnes and arrived there at night on April 17th. After these first British troops had been landed at Åndalsnes in Romsdal, at this point there was still no resistance from the enemy side, the ships left Romsdalsfjord at 08.00 next morning for the return to Britain and immediate new commissions of transport of more troops to Romsdal.

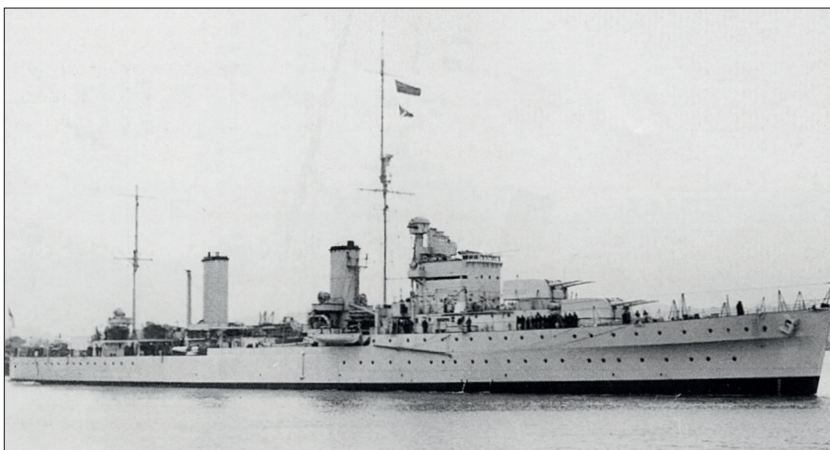


Fig. 4. HMS "Arethusa" arrived to Molde with British troops April 18th 1940 [7].

The first big force meant for Operation Sickle embarked in Rosyth on the cruisers HMS "Galatea" (Fig. 3) and "Arethusa"² (Fig. 4), the two anti-aircraft cruisers HMS "Carlisle" (Fig. 5) and HMS "Curacao" (Fig. 6) and 6 destroyers [6]. Because of unforeseen restrictions as to the transport capacity of the troopships, half of the Royal Leicestershire Regiment's 5th battalion had to remain in Rosyth until further notice, together with half of the brigade's anti-aircraft arms, all their motorized vehicles, ammunition and 75 tons of provisions. The flotilla sailed from Rosyth in the morning April 17th, and the troops were landed in Åndalsnes and Molde the next evening April 18th, again without being the subject of any German air raids. HMS "Carlisle" and HMS "Curacao" remained for operations in the Romsdalsfjord, while the two other cruisers and two destroyers returned to Britain for other missions. The remaining personnel and war materials in Rosyth were then sent to Romsdal on two ships later on. However, one

2 The cruiser HMS "Arethusa" belonging to the 2nd cruiser flotilla of the British Home Fleet, was the first Allied ship to observe the German military supply ship "Altmark" along the coast of Norway, before the actions with the British in Jøssingfjord. After carrying out its operations along the coast of Norway in April 1940, "Arethusa" went for new orders to the Netherlands, France, Gibraltar, Algeria, Iceland and Malta in the Mediterranean. In December 1941 the cruiser took part in the "Lofoten raid" in Northern Norway. That same year, the ship landed 600 British commandoes in the "Måløy raid" in Nordfjord, Norway west coast. HMS "Arethusa" was torpedoed near Malta in 1942, with subsequent serious losses due to a big fire on board (Fig. 7). However, after repairs this ship was operative again, in the Eastern Task Force on the landing in Normandie June 6th 1944. Finally, the "Arethusa" ended its proud naval story as it was broken up near Troon in Scotland in 1950 [8].



Fig. 5. HMS "Carlisle" transported British troops to Åndalsnes, Romsdal April 1940 [7].

of them, the cargo ship "Cedarbank" loaded with the vital materials, was sunk after an attack from a German submarine off the coast near Ålesund, whereby the brigade was deprived of essential equipment. The other ship carrying personnel arrived to Åndalsnes on the 21st April, definitely now under heavy bombardment from the air, which had taken place there right since the previous evening. It was from that battle, on the 21st April, that

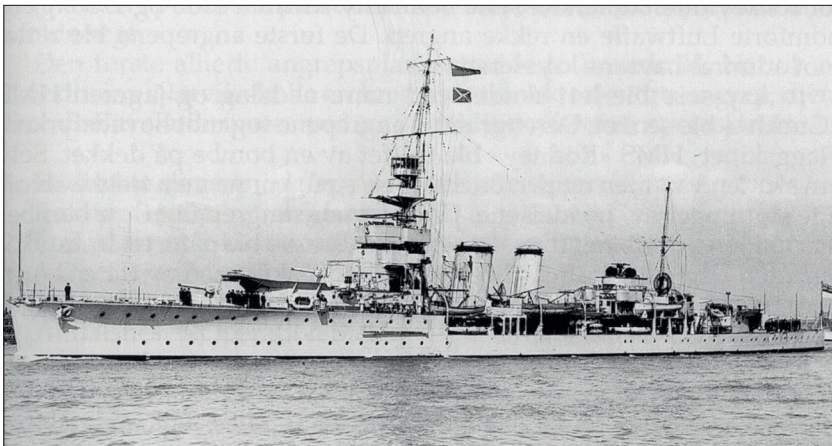


Fig. 6. HMS "Curacao" transported British troops to Romsdal, and was hit in an airstrike near Veblungsnes 27th April 1940. Eight men of the crew were killed [7].

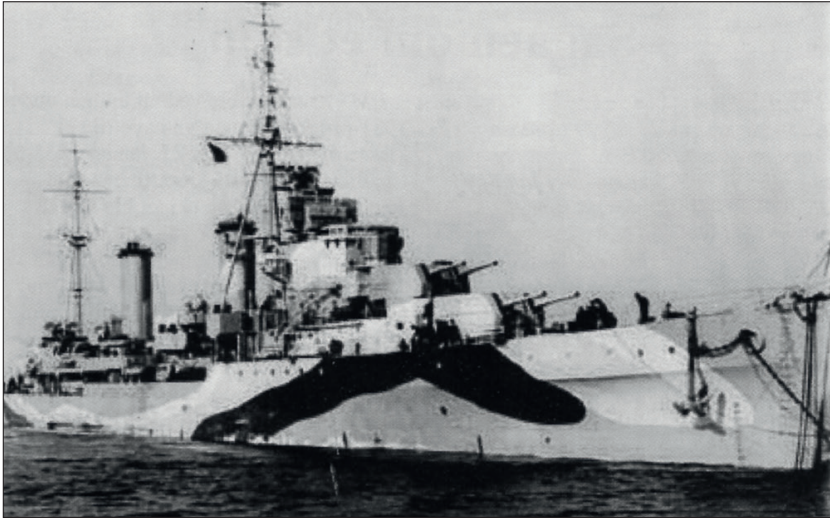


Fig. 7. HMS "Arethusa" in April 1942 in the Mediterranean [8].

the seriously wounded British Major Gerald Wills Beazley (together with his batman) arrived at the hospital in Molde, to be the first of a total of 29 British soldiers and seamen, who in time became patients at the Møre and Romsdal County Hospital in April 1940.

On April 22nd the cruiser HMS "Arethusa" was again lying alongside the quay in Åndalsnes, on this occasion to put ashore an advance party with light anti-aircraft batteries from the R.A.F. (Royal Air Force), which would operate from a temporary airfield on the ice at Lake Lesjaskogsvann further up the valley south of Åndalsnes. Still more reinforcements for "Operation Sickle", consisting of 2,200 men were sent from Rosyth on the 22nd April on board the cruisers HMS "Galatea", HMS "Sheffield" and HMS "Glasgow" together with 6 destroyers under the command of Admiral Edward Collins. These forces were landed in Molde and at Åndalsnes on 23rd April, according to reports "without losses". Notes from the hospital in Molde, however, reveal that on the 23rd April, many wounded British soldiers were actually brought to the County Hospital, coming from a British sloop HMS "Pelican". The sloop had been bombed and sunk by German aircraft off the coast near Molde, before the troops were ready to land, resulting in a big loss of dead and wounded men. This is also the first time we recognize that HMS "Glasgow" was operating in the Romsdalsfjord, the famous cruiser which a few days later would carry the King and Crown Prince, members of government, and the gold reserves of Bank of

Norway, away from Molde on their escape around the country and northwards for the final goal to England.

Bombers over Molde and Åndalsnes

On the 24th April, a further and final reinforcement of 1600 men and 300 tons of war materials for the British forces in the Romsdal area, were carried from Rosyth on the cruisers HMS “Manchester”, HMS “Birmingham” and HMS “York”, together with 3 destroyers under the command of Admiral Layton. The big force (15 Brigade) was landed at Åndalsnes the next day. However, a heavy German attack from the air on Åndalsnes started in the morning of the 25th of April, directed against the British anti-aircraft batteries there, the railway station and the quay, aiming at the Norwegian torpedoboat “Trygg” which was seriously damaged and sank the next day. The British anti-aircraft batteries were destroyed, with considerable losses among the crews. The heavy German air raids with incendiary and explosive bombs over Åndalsnes went on for days up to the 30th April. The British anti-aircraft batteries were destroyed, with considerable losses among the crews and civilians of the town.

It would appear that German land forces were still not on the ground in Romsdal, Molde and Åndalsnes during these first few weeks after the invasion on the 9th April [9]. German aircraft appeared for the first time over Molde on April 14th, and the air raid warnings sounded 5 times from early morning from 5 am. until 9.15 pm. that day.

On Sunday 15th April the first exploding bombs were dropped from German aircraft over Molde. Two bombs were aimed at the torpedoboat “Trygg” which was lying at the quay there that day, very near the County Hospital, but neither the boat nor the hospital were hit. However, one bomb struck the quay not far away, and the local steamer “Eira” was damaged and sank alongside the quay. With its own guns, the Norwegian destroyer KNM “Sleipner” registered “a hit on the engine on the left wing of a German Heinkel aircraft, which then disappeared in a north easterly direction ...”. A third bomb ruined the south wing of the Alexandra Hotel only 50 metres away from the County Hospital. The hospital buildings were never hit, although most of the town was bombed and gradually laid in ruins over the days.

On Thursday April 16th, the air raid warnings sounded in the town a total of 15 times. That same day, the first of several German wounded paratroopers arrived to the County Hospital in Molde from the inland actions at Dombås south of Åndalsnes. At the same time German aircrafts circled over the city the whole forenoon, “but no bombing that day” [9].

Working in the hospital must have been dramatic and hectic day after day, while the air raid alarms wailed and the bombs fell over the town as it was burnt and laid waste.

After they left just hours before the German soldiers invaded Oslo on the 9th of April, the King and Crown Prince and their company were steadily moving and hiding around in the southern parts of the country. On their way towards Åndalsnes and Molde on the north-west coast, an important (and famous) declaration was agreed and issued by the King and his cabinet at Stugufflåten in Romsdal on April 22nd, implying that the Norwegian merchant fleet ("Nortraship") would be put at the disposal of the Government and Allied forces. Thereafter, the whole company moved on to Molde town along the Romsdalsfjord, arriving on April 23rd to stay there for the oncoming days. The small and provincial city of Molde all of a sudden became the political capital, housing the seat of government and providing a "hiding place" for the King and Crown Prince. At the same time, Molde constantly held a central position as a base and transit area during the landing of the British in Romsdal and at Åndalsnes, as the Norwegian Navy Defence Headquarters were also based in Molde (in the Hotel Nobel) from the 21st April.

After the defeat of the British forces inland in Gudbrandsdalen, the Germans realised at an early stage that the British forces would have to withdraw through Romsdal and Åndalsnes. This gave the German air force additional grounds to continue the bombing of potential evacuation locations for the British, such as the ports of Molde and Åndalsnes, at least until all the British land and sea forces had left Romsdal. Incendiary and explosive bombs "rained" over Molde in the few days right up to 29th April, when the King and his company left there on board the British cruiser HMS "Glasgow". It was under such circumstances in April 1940, in an old wooden building with a "Red Cross on the roof", that the County Hospital in Molde rescued the many wounded from the fighting associated with the landing and defeat of British troops in Romsdal.

Wounded British Soldiers in the County Hospital in Molde

Information is scarce as to the circumstance of the wounded and killed soldiers after the bombardment of the landed British military forces in Romsdal, Åndalsnes and Molde in April 1940. Here are put forward a few facts from documented material regarding the 29 British soldiers and their injuries, treated in the Møre and Romsdal County Hospital in Molde (Fig. 8). A detailed description of "The following British wounded were treated in Møre og Romsdal Fylkessykehus during the war" is given, typewritten

MØRE OG ROMSDAL FYLKESSEKKEHUS		OVERLÆGEN		MOLDE.	
Følgende britiske såre er blitt behandlet i Møre og Romsdal Fylkessykehus under Krigen.					
Navn	Ev.grad og nr.	Inn.	Ut.		
1 John Hall	Marinesoldat/IX 144759	23/4	25/4-1940		
2 J.R.Constable	Soldat/4742317	"	"		
3 Robert Murray	Marinesoldat/O/SBX 19599	"	"		
4 Gerald Wills Beazley	Major	21/4	25/4-1940		
5 William Henry Statham	Soldat EK 99524	23/4	"		
6 R.H.Hand	Oppasser for major G.W.Beazley	21/4	25/4-1940		
7 Reginald Wessance	Soldat G/IX 141186	23/4	29/4 - "		
8 E.Allan Evans	Soldat SX 26466	"	"		
9 David Wright	Sykepasser	"	"		
10 Roy Talbot	Løytnant (nr.184-5)	"	"		
11 Harold Spencer	Seaman H.M.S."Victoria"	28/4	29/4 - "		
12 Harry Smith	Løytnant (nr.184-5)	"	"		
13 Ronald Slade	Marinesoldat E/IX 147918	23/4	"		
14 James Rewell	Seaman H.M.S."Northern Pride"	"	"		
15 Douglas Oakley	Seaman H.M.S."Victoria"	"	"		
16 Charles Mayhead	Marinesoldat S/SBX15185	28/4	29/4 - "		
17 Thomas Martin	Seaman H.M.S."Victoria"	28/4	29/4 - "		
18 Cyril Kent	Marinesoldat E/IX 152014	23/4	"		
19 Douglas Jones	Marinesoldat PSX 21795	"	"		

MØRE OG ROMSDAL FYLKESSEKKEHUS		OVERLÆGEN		MOLDE.	
Navn:	Ev.grad og nr.	Inn.	Ut.		
20 Philip Dobby	Signalman H.M.S."Victoria"	28/4	29/4-40		
21 John Chiphase	Seaman H.M.S."Victoria"	"	"		
22 Thom.s Campbell	Marinesoldat IX 1566898	23/4	"		
23 Stanley A.V.O'Mion	Marinesoldat IX/19	23/4	"		
24 John Ovsenden	Marinesoldat H.M.S."Pelican"	"	"		
25 Edward Arthur Aris	Soldat SX 20182	"	"		
26 Victor Cloyton	Sykepasser	23/4	24/4-40		
27 C.Halstead	1459284,168 Light Anti Air	30/4	1/5-40		
28 Thomon Welsh	Soldat 4792520	1/5	7/5-40		
29 Frank Gunning	Soldat	1/5	7/5-40		

Det har ikke vært behandlet engelske såre her i sykehuset senere under krigen.

Av de ialt 29 engelske militære - stivle her ikke ligget her under krigen - som var innlagt i sykehuset var det tre stykker som ikke var såret,men som ble innlagt her for å hjelpe sine sårete kamerater (nr.6,9 og 26).

De fleste sårete kom fra H.M.S."Pelican",en "sloop" som ble senket av tyske fly utenfor kysten.Ialt 13 stykker (nr.1,3,5,7,8,13,16,18,19,22,23,24,25) +(9 og 26) (se ovenfor) "Pelican" ble angivelig truffet av en bombe i ammunitionrummet og ble delt i to. En mengde ble drept og de overlevende ble tatt opp av en båt som kom i følge med den og transportert hit til Molde.

8 sårete kom fra noen trålere som opererte i fjorden utenfor Molde.Det var "Victoria", "Northern Pride" og "Cape Sirotoko" (nr.10,11,12,14,15,17,20,21) Disse ble jaget i fjorden en hel for-

Fig. 8. Chief Surgeon Hans Fredrik Harbitz' report on 29 British soldiers admitted to the Møre and Romsdal Fylkessykehus (County Hospital) in Molde 1940 [3].

by my father on yellowed and original writing paper of the County Hospital marked "Overlægen" ("Chief Surgeon"), and undated. Twenty-nine soldiers and seamen are listed, by name, number, military rank, active unit, date of admittance, from where they were brought to hospital, and the individual diagnosis or type of injury, such as "bullet wound" injury. The dates of discharge provided relate to the day when they were handed over from the hospital to British warships at the quay in Molde for transport back to Britain. It appears that all the 29 men were rescued and alive when discharged, and the 27 of them were successfully evacuated and reunited with their British comrades. It is also reported that there were no more British, neither military nor civilians admitted to the County Hospital during the war (indicating that the final notes have been written after the war) (Appendix A).

From the bombing of Åndalsnes on 21st April came Major Gerald W. Beazley (No. 4) together with his "batman" R.R. Hand (No. 6), as the first among the wounded British. He was very seriously injured, with his own special story, described by Mr. Harbitz as "we admitted an English officer

who was sent from Åndalsnes after he had been struck by a bomb splinter in the middle anterior of his chest. The water and electricity supplies in the hospital were defective. But we managed to raise life in a Siemens X-ray machine and located the splinter in his heart and removed it under local anesthesia with a good result. During a hail of bullets, the patient was later carried over on to a British cruiser which was at the quay and came home to England. After the war, through pure chance, I met him and was guest at his home outside London.” [2]. The notes reveal that Major Beazley was sent back to Britain on board the cruiser HMS “Galatea” on April 25th, together with several others who had been treated and stabilized, able for evacuation and onward transport that day.

Two days later, a big group of wounded British soldiers were brought to the County Hospital from HMS “Pelican”, a sloop (corvette) which was sunk by German bombers outside the Romsdalsfjord on April 23rd. According to the notes, the “Pelican” had been struck by a bomb, hitting the ammunition store on board so the ship had been broken in two.^{3,4} Many were killed, and the survivors were picked up by a boat from the same group. In all, 13 wounded and two medical orderlies, all soldiers, were taken to the hospital in Molde. The same day, a soldier (No. 2) was admitted, suffering from serious respiratory distress and heart failure after marching in the streets in Molde upon landing there. After primary treatment at the hospital, all men were discharged and evacuated on the 25th April on board the HMS “Galatea”, and “the others on the 29/4/40 with HMS “Southampton”, together with King Haakon and Crown Prince Olav” [2][3].

3 According to recent information from Mr. Douglas Smith, Lerwick (88), the “Pelican” was not sunk along the Møre coast near Molde, as he “can remember the very badly damaged “Pelican” lying at a quay in Lerwick, being temporarily repaired before going to Scotland for more permanent works. Most of the stern above water had been blown off, it was said by a bomb exploding on the depth charges. And what made a great impression on me, was that on the remainder of the after deck there was a gun, complete with gun crew, rolled up in the steel deck, which had to be cut away by local engineers in full view of the local folk” “As I recall it, the stern of the “Pelican” was missing down to almost sea level and the deck, as I said, was rolled up like an open sardine tin lid almost back to the funnel, a dreadful sight, if exciting to a 12 year old. She was repaired by workers at our local boat repair yard using wood and tarpaulins for the journey back to Rosyth or wherever”.

4 Furthermore, it is documented in the diary of Mr. John Manson, Lerwick (92), a friend of Mr. Smith, that “On the 24th April, the tug “St. Mallone” arrived towing HMS “Pelican” with her stern blown away by a bomb which ignited her depth charges. 62 killed, 30 wounded had been transferred to another vessel. MacLeod and MacLean (a local engineering firm) were called on to clear up the gruesome scene on the afterdeck and the wreckage was loaded onto another cargo ship and removed. HMS “Pelican” sailed from Lerwick under tow of the tug “Brigand” on 2nd May ’40”. These anecdotal notes confirms that the “Pelican” had in fact been rescued after the bombing off the coast of Norway, and that explosions from the depth charges on board the ship had caused the death and injuries of such numbers of British men, and the extensive damage to the ship.

It is well known, however, that King Haakon left Molde onboard the cruiser HMS “Glasgow” (Fig. 9) on April 29th at 23.00 hrs, and not on HMS “Southampton”. The information given in the notes, that the last group of British soldiers to be evacuated from the County Hospital on the 29th April left Molde on board the HMS “Southampton”, should be corrected. It is a fact that the wounded soldiers travelled “together with King Haakon and Crown Prince Olav”, who certainly left with the HMS “Glasgow” on April 29th 1940. This is confirmed from notes made by Tore Prytz Dahl [6], describing that “during the afternoon and evening, German aircraft came steadily more often over Molde, dropping their loads of bombs.

When the King, the Crown Prince and members of government were ready to board the cruiser, their vehicles drove into a town resembling a sea of fire. The cruiser used its fire extinguishers and fired cascades of water to keep off the flames. The embarkation of the King and government was a dramatic affair, brilliantly lit by the burning town. However, the boarding took place without hindrance. At the same time, a quantity of the gold reserves of the country was taken on board as well, while the remainder was transported on fishing boats later on. In all, HMS “Glasgow” embarked 258 passengers. In addition to the King, Crown Prince, members of government and Diplomatic Corps, British soldiers and marines were also evacuated with the cruiser. After three hours, HMS “Glasgow” and two destroyers left Molde on a northerly course for Malangen, directing



Fig. 9. HMS “Glasgow” operated in the Romsdalsfjord, and took the King and Crown Prince and members of Government together with wounded British soldiers out from Molde late night 29th April 1940 [7].

heavy fire towards the German aircraft. The next day, in the evening of May 1st, HMS "Glasgow" stopped at Hekkingen lighthouse up north. The old Royal Yacht "Heimdal" came alongside, and the King, Crown Prince and their staff together with members of government were landed."

On April 28th a further 8 casualties arrived from some British trawlers which were operating in the fjord off Molde. HMS "Wisteria", "Northern Pride" and "Cape Sirotoko"⁵ were attacked by German bombers during the long forenoon. The "Wisteria" (and the other two?) was hit and run ashore not far from Molde. According to the notes, altogether 8 wounded soldiers and seamen from all the three trawlers were picked up and transported right into the County Hospital, which was still intact despite the intense and constant bombing of the town. After treatment, all those eight men were evacuated the next day already on board HMS "Glasgow", leaving Molde on April 29th. One soldier (No. 27) from a British Light Anti Aircraft Battery, R.A. had been wounded during the bombing at Åndalsnes and was admitted on 30th April. Fortunately, he was able to be discharged the next day May 1st, to be the last among the 27 wounded British soldiers and their medical orderlies who were successfully evacuated from the hospital in time and before the German troops invaded the city, and presumably returned to Britain with the last British naval vessel still operating in the Romsdalsfjord [3].

Rescue and Evacuation

The evacuation of the wounded British after their primary treatment in the County Hospital in Molde was a complicated and tense operation on its own. It meant that the men had to be discharged as soon as possible after treatment, in a stable medical state, while British warships were still present in the area or even alongside the quay, to take their own back to Britain before the German forces had advanced and occupied Åndalsnes and Molde. Of the total of 29 military personnel and seamen who had been admitted (three soldiers and medical orderlies had not been wounded), 27 were suc-

5 In fact, the "Cape Sirotoko" is described in an obituary on Vice-Admiral Sir Roy Talbot (1909–98) [10]. "In October 1939 he was given command of the 10th Anti-Submarine Striking Force – actually force trawlers – of which he himself commanded Cape Siretoko (. . .) On April 28, after the 10th had spent three nights evacuating troops from Aandalsnes (. . .) Cape Siretoko was bombed and badly damaged. Talbot suffered shrapnel wounds in his left hand and arm, "not bad, but rather messy," (. . .). Yet Talbot managed to beach Cape Siretoko before she sank, and then, to boost morale, had an obstentatious shave before supervising the destruction of confidential equipment. He and his ship's company got ashore, and eventually came home in the cruiser "Glasgow" with King Haakon of Norway. Talbot was awarded the DSO." His name is found among the wounded British soldiers who were treated in the County Hospital in Molde (Fig. 8, No. 10) in April 1940, at the time with the rank of "Løytnant (navy)", Lieutenant.

cessfully evacuated from the hospital and then transported all alive on British ships, escaping from a town which was under constant bombing and set on fire in the dramatic last few days of April, at the same time when the King, Crown Prince and members of government together with the gold reserves of Bank of Norway left there on 29th April 1940.

Two Unfortunate Prisoners of War

In the end, on May 1st there were still two British soldiers (No. 28, 29) (Fig. 8) held in the County Hospital, that is to say when their comrades and all the British forces left the Romsdalsfjord region and Norway. Thomas Welsh and Frank Gunning were brought from the battlefields further south in Gudbrandsdal to the County Hospital in Molde with serious gunshot wounds. For medical reasons, they could not be discharged in time before the British naval vessels had to leave as the Germans invaded the area. However, on May 7th the two were escorted in secret from the hospital to the fishing village of Bud near Molde, for conveyance to England. Unfortunately, this did not succeed, since German troops had now invaded and occupied the area. The two soldiers were detected and taken prisoner. As can be seen from the notes (Appendix A, Fig. 8), the two prisoners of war (POWs) were readmitted to the County Hospital on May 20th, and thereafter had long stays in hospital, i.e. until August 12th (12/8-40) and December 1st (1/12-40) respectively. Thereafter, Welsh and Gunning were transferred to prison camps in Germany and France.

After the war, it can be said that the circle was closed. After the 10 years at the County Hospital in Molde, including the years of war, Mr. Harbitz was appointed as Chief Surgeon (and Professor) at the Surgical Unit, Aker hospital in Oslo from 1947. At that address, 6 years after the war, he received an 8 pages handwritten letter, dated 9th August 1951 from Frank Gunning (Fig. 10). He was one of those two British soldiers who did not escape for transport back to England, and then became a German POW. He was at that point living back home in Sheffield in England. After his expressions of thanks for the treatment he had been given in the Møre and Romsdal County Hospital in Molde, Gunning then reports of his time as POW: “when leaving you at Molde in December 1940, I had a short stay in Akers Hospital and then transferred to the German hospital ship S.S. “Berlin” on Dec. 12th . . . thence to Kiel Naval Hospital for two days, after that the nightmare”. The details on the transfer to Akers Hospital in Oslo agrees well with the fact that German authorities, immediately after the invasion in Norway 9th April 1940, required that hospital as their German Military Hospital in Oslo, the “Sinzen Kriegslazarett”. He had also survived prison

68 ANTIION (RUSSEAN)
SHRPFIND. 3
9 August 1951.

Уважаемый доктор Харбитц

Was a great pleasure to
receiving the card dated the 7th this morning.
to know you are the chief
surgeon in the Aflers Hospital same as a very
very pleasant surprise, this surely is a joy post
in Norwegian medical services? Really wonderful
doctor, they could not have found a better
man for the position. One of the members
I know, is the fellow called "Fuglestad"
dated the 5th November 1940, its leader article
is about Holm's Hospital, with photographs of
wards, the hospital and patients, the headlines
are "Fuglestadhuset på Gansjøe sarseng" and
"Godt resultat av fjellgjøis" obviously an
"isbrytning" can you remember this?

The reference to a forest Bazaar in
your card is puzzling, was he on a company
post, both the Holm and Fuglestad then have a
great deal to thank you for our the main
operation must be an outstanding achievement?

2

I often wonder that you had the care of an
English soldier wounded in Gudbrandsdal, he had
a short stay in Aflers Hospital, our first on
the ill-fated Fjell (Fjell) operation this in
October 1941, he had a piece of Shrapnel
wounded in close proximity to the brain, alas!
it was not to be, record of the Aflers
Hospital may remember him, his name was
Holm's.

With me in Shrapnel is an equally recent
operation of Norway and its people a kind of
whose name is "Fuglestad", wounded in the same
wreck he was taken to Lillehammer and
was eventually repatriated with me in Oct. 1942.

Can you remember the soldier of the name
of Constable who had an hand injury, think
of Holm's in the middle of April 1940, he
died of the same cause two years since.

When leaving you at Holm's in December
1940, I had a short stay in Aflers Hospital
and then transferred to the County Hospital
ship "S.S. Bæken" since it, a date to be

Fig. 10. Letter to "Dear Dr. Harbitz" 9 August 1951, from Frank Gunning (Soldier No. 29, Fig. 8) [11].

“in the Belsen-like atmosphere of a Polish (punishment) camp, sleeping in cramped positions with no room for turning over, overcrowded sleeping quarters, the stench of unwashed and sweated bodies with the accompanied odour of our untreated wounds, plus lice and lack of food . . . From here to a small Polish and French prison hospital . . .”. And from there, moving on to various prison camps in Germany and France. Eventually, he was repatriated from France via Sweden back home to England in 1943.

On the other hand, the fate of Frank Gunning’s fellow patient in the County Hospital is unknown. Soldier no. 4392520 Thomas Welsh was the other wounded British soldier from the battles in Gudbrandsdal who did not escape, as he became a POW after his stay in the County Hospital in Molde up to August 1940 (Appendix A, Fig. 8).

Big Medical Efforts at the County Hospital in Molde

In conclusion, here is reported and given prominence to the magnificent efforts performed during this dramatic and traumatic period by the medical staff in the County Hospital in Molde, describing the successful saving of the 29 wounded British soldiers and seamen who were brought there from the dramatic scenes of war on land and sea in Gudbrandsdal and



Fig. 11. Molde town in ruins after German bombardment and fires in April 1940 [2].

Romsdal, Åndalsnes and Molde. Fortunately, the hospital itself was never hit, whereas the buildings around and the town beyond were laid in ruins, after the heavy and daily German bombardment with high explosive bombs and incendiary bombs setting the town on fire (Fig. 11).

Working day and night under such circumstances, within limited resources in this old hospital, the staff managed to save all the British wounded patients who were admitted. The casualties included serious bullet injuries (vulnus sclopetarium, Schrapnell), fractures and open wounds in the limbs and all parts of the body, even “splinter in the heart removed under local anaesthesia!”, as reported by the Chief Surgeon (Fig. 8). All the patients were discharged from hospital alive, in time before their successful transfer and repatriation to Britain, except for the two soldiers who ended up as German prisoners of war. Many of them left Molde and Romsdal on board the cruiser HMS “Glasgow”, famous for also taking the King and Crown Prince, together with members of the government, and the “Gold reserves” of the Bank of Norway.

Appendix A. LIST OF WOUNDED BRITISH SOLDIERS

Møre og Romsdal Fylkessykehus (County Hospital) Molde

	Name	Rank and Number	In	Out (1940)
1	John Hall	Marine/Jx 144759	23/4	25/4
2	J. R. Constable	Soldier/4742317	"	"
3	Robert Murray	Marine/C/SSX 19599	"	"
4	Gerald Wills Beazley	Major	21/4	25/4
5	William Henry Statham	Soldier KX 89824	23/4	"
6	R. H. Hand	Batman/Major Beazley	21/4	25/4
7	Reginald Pleasance	Soldier C/JX 141186	23/4	29/4
8	E. Allan Evans	Soldier SSX 26466	"	"
9	David Wright	Soldier C/MX 57232/Medical orderly	"	"
10	Roy Talbot	Lieutenant (Navy) HMS "Cape Sirotoko"	28/4	29/4
11	Harold Spencer	Seaman HMS "Wistoria"	"	"
12	Harry Smith	Leading Seaman X19725A HMS "Wistoria"	"	"
13	Ronald Slade	Marine P/JX 147918	23/4	"
14	James Rewell	Seaman HMS "Northern Pride"	28/4	"
15	Douglas Oakley	Seaman HMS "Wistoria"	"	"
16	Charles Mayhead	Marine P/SSX 151365	23/4	25/4
17	Thomas Martin	Seaman HMS "Wistoria"	28/4	29/4
18	Cyril Kent	Marine P/JX 152014	23/4	"
19	Douglas Jones	Marine P/SSX 21795	23/4	29/4
20	Philip Dobby	Signalman HMS "Wistoria"	28/4	"
21	John Chipchase	Seaman HMS "Wistoria"	"	"
22	Thomas Campbell	Marine JX 156869	25/4	"
23	Stanley A. V. O'Nion	Marine DX119	23/4	"
24	John Ovenden	Marine HMS "Pelican"	"	"
25	Edward Arthur Aris	Soldier SSX 20182	"	"
26	Victor Cloyton	Medical Orderly	"	24/4
27	C. Halstead	1459284,168 LightAntiAircraftBattery, R.A.	30/4	1/5
28	Thomas Welsh	Soldier 4392520	1/5	7/5
		POW (Readmitted)	20/5	12/8
29	Frank Gunning	Soldier	1/5	7/5
		POW (Readmitted)	20/5	1/12

No other wounded English were treated in the hospital later during the war. Among the total of 29 English military – no civilians were treated here during the war – who were admitted to the hospital, there were three that were not injured. They were admitted here to support their wounded comrades (No. 6, 9 and 26).

The greatest number of casualties came from HMS "Pelican", a "Sloop" which was sunk by German aircraft off the coast. In all, 15 persons (No. 1, 3, 5, 7, 8, 13, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25) + (No. 9 and 26) (see above). "Pelican" was reportedly struck by a bomb in the ammunition room and was broken in two. A number were killed and the survivors were picked up by a boat which was with them and transported on to Molde.

8 wounded came from some trawlers which were operating in the fjord off Molde. They were "Wisteria", "Northern Pride" and "Cape Sirotoko" (No. 10,11,12,14,15,17,20,21)

References

1. Eldøen G. Utenlandske pasienter på Molde Sjukehus under andre verdenskrig. In *Romsdalsmuseet Årbok 2014*. Molde 2014: 208-227.
2. Harbitz HF. *Et tilbakeblikk. Manuscript 5/5-1970 (private)*. 14 pp. 1970.
3. Harbitz HF. *Følgende britiske sårete er blitt behandlet i Møre og Romsdal Fylkessykehus under krigen. Manuscript (private) 3 pp.* n.d.
4. Grimnes OK. *Norge i krig*. Volume 1 – *Overfall*. Oslo: Aschehoug, 1984.
5. Steen EA. In *Norges sjøkrig 1940–1945. Volume III.*, chapter 23–24. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1984.
6. Dahl TP. Chapter 1. In Sivertsen SC, editor, *Jageren “Sleipner” i Romsdalsfjord sjøforsvarsavsnitt april 1940*. Sjømilitære Samfund ved Norsk Tidsskrift for Sjøvesen, 1999.
7. Gudbrandsdal Krigsminnesamling. Kvam, Norway, n.d.
8. Smith R. Sagaen om et skip. HMS “Arethusa”. In *UTKIKKEN, Norsk Maritimt Museums Venner nr. 3/12*. From *Krigsseileren nr. 2*. 1980:5-7.
9. Bolstad J. *Krigsdager og okkupasjonsår i Molde og Romsdal*. Dagboksnotater fra april-dagene 1940 og okkupasjonstiden. Molde, 1943.
10. Davies DT, editor. *Book of Naval Obituaries*. London: The Daily Telegraph, Grub Street, 2004: 252-257.
11. Gunning F. *Letter to Hans Fredrik Harbitz: “9 August 1951”* (private). 1951.

Thorstein Bache Harbitz
Chief Surgeon (ret.)
Aker University Hospital
Head of Aker Museum OUS
Oslo, Norway
thors.harbitz@gmail.com

Museum og virkelighet – det medisinhistoriske museet i Kiev

Michael 2018; 15: 289-91.

Det medisinhistoriske museet i Kiev i Ukraina har meget gode utstillinger i form av virkelighetsnære tablåer. Særlig inntrykk gjør militærmedisinske temaer i en tid med opprør og krig like utenfor.

I romjulen 2013 var opprøret i Ukraina i en relativt rolig fase og anledningen ble derfor benyttet til å ta en tur til Kiev, blant annet for å bese det medisinhistoriske museet (Figur 1). Kanskje kunne det være mål for en av Det norske medisinske Selskabs studiereiser?

Museet, som er lokalisert i det tidligere anatomiske instituttet, ble opprettet i 1973. Det har meget instruktive utstillinger, blant annet med utstrakt



Figur 1: Det medisinske museet ligger i Khmel'nitskogo-gaten, sentralt i Kiev. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 2: Dette tablået av en legeundersøkelse er svært livaktig. (Foto: Ingegerd Frøyshov Larsen)



Figur 3: Primitivt feltsykehus, dynamisk framstilt. (Foto: Ingegerd Frøyshov Larsen)

bruk av kunst og naturtro tablåer (Figur 2 og 3). Tradisjonelle medisinhistoriske temaer er behørig dekket, men mest interessante er kanskje utstillingshallene som framstiller medisinhistorien og helsehistorien fra Ukrainas dramatiske fortid, særlig i det 20. århundre, såsom epidemiene i 1920-årene, hungersnøden i 1932-33, utrenskningene i 1937, Den annen verdenskrig og Tsjernobyl-ulykken i 1986. Museets utstillinger om krigen var kanskje spesielt virkelighetsnære fordi det var ufred bare et par kvartaler unna (Figur 4).

En fellesreise til museet kunne vært aktuelt, men forholdene ansees fortsatt for å være så vidt uryddige at det blir for komplisert å komme med en større gruppe. Planene er derfor foreløpig lagt på is. Men Kiev er et tips for enkeltreisende.



*Figur 4: Håndfast bånd mellom framstillingene i museet og Kiev sentrum like ved.
(Foto: Øivind Larsen)*

*Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no*

Michael – Instructions for authors

(revised 2018)

Michael 2018; 15: 292–5.

General

Michael (www.michaeljournal.no) is a publication series published by The Norwegian Medical Society (*Det norske medicinske Selskab*, www.dnms.no).

Michael is an open access journal published electronically at the same time as the printed version is distributed to the individual subscribers.

Michael presents high quality papers on topics within the range of interests held by the Society. Such topics include medical history, public health and other general issues on health and medicine of relevance to a wide readership.

Michael is published four times a year. Supplementary volumes are published at irregular intervals. All scientific manuscripts are subject to peer review.

Michael publishes articles in Norwegian or in English (UK), depending on topic and main readership. Other languages may be considered if found applicable by the editors.

Papers

Review articles as well as original articles are welcome.

All material submitted should in general conform to the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* (the Vancouver style: www.icmje.org).

Articles should normally not exceed 3 000 words and 30 references, but exceptions may occur.

The contents of original articles should be arranged in the customary order: Abstract, Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions, although these chapters may be given other headings for reasons of style.

The title page should bear the name of the author(s) and the title of the article (brief but comprehensive) (**bold**). Page two should start with an abstract (*italics*), not exceeding 200 words. Section titles should be given in **bold** and, if necessary, a second (paragraph) level of titles should be given in *italics*. A list of the authors' names, addresses (including e-mail) and affiliations should be given after the references (*italics*).

References should conform to the Vancouver style, being numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Only published and publicly available papers should be included among the references. Consecutive references should be marked in the text with arabic numbers in parenthesis, starting at (1). All authors for each source should be listed when they are six or less. When there are seven or more authors, names should be given for the first six, with an added: et al. Book-titles and names of periodicals should appear *in italics*. References to archive material should clearly identify the archive and include a proper document address.

Authors may ask for the editors' consent to publish articles from e.g. history or social sciences in a format often used in these fields, where references and comments are given in footnotes or endnotes. References should then be written in the Vancouver-style and appear only in the notes. Arabic numbers are used for the notes.

Paper based references are preferred. Net-based sources should be clearly identified so that readers may be able to retrieve them also in the future. Citations from the net should also be identified by the date they were visited.

Figures should be submitted electronically, preferably in jpeg-format (min 300 dpi), and mailed as separate attachments. They must be professionally drawn and photographed. Letters, numbers and symbols must be clear and in proportion to each other.

Figure legends should be placed under the figure and should be written in *italics*. Figures should add to the contents of the article, and be referred to in the text as e.g. Figure 1, with a corresponding *Figure 1:* at the beginning of the figure legend.

Tables should be typed double spaced, each on a separate page, with heading and number underneath, written in *italics*. As for figures, letters, numbers and symbols must be clear and in proportion to each other.

Photographs should be dated, when possible. For pictures and other illustration material from archive sources, proper references should be given. Photographers and other artists should be duly credited in the figure legend. Reproduction fees which may be charged by archives and libraries, should be covered by the author(s) directly upon acceptance of the manuscript. General illustrations or photographs bought from picture agencies are not accepted in *Michael*.

Colour photographs and graphs may be reproduced in colour, but they should also be fit for being printed in black and white, if so decided by the editors. This is especially important for graphs, where e.g. lines must be drawn in such a way that they are easy to understand even if they are reproduced in black and white.

Copyright issues etc. have to be cleared by the author(s) prior to submitting the manuscript. This applies also to photographs where it is felt customary to obtain consent from the person(s) appearing.

Figures and tables should not duplicate information given in the text of the article.

If applicable, short *Acknowledgements* may be added at the end of the article, after *References*.

The article should have the *name(s) of the author(s), address(es), affiliation(s) and e-mail-address(es)* at the end.

Proofs are sent in pdf-format by e-mail to the corresponding author. Authors are requested to check their proofs carefully for printer's errors and return them within 48 hours.

Playing by the rules - Scientific misconduct in a legal perspective

Michael 2007:4:35-42

A simple lesson to learn from the recent Norwegian research scandal is that there are rules that need to be observed and appreciated. This requires knowledge, understanding and awareness both at the individual level and institutional level.

Given the increasingly complex framework for research, it may sound a tall order, but it is nevertheless reasonable. Contrary to popular belief, rules are not meant to be an inappropriate hindrance for good research. They are meant to foster good research. Ethical, professional and legally acceptable research is crucial for public trust and the legitimacy of science.

Fortunately the awareness of and attitude towards this normative framework is changing. The recent case has speeded things up in Norway, and it has certainly made it easier to explain why we do have and must have rules. For in order to play by the rules, one must know the rules.

This paper concentrates on the rules and regulations governing medical and health related research in general, in the wake of the hereinafter called Norwegian research scandal. Three questions can be raised:

- Are there rules?
- Is there a problem with regard to the rules and regulations?
- If so, what should be done to address the problem?

Are there rules?

In March, 2006, I was asked to talk about whether fraud in science is illegal or not? I was a bit surprised by that request. Is anyone in doubt, I thought.

My answer was of course a simple but clear yes. There are rules. Medical and health related research is subject to a magnitude of rules, just like any other activity (1,2) (tables 1, 2, 3).

5. Morris J. Law, Politics and the Use of Force. In: Baylin J, Choon E, Gray C, Wrix J. *Strategy in the Contemporary World*. London: Oxford, 2002: p.66-91
6. Nylenna M, Simonsen S. Scientific misconduct: a new strategy for prevention. *Lancet* 2006;367:1882-4.
7. Report from the Investigation Commission appointed by Rikshospitalet-Radiologiskavdeling M.C. and the University of Oslo January 19 2006 http://www.rikshospitalet.no/content/res_bib66876.pdf (June 30, 2006) (accessed Nov 14, 2006). (Translated version. Only the Norwegian text is authentic.)
8. Official Norwegian Report NOU 2005:1. *God forskning – bedre helse*. [Good Research - Better Health] Oslo: Statens forvaltningsettersene, 2005.
9. Martinson BC, Anderson MS, de Vries R. Scientists behaving badly. *Nature* 2005;435:737-738.

Sigmund Simonsen, LL.M.

Research fellow

Department of Public Health and General Practice

Norwegian University of Science and Technology

N-7489 Trondheim

Norway

sigmund.simonsen@ntnu.no

Example of the first and the last page of a Michael-paper in print:

Submitting of the manuscript

Manuscripts should be submitted by e-mail in Word-format.

All authors must give signed consent to publication and give the e-mail address of the author to whom correspondence and proofs should be sent. Manuscripts should be named with the first author's family name and a key word/short title and submitted by e-mail to one of the two editors:

magne@nylenna.no

oivind.larsen@medisin.uio.no

Contact address:

Michael, clo professor Øivind Larsen

p.o.box 1130 Blindern

N-0318 Oslo, Norway

27th Nordic Medical History Congress

Places and Spaces of Cure, Care, and Communication

Time

22-25 May 2019

Venue

DGI-Byen (CPH Conference), Tietgensgade 65, 1704 CPH V. Only 100 m. from CPH Central Station.

4 Confirmed Keynotes

Professor **Eske Willerslev** (Denmark) is a evolutionary geneticist notable for his pioneering work in molecular anthropology, palaeontology, and ecology.

PhD **Eva Åhrén** (Sweden) is Director of the Hagströmer Medico-Historical Library and the Unit for Medical History and Heritage at Karolinska Institutet.

Professor emeritus **Jørgen Lange Thomsen** (Denmark) is a well-renowned coroner, founded the Danish Society of Forensic Sciences in 1994.

Jan Bondeson (Sweden) is a rheumatologist, scientist and author, working as a senior lecturer at the Cardiff University School of Medicine.

Registration

You can register for the event from this autumn. Total fee approx. 3.500 DKK, dinner included.

Reception 22 May. Optional Excursions 25 May. Excursions are not included in the congress fee.

Read more: <http://www.dmhst1917.dk/nmh2019/>

Contact

Host Organising Committee President,
Ulrik Bak Kirk, dmhs.1917@gmail.com

Abstracts

Guidelines for posters and oral presentations available soon. Abstract submission will be possible this autumn. Stay tuned.

10 Confirmed Sessions

The Scientific Committee is working hard on preparing 9 interesting and interactive sets of oral presentations for you:

The secrets of light, the art of medical moulages, the tales of general practice, leprosy revisited, wartime nursing and medicine, the act of killing, the four elements in medical therapy, the ethics of medicine, and psychiatry.

We welcome all your abstracts, not only within these topics.

Professor **Ken Arnold**, creative director at Medical Museion, will moderate 1 panel debate about *The History of Medicine: Quo Vadis?*



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