

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



## Medisinske møteplasser

3/21



# 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.

# Michael

---

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 18 / 3 / 2021

# Medisinske møteplasser



*Michael* 2021; 18: 249–406



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



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



© The Norwegian Medical Society 2021  
P.o.box 1152 Sentrum  
N-0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2021



# Innhold

<i>Leder</i> – Medisinske møteplasser <i>Magne Nylenna</i> . . . . .	255
<i>Originalartikkel</i> – Å treffes for å lære – de første ti år med legemøter i Christiania <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	263
<i>Originalartikkel</i> – Kostholdsundersøkelse skapte stormfulle møter i Det norske medicinske Selskab <i>Per Haave</i> . . . . .	281
<i>Originalartikkel</i> – Kunnskap og autoritet – venerisk sykdom i 1700-tallets Norge <i>Susann Holmberg</i> . . . . .	292
<i>Originalartikkel</i> – Himmelsbrev i koleraens tid <i>Siv Frøydis Berg</i> . . . . .	307
<i>Originalartikkel</i> – Hvorfor innreisekarantene? <i>Marte Midttun Tobiassen, Anne Helene Kveim Lie, Preben Aavitsland</i> . . . . .	325
<i>Kronikk</i> – The spectacular life of Leon Elias “Volo” Volodarsky (1894–1962) – surgeon, art collector, and donator <i>Thorstein Bache Harbitz, Prakash Narain Tandon</i> . . . . .	338
<i>Kronikk</i> – Revisjon av de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin i legestudiet <i>Anne Helen Hansen, Liv Grimstedt Kvalvik, Anne Helene Kveim Lie, Ingvild Fossgard Sandøy, Gunnhild Åberge Vie</i> . . . . .	348

Språk på skjermen <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	362
Blomst på graven – nå vet vi mer om Frederik Holst (1791–1871) <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	364
<i>Originalartikkel</i> – Gravminnene til de første professorene i medisin i Norge <i>Erlend Hem</i> . . . . .	366
Vaksinasjon – ikke noe nytt <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	373
<i>Fra redaktørene</i> – En rikholdig bukett med bøker <i>Erlend Hem</i> . . . . .	375
<i>Bokanmeldelse</i> – Institusjon og institusjonsbygger <i>Jørgen G. Bramness</i> . . . . .	376
<i>Bokanmeldelse</i> – Medisinske ord på svensk <i>Erlend Hem</i> . . . . .	378
<i>Bokanmelding</i> – Kven var Peter Panum? <i>Ole Didrik Lærum</i> . . . . .	381
<i>Bokanmeldelse</i> – Boligpriser og krokodilletårer – et korrektiv <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	384
<i>Bokanmeldelse</i> – Innføringsbøker om helsevesenet i Norge <i>Jan C. Frich</i> . . . . .	387
<i>Bokanmeldelse</i> – Viktig om brukermedvirkning <i>Kristin Lie Romm</i> . . . . .	392
<i>Bokanmeldelse</i> – En beryktet lege i Drammen <i>Hans Petter Schjønsby</i> . . . . .	394
<i>Bokanmeldelse</i> – Etikk for helsefaglig praksis <i>Kristine Bærøe</i> . . . . .	397
<i>Bokanmeldelse</i> – Byråkratenes, politikernes og den bergenske patriotismens sykehus <i>Ole Georg Moseng</i> . . . . .	402

# Medisinske møteplasser

*Michael 2021; 18: 255–62.*

*Veien er lang fra antikkens torg til dagens nettsamfunn, men prinsippene har vært de samme. I tillegg til varer og tjenester utveksles også erfaringer og kunnskap. For leger har fysiske og virtuelle møteplasser vært avgjørende for faglig oppdatering og profesjonsidentitet. I en spesialisert helsetjeneste med sterk internasjonal orientering trengs fortsatt tverrfaglige, nasjonale møteplasser. Det norske medisinske Selskab er en av disse. Fra 2021 flytter Selskapet inn i Legenes hus og ønsker velkommen til møter i sentralt beliggende lokaler i et stort kollegialt miljø.*

De første medisinere var ensomme i sin yrkesutøvelse. Vi vet lite om møteplasser mellom antikkens leger. Det var i mange hundreår dessuten uklare skiller mellom medisinere, kirurger, farmasøyter og andre behandlere. Behandlere fikk sin autoritet fra pasienter og befolkning, ikke fra myndigheter, slik Susann Holmberg viser i sin artikkel om venerisk sykdom på 1700-tallet i dette nummeret av *Michael* (1). Fellesskapet mellom behandlerne lå i de utdanningsinstitusjonene og akkrediteringsordningene som ble etablert etter hvert (2).

Både reguleringen og organiseringen av legevirkosomhet varierte i de europeiske land helt fram til 1800-tallet (3). Den akademiske medisin i Norge har en kort historie ettersom vi fikk egen medisinerutdanning først i 1814 (4). På det tidspunktet hadde vi bare rundt ett hundre leger, og de fleste av dem var spredt rundt i landet. Likevel fant de måter å møtes og dele erfaringer på.

Faglige fellesskap handler ikke bare om medisinsk kunnskapsoppdatering, men også om profesjonsidentitet. Praktisorganisering, finansieringsordninger og etiske spørsmål trenger også erfaringsutveksling og diskusjon. Med internasjonalisering, spesialisering og ikke minst et økende antall leger opp-



står nye behov. Kommunikasjonsteknologi, fra dampbåter og boktrykkerkunst til internasjonale flygninger og internett, har vært avgjørende for utviklingen av møteplasser.

### **Studieturer, konferanser og kongresser**

Lenge måtte man oppsøke kolleger fysisk for å lære av andre. Norske leger orienterte seg tidlig internasjonalt (5). På slutten av 1800-tallet dro halvparten av de norske legene på studieturer utenlands. De mest populære stedene å besøke var Paris, Wien, Berlin og London (6). Legene brakte erfaringene med seg hjem og delte dem gjennom de kanaler som var mulige. Iblant skjedde det raskt. Et eksempel er introduksjonen av eteranestesi som første gang ble brukt av William T.G. Morton (1819–68) i Boston 16. oktober 1846. Den norske legen Peter E. Winge (1818–1902) hørte om dette på en studietur til Paris og skrev et brev hjem som ble referert på møtet i Lægeforeningen i Christiania (som senere samme år skiftet navn til Det norske medisinske Selskab) 18. februar 1847. To uker senere, 4. mars 1847, ble eter for første gang forsøkt ved Rikshospitalet (7).

Det ble også mulig å samles internasjonalt, i første omgang i Skandinavia. Den norske legen Christian August Egeberg (1809–1874), tok initiativ til det første skandinaviske naturforsker møtet, som ble arrangert i Göteborg i 1839. Forskere i geologi, botanikk, medisin og andre naturvitenskaper var med (8). Det fjerde skandinaviske naturforsker møtet ble arrangert i Christiania i 1844 og ble den første internasjonale, vitenskapelige kongressen i Norge (9).

Det senere omfang av internasjonale konferanser og kongresser kjenner vi. Veksten gjennom det 20. århundret var formidabel. En undersøkelse blant knapt 1500 norske leger i 1993 viste at deltakelse i organiserte faglige kurs, møter, konferanser og kongresser – nasjonalt og internasjonalt – ble vurdert som den viktigste kilden for å faglig oppdatering. Kun 2 % av legene rapporterte at de ikke hadde vært med på minst en slik samling siste året (10).

Nettbasert fjernundervisning er blitt vanlig etter årtusenskiftet, gjerne som åpne nettkurs (11). Koronapandemien i 2020–2021 ble et gjennombrudd for digitale kurs og konferanser. Teams, Zoom og andre digitale plattformer har erstattet fysiske møteplasser og spart deltakerne for mange og lange reiser. Kontakten mellom deltakerne blir mindre og annerledes. De uformelle pausesamtalene over en kaffekopp mangler, og det kan være vanskeligere både å diskutere med andre og å tolke ikke-verbal kommunikasjon i nettmøter enn i tradisjonelle kurs og konferanser (12).

## Tidsskrifter

Fra de første vitenskapelige tidsskrifter ble etablert på 1600-tallet, har de vært viktige for medisinsk kunnskapsformidling. Akademiseringen av legeryrket, stadig forbedret trykketeknikk og bedre distribusjonsmuligheter førte til at mange medisinske tidsskrifter ble etablert på 1800-tallet. I dag finnes flere titusener medisinske tidsskrifter som blir stadig mer spesialiserte og først og fremst er publiseringskanaler for forskning.

Men fortsatt har tidsskriftene flere roller. Det gjelder i særdeleshet de generelle, nasjonale tidsskriftene. Den tidligere redaktøren av *BMJ*, Stephen Lock, har definert fire oppgaver for et slikt tidsskrift: «information, instruction, comment and amusement» (13). *Tidsskrift for Den norske legeförening* og tilsvarende publikasjoner er viktige fora for meningsutveksling og fungerer som møteplasser på tvers av spesialiteter og arbeidsoppgaver. De er viktige for utviklingen av en profesjonsidentitet blant annet gjennom arbeidet med et nasjonalt helsespråk (14).

Det første norske medisinske tidsskrift, *Eyr*, ble grunnlagt i 1826 og ble utgitt fire ganger årlig til 1837 (15). I 1840 etablerte Det norske medisinske Selskab *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* som bestod i 100 år inntil det gikk inn i det felles nordiske tidsskriftet *Nordisk Medicin*. I perioden 1842–45 utkom også *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*. Tidsskriftet *Medicinsk Revue*, som vesentlig baserte seg på gjengivelse av utenlandske forskningssammendrag, ble grunnlagt i Bergen i 1884 og ble utgitt helt fram til 1939, da også denne publikasjonen gikk inn i *Nordisk Medicin*.

I 1881 ble *Tidsskrift for praktisk Medicin*, senere *Tidsskrift for Den norske legeförening*, grunnlagt. *Tidsskriftet* er det eneste av 1800-tallets norske medisinske tidsskrifter som fortsatt eksisterer. I dag utgis i tillegg flere titalls regelmessige publikasjoner for ulike undergrupper i Legeföreningen. Utenfor föreningen er nyhetsavisen *Dagens Medisin* ([www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no)) og *Utposten – blad for allmenn- og samfunnsmedisin* (<https://www.utposten.no/>) blant de mest leste.

Norske leger anga i 2004 at de gjennomsnittlig brukte to timer ukentlig på medisinske tidsskrifter (16). Gradvis er lesingen flyttet fra papir til skjerm. Nettpublisering fra midten av 1990-tallet har endret ikke bare tidsskriftenes utforming, men også deres rolle. I tillegg til at tilgjengeligheten ble enklere, ga nettet mulighet for en helt ny form for meningsutveksling. Kommentarfeltene til mange tidsskrifter fungerer i dag nærmest som sosiale nettmedier.

## Foreninger

Medlemskap i foreninger og organisasjoner gir tilhørighet til et organisert fellesskap. Til forskjell fra sporadiske studieturer og konferanser på indivi-

duelt initiativ inviterer medlemsorganisasjoner til mer regelmessige samlinger. De har vanligvis vedtekter med klare formål og tillitsvalgte som ivaretar interessefellesskapet gjennom fysiske samlinger og annen virksomhet. Deltakelse i felles aktiviteter reduserer behovet for å orientere seg i kurs og konferanser på egen hånd.

Den omfattende etableringen av foreninger i Norge på 1800-tallet, særlig mellom 1830 og 1880, betegnes gjerne som «Assosiasjonsånden» (17). Legene var blant de første som organiserte seg. I 1826 stiftet 13 leger et medisinsk leseselskap i Christiania. Dette ble grunnlaget for Lægeforeningen i Christiania som ble etablert 14. oktober 1833 av «16 af Hovedstadens Læger og Pharmaceuter» og som fra 1847 ble kalt Det norske medicinske Selskab (18). I 1831 tok Christian Wisbech (1801–69) initiativ til dannelsen av Bergens Lægeforening, fra 2012 Det medisinske selskap i Bergen. Hvem som ellers var med, er ukjent, men det var bare rundt ti leger i Bergen på denne tiden (19). 17. november 1847 ble Trondhjems Lægeforening, senere Trøndelag Medisinske Selskap, stiftet. Medlemmene holdt foredrag etter tur, de abonnerte på fire medisinske tidsskrifter og de gikk til innkjøp av mikroskop. «Med i foreininga var alle 8 legar i byen, 4 legar utanbys fra og 3 apotekarar» (20). Også andre steder i landet der det var flere leger, ble det sannsynligvis dannet legeklubber, ofte med kort levetid.

Den norske Lægeforening, med navneendring til Den norske legeforening i 2007, ble stiftet 6. juli 1886 dels som en reaksjon mot Det norske medicinske Selskabs akademiske og lite praksisorienterte profil (21). Foreningen ble organisert langs ulike akser, dels geografisk, dels etter legenes stillinger. I tillegg til det medisinsk-faglige ble legers arbeidsbetingelser et viktig arbeidsområde. Legeforeningen ble også en fagforening for leger. Strukturen i 2021 med 19 lokalforeninger, sju yrkesforeninger og 46 fagmedisinske foreninger avspeiler de ulike oppgavene foreningen har. Med 95 % av norske, yrkesaktive leger som medlemmer, er Den norske legeforening en maktfaktor i det norske samfunnet. I Legeforeningen er det først og fremst underavdelingene som fungerer som møteplasser. I dag er det knapt noen tverrfaglige fora av medisinsk-faglig karakter innenfor foreningen. Landsstyremøter og andre besluttede organer beskjeftiger seg mest med overordnede helsepolitiske saker, organisasjonsspørsmål og lønns- og arbeidsforhold for leger.

Utenfor Legeforeningen eksisterer en rekke foreninger for leger med interessefellesskap knyttet til ulike saker som for eksempel språk (Medisinsk mållag), religion (Norges kristelige legeforening) og politikk (Norske leger mot atomvåpen)

## Digitale møteplasser

Internett har revolusjonert informasjonsformidlingen på alle felt. Sosiale medier, en ny møteplass i det 21. århundret, er fellesbetegnelsen på nettstedet der innhold kan deles og kommenteres. *Facebook*, som ble etablert i 2004, er den største aktøren med 2,8 milliarder månedlige brukere over hele verden (22).

Sosiale medier har endret kommunikasjonsformer og -muligheter også i faglig sammenheng. Det finnes interne nettsteder for leger som *Leger i Norge* og *Norges leger* på *Facebook*, men i praksis blir innlegg i slike grupper ofte kjent utenfor den lukkede gruppen. I større grupper kan endatil det som skrives, rammes av juridiske regler for offentlige ytringer. Rådet for legeetikk minner derfor om at leger må være varsomme og bevisste i bruken av sosiale medier. «Leger må opprettholde den nødvendige profesjonelle distansen til pasientene for å unngå at lege-pasient-forholdet blir utydelig, noe som kan føre til uheldige bindinger, misforståelser, mangel på tillit og opplevelse av å bli utnyttet. Det kan ramme både pasient og lege. Derfor bør leger heller ikke akseptere å bli Facebook-venn med nåværende eller tidligere pasienter, men avslå slike henvendelser på en høflig måte og med begrunnelse. Leger må vise respekt, unngå språk som kan oppfattes støtende og diskriminerende, og være saklige i diskusjoner.» (23).

## Hvorfor trenger vi tverrfaglige møteplasser?

Med veksten av helsetjenesten har det også fulgt en omfattende spesialisering. I Norge er det nå 29 autoriserte helsepersonellgrupper, og ytterligere fire venter på godkjenning. Dessuten er det et utall spesialiserte undergrupper med 46 godkjente spesialiteter for legene.

Blant leger har de fleste møteplasser blitt konsentrert om avgrensede faglige emner og oppgaver. Det er ikke lenger kirurger eller indremedisinere som møtes i faglige fora. Knappt nok møtes gastrokirurger eller kardiologer. Nå er det mange nok som bare arbeider med overvektskirurgi eller hjertearytmier til at de har sine egne konferanser, tidsskrifter og foreninger. Digitale møteplasser gir mulighet for effektiv kommunikasjon mellom fagfolk som har samme oppgaver. Ikke minst gir nettbaserte oppslagsverk rask tilgang til god kunnskap. Men de gir som regel kun svar på veldefinerte spørsmål. Vi trenger i tillegg kunnskapskilder som lærer oss å stille nye spørsmål og tenke nytt. Som debattfora blir sosiale medier lett ekkokammer der meninger forsterkes mer enn de brytes.

Tverrfaglige fora avvikles systematisk i dagens helsetjeneste. Selv de tradisjonelle, ukentlige morgenmøtene ved våre største sykehus forvitrer. Høyt

tempo, travle arbeidsdager og behov for kontinuerlig oppdatering på egne, spesialiserte arbeidsoppgaver gjør at fellesaktiviteter ikke prioriteres.

Denne fragmenteringen er egentlig paradoksal i en tid da stadig flere pasienter har mange diagnoser, og knapt noe helsepersonell arbeider alene for å løse pasientens problemer. Flerfaglighet og tverrfaglighet er en forutsetning, men selv teambehandling er blitt spesialisert.

Akkurat som generelle medisinske tidsskrifter gir spesialister oppdatering på det viktigste som skjer utenfor eget fagfelt, gir tverrfaglige fysiske møteplasser tilsvarende innblikk i andres fagutvikling. I tillegg gir de mulighet for utveksling av erfaringer knyttet til de mange andre sider ved legelivet enn de spesialiserte medisinskfaglige oppgavene; etikk, organisering av arbeidsdagen, pasientkommunikasjon og -involvering, lese- og lærevaner og mye mer.

## Det norske medisinske Selskab

I mangfoldet av medisinske møteplasser er Det norske medisinske Selskab både en aktør og arena, som Selskapets mangeårige styreleder Øivind Larsen har formulert det (18). Vi er en liten aktør med lange tradisjoner. På 1800-tallet var Selskapet det sentrale, nasjonale forum for medisinskfaglig kunnskapsutveksling (24). Her foregikk også de viktigste fagdebattene gjennom flere generasjoner (25).

Til forskjell fra de fleste andre medisinske fora, er Selskapet fortsatt en tverrfaglig møteplass med tradisjonelle møter. Fysiske møter gir mulighet for sosial kontakt i tillegg til kunnskapsdeling og diskusjoner. Semesterprogrammet er variert og byr på temaer man kanskje ikke ville ha etterspurt, men som viser seg å være interessante likevel. Slik representerer møtene en motvekt til den algoritimestyrte informasjonen vi eksponeres for og som hele tiden gir oss mer av det samme som vi har sett eller lest før. Under koronapandemien har også vi høstet erfaringer med nettbaserte møter. Kanskje vil en kombinasjon av virtuelle og non-virtuelle møter bli det vanlige i framtiden?

Tidsskriftet *Michael* er en viktig del av Selskapets virksomhet, og er blitt en møteplass i seg selv. Her finner du artikler om medisinsk historie, medisinsk humaniora, samfunnsmedisin og helsepolitikk med variert og ofte overraskende innhold. I dette nummeret inkluderer det artikler om innreisekarantene under koronapandemien (26), en ukrainsk lege og kunstsamler som har etterlatt seg spor på Ullevål sykehus (27), himmelbrev i koleraens tid (28) og læringsutbytter i samfunnsmedisin for medisinstudenter (29). I tillegg byr vi som vanlig på bokomtaler.

Det norske medisinske Selskap har hatt mange adresser gjennom årene (18). Når vi nå flytter inn i Legenes hus innledes en ny epoke. Vi håper og tror at det vil være til gjensidig glede og nytte både for Selskapet, Legeforeningen og all øvrig faglig aktivitet i huset.

## Litteratur

1. Holmberg S. Kunnskap og autoritet – venerisk sykdom i 1700-tallets Norge. *Michael* 2021; 18: 292-306.
2. Nutton V. The medical meeting place. *Clio Med* 1995;27:3-25.
3. Porter R. *The greatest benefit to mankind*. London: Fontana Press, 1997: 287-303.
4. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; 11: Supplement 15.
5. Olsen BO. Recreation or professional necessity – the study tours of nineteenth century Norwegian physicians. I: Larsen Ø, red. *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996: 258 – 75.
6. Kvarenes HW. Travel accounts in the Norsk Magazin for Lægevidenskapen, 1840-1880. I: Larsen Ø, red. *The shaping of a profession*. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 276-282.
7. Strømskag KE. Anestesen kommer til Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 2002; 122: 804-5.
8. Larsen Ø. Faglig samarbeid og oversikt over helsetilstanden. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 2792-3.
9. Tønnesson J. Naturvitenskapens kommunikative landskap. I: Roos M, Tønnesson J, red. *Sann opplysning? Naturvitenskap i nordiske offentligheter gjennom fire århundrer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk 2017: 163-190.
10. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Keeping professionally updated: Perceived coping and CME profiles among physicians. *Journal of Continuing Education in Health Professions* 1996;16:241-9.
11. Setia S , Tay JC, Chia YC et al. Massive open online courses (MOOCs) for continuing medical education - why and how? *Adv Med Educ Pract* 2019; 10: 805-812. doi: 10.2147/AMEPS219104.
12. Edmondson AC, Daley G. How to Foster Psychological Safety in Virtual Meetings. *Harvard Business Review* 2020; 25 august. <https://hbr.org/2020/08/how-to-foster-psychological-safety-in-virtual-meetings>
13. Lock S. The medical journal – how. I: Fugelli P, Nylenna M red. *Kunnskap er makt – og bør deles med andre*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987: 115-8.
14. Nylenna M. Det nasjonale medisinske tidsskrift – hvorfor? *Ugeskr Læger* 1990; 152: 3761-5.
15. Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.
16. Nylenna M, Aasland OG. Doctors' learning habits: CME activities among Norwegian physicians over the last decade. *BMC Medical Education* 2007, 7:10. doi:10.1186/1472-6920-7-10
17. Try H. *Assosiasjonsånd og foreningsvekst i Norge*. Øvre Ervik: Alvheim & Eide forlag, 1985.

18. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab – aktør og arena. *Michael* 2019; 16: 351-425.
19. Tschudi Madsen S, Sollied O. *Medisinsk Liv i Bergen : Festskrift i anledning av 100 års jubileet for Det Medicinske Selskap i Bergen*. Bergen: John Griegs Boktrykkeri, 1931.
20. Leira H. *Trøndelag Medisinske Selskap 150 år*. Trondheim: Tapir, 1993.
21. Berg O. Verdier og interesser – Den norske lægeförenings fremvekst og utvikling. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeförening, 1986: 151-332.
22. Facebook. <https://en.wikipedia.org/wiki/Facebook>
23. Markestad T. Råd om legers bruk av sosiale medier. *Tidsskr Nor Legefören* 2012; 132: 1125-6. doi: 10.4045/tidsskr.12.0334
24. Larsen Ø. Å treffes for å lære – de første ti år med legeföreningsmøter i Christiania. *Michael* 2021; 18: 263-80.
25. Haave P. Kostholdsundersøkelse skapte stormfulle møter i Det norske medicinske Selskab. *Michael* 2021; 18: 281-91.
26. Tobiassen MM, Lie AHK, Aavitsland P. Hvorfor innreisekarantene? *Michael* 2021; 18: 325-37
27. Harbitz TB, Tandon PN. The spectacular life of Leon Elias "Volo" Volodarsky (1894–1962) – surgeon, art collector, and donator. *Michael* 2021; 18: 338-44.
28. Berg SF. Himmelbrev i koleraens tid. *Michael* 2021; 18: 307-24.
29. Hansen AH, Kvalvik LG, Lie AHK, Ingvild Fossgard Sandøy et al. Revisjon av de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin i legestudiet. *Michael* 2021; 18: 348-61.

*Magne Nylenna*  
*magne@nylenna.no*  
*Det norske medicinske Selskab*  
*Legenes hus*  
*Postboks 1152 Sentrum*  
*0107 Oslo*

*Magne Nylenna er fagdirektør i Folkehelseinstituttet, professor i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og styreleder i Det norske medicinske Selskab*

# Å treffes for å lære – de første ti år med legemøter i Christiania

*Michael 2021; 18: 263–80.*

*Legers faglige grunnlag for sitt arbeid har alltid vært kombinasjonen av kunnskaper og ferdigheter ervervet gjennom utdanning og erfaring gjennom praksis. Hertil kommer vedlikehold og utvikling av kunnskapsgrunnlaget gjennom kontakt med kolleger. I første del av perioden da en nasjonal, norsk medisin og et nasjonalt helsevesen ble bygd opp i årtiene etter 1814, fikk legestudentene i Christiania en utdanning etter internasjonalt mønster. De hadde praksis ved byens sykehus og fra 1826 ved det nye Rikshospitalet. Det var imidlertid vanskeligere med organiserte møteplasser for utveksling av kollegial kunnskap. For legenes vedkommende ble det fra 1833 i «Lægeforeningen i Christiania», nå Det norske medicinske Selskab, holdt regelmessige medlemsmøter med foredrag og diskusjoner. Det ble ført referater. Disse ble mer eller mindre komplett publisert i datidens medisinske tidsskrifter Eyr og Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Referatene forteller om livlige diskusjoner om blant annet temaer fra litteraturen. Det meste var imidlertid kliniske problemstillinger fra legenes egen praksis. Kasuistikkene gir lærerike bilder fra tidens medisin og helsetjeneste. Møtenes innhold er også bevis på hvilken nær kontakt det var mellom teori og praksis i byens tette medisinske miljø.*

Den 14. oktober 1833 samlet 14 leger og tre farmasøyter seg i Christiania og stiftet en forening. De ville ha et forum for å høre nytt, føre diskusjoner og utveksle erfaringer. Kjerneaktiviteten skulle være å ha regelmessige møter der man kunne treffes for å lære mer (Figur 1). Og slik har det blitt. I begynnelsen var mandager foretrukket møtedag, men fra 1847 har det vært onsdager. Så også i 2021 – i denne foreningen som fra 1847 fikk navnet Det norske medicinske Selskab (1). En medisinsk møteplass var blitt formalisert, med referater og vedtekter og alt som hører til. Men hva foregikk på disse møtene?



ladt, fordi Man troede efter dem at bemærke lange hyppigere og alvorligere Tilfælde af den soporøse Folgetyphus, end efter nogen af de øvrige.

### Lægeforeningen i Christiania.

Siden Sommeren 1826 har i Christiania et lægevidenskabeligt Journal-Læseselskab været i Virksomhed. Man nærede allerede ved sammes Stiftelse det Haab, at det skulde werde Spiren til det første lægevidenskabelige Samfund i Norge, hvis Medlemmer kunde i videnskabeligt Siemod til bestemte Tider samles. Dette Haab er nu opfyldt, i det 13 af Hovedstadens Læger og 3 Pharmaceuter den 14 October d. A. ere komne overens om at stifte et saadant Samfund, som de have givet Navnet: **Lægeforeningen i Christiania** og for hvilken de have vedtaget følgende Love:

§ 1. Lægeforeningen i Christiania har til Hovedmaal dens Medlemmers Bistandelse og videnskabelige Udbannelse.

§ 2. Foreningens Medlemmer ere deels undertegnede Constituentter, deels her i Staden boende Læger og Pharmaceuter, som efter Indbydelse af Foreningen ere optagne.

§ 3. Foreningen samles ordentligviis den anden Mandag i hver Maaned, indtagen i Sommermaanedene Juni, Juli og August.

§ 4. Ethvert Medlem kan til Møderne medtage udbredte Læger, Pharmaceuter og Naturkyndige.

§ 5. I det ordentlige Møde i October Maaned vælges ved Pluralitet af de da tilstedeværende Medlemmer en **Secretaire**, der fungerer som Saadan i eet Aar og kan, om han paany maatte vælges for det følgende Aar, umblaae sig for at modtage Valget. Skulde Stemmerne være lige, afsjøres Udfaldet ved Lodtrækning. Secretairens Pligter ere:

a. til ethvert Møde ved Sedler at tilfige samtlige Medlemmer;

b. at lede Forhandlingerne og at sørge for Deden under bløse;

c. at føre en Forhandlingsprotocol;

d. i hvert Møde at oplæse Forhandlingerne for det følgende Møde og derefter selv underskrive Protocollen.

§ 6. I det ordentlige Møde i October udvælges efter samme Regler, som Secretairen, Evende af Medlemmerne til, i Forening med ham, at sørge for Foreningens økonomiske Anliggender og at gjøre Forslag til nye Medlemmer.

Professor **Holt** er bleven valgt til Secretaire og Lektorerne **Zeiberg** og **Doeck** til økonomiske Inspectorer ic. for det første Aar.

Foreningen holder sine Møder i et af det akademiske Collegium overladt Locale i Universitetsgaarden. Den har vedtaget at være samlet hver Mandags Aften fra Kl. 6, saalænge Choleraepidemien vedvarer i Christiania og Enden, paa det at dens Medlemmer kunne oftere have Anledning til berøder at meddele hvarandre deres Jagtagelser.

Foreningens nuværende Medlemmer ere:

**Doeck**, Lector.

**Doederlein**, Stabefysikus.

**Egeberg**, Cand. Medic.

**Zeiberg, Chr.**, Lector.

**Zeiberg, Joh.**, Cand. Medic.

**Hjort**, Brigadelæge.

**Holt**, Professor.

**Kraft**, Cand. Medic.

**Maschmann**, Professor, Apotheker.

**Maschmann**, Cand. Pharm.

**Møller**, Apotheker.

**Schenck**, Brigadelæge.

**Skjelderup**, Professor.

**Sørensen**, Professor.

**Thulstrup**, Generalchirurg.

**Wieth**, Brigadelæge.

hvilke saaledes blive at anses som Foreningens Constituentter.

Figur 1: Stiftelsen av Lægeforeningen i Christiania 14.10.1833<sup>1</sup> (fra 1847 med nytt navn: Det norske medicinske Selskab) (Foto Øivind Larsen).

## En spasertur til ettertanke

Det er ca. ti minutters gange fra Christiania Torv, opp Akersgata og fram til Regjeringskvartalet, der i sin tid Militærhospitalet fra 1807 lå, det som i 1826 ble til Rikshospitalet. Avstanden er den samme, både nå og først på 1800-tallet. Det tar ti minutter.

Forskjellen er at i de årene da en nasjonal, norsk medisin og en nasjonal, norsk helsetjeneste tok form i første halvpart av 1800-tallet, var det her norsk medisin befant seg. Ved Christiania Torv lå Anatomigården, der Det medisinske fakultet holdt til huse fra oppstarten i 1814 til flyttingen til Karl Johans gate 47 i 1852 (Figur 2). Her foregikk det disseksjoner, her var det auditorium, her tok den farmakologiske samlingen form, og her skulle det

<sup>1</sup> Eyr 1833; 8: 366-7.



*Figur 2: Anatomigaarden til venstre er et bindingsverkshus fra 1700-tallet. Det ble brukt som lokaler for Det medisinske fakultet 1814–1852. Bygget til høyre var oppført med en lav fløy som bolig for rådmann Lauritz Hansen i 1626, utvidet med fløyen i front i 1640. Det hadde forskjellige funksjoner, før det i første del av 1800-årene ble lokaler for Universitetsbiblioteket. Etter en periode som garnisonssykehus i 1850-årene ble det igjen bibliotek her – fra rundt 1860 Deichmanske Bibliotek. Fotografiet tilhører Oslo byarkiv. Det er udatert, men er sannsynligvis tatt omkring 1900, på den tiden da fotograf Olaf Martin Peder Væring (1837–1906) tok en rekke bilder som dokumenterer det gamle Kristiania.*

være arbeidsplass for de medisinske lærerne. Vegg i vegg med dette overfylte gamle huset lå Universitetsbiblioteket med faglitteratur og tidsskrifter (2–5).

Oppover Akersgaten kom man til Militærhospitalet, senere Rikshospitalet (Figur 3). Også her fant vi professorer og andre som sto for medisinsk undervisning og fagutvikling. Her var det klinikere i arbeid. I tillegg var det også noen leger som hadde legearbeid ved andre sykehus og anstalter som var i byen, men også de arbeidet i gangavstand fra miljøets kjerne.

Antallet leger i Norge var ikke stort først på 1800-tallet, økende fra ca 100 i 1814 til rundt 150 ved midten av århundret. Praktikere blant dem var spredt over hele landet. En god del var militærleger eller arbeidet som praktiserende i en eller annen form. Medisinsk sett hadde de fleste av disse en ensom jobb. Sykehus var det ytterst få av i Norge. Det var derfor ikke noe egentlig medisinsk miljø av noen størrelse andre steder enn mellom Christiania Torv og Rikshospitalet i Christiania.



*Figur 3: Rikshospitalets tømmerbygning, det gamle militærhospitalet fra 1807, kort tid før riving i 1962. (Foto: Øivind Larsen)*



*Figur 4: Professor Michael Skjelderup kjøpte seg hus i Øvre Slottsgate, i umiddelbar nærhet til sin arbeidsplass i Anatomigården (Etter (2))*

Professorene bodde også gjerne i nærheten – i den første tiden simpelthen fordi det var der det var boliger. Professor Michael Skjelderup (1769–1852) kjøpte seg privatbolig allerede i 1815, like etter at han hadde tiltrådt sitt embete (Figur 4). Huset lå like ved Anatomigården.

I datidens samfunn var rangordning viktig, blant annet for statlig lønnsfastsettelse. En professor hadde rang tilvarende en oberstløytnant. Enkelte av de medisinske professorene hadde legepraksis ved siden av, og derfor bedre økonomi. Skjelderup kjøpte seg sommerhus ved Skillebekk. Noen av de medisinske universitetslærerne hadde også bistillinger og verv som kunne gi inntekter.

Bebyggelsen i det gamle Christiania var snusfornuftig, tett og lav. Det var bare noen ytterst få hus som hadde mer enn to etasjer. Vel vokste byen fra 13 876 i 1815 til 33 777 i 1845, men det meste av veksten skjedde utenom det egentlige Christiania, altså i de såkalte Kvarterene, utenom Kvadraturen. Før 1850 var Christiania fortsatt en liten by (Figur 5 a og b). Den spektakulære byveksten kom først i perioden 1850–1900.

En forståelse av datidens bygeografi er nødvendig for å danne seg et bilde av tidens medisinske miljø. Likesom byen var det tett og lavt, og ønsket å bli større. Men foreløpig var det her man befant seg, mellom forskning og teori i Anatomigården og Universitetsbiblioteket, og klinikken og sykehuset ti minutter unna. Kvadraturens apoteker var også ganske nær.

Det var således egentlig Akersgaten som var aksene i den første medisinske møteplass i Norge.

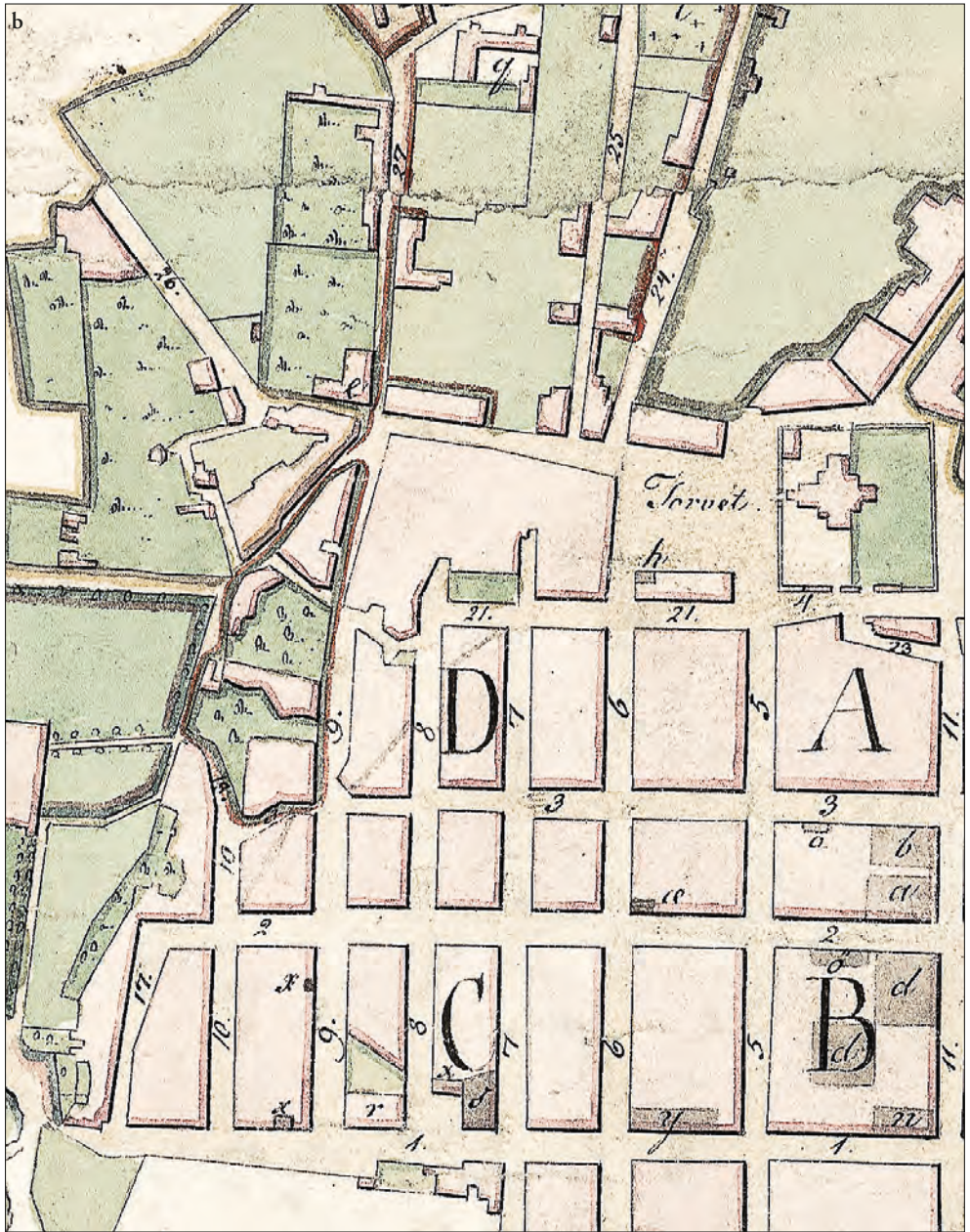
### **Kunnskapsutveksling – felt med glidende overganger**

God medisin kan ikke utøves uten faglig påfyll. Dette var klart også i det tidlige 1800-tallets Norge. Leger, apotekere og andre som holdt til i Christiania må nødvendigvis ha truffet hverandre og snakket sammen til stadighet på det geografisk begrensede området de ferdedes. Universitetsbiblioteket på Christiania Torv var kilden til kunnskap fra utlandet. Her ble det abonnert på aktuelle tidsskrifter, men ikke på alle man kunne ønske seg, ettersom budsjettet var begrenset. Derfor slo 13 leger og farmasøyter seg sammen i 1826 i et leseselskap som tegnet abonnementer på tidsskrifter som Universitetsbiblioteket ikke hadde. Disse tidsskriftene sirkulerte blant medlemmene, som da fikk et bredt kunnskapstilfang utenfra.

Utfordringen for de førende universitetslærerne var å få inn medisinsk kunnskap og erfaringer fra leger utover landet, og å formidle kunnskapsoverføring tilbake til kollegene som arbeidet utenom hovedstaden. Derfor startet professorene Michael Skjelderup og hans yngre kollega Frederik Holst (1791–1871) tidsskriftet *Eyr* i 1826 (6). Det gikk riktignok tregt med



Figur 5 a og b: Det «medisinske Christiania» tidlig på 1800-tallet. Dette kartet fra 1811 (figur 5a), tegnet av militære kadetter, viser hvor lite det bymessige området var. Byen var kompakt og fortsatt konsentrert innenfor vollene. Det såkalte «Byens Civile Sygehus» (1808–1851) i Lille Strandgade 7 (i 1826 innlemmet i Rikshospitalet) lå nede ved bordtomtene ved Bjørvika, der Jernbanetorget er nå. Oslo Hospital lå i Opsloe, altså i Gamlebyen (Figur 5a). Noen mindre private og offentlige anstalter for fattige og syke fantes også. Ellers lå det meste av medisinske funksjoner nær Akershus Festning, se kartutsnittet figur 5b. Det er lett å følge Akersgaten, den gang kalt Nordre Gade (merket nr. 9), nordover på kartet. Anatomigården var i 1811 fortsatt fattigstue (merket x). Like før det som nå heter Grensen, gaten som markerte nettopp grensen, var gaten ikke brutt helt gjennom foreløpig, bare med en trang passasje kalt Svinesund. Den fortsatte videre benevnt Aggers Gade (merket nr. 27). Der, den gang utenfor selve byen, ser vi at militærhospitalet fra 1807, dvs. det senere Rikshospitalet, er tegnet inn (merket q). Medisinernes kontakt med farmasøytene var meget tett. I meget kort avstand fra Anatomigården lå nemlig både Svane-Apothekeket i Tollbugata 21 (opprettet 1628) (Peter Møllers apotek fra 1830) (merket æ på kartet) og Elephant-Apothekeket (opprettet 1672) (H.H. Maschmanns apotek) i Tollbugata 12 (merket ö). Kartet tilhører kartsamlingen, Nasjonalbiblioteket, Oslo, kart 245.



manuskriptinngangen fra periferien, men den utoverrettede delen, artikler forfattet av utgiverne og deres kolleger, gikk meget bra og artiklene holdt høy kvalitet. I en tid da reiser tok tid og informasjonen ofte var sparsom, må vi anta at *Eyr* for mange kolleger delvis kompenserte for manglende fysiske møteplasser. *Eyr* holdt det gående til 1837/1838, i de siste årene med Frederik Holst som eneredaktør.

I 1840 ble det fulgt av et nytt tidsskrift, anlagt etter samme mønster som *Eyr*, nemlig *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. Tross opp- og nedturer fikk *Magazinet* en lang levetid. Det ble norsk medisins sentrale fagtidsskrift. Det ble nærmest ved et demokratisk ulykkestilfelle nedlagt i 1938 etter 99 årganger med høy kvalitet.

*Magazinet* hadde et navn som henspilte på tidens tidsskriftkultur. Det skulle være nettopp et magasin, en permanent lagringsplass for faglige arbeider. Uformelle medisinske sammenslutninger på denne tiden hadde samme formål, for eksempel Medicinerforeningens forløper «Øvelsesselskabet» fra 1829 (3), der studentene som deltok leste opp manuskripter som deretter ble arkivert i foreningen. *Eyr*, *Magazinet* og foreningsarkiver ble derfor supplementer til fysiske møter.

I 1832 hendte det noe som ble skjellsettende for både samfunn og medisin i Norge. Som i lang tid forutsett av Frederik Holst, også formidlet gjennom innsiktsfulle artikler i *Eyr*, kom koleraen hit til landet. Sykdommen spredte seg raskt. Det ble nå et behov for legene i Christiania å møtes regelmessig for å informere hverandre om tilstanden. Kolerautviklingen gjorde det nødvendig med hyppig, gjensidig informasjon og å dokumentere for hverandre hva som skjedde når epidemien bølget fram.

Det var stort sett initiativtakerne til Leseselskapet av 1826 som nå formaliserte det de kalte «Lægeforeningen i Christiania». Da koleraen var over og det ikke lenger var så påtrengende nødvendig for det kliniske arbeidet å ha møter så ofte, fortsatte foreningen sin virksomhet og å ha medlemsmøter likevel. I nasjonsbyggingens tid ble det nå opprettet stadig flere foreninger av ulike slag, og den nye legeföreningen var en av dem.

I 1847 ble denne sammenslutningen omdøpt til Det norske medicinske Selskab. Og fra formaliseringen den 14. oktober 1833 og framover ble det der holdt møter – og også skrevet møtereferater. Noen steder i Norge var det mindre, tilsvarende foreninger, men nå hadde hovedstaden fått etablert en medisinsk møteplass der ettertiden kan følge hva medlemmene var opp-tatt av. De trykte referatene er brukt som hovedkilde her.

## Møtene det første året

Etter stiftelsesmøtet 14. oktober 1833 fulgte man den møteplanen man hadde lagt opp. Begrunnet med koleraen ville man samles hver mandag<sup>2</sup>. Kolera var gjennomgangstemaet hele resten av året. Først i møtet 9.12.1833 hadde man funnet ut at koleraen nå var i slik tilbakegang at det holdt med møte annen hver uke. Det siste av det korte høstsemesterets hele ti møter i koleraåret, var på lille julaften.

Det er ikke oppgitt hvem som var til stede på møtene, men de som hadde ordet var stort sett de samme personene som vi ellers hører om, professorene Frederik Holst, Christian Boeck (1798–1877), apotekeren, professor Hans Henrich Maschmann (1775–1860) og noen andre.

Diskusjon av behandlingsmetoder er kjernestoff i referatene. Det gjaldt både i oppstartåret og senere. Eksempelvis omtales i 1833 forsøk med strykninbehandling ved kolera og Stevens' salinske metode for å erstatte salttap. Etter hvert ble det også tid til å snakke om andre sykdommer, f.eks. den 3.12.1833 om bruk av colchicin mot podagra, en sykdom og en behandling som ikke forandres av at århundrene går.

Så var det jul og nyttår. I hele 1834 ble det som en kontrast til forrige år bare holdt ni møter. I første møte 6. januar 1834 var temaet forskjellig medikamentell behandling. Blant annet omtalte Boeck bruk av secale og brigadelege Martin Rasmus With (1788–1848) bruk av selsnepe (*cicuta virosa*) som medikament. With hadde en rekke stillinger i løpet av sin karriere, men da han døde av «svindsot» i 1848, hadde han drevet legepraksis i Christiania i hele 32 år.

I de følgende møtene er det svært ofte Holst og Boeck vi hører om. Den 10.2.1834 var det simpelthen en «klinikk». En pasient med hypospadi (hans navn står i referatet) ble forevist i møtet og undersøkt av medlemmene. Pasienten fikk senere etter eget ønske en skriftlig rapport om denne undersøkelsen på latin. I samme møte konstaterte man for øvrig at nå som koleraen var opphørt, klarte det seg å holde medlemsmøte en gang i måneden.

Da man møttes 10.3.1834, var det som vanlig medikamentell behandling som sto på programmet, men nå kom også samfunnsmedisinske emner inn. Stadsfysikus Jens Grønbech Døderlein (1787–1867) omtalte en koppeepidemi i 1831–1833 og effekten av vaksine. Innlegget ble for øvrig til en artikkel i *Eyr*<sup>3</sup>, noe som bekrefter tidens glidende overganger mellom tale og tekst i kunnskapsformidlingen.

I de følgende møtene er det mest Frederik Holst vi hører om. Men så opptrådte etter hvert lektor, senere professor Christen Heiberg (1799–1872)

2 Møtene i 1833, 1834 og 1835 er referert i *Eyr* 1835; 10: 345-59.

3 *Eyr* 1834; 9: 133-5.



og brigadelege Jens Johan Hjort (1798–1873). Disse ble på møtet 13.10.1834 valgt inn i styret. I november ble dessuten fem nye medlemmer innvalgt.

En oppsummering av det første året fram til oktober 1834 er at medikamentell behandling, toksikologi og andre praktisk medisinske spørsmål er hovedtemaer, og at det stort sett er noen ganske få personer som ytrer seg i møtene hele tiden. Det er interessant å bemerke at man la seg på en profil som kombinerte teori og praksis – og i tillegg til dette later det til at selv de mest markerte teoretikerne også hadde klinisk arbeid.

### Rutinevirksomhet fra 1835

Etter årsskiftet 1834/1835 ser det ut til at møtevirksomheten var kommet inn i en slags normaltilstand. I kalenderåret 1835 var det åtte møter. Igjen er det de samme personene som opptrer. At det åpenbart er kliniske demonstrasjoner og forevisning av preparater og instrumenter, sannsynliggjør at møtene ble holdt i Anatomigården.

Reservekirurg Christian August Egeberg (1809–1874) hadde innlegg 14.9.1835 og generalkirurg Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844) den 12.10.1835. Apoteker Peter Møller (1793–1869), for ettertiden mest kjent for sin medisinske tran, var også en sentral aktør.

Siden stiftelsen med 16 personer var noen gått ut og noen kommet til, slik at det totale antall medlemmer ved utgangen av 1835 var 18. Emnene for møtene var fortsatt de samme, mest om medikamentbruk og behandlingsprinsipper. En spesiell sak som nevnes flere ganger, er at det i Christiania hadde vært salg av sukkertøy farget med mineralske gifter, blant annet mønje.

I 1835 (12.1.) tas også opp hva man senere ville kalle en fagforeningssak – hvorvidt man skulle forsøke å opprette en understøttelsesordning for legers enker og barn, samt for aldersvekkede trengende leger.

Selskabets møteserie var altså i gang. Men fra møtet 13. april 1835 var det intet å referere. Det kom bare to medlemmer.

I 1836 var det møtevirksomhet på samme nivå som året før. I vårsemesteret var det seks møter<sup>4</sup> og i høstsemesteret fem<sup>5</sup>. Ved det første møtet demonstrerte Thulstrup en pasient med en hevelse som han mente kunne være en *tumor cysticus*, men som Heiberg holdt for å være en abscess. Ellers var det drøftinger av kliniske funn og medikamentell behandling. Det er også nå de samme personene vi hører om, i tillegg til Thulstrup og Heiberg refereres Maschmann, Holst, Egeberg, Møller og Boeck. Og slik fortsatte

4 *Eyr* 1836–37; 11: 101–8.

5 *Eyr* 1836–37; 11: 191–201.

det; 25.1.1836 riktignok supplert med cand.med. Steffens, hvilket var Frederik Holsts svoger, den senere stadsfysikus Henrich Steffens (1809–1867).

Steffens brakte til møtet 10.10.1836 med seg en skabbmidd, *acarus scabiei*. Han drøftet, belagt med innhentede litteraturopplysninger, et i den gryende mikrobiologis og den skiftende sykdomsforståelses tid interessant spørsmål: Er funn av skabbmidd en årsak til eller en virkning av skabb sykdommen?

Etter hvert dukker også corpslæge Conradi opp som et nytt navn i referatene. Det er den senere professor (fra 1845) i patologi og terapi Andreas Christian Conradi (1809–1868). Examinatus medicinæ Krøyer, som den 12.12.1836 viste fram i møtet en eldre kvinne med store, bløte hevelser på armene, var både utdannet farmasøyt og lege. Carl Wilhelm Krøyer (1801–1855), med medisinsk eksamen fra 1835, ble kompanikirurg i 1836.

Som før inneholdt møtene kliniske beskrivelser og referater fra bøker, tidsskrifter og innkomne brev. Noen omtalte behandlingsmetoder kan virke spektakulære, f.eks. 12.12.1836 hvordan professor Heiberg med hell hadde behandlet skjev rygg med å la pasienten bære et spann med sand på hodet. Men slik bruk av egne muskler for å rette opp ryggen, kom man tilbake til senere. Ofte ble det snakket om samme sak gjennom flere møter, for eksempel pasienter som ble fulgt fra diagnosestilling til obduksjon.

Den åpenbart dynamiske apoteker Møller hadde et innlegg om tran 25.7.1836. Den 10.10.1836 la han fram en større undersøkelse av sjøvann – det var tanker om å anlegge et sjøbad i Christiania.

I løpet av 1836 var det noen medlemmer som gikk ut og noen nye som kom til, slik at det var 22 ved årets slutt.

De ti møtene i 1837<sup>6</sup> er sydd over samme lest som i de tidligere årene, med de samme personene og de samme emnene. Den 23. oktober 1837 omtales en sak som undrer den som leser møtoreferatene – hvordan ble de nedtegnet? Til da hadde det åpenbart vært sekretæren, dvs. foreningens leder, som hadde tatt notater. I mange år betydde det at det var den maurflittige Frederik Holst. Nå var tiden inne for å sikre rutine og sluttkvaliteten bedre – det var ikke så lett for møtelederen å få med seg alt. Sekretæren kaltes fra nå av formann, og visesekretærene for sekretærer, med oppdrag å skrive ned referater, som de som hadde hatt innlegg fikk åtte dager på seg til å godkjenne.

I 1837 ble det drøftet et sirkulære som var sendt ut til kolleger for å få inn medisinalberetninger, meddelelser om medisinske forhold av interesse, men det kom ingen svar. I 1838 omtales dette bedrøvelige faktum i flere av

---

6 Eyr 1836–37; 11: 322–33.

møtene<sup>7</sup>. Informasjonsflyten var med andre ord nokså enveis, et problem som bidro til tidsskriftet *Eyrs* skjebne (6).

I 1838 ble referatene mer formelle<sup>8</sup>. Det het for eksempel ikke lenger Møller, men Hr. Apotheker Møller. Ved flere anledninger nevnes at man må høre hjemme i Christiania for å være medlem, og utenlandske medlemmer kan man slett ikke ha. Denne noe introverte holdningen står i kontrast til Egebergs innlegg 26.11.1838, der han forteller om den foreliggende interesse for å arrangere regelmessige sammenkomster for skandinaviske leger og naturforskere (7). Holst kunne tilføye at tanken hadde vært fremmet tidligere, blant annet i Tyskland, men at man hadde frafalt fordi man antok at antallet personer som kunne delta og steder som kunne egne seg, var for lite. Nå var det et konkret forslag om et slikt møte i Göteborg i 1839, og dette ble bifalt.

Reisemulighetene var begynt å bli bedre, ikke minst med rutegående dampskip og senere i århundret med jernbane, først på kontinentet. Mange leger var ute på faglige reiser, både på selvfinansierte «dannelsesturer» og med stipend eller oppdrag (8). Men nå kom det noe organisert inn i bildet. Kongresskulturen var begynt.

Frederik Holst var blant dem som allerede fra begynnelsen av sin yrkeskarriere hadde vært på omfattende reiser, og flere fulgte ham i dette. Men reiser later ikke til å ha vært noe stort tema ved møtene i Lægeforeningen. Reiseberetninger og erfaringer fra utlandet ble formidlet på annen måte (9).

Den 10.12.1838 tok flere opp igjen spørsmålet om den manglende respons på sirkulæret om medisinalberetninger. Det kommer fram en baktanke her: Dette gir en pekepinn på hva man kunne forvente av bidrag, dersom Lægeforeningen skulle stille seg bak å gi ut et medisinsk fagtidsskrift til erstatning for det avdøde *Eyr*. Holst foreslo at man skulle sende ut et sirkulære en gang til. Han ble nedstemt. Det var i det hele en påfallende flat struktur og et velfungerende demokrati ved foreningens møter.

Boeck ga en oversikt over innleggene i siste års (1838) ni møter. Av de 31 medlemmene ved årets begynnelse var 14 midlertidig fraværende fra byen, men ni nye medlemmer var tatt opp, slik at tallet nå var 40. Til møtene hadde fra syv til 13 medlemmer møtt opp, middeltall 9. To skriftlige arbeider hadde vært lest opp. Meddelelser om medikamentbruk m.v. hadde det vært 25 av. Det hadde vært fem «Foredrag over praktisk medicinske Gjensstande», forevisning av sjeldne medikamenter og apparater tre ganger. Fire ganger var det lest opp brev fra utenbys og reisende kolleger, personalia tre ganger, alminnelige meddelelser m.v. fem ganger. Elleve ganger hadde orga-

7 *Norsk Mag Lægevidensk* 1840; (1) 1: 77-80.

8 *Norsk Mag Lægevidensk* 1840; (1) 1: 182-92.

niseringen av foreningen vært tatt opp. De innviklede statuttene fra 1833 (1) var allerede blitt revidert.

Men stemningen i foreningen var åpenbart ikke alltid like god. Også fra det påfølgende møte 17.12.1838 går det fram i pene, men nokså lite informative vendinger at herrene Boeck og Holst var sterkt uenige om sider ved foreningens virksomhet. Essensen i dette er i ethvert fall ikke tydelige i det trykte referatet.

De seks møtene i vårsemesteret 1839<sup>9</sup> føyer seg inn i rekken av omtaler av klinikk og medikamenter. Boeck svingte seg fra det helt konkrete som behandling av St. Veitsdans med overhelling med kaldt vann, til mer filosofiske og eksistensielle betraktninger over livskreftene.

I høstsemesteret var det fem møter<sup>10</sup>. Det begynte som en kalddusj 9. september 1839 med at formannen leste opp en skrivelse fra Kirkedepartementet. Det var svar på søknad om støtte til utgivelsen av et medisinsk tidsskrift. Det ble avslag. Også i de følgende møtene diskuterte man dette, men kom til at man ville prøve å etablere et tidsskrift likevel. For øvrig var det de vanlige, kliniske medisinsk-faglige diskusjonene – og deltakerne var fortsatt stort sett de samme. Det ble også drøftet storbybekymringer – Stefens kunne fortelle om en mer enn alminnelig utbredelse av kjønnssykdommer i byen.

### En ny tid fra 1840?

Referatet fra møtet 9. desember 1839 følges i *Magazinet* av nye vedtekter for foreningen, vedtatt 14. desember 1840<sup>11</sup>. Disse er meget omfattende og detaljerte og fyller nesten seks sider. Det er 24 fyldige paragrafer med bestemmelser om formål, tillitsvalgtes oppgaver, hvordan møtene skal være, og ikke minst om utgivelsen av *Magazinet*. Hvorfor så bastante regler for en tross alt ganske liten gruppe?

Første sak i møtereferatene fra 1840<sup>12</sup> gjaldt en høringsuttalelse som foreningen skulle avgi angående en eventuell opprettelse av et nytt apotek i Christiania. Vi har lest om at foreningen skulle uttale seg i en og annen sak tidligere også, men nå var det mer alvor. Vel var det fortsatt medisinske temaer av vanlig type på møtene, blant annet rettsmedisinske, men nå tok formelle saker, uttalelser etc. stadig mer plass. Eksempelvis altså synspunkter på om byen trengte et nytt apotek.

9 *Norsk Mag Lægevidensk* 1840; (2) 1: 88-92.

10 *Norsk Mag Lægevidensk* 1841; (2) 2:184-7.

11 *Norsk Mag Lægevidensk* 1841, (2) 2: 188-92.

12 *Norsk Mag Lægevidensk* 1841; (3) 2: 95-105.

Fem av høstens møter 1840 gikk med til å drøfte de nye vedtektene. Disse ble altså vedtatt 14.12.1840, men på grunn av forsinkelse med trykkingen av referater, er de gjengitt allerede i tilslutning til referatene for 1839.

Referatene fra første<sup>13</sup> og annet<sup>14</sup> semester 1841 inneholder kasuistikker som før, men omtalen av diskusjonene er nå grundigere. Et eksempel på hva som var viktig i tiden – smittsomheten av vaginalsekret. Generelt var syfilissmitte en sentral sak.

Så var det skrivelser som skulle besvares. Et av dem var en invitasjon, innkommet til Lægeforeningen om å være med på å starte et alminnelig vitenskapsselskap i Christiania. Mange saker, også denne, ble løst i ethvert fall foreløpig, ved utsettelse og nedsettelse av en komité.

De nå omfattende referatene er faktisk litt trettende å lese i ettertid, fordi saker er blandet sammen. Møtene må dessuten også ha tjent som en slags redaksjonsmøter for nysatsingen, *Magazinet*, ettersom innsendte manuskripter ble drøftet.

Det var fortsatt demonstrasjoner av blant annet patologisk materiale. Kanskje dette var en av årsakene til at man 13.12.1841 vedtok enstemmig at møtene skulle være lukket for andre enn dem som var adgangsberettigede i henhold til lovene.

Foreningen og møtene gir inntrykk av å ha blitt mer formelle, men også mer opptatt av saker utenom medisin og klinikk.

Året 1842 begynte på samme måte<sup>15</sup>. Faktisk drøftet man referatføringen på første møte. Referatene virker mindre velredigerte enn før. Kanskje så møtedeltakerne dette også selv.

Møtene hadde, i tillegg til den vanlige temafordelingen, noe mer av samfunnsmedisinske emner, så som dødelighet av smittsomme sykdommer. Skarlagensfeber opptar således stor plass i referatene. Frederik Holst hevdet interessant nok på januarmøtet at han nå hadde drevet legepraksis i byen siden 1817, så han mente å ha belegg for at sykdommen oftest var mild.

Også videre utover i 1842 er det en blanding av klinikk og samfunnsmedisin<sup>16</sup>. Møtene fra 11.4.1842 til og med 12.9.1842<sup>17</sup> og ut året<sup>18</sup> fortsatte i samme stil med mange aktuelle kliniske diskusjoner. Blant annet ble distriktslege Kjølstads metode for behandling av skjev rygg (10, 11) drøftet. Distriktslege Gunder Nielsen Kjølstad (1794–1860) var forut for sin tid da han på slutten av 1830-tallet utviklet en metode som besto i at pasienter

13 *Norsk Mag Lægevidensk* 1841; (3) 2: 202-19.

14 *Norsk Mag Lægevidensk* 1841; (3) 2: 322-6.

15 *Norsk Mag Lægevidensk* 1842; (4) 3: 105-21.

16 *Norsk Mag Lægevidensk* 1842; (4) 3: 253-8.

17 *Norsk Mag Lægevidensk* 1842; (4) 3: 144-54

18 *Norsk Mag Lægevidensk* 1843; (6) 4: 102-5.



*Figur 6: I 1852 flyttet Det medisinske fakultetet over i Universitetets nyoppførte midtbygning i Karl Johans gate, gaten som skiftet navn fra Slottsveien nettopp i dette året. Bygningen var noe langt mer enn nye lokaler. Egentlig var det nokså trangt der også. Arkitekturen må sees som et signal om den norske vitenskapelige verdens inntreden i den europeiske universitetskultur. Dette var et virkelig løft. Arkitekten, Christian Heinrich Grosch (1801–1865), hadde samarbeidet med Preussens store kapasitet innen klassisismen, arkitekten Karl Friedrich Schinkel (1781–1841) for å få en stil som harmonerte med tyske forbilder. Medisinerne fikk stort sett plass i østfløyen som vi ser på dette bildet fra Universitetshagen i 2021 (Foto: Øivind Larsen)*

som egnet seg for denne typen behandling, skulle trene opp sine egne muskler, slik at de klarte å rette opp ryggen selv. Det var en kombinasjon av muskeltrening og mental trening. Metoden var mye omdiskutert, blant annet fordi det var en del hemmelighetskremmeri rundt den – men det var faktisk en del av behandlingen. Nå var altså saken kommet til Lægeforeningen i Christiania.

Med 1842 var de første ti årene med møter i Lægeforeningen over. Det første, 1833, var riktignok tidsmessig amputert, men virksomheten og entusiasmen betydelig. Foreningen i seg selv var fortsatt ikke stor. Fra møtet 9.1.1843 hører vi at det i perioden 1834–1842 var holdt 111 møter. I 1842 hadde foreningen 45 medlemmer. Det var riktignok tre ganger så mange som ved oppstarten, men likevel en oversiktlig gruppe, spesielt fordi det åpenbart var en liten kjerne som var mest aktive hele tiden. Gjennomsnittlig møtedeltakelse i 1842 var beregnet til 13  $\frac{1}{4}$ . Disse tallene gjør aktiviteten imponerende<sup>19</sup>, både i samtiden og med tanke på betydningen den viste seg å få for ettertiden.

### **Møtene 1833–1842 – hva slags møteplass?**

Legemøtene 1833–1842 ser ut til å kunne sammenliknes med de ukentlige møtene man også i dag fortsatt kan finne på våre sykehus. De har intern formidling som formål. Det virker ikke som man ved de eldste møtene hadde noe forhåndsoppsatt program. Det ble snakket løst og fast om aktuelle saker. Dette kan være en av forklaringene på at møtene synes å ha vært nokså lukkede og at det var en engere krets av 10–15 deltakere som var der hele tiden, med de utskiftningene tidens gang forårsaket. Utenforstående hadde egentlig ikke noe der å gjøre, kunne man tenke. Referatene som forteller om møtetemaene spenner over hele medisinen, og gir derfor et godt inntrykk av aktuell status på mange områder.

Fra generell medisinhistorie vet vi hvordan enkelte av medlemmene hadde omfattende engasjementer på andre samfunnsområder, f.eks. Frederik Holst og helsestatistikken, smitteproblematikken, psykiatrien, fengslene, helselovgivningen, drogesamlingen og mye annet (12). Dette var ikke tema her.

Det ser ut til at det var noen ganske få universitetslærere som holdt i tømmene. De styrte kunnskapsformidlingens forskjellige former, dvs. møter og skriftlig informasjon, dvs. mest tidsskrifter, abonnementer og egne utgivelser. Det var et åpenbart samspill mellom hva som ble presentert på møtene og hva som ble trykt i *Eyr* og senere i *Magazinet*.

---

<sup>19</sup> *Norsk Mag Lægevidensk* 1843, (6) 4: 106-8.

Hvor representative referatene er for stemningen på møtene, vites ikke, især fordi noen av dem først er publisert etter lang tid. Men det kan se ut som om det ble mer formalisme fra omkring 1840. Man hadde tatt på seg en ny, tung oppgave, utgivelsen av *Magazinet*. Ønskene om mer kontakt utad hadde manifestert seg i det avholdte naturforsker møtet i Göteborg i 1839. Og nå var det endog snakk om et slikt møte i Christiania i 1844. Man måtte myke opp egne grenser. Ikke bare måtte man etablere kontakter med utlandet. Navneendringen i 1847 til Det norske medicinske Selskab viste at man ikke lenger bare var en organisasjon for hovedstaden.

Dessuten skjedde det noe viktig i 1841 – grunnsteinen ble lagt ned for universitetskomplekset ved Slottsveien. Det viste storstilte akademiske ambisjoner. Lægeforeningen hadde også slike ambisjoner på vegne av studenter og kolleger. Kanskje var det disse ambisjonene som gjorde at man la ned så mye tid og engasjement i å utarbeide hele seks sider vedtekter for en forening med rundt 40 medlemmer.

De første ti årene var en pionertid. Det ser ut til at den formen man ganske snart fant fram til med møter omtrent hver måned, har overlevd, ettersom det samme mønster følges også i 2021. Vi må vel imidlertid innse at møtedeltakernes opplevelse av å burde delta i Selskabet for å kunne utvikle sine egne faglige liv, både er blitt svakere og har endret seg.

## Ten years with medical meetings in Christiania 1833–1842

### Summary

The medical faculty of the new Norwegian university, founded 1811 in the capital Christiania, was operative from 1814. The small staff worked eagerly to establish a national medicine. Together with some colleagues from the city and some pharmacists they started a reading group in 1826. Here, own subscriptions to international journals supplemented the medical journals available from the University library. However, as the cholera hit Norway in 1832, the need arose to have an organised meeting place where colleagues could convene regularly and exchange information about the epidemic. Therefore, an organisation which in 1847 was named The Norwegian Medical Society, was established in Christiania, consisting mostly of the same persons as in the reading group. Meetings were in the first time arranged every week, later approximately every month, a pattern which has survived up to the present day. Based on the minutes from the first ten years of meetings, published in the periodicals *Eyr* and *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, a picture of a dynamic and ambitious group of scholars emerges, which combined own experiences with new scientific knowledge from abroad.



## Litteratur

1. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab – aktør og arena. *Michael* 2019; 16: 351-425.
2. Collett JP. *Universitetet i Oslo 1811–1870. Universitetet i nasjonen*. Oslo: Unipub 2011.
3. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; Supplement 15, 2014.
4. Myhre JE. *Hovedstaden Christiania*. Oslo bys historie, bind 3. Oslo: Cappelen, 1990.
5. Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.
6. Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.
7. Roos M, Tønnesson J. red. *Sann opplysning? Naturvitenskap i nordiske offentligheter gjennom fire århundrer*. Oslo: Cappelen Damm, 2017.
8. Olsen BO. *Recreation or professional necessity – the study tours of nineteenth century Norwegian physicians*. Kap. 13.2. s. 258-75 i: Larsen Ø. red. *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/US, 1996.
9. Kvarnes EW. Travel accounts i the Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 1840–1880. Kap. 13.3. s. 276-83 i: Larsen Ø. red. *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/US, 1996.
10. Lyngstadaas S, Larsen Ø. Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungsmethode zur Behandlung von Rückgratverkrümmungen, *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 41-7.
11. Langaas AG, Middelthon AL. An inquiry into Kjølstad's self-straightening orthopedics in 19th century Norway – One historical root of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 2021; 37:3, 432-46. DOI: 10.1080/09593985.2021.1887062.
12. Frederik Holst – hvem var han? *Michael* 2017; 14: hefte 4.

*Øivind Larsen*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

# Kostholdsundersøkelse skapte stormfulle møter i Det norske medicinske Selskab

*Michael 2021; 18: 281–91.*

*I 1935 presenterte Karl Evang (1902–81) og Otto Galtung (Hansen) (1904–81) Sosialistiske lægers forenings undersøkelse av kostholdet i økonomisk dårligstilte familier i Det norske medicinske Selskab. De mente å ha påvist både underernæring og feilernæring. Verst stilt var arbeidsløse, barnerike familier som var helt eller delvis fattigunderstøttet. De radikale legene hadde levert en sosialmedisinsk studie med politisk og økonomisk sprengkraft og tok til orde for en samfunnsomformende medisin. Men de etablerte legene i Selskapet ønsket ingen reformulering av medisinenes samfunnsoppdrag, og møtte Evang og Galtung med en storm av kritikk.*

26. april 1935 omtalte *Dagbladet* Karl Evangs innledningsforedrag i Det norske medicinske Selskab om kostholdsundersøkelsen. Evang ble også intervjuet. Overskriften sammenfattet innholdet: «Vi sulteforer skammelig de forsorgsunderstøttede» (1).

Det var en sterk påstand i et år der elleve prosent av Norges befolkning i større eller mindre grad levde på fattigkassa. Blant disse var det mange familier med arbeidsløse fedre, en relativt ny gruppe i fattigpleien. De ble møtt med et offentlig forsørgelsessystem, som i ord og handling var blitt skåret til beinet under mellomkrigstidens sosiale og økonomiske kriser (2, s. 26–50). Noen arbeidsledighetstrygd fantes ikke, den kom først i 1939.

Ved å referere et foredrag i Selskapet mens diskusjonen pågikk, brøt avisen med Selskapets kutyme.<sup>1</sup> Selskapsledelsen reagerte, ikke minst fordi

<sup>1</sup> Evang påbegynte foredraget 10.4. Det ble avsluttet det 24.4 med diskusjon. Diskusjonen fortsatte i ytterligere tre møter (8.5., 22.5. og 5.6.). Innlegg og diskusjon fyller nesten 130 sider i *Forhandlingene i Det norske medicinske Selskab i Oslo 1935*, se *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. 1936: 97 (nb.no)

professor Einar Langfeldt (1884–1966) ved Universitetets fysiologiske institutt var blitt tildelt et ansvar for den påståtte sulteforingen.

Oppslaget ble en verkebyll. Langfeldt fikk under diskusjonen slippe til i *Dagbladet* (3), Evang og Galtung fikk munnkurv, noe de senere ikke unnlot å bemerke offentlig: «Da Det medisinske Selskap [sic] tydeligvis ikke ønsket noen fortsatt avispolemikkk så lenge diskusjonen pågikk i selskapet, har vi således inntil nu vært avskåret fra å svare professor Langfeldts anførsler i *Dagbladet* av 9/5.» (4)

Det følgende bygger delvis på min hovedoppgave i historie fra 1990.<sup>2</sup> Den gangen intervjuet jeg flere leger som enten deltok i kostholdsarbeidet til *Socialistiske lægers forening*, eller på annen måte var godt kjent med det. Til den foreliggende artikkelen har jeg gjennomgått de mest relevante intervjuene på nytt og innarbeidet utsagn og vurderinger som ikke fikk like sentral plass i hovedoppgaven.

### Kostholdsundersøkelsen

*Socialistiske lægers forening* ble etablert i 1931 med Karl Evang, den senere helsedirektøren (1938–72), som leder. Foreningen var en norsk avdeling av den internasjonale sosialistiske legebevegelsen og utgjorde en faggruppe i *Mot Dag* (5, s. 54–57). Medlemskap i *Mot Dag* var likevel ikke et krav, og flere foreningsmedlemmer, blant annet Otto Galtung, den senere statens overlege for tuberkulose (1946–74), sto utenfor den kommunistiske akademikerorganisasjonen.<sup>3</sup> Da *Mot Dag* oppløste seg selv i 1936, gikk den sosialistiske legeforeningen kollektivt inn i Arbeiderpartiet.

*Socialistiske lægers forening* sto på en sosialmedisinsk plattform og øvde samfunnskritikk på medisinsk grunnlag (5, s. 57–59). Hallvard Lid (1904–92), som var med fra begynnelsen av, fortalte meg i 1988 at de ville ta opp temaer som *Den norske lægeforening* var lite opptatt av. Lid husket godt at mange leger oppfattet foreningens program som «til dels meget radikalt».<sup>4</sup>

Ernæringsspørsmålet sto sentralt i de radikale legenes sosialmedisinske engasjement. Galtung var alt i studietiden blitt opptatt av kostens betydning for tuberkulose. For Evang var tiden som praktiserende lege i Oslo (1929–32) en avgjørende erfaring. Der fikk han daglig kontakt med ernæringsproblemer i et stort «østkantklientell».<sup>5</sup> Da Norge ble rammet av den internasjonale økonomiske krisen i 1931, var han ikke i tvil om at ernæringen var «uten sammenligning den viktigste hygieniske miljøfaktor» (6, s. 102).

2 Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946: profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutforming*. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990.

3 I 1966 skiftet han navn til Galtung, som brukes i denne artikkelen.

4 Hallvard Lid i intervju med forfatteren 5.12.1988.

5 Fredrik Mellbye (1917–99) i intervju med forfatteren 14.12.1989.

Og når attpåtil et raskt økende antall arbeidsløse havnet på fattigkassa, ble «spørsmålet om de fattigunderstøttede fikk et helsemessig forsvarlig kosthold [satt] på spissen».<sup>6</sup>

Våren 1933 la *Socialistiske lægers forening* kostholdsundersøkelsen på tegnebrettet. En ernæringskomité under ledelse av Evang og Galtung skulle undersøke kostholdet blant økonomisk dårligstilte familier. Galtung var den vitenskapelige drivkraften, Evang satte rammer og staket ut retningslinjene – og ga publikasjonene deres politiske preg.<sup>7</sup>

Materialet besto av husholdningsregnskaper ført av familiene selv gjennom fire uker i april/mai 1933. 150 «tillitsmenn» veiledet familiene og kontrollerte utfyllingen (5, s. 70–72). To år senere var materialet ferdig bearbeidet, som foreningens første empiriske arbeid (7, s. 44–45).

Opplysninger fra 301 familier – til sammen 1707 personer, derav 882 barn under 14 år – lot seg bruke. Uavhengig av disse opplysningene, og som kontroll, hentet ernæringskomiteen inn opplysninger fra 312 fattigstyrer (nesten halvparten av landets fattigstyrer) om tildelingsform og ytelsenes størrelse per 1. desember 1934. I tillegg fikk komiteen se kjøpmannsregningene til 53 fattigunderstøttede familier i Oppegård kommune som kjøpte mat etter anvisning.

De fleste familiene, 278 av 301, bodde i østlandsbygder. Flertallet av hovedforsørgerne var skogsarbeidere, småbrukere, håndverkere, landarbeidere, anleggs-, løs- eller sesongarbeidere. De øvrige 23 familiene bodde i bykommuner, der flere av hovedforsørgerne var industriarbeidere. I alt 221 familieforsørgere var arbeidsløse.

104 familier var helt fattigunderstøttet, mens 132 familier var delvis understøttet og skaffet seg mat fra egen jord eller gjennom tilfeldige inntekter. De øvrige 65 familiene var selvforsørgende med lave inntekter. På grunnlag av husholdningsregnskapene beregnet ernæringskomiteen inntaket av kalorier, eggehvite, fett, kullhydrater, mineralstoffer, og til dels vitaminer, i hver av de tre gruppene.

6 Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946: profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutforming*. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990, s. 23.

7 Carl Viggo Lange (1904–99) i intervju med forfatteren 3.1.1989, Torstein Guthe (1912–94) i intervju med forfatteren 25.1.1989, Hallvard Lid i intervju med forfatteren 5.12.1990. De viktigste publikasjonene er Evang K, Hansen OG. Ernæringsundersøkelsen, *Socialistisk Medicinsk Tidsskrift*, 1935(1–2): 4–26; Evang K, Hansen OG. Er direkte matutdeling en hensiktsmessig form for forsorgsunderstøttelse? *Socialistisk Medicinsk Tidsskrift*, 1935(3–4): 10–26; Evang K, Hansen, OG. *Norsk kosthold i små hjem. Virkelighet og fremtidsmål*. Oslo: Tiden Norsk Forlag, 1937. [Norsk kosthold i små hjem : virkelighet og fremtidsmål \(nb.no\)](#); Evang K, Hansen OG. An inquiry into the diet of 301 poorly situated families in Norway. *Acta Medica Scandinavica*, suppl.103. Helsingfors, 1939.

De foretok ingen kliniske undersøkelser, men vurderte kostholdet mot det minimumsbehovet som ernæringskomiteen til *British Medical Association* (BMA) i 1933 hadde oppgitt for arbeidsledige menn. Den norske komiteen fant at bare de selvforsørgende familiene hadde et akseptabelt, men ikke optimalt kosthold. I de to andre gruppene lå kostholdet under minimumsstandarden, og blant de helt fattigunderstøttede fant de at kaloriinntaket var «forferdelig lavt, og sikkert langt under grensen for det fysiologisk forsvarlige» (5, s. 71).

### Presentasjonen

Evang presenterte kostholdsundersøkelsen offentlig første gang i Oslo Arbeidersamfund 9. mars 1935 og kritiserte «det borgerlige samfund» for ikke å ville innrømme at det var «en ganske betydelig underernæring utover i vårt land» (8). 3. april ble undersøkelsen drøftet på et møte i *Socialistiske lægers forening*. Professorene Sophus Torup (emeritus) (1861–1937), Fredrik Leegaard (1891–1970) og Einar Langfeldt, alle ved Universitetets fysiologiske institutt, var invitert og møtte. «Det utspant seg en livlig diskusjon», het det i foreningens tidsskrift, men uten at dette ble utdypet.<sup>8</sup>

En uke senere møtte Evang og Galtung i Det norske medicinske Selskab. Over to kvelder presenterte Evang kostholdsundersøkelsen under tittelen: «Ligger kostholdet i økonomisk dårlig stilte familier i Norge under det fysiologisk forsvarlige?» Evang gjorde rede for hovedresultatene, som han illustrerte med tabeller og figurer (lysbilder). Han omtalte og kritiserte matutdelingen til fattigunderstøttede, som flere kommuner praktiserte etter direktiver Justisdepartementet hadde utarbeidet på grunnlag av en kostliste fra professor Einar Langfeldt. Listen besto av melvarer, salt fleisk, salt sild, poteter, sukker, margarin og skummet melk og var beregnet på både barn og voksne. Evang anklaget Langfeldt for å være mer opptatt av å redusere offentlige utgifter enn å sørge for at også fattigfolk var sikret et akseptabelt kosthold.

Motviljen mot matutdeling var stor og prinsipiell i *Socialistiske lægers forening*.<sup>9</sup> «Det var først og fremst det at vi syntes at de fattigunderstøttede ble umyndiggjort», fortalte Hallvard Lid meg, «de ble fratatt den lille myndigheten de hadde, og mistet også initiativet til selv å kunne gjøre noe».<sup>10</sup> I Selskapet omtalte Evang matutdelingen som «en ovenfra regulert tvangskost», og argumenterte for fritt forbruksvalg (6, s. 116).

8 Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946: profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutforming*. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990, s. 19.

9 Ole Jacob Broch (1907–95) i intervju med forfatteren 1.12.1988.

10 Hallvard Lid i intervju med forfatteren 5.12.1988.

Galtung tok opp spørsmålet om kaloribehovet hos arbeidsløse og barn. Han gjorde rede for valget av standard (3000 kalorier per forbruksenhet per dag<sup>11</sup>) og minnet om at kaloriforbruket i «velstilte befolkningslag» var høyere, uten at det der forelå noen «overernæring». Den valgte standarden kunne derfor «neppe betraktes som nogen optimal standard». Når kalori-forbruket i mange av de undersøkte familiene var betydelig lavere, var Galtung ikke i tvil om at de hadde påvist «en kalorisk underernæring». Han viste dessuten til britiske studier, som hadde konkludert med at kaloriinntaket sank med «synkende sosial klasse» (6, s. 137–46).

To dager etter presentasjonene kom oppslaget i *Dagbladet* (1). Evang fortalte journalisten Halldis Stenhamar (1894–1983), som var en pioner for sosialreportasjen i dagspressen, at det nok var spørsmålet om kostholdet til de helt fattigunderstøttede som ville «vekke størst strid».

## Kritikken

Da han holdt sin avskjedsforelesning i 1971, sa professor i sosialmedisin Axel Strøm (1901–85) at Evangs foredrag hadde skapt noen av de mest stormfulle møtene han hadde opplevd i Selskapets historie (9). Hva ble det reagert på?

Professor Einar Langfeldt, som var blitt kraftig kritisert, var dypt provosert og slo hardt tilbake. Med sine innlegg håpet han at han hadde «påvist foredragsholdernes ytterst mangelfulle metodikk, og å ha tilbakevist deres løst begrunnede og helt uberettigede kritikk av forslaget til kostregulativ» (6, s. 162). Dommen var kategorisk: «Der foreligger [...] intet klinisk materiale som tillater foredragsholderne i det hele tatt å uttale sig om spørsmålet underernæring eller ikke» (6, s. 151).

Dette var kjernen i kritikken, og den ble belyst fra flere vinkler. Hvorvidt kaloriinntaket er for lavt eller ikke, er avhengig av valget av minimumsverdier, mente Hans Jacob Ustvedt (1903–82), den senere kringkastings-sjefen (1962–72). Han var i tvil om minimumsbehovet var så høyt som 3000 kalorier per dag per forbruksenhet. I alle fall syntes han ikke valget av standard var godt begrunnet. Derimot var han ikke i tvil om at kostholdet til de fattigunderstøttede hadde kvalitative mangler, at det var en utpreget mangel på «sikringskost», spesielt vitaminer (6, s. 134–37).

Flere konkluderte som Langfeldt og Ustvedt, og mente at Evang og Galtung ikke hadde påvist noen «kalorisk» underernæring. Også professor Carl Schiøtz (1877–1938), som hadde innført oslofrokosten i folkeskolen

11 De hadde valgt å bruke den internasjonalt utbredte forbruksenhetsskalaen til fysiologene Edward Provan Cathcart (1877–1954) og Annabel M.T. Murray (fødsels- og dødsår ikke funnet). Blant mange skalaer var det denne som i særlig grad la vekt på barns næringsbehov.

og hadde skolehygiene som et tyngdepunkt i sitt sosialhygieniske prosjekt, tvilte på påstanden om underernæring. Feilernæring derimot, var «jevnt over almindelig» – «tanelendigheten er bevis nok», sa Schiøtz, og tillader dermed kostholdsundersøkelsen liten betydning (6, s. 149–50).

Julie Backer (1890–1977) fra Statistisk sentralbyrå kritiserte Evang og Galtung for å ha gjort det utillatelige, statistisk sett, nemlig å si noe om kostholdets ernæringsfysiologiske verdi på bakgrunn av husholdningsregnskaper. Her var det trukket «langt mere vidtgående slutninger enn man i almindelighet, i allfall i den offisielle statistikk, anser statistisk forsvarlig i undersøkelser basert bare på husholdningsregnskaper» (6, s. 219). Det var tungt skyts fra en som hadde lang erfaring med forbruksundersøkelser, og som var ansvarlig for byråets medisinalstatistikk. Siden Langfeldt hadde vært inne på det samme, ga Backer ham sin prinsipielle støtte.

Kritikken gikk mest på sak, men den kunne tidvis framstå som mer politisk-ideologisk enn saklig. Langfeldt var likevel alene om å rette et personangrep mot Evang: «Dr. Evang har i denne diskusjon vist sig helt utilgjengelig for motforestillinger av saklig vekt. [...] En sådan motstander er bare en *debatant*, helt behersket av utenforliggende, ikke saklige interesser.» (6, s. 229).

### Forsvaret

Evang minnet om at hensikten med undersøkelsen var å kartlegge kostholdet blant økonomisk dårligstilte familier. De hadde i utgangspunktet antatt at kostholdet var betinget av sosiale og økonomiske forhold, og det, hevdet han, hadde undersøkelsen bekreftet til gangs:

På hvilken måte man enn grupperer materialet, hvordan man enn gjennomarbeider det, fremkommer en ganske *frapperende lovmessighet*, en usedvanlig smukk sammenheng mellom økonomisk evne og næringsstandard, social klasse og næringsstandard, barnetall og næringsstandard [...]. (6, s. 182).

De hadde ikke hatt til hensikt å studere «den kliniske tilstand underernæring». Men de hadde ønsket å gjøre en «vurdering», og det sier seg selv, mente Evang, at «en slik vurdering naturlig innebærer et forsøk på å bedømme hvorvidt kostholdet sett fra et fysiologisk synspunkt kan antas å være forsvarlig eller ikke» (6, s. 214). Derfor holdt Galtung fast ved at det forelå underernæring: Kaloriforbruket var lavt blant de fattigunderstøttede, enten man sammenliknet med den britiske legeforeningens standard for arbeidsledige menn eller kaloriforbruket blant de selvforsørgende familiene i undersøkelsen (6, s. 192).

Evang gikk nærmere inn på den anvendte metodikken, og plasserte den i rekken av internasjonale kostholdsundersøkelser. Han konkluderte med at de hadde fulgt en fremgangsmåte som var internasjonalt anerkjent som

«en fullt forsvarlig videnskapelig metode, også av Folkeforbundet», og at de hadde holdt seg strengt til Folkeforbundets retningslinjer (6, s. 177).

Nå kritiserte Evang også Langfeldt for å ha anlagt «et ensidig kjemisk synspunkt» på ernæringsproblemet. Det fant han «dypt ufysiologisk» og helt uegnet til å bringe en løsning (6, s. 223–24). Langfeldt var da også fysiologisk kjemiker (biokjemiker), og det var allment kjent at han hadde liten interesse for hygieniske spørsmål.<sup>12</sup>

To ideologisk og medisinskfaglig nærskyldte til Evang og Galtung møtte i Selskapet og tok dem i forsvar. Hans Gabriel Dedichen (1901–81), nestlederen i *Socialistiske lægers forening* som hadde vært med på å planlegge kostholdsundersøkelsen, trodde nok at kliniske målinger ville gjort undersøkelsen mer verdifull, men neppe påvist andre endringer enn de som kunne kategoriseres som «almindelige inntrykk». Den anvendte metoden var ikke uten feilkilder, men den var alminnelig anerkjent, hevdet Dedichen, som viste til at både Torup og Leegaard, Langfeldts kolleger, hadde gitt uttrykk for det da undersøkelsen ble presentert på møtet i *Socialistiske lægers forening*. Langfeldts kritikk var derfor helt urimelig, og «på vesentlige punkter urettferdig», sa Dedichen (6, s. 199–200).

Nic Hoel (senere Waal) (1905–60) forsvarte kritikken av Langfeldts kostregulativ. Langfeldt hadde «tydeligvis ikke [...] spurt sig selv, er dette en kost, som man med rimelighet kan forlange at folk skal klare å spise. Det later til at han overhodet ikke har satt sig inn i de levevilkår som de forsorgsunderstøttede har, eller hvilken sinnstilstand de befinner sig i.» (6, s. 194). Hun fant grunn til å minnes Rudolf Virchows (1821–1902) ord fra 1848 om at legene er de fattiges naturlige advokater, og at sosial omsorg er en del av legenes oppgave. «Det forekommer oss at professor Langfeldt har glemt denne sin oppgave, og isteden har representert urimelige sparehensyn mot det nødlidende befolkningslag.» (6, s. 197).

## Nye kostholdsundersøkelser

Evang tok kritikken fra Langfeldt tungt, og enda tyngre Backers, som han også oppfattet som politisk motivert.<sup>13</sup> Samtidig virket kritikken ansporende. Sammen med Galtung planla han en ny undersøkelse. Den ble gjennomført

12 Fredrik Mellbye i intervju med forfatteren 14.12.1989, Haakon Natvig (1905–2003) i intervju med forfatteren 11.1.1990.

13 Fredrik Mellbye i intervju med forfatteren 14.12.1989.



i tidsrommet 1935–37, og omfattet rundt 280 økonomisk dårligstilte familier (5, s. 72–74).<sup>14</sup>

Det samfunnskritiske perspektivet var fortsatt sterkt, men denne gangen ville de vise klinisk at lave inntekter ga et kosthold som svekket motstandskraften og forårsaket kostskader: «Vi foretok undersøkelsene for å påvise [klinisk] hvor dårlig kostholdet var, og at årsaken skyldtes lav inntekt eller pengemangel. På den måten ønsket vi at folk skulle få høyere inntekter». I 1938, etter at undersøkelsene var avsluttet, skrev Evang til den svenske sosialmedisineren Gunnar Inghe (1910–77) at det ikke ville være «mulig slik som forrige gang å motarbeide undersøkelsen på usaklig grunnlag».<sup>15</sup>

Evang overlot til Galtung å bearbeide materialet, men Galtung hadde ikke tålmodighet nok til å slutføre arbeidet. I stedet gikk han videre med nye oppgaver.<sup>17</sup> En samlet presentasjon kom aldri.<sup>18</sup>

### Hvorfor ble kostholdsdebatten så stormfull?

Selv om enkelte leger var opptatt av sammenhengen mellom sykdom og samfunn, ble det ikke ansett som en oppgave for legestanden å arbeide politisk for å endre samfunnet (7, s. 45). Som statens epidemilege Peter M. Holst (1892–1961) sa i 1931: «Hygienen hverken kan eller vil forandre den nuværende samfundsordning» (10). Carl Schiøtz, som var professor i hygiene og bakteriologi (1931–38), gjorde den samme tanken til en «ledestjerne» i sin lærebok i hygiene fra 1937: «Anlegges arbeidet politisk, får det ikke den fornødne saklige tillit.»<sup>19</sup>

Evang og de sosialistiske legene så det altså annerledes. Bare ved «ending av samfundet selv», kunne problemer som ernæringsproblemet løses.<sup>20</sup>

Da Det norske medicinske Selskab var 150 år, skrev Haakon Natvig, professor i hygiene (1952–76), i festskriftet at Evang og Galtung hadde

14 Evang og Galtung ledet gjennomføringen av undersøkelsen i Oslo, Aker, Bærum og Nittedal. De øvrige undersøkelsene ble gjennomført av Hallvard Lid og Else Vogt (1911–2004) (Lødingen, Nes og Valle i Nordland), Johannes Lund (1898–1983) (Bjarkøy i Nordland), Carl Viggo Lange (Trondheim) og Ole Jacob Broch (Rjukan).

15 Hallvard Lid i intervju med forfatteren 5.12.1988.

16 Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946: profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutforming*. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990, s. 22.

17 Haakon Natvig i intervju med forfatteren 11.1.1990.

18 I tillegg til omtalen i publikasjoner nevnt i fotnote 7, ga Galtung et sammendrag av hovedresultatene til bruk for Statens kostholdsnemnd av 1939, se Hansen OG. Forbruk av næringsmidler i norske husholdninger, *Aktuelle kostholdsspørsmål i Norge: en materialsamling til bruk i opplysningsarbeidet for et kosthold med større bruk av landets egne produkter*. Oslo: Statens kostholdsnemnd av 1939, 78–140. *Aktuelle kostholdsspørsmål i Norge: en materialsamling til bruk i opplysningsarbeidet for et kosthold med større bruk av landets egne produkter* (nb.no)

19 Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946: profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutforming*. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990, s. 17.

20 Ibid., s. 18.

trukket konklusjoner som gikk «på tvers av autoritetenes» (11). Da jeg intervjuet Natvig i 1990, sa han at dette gjaldt like mye det politiske som det faglige. Ernæringsdebatten hadde synliggjort en skarp motsetning mellom «den konservative legestand» og de unge, politisk radikale legene.<sup>21</sup> I Selskapet hadde Evang heller ikke lagt skjul på hva som måtte endres. «Der er påvist en overordentlig sterk korrelasjon mellom ernæringsstandard og sosial klasse på den ene side, mellom ernæringsstandard og økonomisk evne på den annen.» (6, s. 133). Derfor måtte det fysiologiske behovet omgjøres til et kjøpekraftig behov. Her lå den politiske og økonomiske sprekraften. I ettertid var Ole Jacob Broch heller ikke i tvil om at diskusjonen i Selskapet måtte ses i lys av de politiske motsetningene.<sup>22</sup>

Med ernæringsspørsmålet som springbrett, stilte de sosialistiske legene medisinen overfor oppgaver som innebar et reformulert samfunnsoppdrag, der virkemidlene skulle være både politiske og økonomiske. Selv om de i dette spørsmålet var i godt selskap med både britiske fagfolk og eksperter i Folkeforbundets helseorganisasjon (12, 13), var det å krysse en grense som for norske leger flest var helt uakseptabelt.

### Kostholdsundersøkelsens historiske betydning

Kostholdsundersøkelsen skapte ikke bare stormfulle møter i Selskapet, den fikk også betydning på sikt. La meg avslutte med kort å omtale tre viktige forhold:<sup>23</sup>

Mens Universitetets fysiologiske institutt bare hadde sett det som sin oppgave å gi svar på hva som kunne regnes som «nødtørfing underhold» etter fattigloven, satte flere kommuner nå ned komiteer for å utarbeide forslag til billig, men tilstrekkelig kosthold oppstilt av fagfolk i hygiene og ernæringslære (14, s. 68–69). I Oslo fikk Evang, sammen med blant andre Schiøtz, i oppgave å lage en ny kostliste for byens fattigunderstøttede. Dette så Evang som et nederlag for Langfeldt og Justisdepartementet:

Så vidt jeg jeg kan forstå er det virkelig lykkes å rette et drepende slag mot den absurde form som de forsorgsunderstøttedes kosthold var i ferd med å komme inn i her i landet gjennom hans og Justisdepartementets forslag til direkte matutdeling.<sup>24</sup>

Selv om Schiøtz ikke var spesielt imponert over kostholdsundersøkelsen til *Sosialistiske lægers forening*, fikk han etter hvert *faglig* respekt for Evang, en

21 Haakon Natvig i intervju med forfatteren 11.1.1990.

22 Ole Jacob Broch i intervju med forfatteren 1.12.1988.

23 For en bredere og mer inngående framstilling, se Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946. Profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutforming*. Hovedoppgave i historie. Universitetet i Oslo, våren 1990, s. 32–43, 73–93.

24 Ibid., s. 32.

type respekt Evang kunne gjengjelde, selv om de ellers hadde lite pent å si om hverandre.<sup>25</sup> Når Schiøtz i 1938, etter å ha blitt utnevnt til leder av det første Statens ernæringsråd i 1937, ønsket Evang som sekretær, har det også sin bakgrunn i at Evang var en lege med voksende helsepolitisk innflytelse. Men ernæringsrådet ble ikke noe innflytelsesrikt organ før den tyske okkupasjonen i 1940. Schiøtz døde av lungetuberkulose i 1938 (tre dager før Evang ble utnevnt til medisinaldirektør), og selv i maktens korridorer kjempet Evang forgjeves for et reorganisert og styrket råd.<sup>26</sup> Først i 1946, som reformteknokratisk helsedirektør (15, s. 179), vant han politisk gehør og ble selv utnevnt til rådets første leder (16, s. 78–83).

Ifølge Axel Strøm, Norges første professor i sosialmedisin (1951–71), var kostholdsundersøkelsen «det første [norske] vitenskapelige arbeid [...] med klar sosialmedisinsk problemstilling» (9). Han siktet til en sosialmedisin med omsorg for «underpriviligerte» grupper, og som arbeidet politisk for å løse sosiale problemer, en sosialmedisin i tradisjonen etter den tyske medisineren Alfred Grotjahn (1869–1931). Slik ble kostholdsundersøkelsen et viktig innlegg i 1930-årenes levekårsdebatt, som særlig angikk arbeiderklassen og barnefamilier (2, s. 133–34). Den ga levekårs spørsmålet faglig tyngde og bidro til tanken om at sosialpolitikken også skulle sikre og bedre befolkningens levestandard.<sup>27</sup> Ikke uten grunn omtalte legen og ernæringsforskeren Kaare R. Norum (1932–2019), som også ledet Statens ernæringsråd i flere år (1981–86 og 1993–98), Evang og Galtungs bok *Norsk kosthold i små hjem* fra 1937 som «en klassiker innen norsk sosiopolitisk litteratur» (17).

## Litteratur

1. Vi sulteforer skammelig de forsorgsunderstøttede. *Dagbladet* 26.4.1935. [Dagbladet \(nb.no\)](#)
2. Seip A-L. *Veiene til velferdsstaten : norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal, 1994. [Veiene til velferdsstaten : norsk sosialpolitikk 1920-75 \(nb.no\)](#)
3. Professor E. Langfeldt forsvarer den kritiserte spiseseddel. *Dagbladet* 9.5.1935. [Dagbladet \(nb.no\)](#)
4. Evang K, Hansen OG. De forsorgsunderstøttedes kosthold. *Dagbladet* 12.6.1935. [Dagbladet \(nb.no\)](#)
5. Nordby T. *Karl Evang : en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989. [Karl Evang : en biografi](#)

25 Haakon Natvig i intervju med forfatteren 11.1.1990.

26 Haave P. *Ernæringsspørsmålet i norsk politikk fra 1930-årene til 1946 : profesjonskrav, næringsinteresser og institusjonsutføring*. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990, s. 88–90.

27 Denne tanken ble, blant annet med kostholdsundersøkelsen fra 1933 som faglig referanse, særlig utviklet av den etter hvert så innflytelsesrike sosialøkonomen Knut Getz Wold (1915–87), se Wold KG. *Kosthold og levestandard : en økonomisk undersøkelse*. Oslo: Fabritius, 1941. [Kosthold og levestandard : en økonomisk undersøkelse \(nb.no\)](#) og Wold KG. *Levestandardens økonomi*. Oslo: Tanum, 1949. [Levestandardens økonomi \(nb.no\)](#). I forordet til sistnevnte bok ble Otto Galtung takket for faglig hjelp.

6. Ligger kostholdet i økonomisk dårlig stilte familier i Norge under det fysiologisk forsvarlige? *Forhandlinger i Det norske medicinske Selskab i Oslo 1935*. Oslo, 1936. [Norsk Magazin for Lægevidenskab. 1936: 97 \(nb.no\)](#)
7. Berg SF. *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet : en idéhistorisk fortelling om sosialmedisins fremvekst i norsk mellomkrigstid*. Oslo: Solum, 2002. [Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet : en idéhistorisk fortelling om sosialmedisins fremvekst i norsk mellomkrigstid \(nb.no\)](#)
8. Betydelig underernæring blant de fattigste i landet. *Arbeiderbladet* 12.3.1935. [Arbeiderbladet \(nb.no\)](#)
9. Strøm A. En sosialmedisiner ser tilbake : et fag blir til. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1971; 91: 2239–44. *Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.) : The Journal of the Norwegian Medical Association. 1971 Vol. 91 Nr. 31 (nb.no)*
10. Holst PM. Hygienens videnskapelige og praktiske oppgaver. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1932; 52: 158–73. *Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.) : The Journal of the Norwegian Medical Association. 1932 Vol. 52 Nr. 3 (nb.no)*
11. Natvig H. Forebyggende medisin. *Det norske medicinske Selskab 1933–1958. Festskrift ved selskapets 125-års jubileum*. Oslo: Grøndahl & søns boktrykkeri, 1958: 86–90. [Det Norske medicinske Selskab : 1933-1958 : festskrift ved selskapets 125-års jubileum \(nb.no\)](#)
12. Mayhew M. The 1930s nutrition controversy. *Journal of Contemporary History* 1988; 23: 445–64. <https://www.jstor.org/stable/260692>
13. Jeacle I. The diet of the nation : the state, family budgets and the 1930s nutritional crisis in Britain. *Critical Perspectives on Accounting* 2016; 38: 54–68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpa.2015.01.015>
14. Kluge L. *Sosialhjelp før og nå*. Oslo: Fabritius, 1973: 68–69. [Sosialhjelp før og nå \(nb.no\)](#)
15. Haavet IE, Botten G, Elvebakken KT. *Maten på bordet : femti år med Statens ernæringsråd*. Oslo: Statens ernæringsråd, 1996: 78–83. [Maten på bordet : femti år med Statens ernæringsråd \(nb.no\)](#)
16. Slagstad R. *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax, 1998. [De nasjonale strateger \(nb.no\)](#)
17. Norum KR. Ernæringsforskning og kostholdsundersøkelser i Norge. *Michael* 2014; 11: 297–321. [Tidsskriftet Michael : Ernæringsforskning og kostholdsundersøkelser i Norge \(michaeljournal.no\)](#)

*Per Haave*

*per.haave@medisin.uio.no*

*Avdeling for samfunnsmedisin og global helse*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*Postboks 1130 Blindern*

*0318 Oslo*

*Per Haave er historiker, statsstipendiat og forsker ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

# Kunnskap og autoritet – venerisk sykdom i 1700-tallets Norge

*Michael 2021; 18: 292–306.*

*Det medisinske markedet i 1700-tallets Norge er langt mer komplekst enn det et raskt overblikk kan gi inntrykk av. I denne artikkelen analyserer jeg dette markedet med utgangspunkt i venerisk sykdom i perioden ved å se på bredden i behandlere, som jeg har gruppert som lisensierte behandlere og empirikere, og undersøker de underliggende strukturene som ga behandlere autoritet.*

*Frykten for venerisk sykdom medførte at folk strakk seg lenger i utprøving av behandlere, men kan også sees som et verktøy for lisensierte behandlere i forsøk på å posisjonere seg som medisinske autoriteter, da den etablerte behandlingen mot sykdommen med kvikksølv var kjent som farlig og dermed krevde 'riktig kunnskap'. Mye av spenningen på det medisinske markedet og årsaken til behovet for en lov mot kvakksalvere i 1794, var en grunnleggende uenighet om parametrene for og kilde til 'riktig kunnskap'.*

*Nøkkelen til autoritet var at behandlerens medisinske innsikt ble gjenkjent som kunnskap av potensielle pasienter som dermed henvendte seg til dem for hjelp. Slik autoritet var det i praksis ikke mulig for staten å gi, men måtte isteden komme fra befolkningen selv.*

I 1756 ble det første pleiende hospitalet etablert i Norge. Sykehuset var kjent under mange navn, i samtiden er det referert til som Hospital for venerisk syge, det almindelige Sygehuus, Christiania Sygehuus, Christiania Lazareth og Sykehuset i Aggershuus Amt. For enkelhets skyld vil jeg referere til det som det veneriske sykehus, da det reflekterer dets misjon om å behandle venerisk syke.<sup>1</sup> Venerisk sykdom spilte også en viktig rolle i kriminaliseringen av all ulisensiert medisinsk praksis i Danmark-Norge i 1794. Venerisk sykdom hadde stor innvirkning på den medisinske utvikling i

<sup>1</sup> Sykehusets historie kompliseres ytterligere av at det brant ned to ganger på 1700-tallet og ble aldri etablert på ny etter brannen i 1791.

dobbeltmonarkiet, og det gjør den til et godt utgangspunkt for å få innsikt i det brede medisinske landskapet i 1700-tallets Norge.

I denne artikkelen vil jeg vise hvordan venerisk sykdom kan belyse kompleksitetene i det medisinske markedet i Norge på 1700-tallet. Hva var det som ga medisinsk kompetanse og kunnskap? Jeg vil drøfte spørsmål om kunnskapens autoritet som er sentrale også i dagens medisin, til tross for store grunnleggende forskjeller mellom da og nå. Ved å rette oppmerksomheten mot historien til venerisk sykdom i Norge, kommer kunnskapsstrukturene til syne gjennom kampen som fant sted for å etablere en statlig medisin og kunnskapsautoritet knyttet til de behandlerne vi kjenner i dag.

Artikkelen bygger på min doktoravhandling *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*.<sup>2</sup> For å favne den store bredden i kunnskap og aktører har jeg som primærkilder benyttet et bredt materiale, slik som danskspråklige legebøker, svartebøker og oppskriftsbøker som befinner seg på Nasjonalbiblioteket. I 1743 ble det sendt ut en spørreundersøkelse i Danmark-Norge, hvoriblant alle prestene i landet forsøkte å besvare en lang rekke spørsmål som også omfattet helse og sykdom i deres sogn.<sup>3</sup> Grunnet overlappingen mellom venerisk sykdom og radesyken, har arkivet etter radesykekommissjonen vært av interesse, spesielt undersøkelsen som igjen ble sendt ut til alle Norges sogn.<sup>4</sup> Jeg har også benyttet regnskaper fra det veneriske sykehuset i Christiania på Statsarkivet i Oslo.<sup>5</sup> Søknader om bevilling til å praktisere som empiriker som er å finne på det danske Riksarkivet har også gitt viktig innsikt.<sup>6</sup> Til slutt har jeg også benyttet Nasjonalbibliotekets digitaliserte og søkbare aviser fra perioden og ved å benytte utallige skrivemåter av nøkkelord som venerisk, pokker, radesyke, dryppert, sykehus, hospital og kvakksalver funnet en rekke relevante artikler i aviser fra perioden.

2 Holmberg S. *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=0>

3 Undersøkelsen er transkribert og publisert i et 5-binds verk. Løyland M, Mordt G, Røgeberg KM, red. Norge i 1743: Innberetninger som svar på 43 spørsmål fra Danske Kanselli. Bind 1-5. Oslo: Solum, 2003–08. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011031108023](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011031108023)

4 Riksarkivet (RA), Radesykekommissjonen (1778–80). RA/EA – 4061/F/L0030 og L0031.

5 Statsarkivet i Oslo (SAO), Kristiania stiftamt, Helsevesen og Kristiania magistrat, Helse. SAO/A – 10386/ Fba/L0001 – L0005. SAO/A – 10711/lb/L0001 og L0006.

6 Den danske historikeren Gerda Bonderup har gått gjennom supplikker og arkivmateriale fra Collegium Medicum og Kirurgisk Akademi i perioden 1794–1824 på leting etter søknader om å praktisere som «kvakksalver» i sitt arbeid med kloke folk i Danmark. Hun delte generøst sitt kildearbeid med meg, hvor jeg lett fant de få norske søkerne i materialet. For mer om disse kildene og funnene se Bonderup G. De «kloge» folk og det danske samfund: Kvakksalverforordningen af 5/9-1794 og de første 30 år derefter. *Historisk Tidsskrift* 1997; 16: 275–304. <https://tidsskrift.dk/historisktidsskrift/article/view/53863/72179> og Holmberg S. *Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 59–63. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=69>

## Venerisk sykdom

Jeg har valgt å bruke betegnelsen *venerisk sykdom* fordi den var i utstrakt bruk på 1700-tallet i Norge og Europa blant leger og lekfolk, og bidrar til å belyse kunnskapen og de sosiale konstruksjonene knyttet til denne på 1700-tallet.

Uttrykket reflekterer også noe av det spesielle i forhold til datidens lege-medisin, fordi den henviste til en sykdomskategorisering basert på smitte-metode fremfor symptomer. Ordet *venerisk* henspiller på kjærlighetsgudinnen Venus og ble først foreslått som et navn på den nye epidemien i Europa i 1527 av den franske legen Jacques de Bethencourt.<sup>7</sup> Argumentet hans var at sykdommen skulle oppkalles etter dens årsak, som tidlig var koblet til sex.<sup>8</sup> Bruken av Venus var dermed en noe mer poetisk variant av dagens prosaiske 'seksuelt overførbart sykdom'. I essens var *venerisk* dermed en beskrivelse, samtidig viste det til en helt spesifikk sykdom: *Venerisk sykdom* – men navn som *fransoser* og tidvis *syphilis* var også i bruk. Navnet henviste dermed både til en sykdoms-kategori som smitte-metode, samt en konkret sykdom i 1700-tallets Norge.

Bruken av et navn som lente seg på smitte-metode fremfor den etablerte kategoriseringen basert på symptomer i perioden reflekterer dens vanskelige skille fra en rekke andre sykdommer, som skjorbuk og diverse hudsykdommer. I Norge var denne utfordringen spesielt knyttet til radesyken. Disse to sykdommenes historie er uomgjengelig flettet inn i hverandre her i landet, først og fremst fordi skillet mellom dem var uklart. Som medisinhistoriker Anne Kveim Lie har drøftet i sitt doktorgradsarbeid om radesyken, var denne ansett av både leger og lekfolk å være til dels venerisk i natur.<sup>9</sup> Noen leger, som Nicolaus Arbo (1723–97) og Christian Mangor (1739–1801), argumenterte for at radesyken ikke var venerisk, men det faktum at de postulerte dette så ettertrykkelig i flere tekster, viser til en utbredt forståelse av radesykdommen som helt eller delvis venerisk.<sup>10</sup> I kontrast til radesyken fremstår den veneriske sykdommen som velkjent og etablert med klare ideer

7 Fødsels- og dødsår er ukjent.

8 Man kjente til at slik sykdom kunne ramme folk på ikke-venerisk vis, som ofte ble omtalt som «uskyldig» smittede, men disse var unntakene fra regelen om overføringsmetoden. de Bethencourt J. *Nova Penitentialis Quadragesima, Necnon Purgatorium in Morbum Gallicum, Sive Venereum, Una Cum Dialogo Aquae, Ac Ligni Gaiaci Colluctantium, Super Dicti Morbi Curatonis PreLatura Opus Fructiferum*. Paris: Nicolas Savetier, 1527. Oriol JD. *The Scars of Venus: A History of Venerology*. London: Springer-Verlag, 1994: 16.

9 Lie AK. Radesykenes tilblivelse: Historien om en sykdom. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008. <http://hdl.handle.net/10852/30007>

10 Arbo N. *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*. København: C. L. Buchs Forlag hos Christian Popp, 1792: 3. <https://www.nb.no/items/e4132f231ff6efc154141245e13f46b1?page=0>  
Darelius JA. *Et Land-Apothek, til Danske Landmænds Nytte*, oversatt av Mangor CE. København: Bekostet af Joh. Fr. Heineck og Faber, 1767: 255. (Da radesyken var ansett å være en unik norsk sykdom var den ikke inkludert i Darelius' originale svenske bok, men lagt til av Mangor i den danske versjonen).

om årsak, symptomer og behandlinger. Radesyken, derimot, var noe nytt, spennende og delvis u håndgripelig, noe som sees i debatten om nettopp dens natur. Radesyken var ansett som erkenorsk, mens den veneriske sykdommen i høyeste grad var internasjonal, endog med antatte aner til 'oppdagelsen' av Amerika. Nettopp det etablerte i den veneriske sykdommen er et interessant aspekt ved rollen den spilte i Norge, og kan muligens forklare den mer begrensede interessen til fordel for den mer eksotiske nasjonalsykdommen radesyken også i ettertid.

Den veneriske sykdommen var etablert som en fryktet og smittsom sykdom blant behandlere og folk flest på 1700-tallet. Dels var dette knyttet til stigma, fordi det fremstod som et vitnesbyrd om den sykes moralske forfall. Dens assosiasjon med seksuell omgang var spesielt problematisk i en tid da sex utenfor ekteskapet var forbudt og kunne føre til strenge straffer. Sykdommen var også knyttet til høyst synlige tegn, ikke bare tidlige private og personlige tegn som sår på genitaliene, men lett observerbare tegn for den omverden slik som store sår på armer og ben, og mest påfallende på hodet og i ansiktet (figur 1). Sykdommen kunne affisere nesen, i den utstrekning at det etter hvert ble kjent som den syfilitiske nesen eller sadelnese (figur 2). Slike tegn kunne kobles til andre sykdommer, men var gjengående forbundet med venerisk sykdom både blant leger og lekfolk. På grunn av stigmaet ved sykdommen var det naturlig at folk ønsket å bli kurert, men sykdommens kompleksitet betød at de som oftest måtte få hjelp til dette. Hvem kunne folk henvende seg til ved slik alvorlig sykdom i 1700-tallets Norge? Hvordan så det medisinske markedet ut?

## Medisinsk marked

Ettersom venerisk sykdom var en etablert sykdom var det også å forvente at behandlere var kjent med sykdommen og dens behandlinger. Antall lisensierte behandlere i 1700-tallets Norge var lavt, spesielt i første halvdel av århundret. Det var folk som hadde en eller annen form for lisens til å praktisere medisin og omfattet behandlere som leger, feltskjærere (militærkirurger), bartskjærere og apotekere. Historiker Ole Georg Moseng anslår at det aldri var mer enn fem leger i landet på samme tid før 1743.<sup>11</sup> Det er vanskelig å få en presis oversikt over antall lisensierte behandlere i Norge, men en undersøkelse i 1720 angir at det var fire leger og 39 kirurger i landet.<sup>12</sup> Samtidig fantes det 12 apotek og dermed apotekere i landet, som

11 Moseng OG. Ansvaret for undersåttenes helse 1603–1850. Bind 1. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 35. <https://www.nb.no/items/2d2f4d9c7a879584ce82f36e05afac0b?page=35>

12 Carøe K. Kirurger i Norges købstæder 1720. *Tidsskrift for Den norske lægeförening* 1917; 37: 486–93. <https://www.nb.no/items/f9f054bcefc2e2be6c245f7764bb263d?page=509>





Figur 1. Tertiær syfilis i ansiktet. St Bartholomew's Hospital Archives & Museum. <https://wellcomecollection.org/works/uhpakk24> (CC BY 4.0)



Figur 2. Ansiktet til en kvinne med typisk 'syfilitisk nese'. St Bartholomew's Hospital Archives & Museum. <https://wellcomecollection.org/works/sxs9ytpu> (CC BY 4.0)

også hadde lov til å bistå folk dersom det ikke var en lege tilgjengelig.<sup>13</sup> Til sammen var det da 55 lisensierte behandlere av ulike slag i Norge i 1720. Dette var lite hvis man sammenligner med andre regioner. I London var det omkring 1600 omtrent én lisensiert behandler per 400 innbyggere, men det kan sies urimelig å sammenligne Norge med London. Det er interessant at den britiske historikeren Ian Mortimer har beregnet at i det rurale Øst-Kent rundt 1620 var en tilsvarende ratio som i London, det vil si én lisensiert behandler per 400 innbyggere.<sup>14</sup> Hvis vi regner med at det var 650 000 innbyggere i Norge i 1720 (det var 723 000 ved folketellingen i 1769), gir

13 Johannessen FE, Skeie J. Bitre piller og sterke dråper: Norske apotek gjennom 400 år, 1595–1995. Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995: 27, 34. <https://www.nb.no/items/d4ca7e875dc55117cd440681e615324f?page=37>

14 Mortimer I. The Rural Medical Marketplace in Southern England c. 1570–1720. I: Jenner MSR, Wallis P, red. Medicine and the Market in England and its Colonies, c. 1450-c. 1850. New York: Palgrave Macmillan, 2007: 69–87, 74.

det én lisensiert behandler per 12 000 innbyggere. Selv etter tidlig moderne europeisk standard var det lavt.

Antallet lisensierte behandlere og deres regelverk og praksis utviklet seg sterkt i siste halvdel av 1700-tallet. De tidligere håndverkspregede kirurgene ble etter hvert mer teoriknyttet og fikk fra 1785 mulighet til å praktisere både indre og ytre medisin.<sup>15</sup> Likevel var det en annen type behandlere som hadde spilt og fortsatte å spille en sentral rolle i det medisinske markedet i Norge. Jeg har valgt å kalle disse *empirikere*, fordi de ikke hadde formell lisens til å praktisere medisin, men nettopp deres empiriske bakgrunn og erfaring kunne gjøre dem desto viktigere. Disse behandlerne omfattet prester og prestefruer, kloke folk, omreisende behandlere og bødler, altså en ganske broket gruppe, men som var å finne spredt utover hele landet. Deres utbredelse var en viktig del av deres sentrale rolle i det medisinske markedet.

Betegnelsen marked har konnotasjoner til et sted der man kan gå og velge mellom ulike produkter og hvor gevinsten for selgeren er økonomisk. Britiske historikere som Patrick Wallis og Mark Jenner har rettet kritikk mot en utstrakt bruk av uttrykket *medisinsk markeds plass* i medisinhistorien, fordi de mener dets innhold har blir utvannet og vagt.<sup>16</sup> Betegnelsen kan likevel være nyttig, da det viser til økonomiske aspekter i relasjonen mellom ulike behandlere, til spenning mellom behandlerne som ofte stod i et konkurranseforhold, og dermed også den potensielle makten som kundene, i dette tilfellet pasientene, kunne ha. Imidlertid er det viktig å påpeke at den medisinske markeds plassen i 1700-tallets Norge var utbredt over store avstander, fremfor torghandlere som stod side om side og kjempet om kunder. Konkurransen mellom behandlerne var dog reell og gjaldt til tider vel så mye mellom personer i samme gruppe, slik som lisensierte behandlere, som på tvers av disse. Noen av de mer kjente sakene fra denne tiden er nettopp disputer mellom leger og apotekere, slik som mellom apoteker Caspar Kruse (1725–76) og legene Frederik von See (1707–81) og Adam Cron (1742–75) i Arendal i 1771 som endte som en sak på tinget for å løse tvisten. Legene omtalte Kruse som *kvakksalver* fordi de anså at han hadde trampet over på deres territorium da han hadde stilt seg villig til å behandle

15 Forordning om et Chirurgisk Academies Stiftelse av 22. juni 1785, §§ 10 og 12. I: Schou JH. Chronologisk Register over de Kongelige Forordninger og aabne Breve samt andre trykte Anordninger som fra aar 1670 af ere udkomne : tilligemed et nøiagtigt Udtog af de endnu giældende, for saavidt samme i Almindelighed angaae Undersaatterne i Danmark og Norge : forsynet med et alphabetisk Register. 9 : Som indeholder K. Christian VII Frr. fra 1785 til 1788. København: Thiele, 1795: 49ff. <https://www.nb.no/items/5b87e3233ce89814a11fc5fdfaae7d07?page=49>

16 Jenner MSR, Wallis P. The medical marketplace. I: Jenner MSR, Wallis P, red. Medicine and the Market in England and its Colonies, c. 1450-c. 1850. New York: Palgrave Macmillan, 2007: 1–23, 2

pasienter.<sup>17</sup> En apoteker hadde rett til å behandle pasienter, men kun dersom en lege ikke var tilgjengelig.<sup>18</sup> Saken viser at betegnelsen kvakksalver ikke var reservert til omtale av empirikere, men heller rettet mot folk som truet ens autoritet og levebrød som behandler og at denne trusselen kunne komme fra behandlere innen ens egen 'gruppe'.

Kruse-saken belyser også de store områdene som kunne være underlagt en leges domene. von See var provinsialmedikus i Kristiansand stift, og hadde ansvar for det vi kjenner som Rogaland, Agder og Telemark. Likevel så han Kruse som en trussel mot sin praksis.<sup>19</sup> Dette kommer også tydelig frem i forbindelse med kvakksalverforordningen i 1794. Forbudet mot empirikers praksis ble myknet av dens § 6 som forklarte at de kunne få bevilling til å praktisere i begrenset geografisk og medisinsk utstrekning dersom amt-mannen og en lege gikk god for ens kunnskap og ferdigheter.<sup>20</sup> Det var kun en håndfull søknader som kom fra Norge om å få en slik 'lisens', men i deres behandling kan man se at distanse spilte en viktig rolle utover ansett kompetanse.<sup>21</sup> I vurderingen av Lars Halstensen Istads søknad konkluderte *Collegium Medicum* i København med at siden hans hjemsted, Voss, lå så langt unna byen Bergen så «en ordentlig Læge vanskelig kunne faaes» og hans kunnskaper var ansett som gode, fikk han bevilling til å praktisere der. Stiftamtmanden hadde til og med forespurt om han kunne få tillatelse til å praktisere i Hardanger fogderi som også var for langt fra byen, men det stilte kanselliet seg mer tvilende til.<sup>22</sup> Empirikeren Istad fikk støtte av både leger

- 17 Holmberg S. Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 54. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=69>
- 18 Forordning om Medicis og Apothekere av 4. desember 1672, § 12. I: Munk H. *Love for Medicinalvæsenet eller Forordninger, Placater, Rescripter, Resolutioner og Collegialskrivelser, som vedkomme Medici, Chirurgi, Apothekere og Gjordemødre i Danmark og Norge*. København: Joh. Fred. Schultz, 1804: 5–6. <https://www.nb.no/items/5b932cb0284244fb7b122ce5dfbe637b?page=9>
- 19 Moseng OG. Ansvaret for undersåttens helse 1603–1850. Bind 1. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 245. <https://www.nb.no/items/2d2f4d9c7a879584ce82f36e05afac0b?page=245>
- 20 'Skulde nogen, som ikke er egentlig Læge, have erhvervet sig udmærket Kundskab og fortrinlig Duelighed i en eller anden Deel af Lægekunsten, eller i at helbrede en eller anden Sygdom, da kan han, naar han med Amtmandens og Physici Vidnesbyrd godtgjør, at besidde fornævnte Egenskab, vente igiennem Cancelliet at erholde Tilladelse at practicere, dog blot i det District, han boer, og at hans Ret til at foreskrive Lægemedler indskrænkes til de Dele, han har beviist sig at være kyndig udi'. Forordning om Straf for Qvaksalvere av 5. september 1794, § 6. I: Munk H. *Love for Medicinalvæsenet eller Forordninger, Placater, Rescripter, Resolutioner og Collegialskrivelser, som vedkomme Medici, Chirurgi, Apothekere og Gjordemødre i Danmark og Norge*. København: Joh. Fred. Schultz, 1804: 510–1. <https://www.nb.no/items/5b932cb0284244fb7b122ce5dfbe637b?page=519>
- 21 Holmberg S. Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2020: 61–62. <https://www.nb.no/items/e040cae458b6c894a9719291328f23bc?page=69>
- 22 Danske Rigsarkiv, Danske Kancelli, Supplikker (1773–1799), 1795, nr. 4046

og embetsmenn i å praktisere medisin, mens apoteker Kruse havnet på tingen da han ønsket å gjøre det samme. Relasjonene mellom behandlere var dermed ikke betinget av at de hadde tilsvarende kunnskapsbakgrunn og kan sies å ha tilhørt samme gruppe, men i hvilken grad de måtte konkurrere om livsgrunnlag og medisinsk autoritet. Til tross for spenninger innad i kunnskapsgruppene, var det tydelig at lisensierte behandlere ønsket å få gjennomslag for sin medisinske autoritet og praksis i befolkningen, og her spilte venerisk sykdom en viktig rolle. Nettopp den behandlingen som ble tilbudt ved slike farlige sykdommer var i seg selv risikabel, og dermed et argument for ytterligere kontroll med medisinsk praksis.

## Behandling

Empirikere og lisensierte behandlere kan skilles fra hverandre blant annet gjennom som regel forskjellig kunnskapsbakgrunn. *Leger* måtte studere ved universitetet for å få sin lisens, og kirurger måtte fra 1736 bestå eksamen ved *Theatrum anatomico-chirurgicum* i København (fra 1785: Det kirurgiske akademiet). *Empirikere* kunne være prester som hadde studert litt medisin ved universitetet eller kloke folk som hadde gått i lære hos familie eller andre kloke folk. Likevel var den utbredte behandlingen for venerisk sykdom tilsynelatende lik på tvers av disse grupperingene: kvikksølv.

Det fantes en rekke ulike behandlingstyper og det kom stadig nye varianter. Spyttkuren, også omtalt som *salivasjonskuren*, hadde lenge vært populær, mens *merkurialbrennevinet* som ble introdusert i internasjonal medisin i 1754 av den nederlandske legen Gerard van Swieten (1700–72), bredte seg fort også i Norge.<sup>23</sup> Spyttkuren skulle drive sykdommen ut av kroppen gjennom spyttet, en effekt som skyldtes kvikksølvbehandlingen. Innen legemedisinen på 1700-tallet ble det drøftet om dette var gunstig eller skadelig. Grunnideen var koblet til den gamle humoralpatologien der kvikksølv hjalp til å rense kroppen for *flegma*, slim. Den danske legen Christian Mangor beskrev utfordringen med behandlingen i 1767:

*Spyttkuren med Quægsølv, enten taget ind eller paasmurt i en Salve, er den almindeligste Maade at læge den paa, men denne er usikker, da den ofte ei borttager Sygdommen gandske, som kommer igjen; den er og farlig, da somme døe deraf, andre beholde ulægelige Levninger deraf deres heele Livstiid.*<sup>24</sup>

Swietens merkurialbrennevin ble introdusert som en respons på bekymringene over å bruke det farlige kvikksølv for å kurere pasienter for venerisk

23 Brechka FT. Gerard Van Swieten and His World, 1700–1772. Haag: Martinus Nijhoff, 1970: 140.

24 Darelius JA. Et Land-Apothek, til Danske Landmænds Nytt, oversatt av Mangor CE. København: Bekostet af Joh. Fr. Heineck og Faber, 1767: 178. (Da uttalelsen ikke er å finne i Darelius' originaltekst, anser jeg det for å være Mangors mening).

sykdom. Den gikk ikke bort fra bruk av kvikksølv, men forsøkte å begrense mengdene, og pasienten skulle da heller ikke få kraftig spyttproduksjon av denne.<sup>25</sup>

Bruken av slike kvikksølvbehandlinger var også utbredt blant empirikere, og det ble dermed kimen til å forsøke å få større kontroll med hvem som praktiserte medisin. Bylegen i Trondheim, Robertus Stephanus Henrici (1715–81), opprinnelig fra Helsingør, klaget i avisen i 1778 over at empirikeren Beret Smistad behandlet folk med salivasjonskuren.<sup>26</sup> Ved det veneriske hospitalet i Christiania ble det rapportert om pasienter som hadde salivert andre steder før de kom til sykehuset. Anne Pedersdatter Giøding fra Eidsvoll hadde tilsynelatende benyttet denne hjemme, men det er uklart om det var med hjelp av noen eller på egen hånd.<sup>27</sup> Behandlingen, eller i hvert fall det sentrale middelet i den, kvikksølv, var dermed i bruk på tvers av kunnskapsgruppene. Skillet mellom behandlere kunne heller finnes i konteksten av behandlingen, som var knyttet opp til den grunnleggende medisinforståelsen. Var årsaken til sykdommen synd og dermed en straff fra Gud, onde krefter, en kropp ute av balanse eller rammet av en 'gift', eller en kombinasjon av disse? Dette kan knyttes opp til variasjoner i konteksten av behandlingen. Restriksjoner rundt mat og aktivitet var en vanlig del av behandlingen, det samme med bruk av varme – i det mest ekstreme i forsøk på å la pasienten svette ut sykdommen. Videre kunne urter eller planter plukket i riktig månefase, bønn eller andre referanser til Gud spille en viktig rolle. Det var dermed mulighet for stor variasjon i en behandling, selv om samme ingredienser var brukt.

For lisensierte behandlere og spesielt leger, var det kun de selv som hadde riktig og grundig nok kunnskap til å mestre bruken av kvikksølv, samt til å korrekt diagnostisere pasientene med venerisk sykdom, slik at personer med lignende plager ikke unødig ble utsatt for behandlingen. Dette argumentet kommer tydelig frem i en hendelse i Danmark som fikk store konsekvenser for medisinen i Danmark-Norge. Biskopen i Århus besøkte Bjerge sogn (trolig nåværende Bjerre ved Horsens) i 1792 og tilkalte lisensierte behandlere for å utrede det han så som tegn på en stor venerisk epidemi i området, basert på utbredelsen av sadelneser og hodesår. Utredelsen konkluderte imidlertid med at svært få hadde hatt venerisk sykdom og at de synlige tegnene på sykdom heller var et spor av feilaktig behandling med

25 Brechka FT. Gerard Van Swieten and His World, 1700–1772. Haag: Martinus Nijhoff, 1970: 140.

26 Henrici RS. I: Tronhiems Kongelige allene privilegerede Adresse-Contoires Ugentlig Udgivende Efterretninger, 14.8.1778.

27 SAO/A – 10386 Kristiania stiftamt, Helsevesen, Fba/ L0001: Regnskap fra Christiania Veneriske Hospital, 1775, Anne Pedersdatter Giøding.

kvikksølv enn noen reell epidemi.<sup>28</sup> Stiftamtmanden i Århus ble brakt inn i utredningsarbeidet grunnet sitt ansvar for regionen. I desember 1793 klagde han i et brev til det danske kanselli over at han ikke hadde myndighet til å gripe inn og hindre folk fra å oppsøke slike 'kvakksalvere'. Dette satte i gang arbeidet som i september 1794 kulminerte i forordningen mot kvakksalvere.<sup>29</sup> Staten tok dermed skrittet videre fra lisenser til forbud for å kontrollere medisinsk kunnskap og praksis i Danmark-Norge. Lisensene hadde ikke nok autoritet til å sikre at folk primært oppsøkte lisensierte behandlere. Forbud ble altså tatt i bruk som et verktøy i jakten på medisinsk autoritet.

### Medisinsk autoritet

*Kvakksalver* var, som omtalt ovenfor, en nedsettende betegnelse som kunne bli brukt mellom lisensierte behandlere vel så mye som om empirikere. Ofte dukket det opp i en konkurransesammenheng der personen skulle hevde sin egen medisinske autoritet over en annen behandler, som da legene von See og Cron omtalte apoteker Kruse og da legen Henrici omtalte empirikeren Smistad. Men mens Kruse gikk til sak og skrev svar i avisen mot sine anklagere, er det ingen tegn til at Smistad gjorde det samme. Dette kan komme av at hun ikke så behov for det, fordi folk fortsatte å oppsøke henne for medisinsk hjelp. Nettopp en del av hjertesukkene til de lisensierte behandlerne var at folk heller oppsøkte empirikere enn dem selv. Det kan indikere at lisenser for medisinsk kunnskap og praksis ikke veide spesielt tungt for befolkningen, men at det var andre kilder til medisinsk autoritet. Dette tydeliggjøres i at det var få som søkte om bevilling til å praktisere som empiriker i Norge etter innføringen av kvakksalverforordningen i 1794, i tråd med dens § 6. De hadde ikke behov for en lisens for å kunne praktisere, og det var tilsynelatende lite rettsforfølgelse av slike ulisensierte empirikere.<sup>30</sup>

Som nevnt innledningsvis var det få lisensierte behandlere i Norge i første halvdel av 1700-tallet. Selv om antallet økte betydelig frem mot århundreskiftet, forble det likevel få og de bodde som regel i byene, mens over 90 % av befolkningen bodde på landet. Kanskje var det slik at folk ikke unngikk lisensierte behandlere, men at de ikke hadde lett tilgang til

28 Ehlers E. Folkesyphilis i Danmark. København: H. Koppel, 1919: 57.

29 Danske Riksarkiv, Danske Kanselli, Koncepter og indlæg til Sjællandske register, 1794, no. 781, datert 20. desember 1793, signert Ove Høegh-Guldberg (1731–1808).

30 Jeg har ikke funnet noen slike saker i mitt arbeid og langt inn på 1800-tallet rapporterte legene motvilje mot å rapportere 'kvakksalvere'. Gerda Bonderup påpeker at legene i Danmark mente at myndighetene lukket øynene for de klokes praksis, eller regelrett holdt med dem. Bonderup G. De «kloge» folk og det danske samfund: Kvakksalverforordningen af 5/9-1794 og de første 30 år derefter. *Historisk Tidsskrift* 1997; 16: 275–304, 300. <https://tidsskrift.dk/historisktidsskrift/article/view/53863/72179>

disse. Behandlingen av de få søknadene som kom inn om bevilling til å praktisere medisin som empiriker etter 1794, viser tydelig at embetsmenn i landet var bevisst utfordringen med store distanser til lisensierte behandlere og la inn et godt ord for empirikere som praktiserte langt vekk fra byene. Man hadde vært bevisst dette problemet tidligere også. Spesielt ved alvorlige sykdommer, slik som venerisk sykdom, ble det satt inn tiltak for å skaffe befolkningen tilgang til det staten anså som 'korrekt' medisinsk kunnskap og behandling ved at en lege eller kirurg ble sendt til området.

I forkant av opprettelsen av det veneriske hospital i 1756, var det ansett å være en stor venerisk epidemi i Numedal og Sandsvær fogderi utenfor Kongsberg, som var større enn det legen ved bergverket kunne betjene. Etter kongelig befaling av 2. november 1751 ble medisinstudenten Georg Tycho Holm (1726–59) sendt fra København for å reise rundt i området og behandle de rammede. Dette gjorde han i to år og rapporterte at han hadde kurer hundrevis av mennesker.<sup>31</sup> Også leger som allerede arbeidet i landet, reiste omkring i nærområdene ved behov, men mottagelsen kunne variere. Da «regiments sub-chirurgus» Wolhardt Christian Geismar (1736–død før 1782) besøkte Bedstad (nåværende Beitstad) i Trøndelag, gjemte de syke seg fra ham, selv da han kom tilbake en annen gang.<sup>32</sup> Sognepresten i Selbu hadde ordnet slik at feltskjær Christian Stabel (1742–76) skulle besøke prestegården på en bestemt dag, hvor de syke i sognet skulle kunne komme og få hjelp, men ingen møtte opp.<sup>33</sup> Prestene mente at dette skyldtes skammen forbundet både med venerisk sykdom og radesyke, men sykdommene var ansett som såpass alvorlige at dersom behandlerne hadde autoritet og tiltro i befolkningen, kunne man vente at de gjerne ville få hjelp til å kvitte seg med sykdommen.

En annen forsøksvis løsning på distansene til lisensierte behandlere var å sende de syke til behandlerne fremfor at de skulle komme til sognet. Også her var det varierende respons. I Dolm på Hitra var det kun én av de 23 som var antatt rammet av venerisk sykdom, som var villig til å bli sendt til byen for behandling.<sup>34</sup> Om de så reiste til byen, var det heller ikke garantert at de oppsøkte den lisensierte behandleren der. Presten i Selbu kommenterte at mange av hans sognebarn hadde reist til Trondheim for hjelp, men oppsøkt empirikeren Smistad fremfor legen Henrici.<sup>35</sup> Det veneriske hospital i Christiania mottok pasienter fra hele Akershus amt, inklusive folk som

31 RA, Rentekammeret, Kammerkonseilet, Gfa/L0037: Norsk relasjon- og resolusjonsprotokoll, 1751, No 99, s. 476

32 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Bedstad (Trøndelag).

33 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Selbu (Trøndelag).

34 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Dolm (Trøndelag).

35 RA, Radesykekommissjonen (1778–80), rapport fra sognepresten i Selbu (Trøndelag).

hadde søkt til kongen om midler for å komme dit, men legen der, Peter Sundius (1725–86), noterte at mange var hardt rammet da de ankom. Det kan indikere at de hadde ventet i det lengste før de søkte hjelp der. Dette underbygges av notatene i regnskapet om at flere av pasientene hadde vært til behandling og ofte brukt opp midlene sine hos andre behandlere innen de kom til sykehuset, hvor de så måtte behandles gratis.<sup>36</sup> Sykehuset var dermed ikke folks førstevalg, men heller et siste håp når alt annet var utprøvd og situasjonen ble desperat.

### Kilder til autoritet

Pasientenes handlinger viser at de tok aktive valg i hvem de søkte eller ikke ønsket hjelp fra. Til tross for store distanser og begrenset antall aktører, kan man snakke om et medisinsk marked. De sykes valg og delvis unngåelse av lisensierte behandlere reiser spørsmål om hva som faktisk ga medisinsk autoritet i dette markedet. Rent pragmatisk vil man kunne forvente at tillit var viktig, spesielt når det gjaldt skamfulle sykdommer som venerisk sykdom. En behandler man kjente eller hadde kjennskap til gjennom sin bekjentskapskrets, kunne virke tillitvekkende og betryggende i slike sammenhenger, forutsatt at vedkommende hadde godt rykte på seg.

Kjønn kunne også spille en rolle. Den kanadiske historikeren Kevin Siena har påpekt at kvinnelige behandlere var en viktig ressurs for å tiltrekke spesielt kvinnelige pasienter i det medisinske markedet i London i perioden 1660–1715. Mannlige behandlere brukte eventuelle kvinnelige medarbeidere – koner, døtre og partnere – aktivt i sin avertering etter pasienter.<sup>37</sup> I lys av dette ville empirikerne stille sterkt i Norge, da mange av disse var kvinner. Likevel var ikke kjønn eller kjennskap alene grunnlag for medisinsk autoritet, det er nødvendig å søke dypere for å finne denne.

Den amerikanske historikeren Steven Shapin har formulert to kilder til kunnskapsautoritet for lekfolk, det han omtaler som *prudential expertise* og *ontological expertise*. Førstnevnte kan oversettes til *erfaringsbasert ekspertise*, da dette er autoritet basert på «accumulated experience, and the judgement that is informed by that experience».<sup>38</sup> Med tanke på empirikernes popularitet kan man forvente at de kunne ha mye erfaring å trekke på. Det bygget

36 Se for eksempel anbefalingsbrevene til Kirsti Larsdatter, Marthe Olsdatter, Anders Gunnensen og Gunil Olsdatter i hospitalets regnskap fra 1761. SAO/A- 10711 Kristiania magistrat, Helse, Ib/L0005: Regnskap fra Christiania Veneriske Hospital.

37 Siena KP. The “Foul Disease” and Privacy: The Effects of Venereal Disease and Patient Demand on the Medical Marketplace in Early Modern London. *Bulletin of the History of Medicine* 2001; 75: 199–224, 220. <https://doi.org/10.1353/bhm.2001.0097>

38 Shapin S. Trusting George Cheyne: Scientific Expertise, Common Sense, and Moral Authority in Early Eighteenth-Century Dietetic Medicine. *Bulletin of the History of Medicine* 2003; 77: 263–97, 293. <https://doi.org/10.1353/bhm.2003.0091>



opp under deres erfaringsbaserte kunnskap og autoritet innen medisin. Akademisk medisin verdsatte også erfaring som kunnskapsgrunnlag. Det er talende i den rolle eksperimenter og egne observasjoner spilte i deres medisinske praksis på 1700-tallet. Slik ekspertise var dermed gjenkjennelig som viktig for medisinsk autoritet for begge kunnskapsgruppene.

Den andre kilden til kunnskapsautoritet, ifølge Shapin, er den ontologiske. Dette dreier seg om innsikt i skjulte, underliggende strukturer som grunnlag for ens kunnskap.<sup>39</sup> Leger spesielt baserte sin posisjon over andre lisensierte behandlere i det medisinske hierarkiet nettopp på dette. De mente å ha en dypere forståelse for kroppen og sykdom enn det de andre aktørene hadde. Empirikere hadde likevel også en form for ontologisk ekspertise, men dette var ikke nødvendigvis noe som ville gjenkjennes som dette i akademisk medisin. Spørsmålet blir da om hva som var oppfattet som årsaken til sykdom. For empirikere kunne både religion og overnaturlige krefter spille en viktig rolle for sykdom. Siden venerisk sykdom var knyttet til sex og synd, kunne den anees for å være en straff fra Gud, og det var naturlig å inkorporere Gud og botsgang som en del av kuren. Religion og overnaturlige krefter spilte en viktig rolle i store deler av befolkningens verdenssyn, behandlere med lignende forståelse ble dermed ikke nødvendigvis oppfattet som overtroiske kvakksalvere, men autoriteter med innsikt i disse skjulte underliggende strukturer. For potensielle pasienter var det logisk å oppsøke en behandler som hadde en verdens- og sykdomsforståelse som stemte overens med ens egen. Lisensierte behandlere og empirikere kunne dermed begge trekke på ontologisk ekspertise, men hvordan denne ble oppfattet var avhengig av øyet som så. Dette forklarer den makten pasientene hadde i å tilkjenne medisinsk autoritet i praksis.

De lisensierte behandlerne virker å ha vært bevisste på at de redskapene de hadde til rådighet for å hevde sin autoritet på det medisinske markedet, slik som lisenser og lovgivning, i praksis stod svakt i forhold til empirikerens ressurser, slik som likheter i verdens- og medisinførståelse og tillit til lokale aktører. Dette viser seg i hvordan lisensierte behandlere forholdt seg til empirikere. Selv om de kunne omtale empirikerne som kvakksalvere seg imellom, skjedde det sjelden i offentlige fora. De kunne da stå i fare for å skyve fra seg potensielle kunder fremfor å overbevise om sin egen kunnskap. Lisensierte behandleres tidvis prekære situasjon på det medisinske markedet varte til langt inn på 1800-tallet. I forbindelse med arbeidet med en revisjon av kvakksalverbestemmelsen på 1860-tallet kommenterte en lege i Stavanger, Henrik Lassen (1818–90), at leger ofte lot være å angi empirikere

---

39 *ibid.*

i sine distrikter, til tross for at de var lovpålagt å gjøre det, «af Hensyn til Opinionen».<sup>40</sup> Empirikerne i Norge hadde stor medisinsk autoritet lenge.

## Hybriditet

Grupperingen av behandlerne på det norske medisinske markedet på 1700-tallet er hensiktsmessig nettopp for å kunne se tendensene tydeligere, men i virkeligheten var de medisinske aktørene langt mer sammenvevde og kunnskapen overlappende. Det virkelige medisinske markedet kan heller beskrives som preget av hybriditet, med ulike behandlere som lånte kunnskap og praksis fra hverandre og likeledes en befolkning som kunne ha medisinforståelse påvirket av ulike perspektiver. Overlappingen i praksis er tydelig i eksempelet med behandlingen for venerisk sykdom, hvor både empirikere og lisensierte behandlere brukte kvikksølv for å få bukt med lidelsen. Hvis vi ser nærmere på de mange aktørene, så kan vi også se kompleksitetene i markedet. Flere av prestene hadde studert medisin ved siden av teologi ved universitetet, og mye av deres kunnskap kan dermed sies å være tilknyttet akademisk medisin. Blant behandlerne som søkte om lisens til å praktisere medisin som empiriker fremgår det at for eksempel Lars Halstensen Istad hadde lest og hentet mye kunnskap fra legebøker. På den andre siden kunne også lisensierte behandlere være interessert i folkemedisin og empirikers innsikter. Legen Henrich Zetlitz (1758–1822), som endte som apoteker i Stavanger, studerte aktivt empirikers medisin og skrev en egen bok om dette og den lærdom det var å hente for akademisk medisin der.<sup>41</sup> Den danske legen Caspar Bartholin (1585–1629) hadde allerede på 1600-tallet oppfordret sine sønner til å aktivt søke råd fra 'kællinger og barberer' for å berike sin egen kunnskap, men den skulle dog testes.<sup>42</sup> Dette vitner om en sirkulasjon av kunnskap både innenfor og på tvers av grupper, men at ny kunnskap gjerne ble tilpasset til de ulike aktørenes eksisterende medisin- og verdensforståelse.

## Konklusjon

Med moderne briller kan det medisinske markedet i 1700-tallets Norge fremstå som begrenset og enkelt, men en dypere innsikt i medisinsk auto-

40 Bø O. Folkemedisin og lærd medisin: Norsk medisinsk kvardag på 1800-talet. Oslo: Samlaget, 1972: 137. <https://www.nb.no/items/9530dea950143a888ecc1c71960c5986?page=137>

41 Zetlitz HAM. Afhandling om Huus- og Bonde-Raad. København: P. Horrebows Enke, 1789. <https://www.nb.no/items/34b7e59015b892588d7c96aee2018a61?page=0>

42 Bartholin T, Bruun NW, Loldrup HO. Cista Medica Hafniensis, eller Det medicinske fakultets brevkiste: som er fuld af forskelligartede råd, kure, sjældne tilfælde, biografier over københavnske læger og andre ting som vedrører anatomien, botaniken samt kemien. København: Dansk Farmaceutforenings Forlag, 1982: 85.

ritet og praksis fremviser et komplekst marked bestående av en rekke hybride aktører, der opinionen hadde vel så stor makt som staten i hvordan dette markedet fungerte i praksis. At makten til anerkjennelse av medisinsk autoritet i stor grad lå hos lokalbefolkningen bidrar til å forklare den langsomme prosessen og utfordringene lisensierte behandlere hadde med å tilordne seg den autoritative medisinske posisjonen vi kjenner i dag. Statens verktøy kunne ikke hamle opp med makten i overlappende forståelseshorisonter, tillit og gjenkjennbarhet. Til syvende og sist ble det medisinske markedet formet av dens populasjon, hvor potensielle pasienters valg var av stor betydning. I forsøk på å forstå dette medisinske markedet er disse menneskenes beslutninger og årsaksforholdene bak disse helt sentrale. Relasjoner, verdenssyn og ressurser må tas med i vurderingen for å forstå helhetsbildet.

### Summary

The medical market in 18th century Norway was far more complex than a cursory overview can give the impression of. In this paper, I analyze this marketplace through venereal disease by looking at the scope of practitioners, grouped as licensed practitioners and empirics, and examine the underlying structures that gave them authority. The fear of venereal disease meant that people were willing to try different practitioners, but the fear can also be seen as a tool for licensed practitioners in their attempt to position themselves as medical authorities, as the established treatment for the disease with mercury was known to be dangerous and therefore required 'correct knowledge'. Much of the tension in the medical market and reason for the need for a law against 'quacks', introduced in 1794, can be traced to a fundamental disagreement regarding the parameters and sources of 'correct knowledge'. The key to authority was that the practitioner's medical knowledge was recognized as such by potential patients, by turning to the practitioner for help. Such authority was not in actuality possible to bestow but had to be given by those subjected to it.

*Susann Holmberg*  
*susann.holmberg@hvl.no*

*Susann Holmberg er førsteamanuensis i historie ved Høgskulen på Vestlandet, Sogndal. Hun har forsket på kunnskaps- og medisinhistorie, og forsvarte doktoravhandlingen Contracting Knowledge. Venereal Disease in Eighteenth-Century Norway ved Universitetet i Oslo 2.10.2020.*

# Himmelbrev i koleraens tid

*Michael 2021; 18: 307–24.*

*I mer enn tre hundre år sirkulerte himmelbrev i Europa – brev som påsto seg skrevet av og signert Jesus Kristus selv og sendt med en engel til menneskene. Det skulle tros på, kopieres og hadde beskyttende egenskaper. Som et kjedebrev fra reformasjonstida ble den påfallende stabile teksten i ettblads-format oversatt fra ulike språk, mangfoldiggjort gjennom trykk og håndskrift og spredt over landegrensene.*

*En enestående rettsak i 1853 utfordret himmelbrevenes autenticitet og autoritet, og bedømte dem som blasfemi. Rettsaken sammenfalt med kolerautbruddet i Drammen og Christiania, og er en sjelden mulighet til å komme nærmere hvordan himmelbrevene ble forstått i en konkret historisk samtid. Hvorfor reagerte myndighetene nettopp nå? Hva var koblingene mellom himmelbrevene og epidemien, mellom offentlighetens bekymring for den «uopplyste klasse» og dem som ifølge avisene også var målgruppa for himmelbrevene? Rettsaken og pressedekningen gir uttrykk for en ny rasjonalitet i opplysningstenkningens kjølvann, der også forestillinger om sykdom og samfunnsansvar spilte inn.*

Sensommeren 1853 ble to gategutter brakt inn til politiet i Christiania for å ha solgt himmelbrev. Guttenes brev ble beslaglagt og brukt som bevismateriale i en langvarig rettsak som strakk seg gjennom tre rettsinstanser, der boktrykkeren Jacob Wulfsberg (1809–1882) og kremmeren Peder Hansen Brandevold til slutt ble dømt for blasfemi i Høyesterett.

For Wulfsberg kom tiltalen som en overraskelse: bare et tiår tidligere hadde han produsert tilsvarende himmelbrev for salg uten at det avstedkom en eneste reaksjon. Denne gangen hadde han trykt opp et større parti brev på bestilling av Brandevold – 2000 til ham, 1500 til Wulfsberg selv, for salg til et interessert marked i «en viss Klasse av Befolkningen». Selv betraktet

han himmelbrevene som ufarlig underholdning<sup>1</sup>. I 1853 var imidlertid situasjonen en annen. Dette året, fra slutten av juni til november slo kole-  
raen til for tredje gang, hardere enn noensinne. Utbruddet i Drammen  
spredte seg raskt til Christiania, og flere tusen døde. Koleraen rammet de  
fattige hardt.

Hva var det for slags brev myndighetene reagerte sånn på?<sup>2</sup>

## Wulfsbergs himmelbrev

Wulfsbergs trykte himmelbrev inngår i en flere århundrelang nærmest ubrutt  
tradisjon. Fra 1600-tallet og helt til begynnelsen av 1900-tallet ble trykte  
og håndskrevne himmelbrev i ettbladsformat spredt over hele Europa og  
over til Amerika<sup>3</sup>.

Wulfsbergs himmelbrev var i sannhet et mirakel, skulle man tro teksten<sup>4</sup>.  
En engel hadde åpenbart seg for en mann ved navn Just, på en landevei  
utenfor København («den syndigste by i hele Christenheden»): tre ganger  
viste han seg, først i simple bondeklær, for å be Just fortelle presten sin at  
Gud i himmelen ikke fikk fred for «de fattiges Suk og Raab» og menneske-  
nes store synder, tredje gang slo han kappen til side, viste seg for Just i sin  
lysende herlighet og overrakte ham brevet som var skrevet med forgylte  
bokstaver. «Giv akt på dette brev», står det med fete typer etter introen, og  
fortsetter i jeg-form helt til underskriften: «Jeg, Jesus Christus, haver dette  
Brev med min egen guddommelige Haand selv skrevet» [...] «JESUS af  
Nazareth er mit Navn, som lader dette Brev tilsyne».

Søndagen skal holdes hellig, står det, hår og ansikt skal ikke smykkes til  
hofferdighet, de rike skal dele med de fattige, den neste skal ikke baktales.  
Generelle befalinger i en språkdrakt publikum nok ville ha gjenkjent fra  
prekestolen gjentas og glir i hverandre, i en messende, muntlig tone. Brevet

1 Wulfsberg 1853, 3 (1).

2 Denne artikkelen bygger på to tidligere arbeider: Berg 2017 (1) og Berg 2019 (2).

3 Forestillingen om brev fra Gud er gammel. Den eldste skandinaviske beskrivelsen av et «himmel-  
brev» er trolig i kvadet *Leidarvisan*, («veiviseren»), nedtegnet rundt 1150, hvor himmelbrevet  
omtales på en måte som tyder på at tilhørerne kjente fenomenet. Noe av det første den opposi-  
sjonelle, lutherske danske presten Hans Tausen trykte da han etablerte sin trykkpresse i Viborg i  
1528, var nettopp et himmelbrev oversatt fra tysk, over flere sider. Omtrent på denne tida må det  
en-sides formatet ha etablert seg. Da biskop Niels Palladius i reformasjonens tjeneste lot sitt him-  
melbrev trykke i 1555, var oppsettet på en side. Selve teksten er imidlertid helt ulik den som skulle  
sirkulere de kommende hundreår, og faller derfor utenfor himmelbrevene som omtales i denne  
artikkelen. I referanseartikkelen *Himmelbreve* fører Kr. S. Jensen fortellingene om himmelbrevene  
tilbake til apokryfe skrifter, og nevner dem omtalt i middelalderen. Han etablerer det fruktbare  
skillet mellom disse eldre forekomstene av brev fra Gud og de «moderne» himmelbrevene i ett-  
bladsformat, og beskriver hvordan de bredte seg ut, særlig i Nord- og Øst-Europa, særlig Romania,  
på Island, i Tyskland og England. Jensen 1895 (4). For spredningen av anglosaksiske himmelbrev,  
se Hebing 2012 (5). Referanseartikkel for norske himmelbrev er Paulsen 2002 (6).

4 Himmelbrev 1853 (7).

## Himmel-Brev.

Ved en Stad og en Landsby stede det, en Misl fra Njebenhavn, at en Engel kom til en Mand som hedte Just, og havde to Gange talt med ham tilforn. Den første og anden Gang var han i Bonde-Klæder og havde ingen Knapper i sin Skjorte, og han sagde: Gaf hen til Præsten, og sig til ham, at Gud kan ikke have No i Himmelen for de Fattiges Sult og Naab; der Præsten det hørte, sagde han, at det var et Spøgelse. Saa kom han tredje Gang, og sagde til ham, at han var en Guds-Engel, og slog sin Skjorte tilside, da var han saa klar som en Ild-Lue; men Manden kunde ikke se paa ham for Klarheds Skyld, og Manden blev bange for ham, og Engelen sagde til ham: Du tør ikke frygte dig, jeg skal vel forføre dig og forføre dig. Men Engelen sagde: Du skal anter gaa til Præsten, og sig til ham, at Gud kan ikke have No for de Fattiges Sult og Naab. De skal betale Jorden, som de skulle ligge udi, og for Eders store Synder, som gaar i Svang, og den store Hoffærdighed, som Menneskene medbringer; og han sagde ydermere, at Njebenhavns By er den sundigste Stad i hele Christenheden; og dette Brev, som **GUD** paa samme Sted haver nedsendt, skrevet med store forgyldte Bogstaver, som herefter følger:

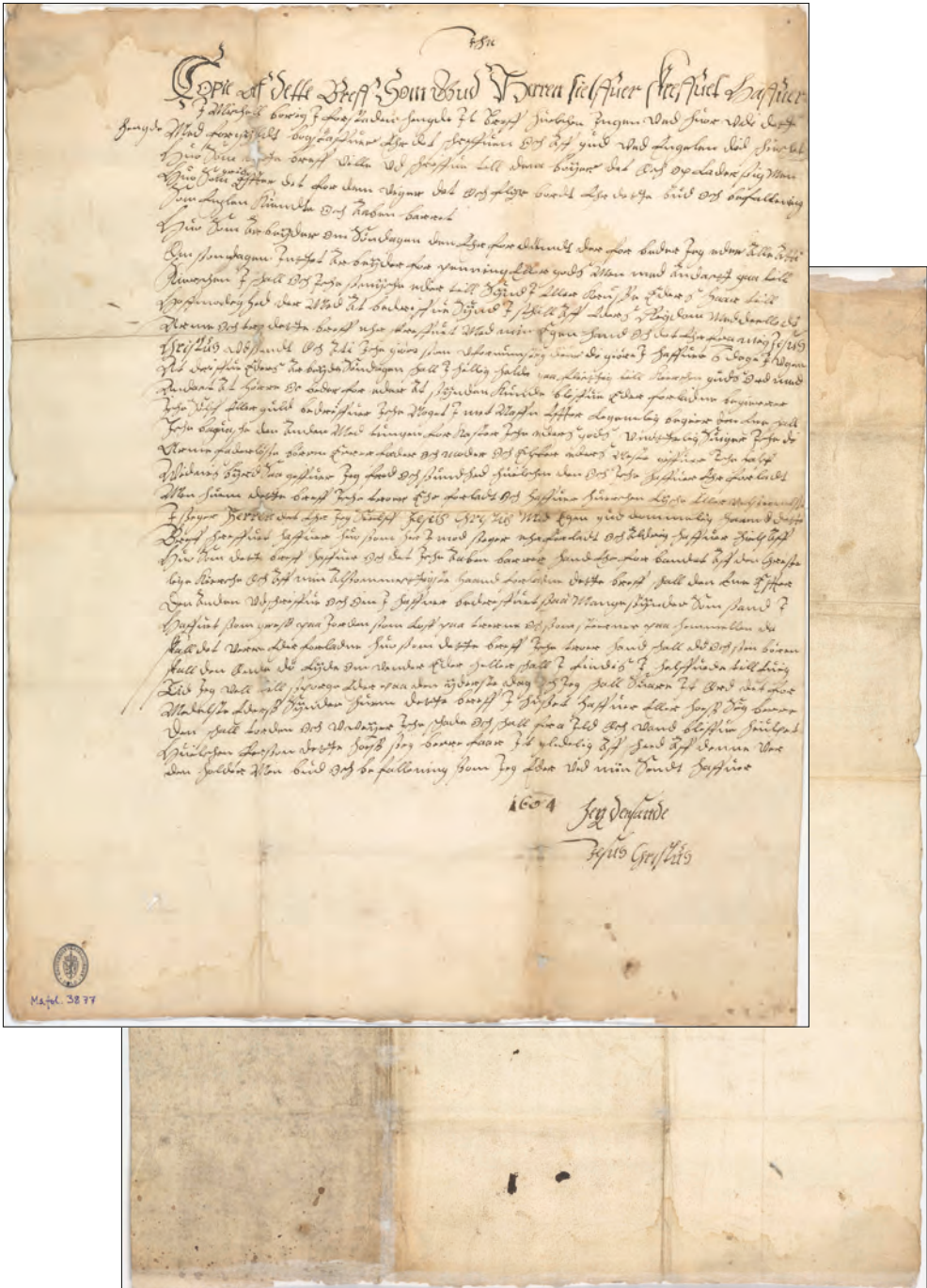
### Giv Agt paa dette Brev!

Hvo som om Søndagen eller Helligdagen arbejder, han er forbanet og fordømt. Han selv siger ved sin Engel Michael: Saa forbyder jeg Eder, at I ingen Søndag eller Helligdag arbejder, hverken stort eller lidet, men gaar slittig til Kirken at høre Guds Ord og bevare det. I skulle ikke smykke Eders Ansigt eller forvænde Eders Haar til Stolthed eller Hoffærdighed; I skal dele Eders Rigdom med de Fattige; Og Jeg, **Jesus Kristus**, haver dette Brev med min egen guddommelige Haand selv skrevet. I have 6 Dage at arbejde paa, Søndagen skal I holde Hvile. I skal gaa til Kirke at høre Guds Ord; Derisom I det ikke gjør, da vil jeg straffe enhver for sine Synder og Misgjerninger, som de haver bedrevet, saa at de maa forlades Eder. Begjærer hverken Guld eller Søl, og driv intet Dind i mit Navn; thi jeg haver skabt Eder af Intet, og kan gjøre Eder til Intet igjen. I skal ikke saa hverandre ihjel, hverken med Tanker, Ord eller Gjerninger, ei heller med Bagtalelse eller Forraadelse mod sig den Fattige. Erer Fæder og Moder, erer ogsaa Eder selv, gjører ingen falsk Vidnesbyrd. Og dette gives Eder tilfende i Sandhed: Hver den, som ikke tror dette Brev, han er fordømt, men hvo som tror det, han skal have Bessignelse. Jeg **Jesus Kristus** selv haver skrevet dette Brev med min egen guddommelige Fingert; og hvo som haver dette Brev, skal den ene efter den anden laade udfrivde; omendthent han haver bedrevet saa mange Synder som Sand i Havet, Bræd paa Jorden og Sjerner paa Himmelen, skal de dog forlades ham. Hvo som ikke tror, han skal dø; omvender I Eder ikke, da er I forbanet. Jeg vil tilspørge Eder paa den sidste Dag, og Eders Næste og Naboer; og hvo som haver dette Brev i sit Huis eller paa sig bær, da skal Ild og Vand aldrig skade ham, han skal veersføres alt Gode; heder alle mine Bud og mit Brev, som jeg sender Eder ved min Engel Michael, I Mennesker paa Jorden. Erer Sakramentene, aflægger Eders Hoffærdighed og Guds Beshovelse, og den Næste sin Kærlighed mod den Fattige. Og havde de Fattiges Sult ikke været til, da havde der ikke kommet Grøde paa Jorden i 3 Aar; og derisom de ikke omvender sig, da skal Verden ikke saa i 9 Aar; og der skal blive saa stor Krig, at den ene skal lides med den anden; Der skal blive saa stor Eygdom og Pestilens, at den, som lægger sig frisk om Aften, skal være død om Morgen; Der skal blive saa stor Uendelighed, at Menneskene skal raabe af Jammer. Omvender I Eder og blive bedre, da skal I fornemme, at tusinde Aar ville ikke regnes mere end et Aars Alder; Eders Næring skal formeres, Eders Sörriig skal formindres, og alt Folk skal have Lust til Eder. Og hver den, som delger dette Brev, skal være forbanet, men hvo som forkynder dette Brev, han skal blemstres af Bessignelse.

**JESUS af Nazareth**

er mit Navn, som laver dette Brev tilforn.

Figur 1: Himmelbrev 1853. Nasjonalbiblioteket. (Foto: Are Flågan)



Figur 2: «1604-brevet», forside og bakside. Nasjonalbiblioteket. (Foto: Are Flågan)

er stilet til den syndige menneskeheten, maner til omvendelse og fremmer en generell eskatologi:

Og havde de Fattiges Suk ikke været til, da havde der ikke kommet Grøde paa Jorden i 3 Aar; og dersom de ikke omvender sig, da skal Verden ikke staa i 9 Aar; der skal blive saa stor Krig, at den ene skal kives med den anden; der skal blive saa stor Sygdom og Pestilenze, at den, som lægger sig frisk om Aftenen, skal være død om Morgenens; Der skal blive saa stor Elendighed, at Menneskene skal raabe af Jammer.

Men tar man teksten på alvor, er brevet er mer enn en meddelelse. Som gjenstand, frembrakt av Guds egen finger, og bærende på Guds egne ord, har det magiske egenskaper som var det en avatar av Gud selv, som en relikvie. Like ofte som himmelbrevene i ettertid er betegnet som «søndagsbrev», har de blitt kalt «amulettbrev». Det lover evig frelse, men også beskyttelse i det dennesidige: «Jeg vil tilspørge Eder paa den yderste Dag, og Eders Næste og Naboer: hvo som haver dette Brev i sit Huus eller paa sig bær, da skal Ild og Vand aldrig skade ham.»

Det helt bærende premisset i gjenstanden kjøperen holdt i hånda og som Wulfsberg trykket opp, er tro, og tvil – ikke på Gud generelt, men på at brevet er sant. Den som tvilte på brevet, eller skjulte det, var fordømt og skulle dø, mens den som trodde på det, skulle velsignes. Men det var ikke nok å tro. For full effekt skulle måtte brevet vises fram, forkynnes – og skrives ut:

Jeg Jesus Christus selv haver skrevet dette Brev med min egen guddommelige Finger: og hvo som haver dette Brev, skal den ene efter den anden lade udskrive; omendskiønt han haver bedrevet saa mange Synder som Sand i Havet, Græs paa Jorden og Stjerner paa Himmelen, skal de dog forlades hannem.

Et brev etter et annet, som om Guds stemme utgjorde et kor, til frelse og forbedrelse. Teksten er en påstand, den har et trefoldig budskap som maner til handling: Brevet er sant; det skal vises fram, og det skal mangfoldiggjøres. Dette er selve kjernen i himmelbrevet.

## En lang tradisjon

Himmelbrevet tilhører den «lille litteraturen» – småskrifter av alle slag, som viser, flyveblad, hustavler, religiøse traktater, av alle slag. I motsetning til dyre bøker var de raske å produsere, de fikk plass i kremmernes skjepper for salg på markeder og gårder langs landeveien. De var tilgjengelig for en rimelig penge, utbredt og populære i brede lag av folket<sup>5</sup>. Som Fredrik Paasche elegant oppsummerte himmelbrevets posisjon mellom lek og lærd: «Himmelbrevet hører ikke netop til den høiere teologiske litteratur og blev

5 Fet 1995, s. 243 (8), Brandtzæg 2018 (9).



ofte bekjæmpet av den herskende kirkelige dannelse ... Men i ekstatiske bevægede tider var det alltid forhaanden.»<sup>6</sup> Det fantes et marked for religiøse skrifter på siden av den etablerte lutherske statsreligion. Himmelsbrevene har flere ganger blitt knyttet til den folkelige visjonslitteraturen, der både mirakeltro og eskatologi sto sterkt<sup>7</sup>. Samlet tegner dette et bilde av at himmelsbrevene var allmuens tekster.

En avgjørende forutsetning for himmelsbrevenes mangfoldiggjørelse er utviklingen av trykke- og skriveteknologi. Utover 1700-tallet, og samtidig med at trykketeknologien ble mer utbredt, utviklet også brevteknologien og håndskriftkulturen seg. Papir ble rimeligere. For stadig flere, og både menn og kvinner, ble det viktig å kunne skrive, i en verden der postgang og kommunikasjon gjorde avstander stadig mindre. Trykk og håndskrift var ikke to konkurrerende medier der en var overlegen eller foretrukket framfor den andre, men to medier som «jobbet sammen»<sup>8</sup>. Dette gjaldt i høy grad for både produksjonen og salg av himmelsbrevene. Trykte brev ble skrevet av og satt i sirkulasjon, håndskrevne varianter ble fanget opp i trykte brev. Vakkert håndskrevne brev var verdt en skilling, og trykte, ofte dekorerte og kolorerte himmelsbrev med basunspillende engler, frukt- og blomster-ranker, var attraktive og sjeldne innslag i en bildefattig tid<sup>9</sup>.

En helt sentral nøkkel til å forstå himmelsbrevenes utbredelse gjennom århundrene, er å finne i deres indre logikk, der selve kopieringen framholdes som det sentrale og belønnende budskap. Himmelsbrevene likner på vår tids kjedebrev. Hver kopi er i prinsippet en ny original, som den neste teksten kopieres fra. For hver ny kopi måtte imidlertid originalen rekonstrueres. Et av de mest forbløffende kjennetegnene ved himmelsbrevene er nettopp deres tekstlige stabilitet. Inngangspartiene og straffeutmålingen varierer og tilpasses lokale forhold, men oppsettet og store deler av selve brevet kjernetekst, der Guds egen stemme utfolder seg i jeg-form, framstår nærmest uendret både i håndskrevne og i trykte eksemplarer.

Det trolig eldste kjente bevarte himmelsbrevet befinner seg på Nasjonalbiblioteket, er håndskrevet, datert «1604» og signert «Jeg, den sanne Jesus Kristus»<sup>10</sup>. Også her – og som i alle himmelsbrev jeg kjenner til – forlates den kopierende «synder så mange som stjernene på himmelen...», – en av

6 Paasche 1914, s. 103 (10).

7 Amundsen 1995 (11), Amundsen, Pollan & Schumacher et al, s. 237-238 (12).

8 Berndtsson, Fischer og Mattsson et al. 2017 s. 8 (13).

9 Selv de trykte illustrasjonene kunne overføres til de håndskrevne eksemplarene. På Aust-Agder museum finnes en fotokopi av et særdeles sjarmerende himmelsbrev, der skriveren også har tegnet inn de typiske basunblåsende englene. Håndskriften er vakker og jevn, tegningene mer utrenet: Med kulemage, fyrstikkben og struttende hårtuster blåser ivrige engler på basunene for full hals.

10 Håndskrevet himmelsbrev datert 1604 (14).

flere vendinger som gjentas ordrett gjennom århundrene og over landegrensene, oversatt mellom ulike språk, de danske som regel fra tysk. Dette brevet har en annen inngang enn Wulfsbergs «Just-brev»; det er «en Copie» av en hildring som hang over døpefonten i Mikkelsborg i gyldne bokstaver, men også dette var sendt av engelen. Brevets bakside er imidlertid like interessant som forsiden. Det viser tydelige brettekanter, og mørke og slitte bretteflater. Dette var et objekt *i bruk*. Noen har båret brevet på kroppen, som en amulett, stukket det inn under klærne, slik teksten fordrer. Kanskje vist det fram, fiirende, stolt, skrytende, på dagtid, kanskje tatt det fram igjen nattestid, i usikkerhet og frykt. For når var syndene for mange, for store? Med reformasjonen fulgte strenge forbud mot dyrkelse av martyrer og relikvier. Katolsk religiøs praksis fortsatte imidlertid i hemmelighet i århundrer<sup>11</sup>. Det ble også etter hvert vanlig å henge himmelbrevene opp på veggen.

Dommens dag er sjelden tidfestet i himmelbrevene, men de målbærer det Amundsen har kalt en «permanent apokalyptikk»: endetiden er like rundt hjørnet, og mange tolket tegn på at den var nært forestående<sup>12</sup>. Dertil kommer det åpenbare: når var ikke menneskene truet av krig og pest? Når trengte ikke menneskene beskyttelse? Og hvorfor skulle ikke Gud vise seg gjennom skrift? Det ville ikke være første gangen. Det var Guds finger som frembragte steintavlene i Sinais ørken. Det eldste bevarte trykkede himmelbrevet i ettbladsformat er trykt i København og datert 1720<sup>13</sup>. Her omfatter brevet velsignelse også fruktsommelige kvinner. Senere himmelbrev utmerker seg imidlertid med straffeutmålingen. Et skremmende håndskrevet himmelbrev fra Fidje i Froland, datert 1742, går langt i å tidfeste dommedag. Verden vil gå under innen ni år hvis ikke menneskene omvender seg, det blir sykdom og blodsutgytelse, og hunger så stor at «Moderen skal æde sitt eget barn». Her utvides amulettfunksjonen til beskyttelse mot sverdet.<sup>14</sup> Et håndskrevet himmelbrev fra 1848 spår undergangen om 16 år, og maler straffen for manglende omvendelse ytterligere ut: «...der skal blive sådan en Blodsutgydelse at dend ene skal icke kjende dend anden for Blod»<sup>15</sup>.

11 Rian 2017, s. 27 (15).

12 Amundsen 2008, s. 53 (16). Dommedagsforventninger var vanlige i småtrykk og viser helt opp til nittenhundretallet. Den første visa trykt i Norge i 1643 bar tittelen *En forunderlig vise om den siste dommedag*. Luthers egne skrifter var sterkt preget av endetidsforventninger, og endetidens komme sto sentralt i syttenhundretallets pietistiske miljøer.

13 Trykt himmelbrev 1720 (17).

14 En egen gren av himmelbrevene (som tangerer andre amulettbrev) er betegnet som «Haus-und Schutz-brev». De skulle også stoppe blødninger, og ble brukt av soldater under ulike kriger. Jensen 1895 s. 223 (4).

15 Håndskrevet himmelbrev fra 1848 (18).



# Et Brev udi Kircken

til St: Germana/

af Skrift overfat paa Dant Aar 1720.

Dette Brev har Gud self skreven/

Op ved Engelen Michael i Himmelen til os paa Jorden;

Sulcket er med forgyldte Bogstaver / og at see ubi Kircken til St: Germana eller Gronderia kaldet; hvor samme Brev forer over Luften.

Hvem som vil tage fat paa dette Brev/ for den siger det tilside.



Men hvem som vil afskrive det/ for den buker det og luker sig op.

En som arbejder om Søndagen hand er fordomt / dersfore formaner jeg eder/ at I icke arbejder om Søndagen enten paa eders Gods/ eller i noget noget andet Arbejde men I skal Helligdags gaae til Kircken og icke med Andagt icke smecte eders Ansigter eller træk eders Haar/ ej heller bederve Derdens Hofart/ men meddeele den fattige af eders Rigdom/ og troe at jeg dette Brev med min Guddommelige Haand fra Jesu Christo haver arjendt/ at I icke gior som de ufornuftige Diure. Jeg gior eder Ser Dage om Ugen at arbejdi ubi / og om Søndagen aarle at gaae i Kircken / og hore Guds Ord med Andagt: Gior I icke det/ iaa vil jeg straffe Eder med Pestilense / og med Krig og dyr Tid. Jeg formaner eder at I icke arbejder forsilbig om Lørdagen / men med hver og ten/ ung og gammel/ om Søndagen aarle gaae i Kircken at bede for eders Synder: Bede at de blive eder forladne: Synder icke veddageti-

gen ved mit Navn jeg icke Sold eller Guld/ og her icke efter Kjødelige Lyfter og Begieret gøders. I si snart som jeg have skabt eder/ saa snart hand jeg ogsaa vrellegge eder.

Endnu siger jeg den ene Kal icke skaane den anden Hiel/ enten med Haand eller Tungge værre icke falk imod eders Næste hans Fraværelse glæder eder icke ved eders Gods og Rigdom / æver Fader og Moder/ taler icke falk Bimuebyrd imod eders Næste / saa gior jeg eder Sundhed og Fred: eg hoo som icke troer dette Brev / og retter sig icke dersfore/ hand er fordomt/ og skal hore den have Lyde eller Belygnelse. Jeg siger eder/ at Jeg Jesus Christus haver selv skrevet Dette Brev/ med min egen Haand/ og hvem som det im obfiger/ hand er forladt af mig / og haver albrig nogen Hielp a. foroente: Den ene skal meddeele den anden Copie af dette Brev/ og om I have giorf saa mange Synder som Sandstora i

Havel/ og iaa mangel som Lev paa Trærne / iaa mange som der ere Stærner paa Himmelen / skal de være eder forladne: Eder alvorlig hoo dette Brev læser / og siger eder/ hooen det iaa troer / hand gior vore Omvendt eder af Hiertet/ som I icke vil vinds ævindeligt: Det naar jeg tilhøper eder paa den edesse Dag / da hand I icke gior mig Sær for eders Sunders Skid. Hver den som haver dette Brev i sit Huus eller hører det hos sig / hooen skal hore den Lyd/ icke Lørdenslag giorer Skade/ og I skal være fric fra Jids og Bands Død: hoo den stone som haver dette Brev hos sig / han skal bringe en forværlig og velsignet Fruge til Verden.

Holder mine Bud/ som jeg ved Engelen Michael haver sendt Eder.

Jeg/ Jeg/ Amen/ Amen.

De håndskrevne himmelbrevene var som regel anonyme utover underskriften fra Vårherre selv, og kunne vanskelig spores og slås ned på i en tid der sensur knyttet til eneveldet var regelen snarere enn unntaket. Christian Vs Danske Lov fra 1683 (utstedt som Chr. Vs Norske Lov i 1687) stadfestet Luthers kristendom som statsreligion og den eneste tillatte. Loven inneholder også et eksplisitt forbud mot spådommer og profetier. Spådommer om framtida ble ansett som blasfemi, da dette forsynet var forbeholdt Gud. Dette gjenspeiles i Norsk Lov, Anden bog, Cap. 20 *Om bøger og Almanaker*, 6:

Ingen Spaa-Calender maa her i Riget sammenskrivis og trykkis, ej heller nogen Spaadom om Krig, dyr Tid, Pestilentze, eller andre saadanne Tilfælde, derudi indførís; Hvorfor og ingen Bogtrykker maa nogle saadanne Calender under et hundred Lod Sølv's Straf trykke, eller oplegge<sup>16</sup>.

Sensuren ble utført av Universitetet i København, med teologiprofessorene i førerretet, og med forsensur utført av de lokale bispere på trykkestedet. Men også de trykte himmelbrevene var, i likhet med andre flyveblad, pamfletter og skillingstrykk nærmest umulig å kontrollere, og unnsnapp sensuren<sup>17</sup>.

Unntaket var trykkefriheten under Struensee i årene 1770–1773. Den overveldende flommen av stats- og kirkekritiske pamfletter førte til at Struensee selv strammet inn praksisen, ved å påby på navn og sted for trykker ble påført. Vi vet at J.H. Thiele produserte flere opplag himmelbrev i 1770, og at en annen trykker i byen gjorde det samme. Ellers er det lite som tyder på at trykkefriheten medførte et skred av nytrykte himmelbrev. I embetsmannen og boksamleren Bolle Luxdorfs enestående samling av trykkefrihetsskrifter står himmelbrev ikke oppført<sup>18</sup>.

Trodde folk på brevene? I så fall, hvem, når? Det er ikke godt å vite. Utbredelsen tatt i betraktning var himmelbrevene åpenbart etterspurte og populære objekter, skremmende og fantastiske på samme tid med sin blanding av fryktelig straff og løfter om frelse og beskyttelse. Underholdningsaspektet må ikke underslås. Om himmelbrevene var troverdige og/eller utrolige, så var de i bruk – de ble kopiert og dekorert, vist fram og lest opp, hengt på veggen som pynt, beskyttelse. Men toneangivende stemmer rettet

16 Chr. Vs Norske Lov 1687 (19).

17 Krefting 2017 (20), Brantzæg, 2018 (9).

18 Bolle Luxdorff satt i sentraladministrasjonen før, under og etter Struensee. Han kjente således godt sensurreglene og så det enestående i den nye situasjonen. Luxdorff fikk organisert en innsamling av pamfletter, flyveblader og gateviser (vitenskapelige og litterære bøker unntatt) som etter hans vurdering ikke ville ha blitt publisert uten den nye loven. Mellom september 1770 og siste del av september 1773 nedtegnet han en bibliografi han kalte *Fortegnelse over alle de Skrifter, som siden Trykkefriheden ere udkomne*, og samlet trykkene tematisk i 47 bind. Horstbøll, Langen og Stjernfeldt (21). Både Luxdorffs fortegnelse og tekstene er tilgjengelige på Kongelige Danske bibliotek, <https://tekster.kb.dk/tfs>.



Figur 4: Selv de trykte illustrasjonene kunne overføres til de håndskrevne eksemplarene. På Aust-Agder museum finnes en fotokopi av et særdeles sjarmerende himmelbrev, der skriveren også har tegnet inn de typiske basunblåsende englene. Håndskriften er vakker og jevn, tegningene mer utreinet: Med kulemage, fyrstikkben og struttende hårtuster blåser ivrige engler på basunene for full hals.

kritikk mot både sannhetsgehalten i himmelbrevene og kjøperne av dem i ulike livsverdener.

### Kritikk og opplysning

Allerede i 1631 kritiserte biskop Jens Dinessøn Jersin himmelbrevene. Han levde i en tid før verden ble avfortryllet, i det Gilje og Rasmussen beskriver som et «semiotisk kosmos» av varsler og undere<sup>19</sup>. For ham var det ingen grunn til å tvile på at Gud også kunne åpenbare seg i skrift, men han understreket den uhyre viktigheten av at himmelbrev, i likhet med andre mirakler og jærtegn, måtte undersøkes av dem som kjente og kunne tolke Guds ord. For også Djevelen selv kunne virke gjennom mirakler og visjoner<sup>20</sup>.

Opplysningsmannen Ludvig Holberg kritiserte himmelbrevene ut fra et ganske annet grunnlag enn Jersin. I 1720 ble flere partier himmelbrev trykt i København. Tre år senere ble komedien *Barselstuen* gitt ut og vist i

<sup>19</sup> Gilje og Rasmussen 2002, s. 203-211 (22).

<sup>20</sup> Fuglestad 2002, s. 32 (23).

byens teater. Holberg lar boktykkerens kone Arianke avsløre at det slett ikke var Gud som hadde skrevet himmelbrevene, men at de ble produsert som billig juks for å tjene penger: «... de eeneste Bøgger, som vi har profit paa, ere de, som vore Svenne skriver selv, vor Dreng Lars satte forleden et Himmel-Brev over paa Dansk, hvor af vi soldte over 4000 Exemplarier.»<sup>21</sup>. Passasjen understreker himmelbrevenes kommersielle betydning, selv om den litterære figuren Arianke neppe kan tas som sannhetsvitne for opplagstallene<sup>22</sup>.

I en preken i Kristiania domkirke 4. søndag etter påske 1725 angrep prost Anders Hof himmelbrevene – mer spesifikt varianter av det danske brevet av 1720, som sirkulerte i byen og på landet, illuminert og med «adskillige farver», men også i håndskrift. Hof blinket ut allmuen, «enfoldige gemeene Folk», som beredvillige mottakere av denne overtroen, som opplyste mennesker betraktet med «Koldsindighed og Foragt»<sup>23</sup>. Ut over 1800-tallet kommenteres himmelbrevene sporadisk, men med forargelse, i danske, svenske og norske aviser og tidsskrifter. I 1843 klaget vestlandsavisa *Granskeren* over at fornuften kom til kort og myndighetene unnlot å reagere, da det på «... disse kanter har oftere været rejst om med Himmelbrev, Viser om Syner i Danmark, Tyskland, Legender og alskens aandelige Trusler om at omvende sig. Alt upaatalt av øvrigheten, og Alt forgjæves ...»<sup>24</sup>.

Da Ole Vig (1824–1857) i tidsskriftet *Folkevennen*, utgitt av Selskabet for Folkeoplysningens Fremme, i 1853 agiterte for boksamlinger for allmuen, advarte han samtidig mot skadelige bøker, og de bedragerske og gudsbespottende himmelbrevene, som folk, med sin respekt for det skrevne ord, trodde var sanne<sup>25</sup>. Nettopp *troen* var et element som distingverte *folket* som *folk* sett med folkeopplysernes blikk, skriver Ole Marius Hylland i sin analyse av *Folkevennen*. Den var uren og sammenblandet av tradisjonell overtro, papistisk etterslep, protestantisk opplysning og nyere vekkelse. Den var tradisjonsbundet, men samtidig påvirkelig i en samtid preget av religiøs forandring: «Under al denne Rørelse og Forvirring er det let å skjønne, at Folket trenger til større Oplysning, dersom det ikke skal rives hen snart den ene og snart paa den anden Afvej»<sup>26</sup>. Skillingsviser, pamfletter og høyst

21 Holberg 1723 (24).

22 Danske oversatte himmelbrev ble distribuert til Norge, solgt og trykt opp igjen på ulike steder, der de fikk andre utsmykninger og kanskje også tekstlig lokal tilpasning. J.H. Thieles himmelbrev, trykt i København 1770, ble for eksempel forelegg for en rekke himmelbrev trykt i på Aarflots trykkeri Volda årene 1811, 1817, 1821 og 1843. Fet 1995, s. 246 (8), Fet 2006, s. 64 (25). Forlaget Fr. D. Beyer i Bergen trykte to varianter mellom 1846 og 1848. Espelid, 1964 (26).

23 Fiskaa 1934 (27).

24 Sitert etter Fet 1995, s. 246 (8).

25 Vig 1853, s. 255 (28).

26 Hylland 2010, s. 179 (29).

sannsynlig også småtrykk som himmelbrevene var på kollisjonskurs med den voksende middelklassens opplysningsidealer, hvor kulturelle uttrykk skulle bidra til å bekjempe moralsk og åndelig forfall<sup>27</sup>. Det Amundsen har kalt «mirakelkulturen» ble gradvis mer umoderne<sup>28</sup>.

Omsider reagerte også øvrigheten på himmelbrevene, i tiltalen og retts-sakene mot boktrykker Jacob Wulfsberg og kremmer Jacob Brandevold i 1853–1855<sup>29</sup>. Sammenfallet med koleraen ser ut til å ha vært utslagsgivende.

## Himmelbrev til doms

På forsommeren i 1853 hadde boktrykkeren Jacob Wulfsberg i Drammen trykt opp et større parti himmelbrev for den omreisende kremmeren Peder Hansen Brandevold, ut fra et eksemplar sistnevnte hadde med fra Lillehammer. Drøye femtedelen av Wulfsbergs egne eksemplarer ble sendt til Christiania for salg i Wulfsbergs Boglade. Det var her guttene om høsten falbød himmelbrev, og ble brakt inn for politiet.

Brevene ble konfiskert, og utgjorde bakgrunn for og bevismateriale i rettsaken mot Wulfsberg og Brandevold som skulle strekkes over de neste to årene, fra byretten i Drammen via Lillehammer byrett til Christiania Stiftsoverrett og helt til Høyesterett. Tiltalepunktene var hele tiden disse: forleggerens manglende påføring av sted og dato, og blasfemi. Den 27. september 1853 ble Wulfsberg tatt inn til forhør og tiltalt for å ha utgitt blasfemisk skrift, og for ikke å ha anført trykkestedet på selve skriftet. Dersom forfatteren var ukjent, sto trykkeren etter loven ansvarlig for innholdet<sup>30</sup>.

Flere aviser fulgte eller refererte andre avisers artikler om saken. *Christiania-Posten* ledet an den offentlige kritikken, og var tydelige i sin oppfatning av hva som sto på spill. Den 21. september 1853 rapporterte avisa om politiets beslagleggelse, ga noen korte utdrag av himmelbrevet, navnga Wulfsberg og håpet Drammens politimester øyeblikkelig ville dra vedkommende til ansvar, da brevets innhold «...er af den Beskaffenhed, at Kriminallovens Straf for Gudsbespottelse synes uundgåelig.» Avisa begrunnet

27 Piø 1969 (30).

28 Amundsen 1997, s. 141 (31).

29 Thuesen 1927, s. 76–79 (32), Paulsen 2002, s. 221–227 (6).

30 Ifølge Criminallovens (senere straffelovens) kapittel 8, § 1 av 10.08. 1842, skulle «den som forhåner eller bespottet Guds hellige navn eller sakramentene eller driver spott med statens religion, dømmes med fengsel eller bøter. Men hvis det skjer i trykt skrift, med fengsel eller strafarbeide i femte grad». Videre framgår det av sakens referat i *Norsk Retstidende* 1955 s. 572 (33) at dommerne la Trykkefrihetsforordningen av 1799, § 16, til grunn for domsavsigelsen. Denne slo fast at forfatterens, publisistens og boktrykkerens navn og stedet for trykkingen skulle stå på både store og små trykk, jfr. Kgl. Forordn. M.v.XII, 1797–99, 683–684. På Wulfsbergs trykte himmelbrev sto bare navnet J.W. Wulfsbergs Bogtrykkerie – ikke Drammen, der trykkeriet lå.

videre sin oppfatning ut fra Wulfsbergs samfunnsposisjon, og trakk forbindelser til koleraen og hvem himmelbrevene var beregnet på:

...saameget forargerligere er det ogsaa, naar man ser ikke alene at Mænd, der vel maa beregnes til de mere dannede Klasser, ikke undse sig for det Slags Spekulationer men endog ere hensynsløse nok til at benytte den nedtrykte og forvilede Sindsstemning, hvorunder saa mange lide i denne Hiemsøgelsens Tid, for at fraliste de mindre oplyste og fattigere Folkeklasser deres Skillinger<sup>31</sup>.

Allerede dagen etter rykket Wulfsberg inn sitt forsvar både i *Christiania-Posten* og *Drammens Tidende*, der han understreket at himmelbrevene ble trykt i juni, før utbruddet av koleraen. Han hadde vært nølende til å gjennomføre ordren fra Brandevold, skriver han, ettersom innholdet var «av den Natur, at jeg nødig vilde bidrage til at utbrede det», men lot seg overtale av kundens ord om at han lett kunne få dem trykt et annet sted. Wulfsberg understreket at han selv aldri hadde avertert himmelbrevene til salg eller sendt det i kommisjon for å tjene penger på «den simple manns overtro», slik *Christiania-Posten* skrev. I hans øyne var himmelbrevet et «sammensurium» uten egentlig mening og sammenheng, men som periodevis «stærkt søges af en viss Klasse av Befolkningen». Hans erfaring var at etterspørselen etter slike saker avtok etter en stund, uten å etterlate seg skadelige virkninger. Han poengterte også at navnet Wulfsberg faktisk sto på himmelbrevet, selv om trykkested manglet. Det fantes en boktrykker Wulfsberg i Norge, og han holdt til i Drammen<sup>32</sup>.

Den 27. september 1853 trykte *Christiania-Posten* og *Morgenbladet* samme stykke der de gikk i polemikk mot Wulfsberg, imøtegikk hans forklaring og fastholdt det forkastelige at himmelbrevet var utgitt på en tid da han kunne forvente rask avsetning blant enfoldige mennesker «paa Grund af den Stemning i Folket, den den herskende Farsot medfører.» Dette er avgjørende for artikkelen, som støtter seg i det opplyste publikums oppfatninger, som

...vist ikke finde det tilbørligt, at Brevet er bleven trykt, og især at det er skeet i denne Tid, og det vil formeentlig ikke give Boktrykkeren Medhold, naar han i et Blad har anført til sin Undskyldning, at en Anden vistnok vilde have trykt Himmelbrevet, hvis ikke han selv hadde gjort det.<sup>33</sup>

Notisen som er rykket inn like under artikkelen fungerer som et ytterligere argument: «I Drammen er fra 21de til 24de d. M. 2 andmeldte og 5 døde af Cholera, i alt 25 Angrebne og 20 Døde.»

31 *Christiania-Posten* 1853, s. 3 (34). Den samme artikkelen ble trykt i *Morgenbladet* samme dag.

32 Wulfsberg 1853, s. 3 (35).

33 *Christiania-Posten* 1853, s. 3 (34).



Saken gikk sin gang i rettssystemet. Da endelig dom falt i 1855 viet et bredt utvalg aviser spalteplass til rettsreferatene. Byretten i Drammen, Drammens byting, frifant de tiltalte mot at de betalte saksomkostningene og at Wulfsberg betalte to tredjedeler. Christiania Stiftsloverrett mente imidlertid noe annet, og dømte Wulfsberg til 40 dagers fengsel på «sedvanlig fangekost», Brandevold 10 dager på vann og brød. Wulfsberg fikk i tillegg en usedvanlig saftig bot på 160 speciedaler, som skulle gå til Drammens fattigkasse. Saken ble anket til Høyesterett, som opprettholdt Overrettens dom. Ut over de forargerlige påstandene om at Gud selv hadde skrevet brevet, kan en linje ha vært spesielt provoserende, gitt omstendighetene: «Der skal blive saa stor Sygdom og Pestilense, at den, som lægger sig frisk om Aftenen, skal være død om Morgen»<sup>34</sup>. Men det var signaturen på brevet, «Jesus av Nazareth er mit Navn...», som gjorde at Høyesterett tok i bruk Kriminallovens kap. 8, § 1, om blasfemi og dømte deretter:

Retten skjønner ikke rettere, end at det Ovenciterede er af blasphemisk eller gudsbespotteligt Indhold baade derved, at Himmelbrevet er udfærdiget i Frelserens Navn, og fordi det ligefrem indeholder, at den blotte Besiddelse og Udbredelse af Himmelbrevet kan skjenke Menneskene deres Synders Forladelse<sup>35</sup>.

Wulfsbergs medtiltalte, kremmeren Brandevold og hans historie, nevnes ikke i avisene før i 1855. I 1853 hadde han kjøpt et parti på 500 himmelbrev hos boktrykker Selmer på Lillehammer, og solgt dem på veien til Drammen for mellom to og fire skilling per stykk. Sitt siste eksemplar tok han med til Wulfsberg. På veien tilbake til Lillehammer oppdaget han imidlertid at det fantes himmelbrev i nesten hver gård i bygdene han var innom. Det er verdt å merke seg at han, i likhet med Wulfsberg, som kjente markedet og kjøperne, heller ikke trodde folk tok himmelbrevene alvorlig<sup>36</sup>. Boktrykkeren Selmer ble frikjent, da saken var foreldet.

Det hører med til historien at avisene også selv kommenterte dommen. *Morgenbladets* redaksjon fant det helt på sin plass at straff ble anvendt for å trykke og selge gudsbespottelser til utbredelse av overtro og vankundighet, men fant det «meget haardt» å ilegges 160 Spd for at en velbekjent trykker ikke hadde oppført trykkestet.<sup>37</sup> *Arbeiderforeningens Blad* trykket en lakonisk tekst, som vanskelig kan forstås som annet enn kritikk av de store avisenes angrep på boktrykkeren og kramkaren, kong Salomo mot Jørgen Hattemaker<sup>38</sup>.

34 Også denne formuleringen er gjennomgående, og finnes blant annet i et av Riksarkivets håndskrevne brev fra 1648, som er gjengitt i Paulsen 2002, s. 217 (6), og i Thieles trykte himmelbrev fra 1770.

35 *Norsk Retstidende* 1855, s. 574-575 (33).

36 *Norsk Retstidende* 1855, s. 572-576 (33).

37 *Morgenbladet* 1855 (36).

38 *Arbeiderforeningens Blad* 1855 (37).

## En annen rasjonalitet

Hvorfor slo myndighetene så hardt ned på Wulfsbergs trykking av himmelbrevet? Rettsreferatene begrunner dommen, som beskrevet ovenfor, ut fra blasfemi og henvisning til trykkeloven. Hverken kolera eller overtro nevnes med et ord. Samtidig er det åpenbart at avisene har spilt en viktig rolle for å koble den gamle tradisjonen til en akutt og presserende kontekst. Høyesterettsdommen representerte et gjennombrudd for en opplyst, moderne forståelse av fortidens mirakelkultur – samtidig som en ny paradigmatisk tenkemåte knyttet til sykdom, smitteårsaker og samfunnets ansvar for befolkningens helse trer fram.

Medisinhistorikeren Aina Schiøtz (1947–2020) har pekt på hvordan koleraepidemiene representerte et gjennombrudd for en ny type tenkning knyttet til samfunnets kollektive ansvar for behandling og forebygging av sykdom<sup>39</sup>. Dette kom, ifølge historikeren Merethe Roos, ikke minst til uttrykk i avisene, som både fungerte som en arena for opplysning og for samfunnskritikk<sup>40</sup>. I denne konteksten ble himmelbrevets autentisitet utfordret av en sterk argumenterende rasjonalitet: den nye medisinske fornuften sammen med en langt bredere og eldre opplysningsbevegelse. Rettssaken, og avisenes dekning av den, forteller tydelig hvordan innflytelsesrike stemmer innen den opplyste offentlighet ikke bare definerte himmelbrevens århundrelange tradisjon som overtro, men som også så det som sin oppgave å ta ansvar for å rydde fenomenet av veien.

Høyesterettsdommen var et ledd i en ny virkelighetsoppfatning der brev fra Gud ble definert som overtro og billig juks, og knyttet til det uopplyste, enkle og enfoldige lag av befolkningen og dens manglende dømmekraft. Dette laget av befolkningen var kanskje også målgruppen for himmelbrevene. Men Wulfsberg og Brandevolds oppfatninger – at folk ikke egentlig tok brevene på alvor, ble ikke vektlagt. Saken bringer oss ikke nærmere spørsmålet om hvorvidt folk egentlig trodde brevene fra Gud var sanne, men sier noe om hvilke rasjonaliteter som definerte tro og overtro, og hvem som uttrykte, og tok, et ansvar for at en godtroende og lettlurt allmue ble spart for brev fra Vårherre. I den langsomme avfortryllingen av verden forsvant miraklene gradvis ut i opplysningens skygger.

Til tross for den harde dommen i Wulfsbergsaken ble det trykt himmelbrev med det samme tradisjonelle innhold og oppsett så sent som i 1908<sup>41</sup>. I Danmark ble det trykt himmelbrev både i 1893 og i 1895<sup>42</sup>. Og det er

39 Schiøtz 2003, s. 29 (38).

40 Roos 2017, s. 14 (39).

41 Himmelbrev, transkribert og fotokopiert i Hunnes 1986 (40). Brevet ble trykt i Centraltrykkeriet i Trondheim, som ble etablert i 1908, himmelbrevet er følgelig trykt i 1908 eller senere.

42 Jensen 1895, s. 223 (4).

funnet himmelbrev på tyske soldaters kropper så sent som etter slagene under annen verdenskrig<sup>43</sup>.

## Litteratur

1. Wulfsberg J. *Drammens Tidende*, 22. 09. 1853.
2. Berg SF. 2018. «The proof of the original is in the copying: Heavenly chain letters». I: Brenna B, Christensen HD, Hamran O. red. *Museums as Cultures of Copies: The Crafting of Artefacts and Authenticity*, London: Routledge, 2018.
3. Berg SF. 2019. Himmelbrev i reproduksjonens tidsalder. S. 109-40 i: Bjørkøy AMB, Hemstad R, Nøding A et al. red. *Litterære verdensborgere. Transnasjonale perspektiver på norsk bokhistorie 1519–1850*. Oslo: Nasjonalbiblioteket, 2019.
4. Jensen KS. Himmelbreve. *Dania: tidsskrift for dansk sprog og litteratur samt folkeminder* 1895; 3: 193-228.
5. Hebing R. 2012. The Textual Tradition of Heavenly Letter Charms in Anglo-Saxon Manuscripts. *Amsterdamer Beiträge zur älteren Germanistik: Secular Learning in Anglo-Saxon England* 2012; 69: 203–22.
6. Paulsen H. 2001. Himmelbrevene. I: Arkivfagets profesjonalisering. Festskrift til Jørgen H. Marthinsen. *Norsk Arkivforum* 2001; 16: 208-28. Kristiansand: Norsk Arkivarforening.
7. Trykt himmelbrev datert 1853. Nasjonalbiblioteket, Ms.fol. 3877. [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2018013026001](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2018013026001)
8. Fet J. *Lesande bønder. Litterær kultur i Norske allmugesamfunn før 1840*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
9. Brantzæg SG. Skillingsvisene i Norge 1550–1950. *Edda* 2018; 2: 93-109.
10. Paasche F. *Kristendom og kvad. En studie i norrøn middelalder*. Kristiania: Aschehoug & Co, 1914.
11. Amundsen AB 1995. «Mig Engelen tiltalte saa...» S. 21-59 i: Amundsen AB, Eriksen A. red. *Set ikke vantrø i min overtroes stød. Festskrift til Ørnulf Hodne på 60-årsdagen*. Oslo: Novus Forlag, 1995.
12. Amundsen AB, Pollan B, Schumacher J et al. *Norges religionshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
13. Berndtsson T, Fischer O, Mattsson A, Öhrberg A. Innledning: 1700-tallets skriftkulturer. Sjuttonhundratall. *Nordic Yearbook for Eighteenth-Century Studies* 14: 8-16, 2020.
14. Himmelbrev datert 1604 Nasjonalbiblioteket, Ms.fol. 3788. «Copie aff dette Breff Som Gud Herren sielffuer skreffuet Haffuer...» [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digimanus\\_24814](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digimanus_24814)
15. Rian Ø. 2017. Reformasjonen som katastrofe i Norgeshistorien. En revolusjon ovenfra og utenfra i et katolsk land. S. 19-42 i: Haug E. red. *Fra avlatshandel til folkekirke. Reformasjonen gjennom 500 år*. Oslo: Spartacus forlag, 2017.
16. Amundsen AB. Dommedag på norsk. Fra Draumkvedet til Hauge. S. 50-74 i: Dyrendal A, Pettersen A. red. *Dommedag! Verdens undergang før og nå*, redigert Oslo: Humanist Forlag, 2008.

43 Paulsen 2002, s. 213 (6).

17. Himmelsbrev datert 1720. Det kongelige bibliotek, København. [https://soeg.kb.dk/discovery/fulldisplay?context=L&vid=45KBDK\\_KGL:KGL&search\\_scope=MyInst\\_and\\_CI&tab=Everything&docid=alma99122092234305763](https://soeg.kb.dk/discovery/fulldisplay?context=L&vid=45KBDK_KGL:KGL&search_scope=MyInst_and_CI&tab=Everything&docid=alma99122092234305763)
18. Himmelsbrev datert 1848. Aust-Agder museum og arkiv, Kuben, Personalia, Aust-Agder, boks 4.
19. *Christian Vs Norske Lov: Anden Bog. 20. Cap. Om Bøger og Almanaker.* [https://www.hf.uio.no/iakh/tjenester/kunnskap/samlinger/tingbok/kilder/chr5web/chr5\\_02\\_20.html](https://www.hf.uio.no/iakh/tjenester/kunnskap/samlinger/tingbok/kilder/chr5web/chr5_02_20.html)
20. Krefting E. Enevelde, offentlighet og Peter Frederik Suhms hemmeligheter. S. 385-411 i: Bjerkås T, Dørum K. red. *Eneveldet før undergangen: politisk kultur i Norge 1660–1814.* Oslo: Scandinavian Academic Press, 2017.
21. Horstbøll H, Langen U, Stjernfeldt F. *Grov konfækt. Tre vilde år med trykkefrihed.* København, Gyldendal, 2020, bind I.
22. Gilje N, Rasmussen T. *Tankeliv i den lutherske stat: Norsk idéhistorie, vol 2.* Oslo: Aschehoug, 2002.
23. Fuglestad M. *Jærtegn i Bergen på 1600-tallet.* Avhandling, Universitetet i Bergen, 2002.
24. Holberg L. *Barselstuen.*, 1723. [http://holbergsskrifter.dk/holberg-public/view?docId=s\\_kuespill%2FBarselstuen%2FBarselstuen.page&chunk.id=act2&show.second=&toc.depth=1&toc.id=act2](http://holbergsskrifter.dk/holberg-public/view?docId=s_kuespill%2FBarselstuen%2FBarselstuen.page&chunk.id=act2&show.second=&toc.depth=1&toc.id=act2). Lastet ned 24.06.2021.
25. Fet J. *Eksetiana. Aarflots Prenteverk 1809–1935. Bibliografi og kulturhistorie.* Oslo: Det Norske Samlaget, 2006.
26. Espelid K. Himmelsbrev. *Bergens Tidende*, 26.04.1964
27. Fiskaa HM. Et brev fra månen, sendt til jorden og funnet i Bergen. Himmelsbrev fra Bergen og andre sted. *Bergens Tidende* 30.06.1934
28. Vig, Ole. Nogle ord om Bogsamlinger og Bøger. S. 249-61 i: *Folkevennen. Udgivet af Selskabet for Folkeoplysningens Fremme.* Kristiania: P.T. Mallings Bogtrykkeri, 1853..
29. Hylland OM. *Folkeoplysning som utopi. Tidsskriftet Folkevennen og forholdet mellom folk og elite.* Oslo: Novus forlag, 2010.
30. Piø I. *Produktionen af danske skillingsviser mellem 1770–1821 og samtidens syn på genren,* 92-120. København: Københavns Universitets fond til tilvejebringelse af læremidler, 1969.
31. Amundsen AB. Akkomodasjon og Mirakler. Mellom gammel og ny tro omkring 1800. S. 141-53 i: Gilhus IS red. *Miraklenes tid.* KULT skriftserie nr. 95.
32. Thuesen A. *Beslaglagte og supprimerte bøker i den norske litteratur,* Oslo: Bibliofilklubben, 1927.
33. *Norsk Retstidende. Ugeskrift for praktisk Lovkyndighed* 1855; 20: 572-6. Christiania: J. Chr. Abelsted.
34. *Christiania-Posten* . 21.09.1853.
35. Wulfsberg J. *Christiania-Posten* 23.09. 1853.
36. *Morgenbladet* 02.10. 1855.
37. *Arbeiderforeningens Blad.* 1855. 10.11.1855.
38. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003.* Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
39. Roos M. Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera – tiltak og pressedekning i 1853. *Michael* 2017; 14:199–216.

40. Hunnes LK. Himmelbrev i Bjørnør. S. 102-5 i *Årbok for Bjørnør. Utgitt av Bjørnør Historielag*. Orkanger: Orkla Grafiske A.S, 1986.

## Summary

For more than three hundred years, heavenly letters circulated in Europe – letters signed by Jesus himself, and sent with an angel to mankind. The message of the letter was this: it was true, it must be copied and it held protective powers. As a chain letter from the Reformation period, the strikingly stable text in one-page format was translated from various languages, multiplied through print and handwriting and spread across national borders.

A unique trial in 1853 challenged the authenticity and authority of the epistles, judging them as blasphemous. The trial coincided with the cholera outbreak in Drammen and Christiania, and is a rare opportunity to get closer to how the heavenly letters were understood in a specific historical context. Why did the authorities react at this point of time? What were the links between the heavenly letters and the epidemic, between the public's concern for the "uninformed class" and those who, according to the newspapers, were also the target group for the letters? The trial and the press coverage express a new rationality in the wake of the Enlightenment thinking, where notions of disease and social responsibility also came into play.

*Siv Frøydis Berg*  
*siv.berg@nb.no*

*Siv Frøydis Berg er idehistoriker, ph.d. og forskningsbibliotekar ved Nasjonalbiblioteket i Oslo.*

## Hvorfor innreisekarantene?

*Michael 2021; 18: 325–37.*

*Innreisekarantene er blitt brukt som smittevernstiltak i over 600 år. Da covid-19 rammet vinteren 2020 hadde verdens stater ulik tilnærming til innreisekarantene. I Norge var vi tilbakeholdne med et slikt tiltak, mens man i Kina raskt tok det i bruk. Forskjellen kan forklares med historiske og politiske ulikheter. I Vesten har innreisekarantene siden 1800-tallet blitt sett på som antitesen til globalisering, liberalisme og individets rettigheter, og var derfor i konflikt med rådende ideologi.*

*I tillegg kom forskjeller i nyere erfaringer med epidemiske sykdommer. I Kina brukte man erfaringene med SARS (severe acute respiratory syndrome), mens man i Norge vendte seg til pandemiplaner for influensa. Det internasjonale helsereglementet (IHR) og Verdens helseorganisasjon (WHO) la også føringer for medlemstatene og frarådet dem å ta i bruk innreisekarantene.*

*Vi argumenterer for at disse historiske erfaringene ledet til en blindhet mot å ta i bruk innreisekarantene ved opptakten til pandemien i Norge. Siden mars 2020 har likevel innreisekarantene og andre innreisetiltak spilt en viktig rolle i pandemihåndteringen. Koronapandemien har skapt en historisk sett ny begrunnelse for innreisekarantene, nemlig avlastning av helsevesenet.*

Ved utbrudd av sykdom forårsaket av et nytt virus vender man seg ofte til fortiden for erfaringer. Innreisekarantene er blitt brukt som smittevernstiltak i snart 700 år (1), og erfaringene har variert mellom land. Da covid-19-utbruddet skjøt fart i vintermånedene 2020, tenkte man ulikt om bruken av innreisekarantene i forskjellige deler av verden. I sørøst-asiatiske land var man tidlig ute med å børste støv av erfaringene fra SARS-epidemien i 2002–2003 (2), og innførte streng sosial nedstengning, innreisekarantene og stengte av hele byer for å bremse viruset (3). Norske helsemyndigheter og

WHO frarådet denne type tiltak i januar og februar, og uttalte at man heller ikke så for seg at det på noe tidspunkt skulle bli formålstjenlig (4, 5).

Det eksisterte en motstand i Vesten mot å benytte seg av innreisekarantene i generell pandemihåndtering. Spørsmålet vi reiser i denne artikkelen er hvor denne motstanden kom fra og hva som kan ha bidratt til skifte av kurs. I forsøket på å besvare dette utforskes forholdet til karantene gjennom historien, gjeldende pandemiplaner og internasjonale forpliktelsers rolle i pandemihåndtering. I fravær av vaksine og beredskapsplaner kan ivaretagelsen av helsesystemet løftes frem som en ny begrunnelse for karantene.

## Definisjon

Vi benytter «innreisekarantene» om ordningen i Norge som ble innført med forskrift hjemlet i smittevernloven § 4-3, som bestemmer at alle som ankommer landet skal settes i karantene i et bestemt antall dager. I Norge var dette 14 dager i mars 2020, men ble i mai 2020 redusert til ti dager på grunn av ny kunnskap om viruset (6).

## Karantenens historie

Innreisekarantene har en lang historie og ble tatt i bruk allerede fra slutten av 1300-tallet (1). Under epidemiene på 1800-tallet ble det tydelig at karantene kolliderte med samfunnsutviklingens krav. Endringer i produksjon, teknologi og transport førte til det mange har kalt den moderne globaliseringsprosessen. Smittevern og karantene ble dermed ansett å hindre handel både mellom og innad i land (7, 8). Historikeren Erwin Ackerknecht (1906-88) har argumentert for at sykdomsteori og forebygging på 1800-tallet ikke bare var et resultat av medisinsk kunnskap, men fulgte de rådende økonomiske og politiske interessene (9). Han påpekte at de demokratiske og liberale statene mente de epidemiske sykdommene kom av såkalte miasmer, og benyttet frivillighet og sanitære tiltak i møte med infeksjonssykdommer for å unngå at smittevern gikk på bekostning av handel og individets rettigheter. Det sammenfaller med koleraepidemien i Norge i 1853 hvor skipskarantene ble tatt i bruk for siste gang (7, 8). Årsaken var at kolera ble antatt å være en miasmatiske sykdom og da var ikke karanteneplikt lenger nødvendig (8). I de autoritære regimene trodde man derimot at sykdommene var smittsomme, og derav stod tiltak som tvangsvaksinering, pålagt karantene og andre vesentlige inngrep i personlig frihet og økonomiske interesser sentralt i smittevernet (10, 11). Ackerknechts påstand om direkte sammenfall mellom autoritære stater og medisinske smitteteorier har senere blitt imøtegått som for generaliserende (9, 12, 13). Men tendensen var klar, og med fremveksten av demokrati, liberalisme og internasjonalisme i vesten,

har karantene gjennom de siste århundrene blitt oppfattet som et stadig mer uaktuelt virkemiddel. I land preget av andre verdier kan dette stille seg annerledes, og Ackerknechts teser kan tilsi at en autokratisk stat som Kina, vil ha en lavere terskel for å anvende karantene.

Heller ikke under spanskesyken, forrige århundres mest omfattende pandemi, ble karantene tatt i bruk i Norge. Dermed var ikke tiltaket blitt tatt i bruk på nærmere 170 år da spørsmålet om innreisekarantene meldte seg med full kraft i forbindelse med covid-19-utbruddet vinteren 2020.

Andre historikere, som Peter Baldwin, har påpekt hvordan ulike lands karantenepraktis henger sammen med det han kaller geoepidemiologiske forhold (14). Eksempelvis viser han til hvordan Storbritannia kunne innføre mildere tiltak mot koleraepidemien, fordi de lå lengst unna koleras opprinnelse i Asia. Dermed kunne de observere hvordan karantene i andre europeiske byer mislyktes i å stoppe pandemien, og unnlate å ta det i bruk (14). Et lands geografiske plassering spiller altså en rolle i pandemihåndtering. Med et slikt perspektiv hadde Norge et lite «geografisk forsprang» over Kina i forbindelse med spredningen av viruset, og det kunne vært hensiktsmessig å se til Kinas effektive håndtering av pandemien på et tidligere stadium (3). Likevel, ettersom viruset traverserte landegrensene så hurtig, hadde man et smalt handlingsvindu, og det kan virke som de ulike politiske tradisjonene og erfaringene dermed ble mer utslagsgivende i den første fasen av pandemi-håndteringen.

### Vurderinger i begynnelsen av utbruddet

Pandemihåndtering tar sikte på å få smitten under kontroll. Det er særlig to strategier som er aktuelle for å håndtere smittekontakter; individuell overvåking og karantene (15). Mens man i Kina gikk for sistnevnte (3), belaget Folkehelseinstituttet (FHI), i likhet med WHO, seg i første omgang på individuell overvåking (4, 5).

I rapportene som FHI publiserte i januar og februar 2020, forut for virusets debut i Norge den 26. februar 2020, var man kritiske til innreisekarantene som tiltak (4, 5, 16). I slutten av januar 2020 anslo FHI risikoen for import til Norge som foreløpig lav (4). De vurderte at karantene av nærkontakter (de som hadde vært i nær kontakt med bekreftet smittet person) og av tilreisende fra epidemiske områder var for inngrepene og påpekte at «[d]et kan være utfordringer med gjennomførbarhet, ressursbruk og akseptabilitet i befolkningen for (...) slik[e] tiltak» (4, s. 11). Konklusjonen ble at informasjon og symptomovervåking, altså selvisolering først ved utvikling av symptomer, ville kunne gi tilsvarende resultater som karantene.



En måned senere ble risikoen for importsmitte vurdert som høy, og FHI anbefalte frivillig hjemmekarantene for nærkontakter (5).

FHI lente seg i disse vurderingene på WHO. WHO's krisekomité, *Emergency committee*, hadde 30. januar 2020 (17) frarådet å ta i bruk alle former for reiseråd og handelsrestriksjoner, og minnet om at medlemsland som implementerte tiltak som åpenbart grep inn i internasjonal trafikk, herunder innreisekarantene, var forpliktet gjennom artikkel 43 i IHR til å begrunne tiltakene. De frarådet karantene (18), og Norge var dermed gjennom sitt internasjonale samarbeid frarådet å innføre innreiserestriksjoner.

### **Innreisekarantenes styrke**

I en rapport fra februar 2020 (3), rapporterte WHO at Kina hadde fått kontroll på utbruddet gjennom en «ytterst proaktiv overvåking for å umiddelbart oppdage smittetilfeller, svært rask diagnostikk og umiddelbar smitteisolerings, omstendelig smitteoppsporing og karantene av nærkontakter» (3, s. 19). Likevel ble det slått fast at store deler av verden ikke ville være klare, hverken i tankegang eller materielt, for tilsvarende tiltak (3), og at symptomovervåking ville være tilstrekkelig mot SARS-CoV-2 (18). Dette var rådet frem til slutten av februar 2020 (19).

En dag før det første bekreftede tilfelle ble registrert i Norge (20) frarådet FHI fremdeles karantene. To og en halv uke senere, 12. mars 2020, ble landet praktisk talt stengt ned over natten, og innreisekarantene ble tatt i bruk med tilbakevirkende kraft fra 27. februar 2020. Likevel stilte FHI seg stadig kritisk til tiltaket helt opp til 12. mars 2020 (16). FHI fastholdt standpunktet fra februar om at «[n]år epidemien først er i gang i Norge, er innreisekarantene meningsløst» (5). I denne vurderingen forutsatte FHI en situasjon der smittetrykket er like høyt i Norge som utenfor, og i en slik situasjon vil ikke tiltaket lenger være nødvendig. Men gitt at smittetrykket kan variere mellom stater på grunn av variasjon i tiltak og etterlevelse, undervurderte nok FHI innreisekarantenes effekt.

En studie som sammenlignet aktiv overvåking med karantene for å håndtere potensielle smittekontakter, fant at i tilfeller hvor det foregår presymptomatisk smitte, som ved SARS-CoV-2 (21), vil karantene være mer gunstig enn symptom-overvåking (15). I Kina innførte de en streng form for «utreisekarantene» fra Hubei-provinsen for å hindre spredning til øvrig provinser, samt innreisekarantene av fly til Kina. Ettersom disse tiltakene hadde effekt, klarte Kina å begrense spredningen internt i landet (22).

Interne reiserestriksjoner, «*cordon sanitaire*», som ble benyttet i Kina, ble benyttet av noen kommuner i Nord-Norge. Den såkalte «søring-karantenen» gjaldt tilreisende fra kommuner i Sør-Norge med høyt smittetrykk. FHI

støttet seg på det Europeiske Smittevernsbyrået ECDCs anbefalinger og mente tiltaket hadde liten effekt (23).

### **Karantenes skyggesider**

FHIs skepsis og usikkerhet omkring innreisekarantene bygget på at «[n]ytten begrenses av at det blir svært vanskelig å gjennomføre tiltaket konsekvent for alle (...)» (5, s. 25). De bekymret seg for antallet mennesker som potensielt ville havne i karantene, hvilke reisemål forskriften skulle innbefatte, og de etiske utfordringene rundt å pålegge folk å holde seg hjemme (5). Innreisekarantene kunne potensielt få svært store følger og frata veldig mange mennesker bevegelsesfrihet.

Samtidig var FHI bekymret for at tiltak som ikke var benyttet under epidemier i nyere tid, ville skape en følelse av at viruset var svært alvorlig, på et stadium hvor usikkerheten rundt nytten av tiltak fortsatt var stor (16). De fryktet at det ville kunne skape presedens for en rekke andre svært frihetsberøvende tiltak, samt at det reduserte muligheten til å evaluere allerede igangsatte tiltak. Når en rekke tiltak tas i bruk samtidig, vil det være vanskelig å vurdere effekten av hvert enkelt tiltak, og man kan anse tiltakenes synergistiske effekt som avgjørende (24). Tiltak kan bli vanskelig å avslutte (16) og i frykten for å utløse nye smittesituasjoner kan tiltakene vedvare over lang tid. Kort sagt: innreisekarantene fremstod som et gammeldags og utdatert virkemiddel som ikke var mulig å gjennomføre i den moderne demokratiske og globaliserte verden, og var ikke en reell mulighet.

I dag anser vi innreisekarantene som nyttig og nødvendig for å begrense virusspredning. En forklaring på hvorfor FHI anså det både urealistisk og umulig gjennomførbart er den historiske motstanden til karantene i Vesten, og den historiske avstanden ettersom tiltaket ikke var tatt i bruk i Norge på 170 år (7). En annen mulig årsak er erfaringene fra tidligere pandemier. Pandemiplanene til WHO og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hadde historiske føringer og la til grunn at den neste store pandemien skulle forårsakes av et influensavirus (25, 26).

### **Beredskapsplaner i lys av influensaerfaringer**

Verden har lenge ventet på en stor pandemi og ansett det som en av de store globale folkehelseustruslene (27, 28). Covid-19-pandemien har, som Brian Dolan har påpekt (3), åpenbart hvordan pandemiberedskap preges av historiske erfaringer. I en rekke asiatiske land var man langt raskere med å igangsette frihetsberøvende og handelshemmende tiltak som karantene og sosial nedstengning (3). I sørøst-asiatiske land, som Singapore og Vietnam, iverksatte man de samme pandemiplanene som ble brukt under SARS-

epidemien i 2002-2003 («severe acute respiratory syndrome») (2, 29). I Vesten var det annerledes. Selv om fagfolk i en årrekke har advart mot andre potensielle pandemiske smittestoffer (30, s. 267), var de vestlige lands beredskap preget av andre erfaringer: De fire store pandemiene som har preget den vestlige verden gjennom det siste århundret har alle vært influensapandemier.

Koronakommisjonen fremhevet hvordan både vårt eget lands helsemyndigheter og WHO i «stor grad har sett pandemi synonymt med influensapandemi» (31, s. 73). Behovet for å planlegge for andre virus enn influensa ble ytret i en stortingsmelding allerede i 2013, men planene har havnet i skyggen av et økt fokus på biologisk terror (31).

I Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) beredskapsplan for pandemisk influensa fra 2014 ble innreisekarantene frarådet fordi «slike tiltak har liten effekt, er ressurskrevende og strider mot prinsippet om ikke å bremse normal aktivitet unødige» (25, s. 60). Tilsvarende konklusjoner trekkes i en systematisk oversikt fra WHO, publisert i oktober 2019 (24). Selv om de påpekte at karantene kunne være effektivt i kombinasjon med andre tiltak, ble det i lys av andre faktorer, som verdier, etiske hensyn, ressursbruk og praktisk gjennomføring, konkludert med at karantene «aldri» vil være hensiktsmessig (24). Denne rapporten ble publisert kun måneder før viruset dukket opp i Kina, og det er vanskelig å tro at den ikke har satt presedens eller kan ha vært ledende for de vurderingene som ble gjort av WHO i januar og februar 2020.

At den vestlige verden forberedte seg på influensapandemi hadde som konsekvens at karantene var utelukket fra planene. For det første fordi en influensavaksine ville blitt tilgjengelig raskt (31, s. 73). For det andre hadde man aldri noe mål om å bekjempe viruset på grensene. Ettersom influensaepidemier kommer hvert år, ble innreisekarantene ansett fåfengt og i strid med IHR.

Aktørene synes å ha oversett at vurderingen av forholdsmessigheten av karantene ikke var direkte overførbar fra influensavirus til SARS-CoV-2. Frem til mars 2020 mente både WHO og FHI at heller ikke SARS-CoV-2 kunne bekjempes ved landegrensene (4), og først i begynnelsen av mars 2020 uttrykte WHO-direktøren at SARS-CoV-2 skilte seg fra influensa på dette punktet. Innreisekarantene ble nå anbefalt. Carlo Caduff har stilt seg svært kritisk til staters bruk av makt og kontroll i bekjempelse av viruset, og mener Kinas håndtering skapte politiske forventninger om innføring av tilsvarende tiltak i andre, mindre autoritære regimer (32). Han mener tiltakene forårsaket mer skade enn gagn, særlig for de fattige landene. Denne internasjonale orienteringen mot mer inngripende tiltak, anbefalt av WHO,

var antakelig med på å endre Norges innstilling til innreisekarantene og tilsvarende tiltak i begynnelsen av mars 2020.

### **Avlastning av helsesystemet: en ny begrunnelse for karantene?**

I USA har man lenge etterlyst en oppskalering av ressursene og helsesystemene for å være bedre rustet til å takle pandemier enn man var under spanskesyken (27, 33). Amerikanske myndigheter har i tiår fortsatt å bygge ned helsesystemene, gjennom dårlig finansiering, underbemanning og privatisering (32). Caduff trekker frem hvordan dette har forverret omfanget av covid-19-pandemien, og har gitt begrunnelse for en rekke inngripende intervensjoner (32).

Her hjemme har vi lignende erfaringer. Beredskapsplanen til HOD (25) ble utarbeidet etter svineinfluensapandemien i 2009. Da erfarte man at det var liten reservekapasitet ved norske sykehus, og at kapasiteten ble sprengt ved en rekke intensivavdelinger (25, s. 79). Svineinfluensavirus hadde lavere spredningsevne og virulens enn SARS-CoV-2, og med de erfaringene man gjorde med helsesystemet i 2009, fremstår det i ettertid kritikkverdig at man ikke utredet planer for andre virus. Særlig siden vi stadig reduserer antallet sengeplasser i sykehus (34).

Etter at innreisekarantene ble tatt i bruk med tilbakevirkende kraft 12. mars 2020, har hensynet til sykehuskapasiteten stadig blitt fremhevet som argument fra myndighetene (35), og fremstår i Norge som hovedbegrunnelsen for innreisekarantene. Dersom oppskalering av sykehuskapasiteten uteblir, kan innlemmelse av karantene i fremtidige beredskapsplaner bli et nødvendig virkemiddel for å ivareta helsevesenet.

Flere har påpekt hvordan den kortsiktige kostnaden av å bekjempe smitten vil være langt lavere enn den langsiktige effekten av å vente (36). Det å utsette og redusere smittetoppen, gjennom tidlige inngripende tiltak som karantene og sosial nedstengning, kan gi helsesystemene en mulighet til å skalere opp, og utsette smittetoppene til en vaksine er på plass (36). Likevel vil det være en vanskelig vurdering ettersom innreisekarantene vil måtte bli tatt i bruk tidlig, før man kjenner omfanget og alvorlet av pandemien, og uten å vite når en virksom vaksine er tilgjengelig.

Det er vanskelig å vurdere en pandemi når man står midt i den. Man klarer ikke en gang å si om den er mild eller alvorlig, mye fordi den er konstant i endring (27). I mange situasjoner vil derfor kunnskapsgrunnlaget for gjennomføring av tiltak som innreisekarantene være mangelfullt. Det kan i sin tur føre til at man baserer beslutninger på frykt og ikke kunnskap, og i slike tilfeller kan unødige tiltak iverksettes. I forsøket på å unngå dette trenger vi ytterligere forskning på effekten av folkehelseiltak som innreise-

karantene. Forhåpentligvis vil dette resultere i bedre utarbeidede bered- skapsplaner hvor alle typer tiltak er tilgjengelig i verktøykassen.

### **Covid-19-erfaringer**

For første gang på 170 år innførte vi innreisekarantene i fjor, og Norge har fortsatt å operere med det som en del av smittevernet. Fra å tenke på det som et uaktuelt tiltak, ble det iverksatt for å avverge en kneiling av helse- vesenet. De strenge nasjonale tiltakene har, i motsetning til hva man trodde på forhånd, hatt høy oppslutning i befolkningen gjennom pandemien (37). Andre europeiske land som ikke har hatt den samme gjennomføringsevnen, hverken i ressurser eller oppslutning i befolkningen, har dermed blitt hardere rammet, både gjennom høyere smittetall og gjennom kraftigere tiltak fra myndighetene. Det har i økende grad blitt viktig for Norge å begrense importsmitten gjennom bruk av innreisekarantene. Sammen med en rekke andre tiltak, har det hjulpet Norge til å unngå et like høyt smittetrykk som ellers i Europa. Covid-19-pandemien har gjort et av våre eldste smittevern- tiltak aktuelt på nytt. Samtidig har de mange utfordringer vi har sett gjen- nom det siste året bekreftet at innreisekarantene skaper en rekke praktiske, etiske og medisinske dilemmaer, og at det er vanskelig å gjennomføre på en forholdsmessig måte. Det synes derfor riktig at man fra høsten av forsøker å erstatte karantene med testing (38).

### **Avslutning**

Det kan nesten virke som om den vestlige verden og WHO i den tidlige fasen av pandemien var gjenstand for det man i psykologien kaller uopp- merksomhetsblindhet, altså en form for blindhet som oppstår når «det som inntreffer ikke stemmer overens med de forventninger man har i en situa- sjon» (39).

Det var en rekke medvirkende faktorer som bidro til dette selektive synet: karantenens historie har gjennom de siste 150 år blitt betraktet som et tiltak som innskrenker frihet, handel og globalisering, og som i sin tur har bidratt til en motstand mot tiltaket, særlig i vesten. Norges forpliktelser overfor WHO og IHR gjorde at det var vanskelig å handle annerledes enn det de anbefalte. Fraværet av beredskapsplaner for andre virus og orienteringen mot influensa gjorde at planene ikke var overførbare til covid-19-pandemien.

Til tross for biomedisinens mange fremskritt, utgjør nye infeksjons- sykdommer fortsatt en stor trussel. Vår moderne livsførsel og dens konse- kvenser, moderne matindustri, klimaendringer og vår samfunnsorganisering øker mottakeligheten og sannsynligheten for nye zoonoser (30). Globali- seringen og nye kommunikasjonsmåter har ført til at mikrober sprer seg

langt raskere enn før. Selv om det også ved neste pandemi forhåpentligvis vil utvikles vaksiner, vil vi i mellomtiden trenge andre virkningsfulle verktøy.

Karantene vil kanskje også ved fremtidige pandemier spille en viktig rolle i perioden frem til befolkningen kan vaksineres. Likevel er det nødvendig også med andre ikke-farmasøytiske tiltak, bedre smittevernberedskap, herunder beredskap for testing og smittesporing, og bedre beredskap for sykehusbehandling dersom smittevernet skulle svikte. Bedre innenlands beredskap og smittevern kan kanskje gjøre innreisetiltak overflødige. Det er nå, slik WHO og FHI har pekt på, et sterkt behov for å forske på nytten av slike smitteverntiltak slik at vi neste gang vet hvilke tiltak som virker best og hvorfor (40).

Det å skulle være forberedt til enhver tid er umulig, men vi må i det minste anerkjenne at av og til kan de eldste tiltakene fortsatt være de beste, eller kanskje de eneste vi har.

## Summary

Entry quarantine has been used as an infection control measure for the past 600 years. When the Covid-19 pandemic flared up in the winter of 2020, approaches to entry quarantine initially differed across the globe. While China quickly implemented it, Norway considered entry quarantine both too encroaching on individual liberty and ineffective to control infection. The diverging policy approaches can be explained by historical, political and ideological differences.

Another explanation is varying pandemic preparedness among the countries. China benefitted from their recent experiences with SARS, while Norway turned to response plans for influenza pandemics where the option of quarantine was ruled out. Furthermore, IHR and WHO set restrictions on Member States and advised against entry quarantine under all circumstances.

We argue that these factors led to a cognitive blindness in Norway, whereby entry quarantine was never properly assessed as a control measure in the initial phase of the pandemic. However, since March 2020, entry quarantine has played an important role in limiting the import of Covid-19 and mitigating exhaustion of healthcare capacity. Entry quarantine thus seems to have attained a new policy justification: relieving the healthcare system.

## Litteratur

1. Gensini GF, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *J Infect* 2004; 49:257-61. doi: 10.1016/j.jinf.2004.03.002
2. Dolan B. It wasn't supposed to be a coronavirus: The quest for an influenza A(H5N1)-derived vaccine and the limits of pandemic preparedness. *Centaurus* 2020; 62: 331-43. doi: 10.1111/1600-0498.12312
3. World Health Organization. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf> (8.8.2021)
4. Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet. *Risikovurdering av og respons på 2019-nCoV-infeksjon i Norge* 28.01.2020. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/risikovurdering-av-og-respons-pa-2019-ncov-infeksjon-i-norge-28.01.2020.pdf> (8.8.2021)
5. Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet. *Covid-19-epidemien: risikovurdering og respons i Norge – andre versjon* 25.02.2020. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-02-25.pdf> (8.8.2021)
6. Folkehelseinstituttet. Karantene og isolering 2020 <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/karantene-og-isolering/> (15.05.2021)
7. Larsen Ø. Koleraen i Norge i 1853 og historien om den. *Michael* 2020; 17: 621–39. <https://www.michaeljournal.no/i/2020/12/Koleraen-i-Norge-i-1853-og-historien-om-den>
8. Hansen LIK. *Koleraen i Christiania i 1853*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1985.
9. Hamlin C. Commentary: Ackerknecht and 'Anticontagionism': a tale of two dichotomies. *International Journal of Epidemiology* 2009; 38:22-7 doi: 10.1093/ije/dyn256
10. Ackerknecht EH. Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine* 1948; 22:562-93. <https://www.jstor.org/stable/44443398>
11. Andrew Mendelsohn. Peter Baldwin, Contagion and the State in Europe, 1830–1930. *The Journal of Modern History* 2004; 76:940-3 doi: 10.1086/427576
12. Baldwin P. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
13. Pelling M. *Cholera, fever and English medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press, 1978.
14. Baldwin P. The politics of prevention. I: Baldwin P, red. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
15. Peak CM, Kahn R, Grad YH et al. Individual quarantine versus active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20: 1025-33 doi: 10.1016/S1473-3099(20)30361-3
16. Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet. *Covid-19-Epidemien: Risikovurdering og respons i Norge – Versjon 3* 12.03.2020. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-03-12.pdf> (8.8.2021)

17. WHO EC. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. 2020. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
18. World Health Organization. *Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts: interim guidance, 04 February 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331133> (8.8.2021)
19. World Health Organization. *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 29 February 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299> (8.8.2021)
20. Folkehelseinstituttet. *Koronavirus – fakta og håndtering i Norge 2020* <https://www.helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge/> (15.05.21)
21. Folkehelseinstituttet. *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19 2020* <https://www.fhi.no/nettpub/koronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/#inkubasjonstid> (15.05.21)
22. Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Travel Medicine* 2020;27 doi: 10.1093/jtm/taaa037
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV* – February 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions>
24. World Health Organization. *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329439>
25. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa 2014* [https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal\\_beredskapsplan\\_pandemisk\\_influensa\\_231014.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf).
26. World Health Organization. *Responding to the avian influenza pandemic threat : recommended strategic actions*. [https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_05\\_8-EN.pdf](https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-EN.pdf) (8.8.2021)
27. Caduff C. *The Pandemic Perhaps: dramatic events in a public culture of danger*. Oakland, CA: University of California Press, 2015.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer*. 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/>
29. Searight A. Strengths and vulnerabilities in Southeast Asia's response to the Covid-19 pandemic. 2020 <https://www.csis.org/analysis/strengths-and-vulnerabilities-southeast-asias-response-covid-19-pandemic> (15.05.21)
30. Honigsbaum M. *The pandemic century : a history of global contagion from the Spanish flu to covid-19*. London: WH Allen; 2020.



31. NOU 2021:6. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon: Rapport fra Koronakommisjonen; 2021.
32. Caduff C. What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop. *Medical Anthropology Quarterly* 2020;34:467-87 doi: 10.1111.ma.12599
33. Greenberger M. Better Prepare Than React: Reordering Public Health Priorities 100 Years After the Spanish Flu Epidemic. *American Journal of Public Health* 2018;108:1465-8 doi: [10.2105/AJPH.2018.304682](https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304682)
34. Gisvold SE. Vi har ingen ledige senger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020 doi: 10.4045/tidskr.20.0238
35. Helsedirektoratet. *Helsedirektoratets anbefaling om tiltak mot utbruddet av koronavirus i Norge*. 04.04.2020. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf/\\_attachment/inline/63935b15-b7a1-4e0d-8a97-f0497b05e0ce:cdffd2d2ac4a5dc22d06d5c43763b33654f8b37c/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/63935b15-b7a1-4e0d-8a97-f0497b05e0ce:cdffd2d2ac4a5dc22d06d5c43763b33654f8b37c/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf) (8.8.2021)
36. Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet Infectious Diseases* 2020;20:e102-e7 doi: [10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)
37. Folkehelseinstituttet. *COVID-19-EPIDEMIEN: Risiko, prognose og respons i Norge* 19.mai 2020 <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/2020.05.19-notat-om-risiko-og-respons.pdf> (8.8.2021)
38. Fausko L. Helsedirektoratet om høsten: Testing vil erstatte karantene. *VG* 08.07.2021. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/QmpKMP/helsedirektoratet-om-hoesten-testing-vil-erstatte-karantene> (08.07.21)
39. Svartdal F. uoppmerksomhetsblindhet: Store Norske Leksikon; 2020 <https://snl.no/uoppmerksomhetsblindhet> (15.05.21)
40. World Health Organization. *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response*. 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies> (8.8.2021)

*Marte Midttun Tobiassen*  
*m.m.tobiassen@studmed.uio.no,*  
*Kjølberggata 1G*  
*0653 OSLO*

*Marte Midttun Tobiassen er medisinstudent på fjerde året ved Universitetet i Oslo*

*Anne Helene Kveim Lie*  
*ahlie@medisin.uio.no*  
*Institutt for helse og samfunn,*  
*Postboks 1130 Blindern*  
*0317 Oslo.*

*Anne Helene Kveim Lie er førsteamanuensis i medisinsk historie ved avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo*

*Preben Aavitsland*  
*preben@epidemi.no*  
*Pandemisenteret*  
*Universitetet i Bergen*  
*Postboks 7804*  
*5020 Bergen*

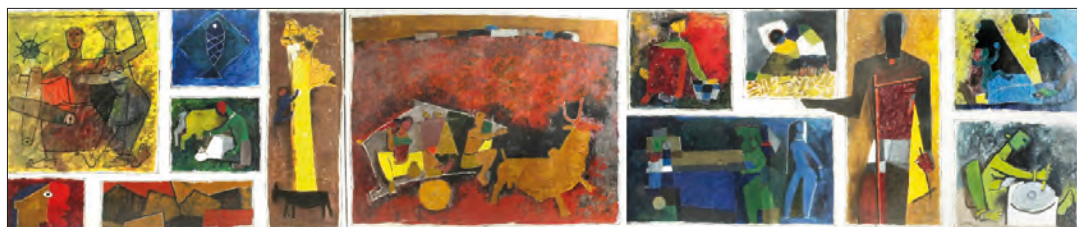
*Preben Aavitsland er professor ved Pandemisenteret, Universitetet i Bergen, overlege ved Folkehelseinstituttet og kommuneoverlege i Froland og Arendal.*

## The spectacular life of Leon Elias “Volo” Volodarsky (1894–1962) – surgeon, art collector, and donator

*Michael* 2021; 18: 338–47.

*Born and raised under adverse conditions in rural Ukraine, young Leon Elias “Volo” Volodarsky (1894–1962) left for Belgium in his early teens to seek a future. He served in World War I, but because of illness he was evacuated to England and finally dismissed. His plan to return to Russia by ship in 1916 was changed as the ship called at the port of Kristiansand. He then disembarked to stay in Norway. In spite of difficult living conditions he managed to qualify for admission to the University in Kristiania (Oslo). He graduated as a medical doctor in 1926, and held hospital positions until he had to flee during World War II because of his Jewish descent. He then joined the allied forces in England. Back in Norway after the war he was trained as a surgeon. His hospital career was interrupted by medical commitments abroad, before he finally settled as a surgeon at the Oslo medical emergency unit (Oslo kommunale legevakt). Dr. Volodarsky was a committed art collector, and he presented to Ullevål University Hospital a monumental painting by the Indian painter Maqbool Fida Husain (1915–2011), a piece of art which still reminds us about a doctor with a quite special background.*

In a narrow corridor and well hidden behind closed doors in Ullevål university hospital, Oslo one may be lucky to discover and find interest in a very special work of art. It is a large painting (Fig. 1) by the famous and internationally recognized Indian painter Maqbool Fida Husain (1915–2011), and it was originally presented as a tribute to professor Kristian Kristiansen (1907–1993) and the Department of Neurosurgery, Ullevål hospital, Oslo by his friend and colleague, dr. Leon Elias “Volo” Volodarsky (1896–1962). In this same context, the exciting course of life and unique career of Volo, an unpretentious Norwegian general surgeon and private



*Fig. 1. Painting (435 x 103 cm) by Maqbool Fida Husain in Ullevål university hospital, Oslo, a gift from Dr. Leon Elias "Volo" Volodarsky Photo: "Kunstkomiteen", Ullevål universitetssykehus).*

art collector, is worth notice by this late obituary many years after he passed away, and 125 years after his birth.

### **The background of Dr. Volodarsky**

Leon Elias Volodarsky who arrived in Oslo, Norway a cold November night in 1916, as a lonely, friendless and helpless stranger, was born in a small village called Schultz in Ukraine, situated between Odessa and Nikolajev (Mykolajiv). Youngest among the six children in the Jewish family of Sara and Berl Volodarsky, he spent his childhood on his father's farm. His was not the usual happy carefree childhood, but one oppressed by prevailing prejudices. To be denied normal rights for proper education because of fear of persecution was considered undesirable for the growing child. So, in his early teens Volo was dispatched on a lonely trip to seek his future in the Jewish-owned diamond grinders in Antwerp, Belgium.

Just as he was settling down to this first vocation, the First World War broke out. In righteous indignation against the enemy, the young teen aged boy enrolled himself in the army by falsifying his age. Service in the cold damp trenches in the famous big battle of Ypres for a year resulted in illness, for which he was later evacuated to England and finally discharged unfit for further service. Penniless and jobless he roamed about the streets of London, living in slums and grabbing the first job that could give him a few shillings. Thus he worked as an assistant to a tailor, a shoemaker, a lady's hat-designer and then as an errand boy, lift boy and a waiter in a hotel.

Encouraged by an advertisement in the newspaper in October 1916, that Russian citizens would have an opportunity to go back to their country, he opted to return. On his way from London that same year his ship landed in Kristiansand, Norway. He had recognized that the conditions in Russia had become so bad that he decided to break off his return to Russia,

went on shore in Kristiansand and remained in Norway, a choice he never in his life regretted.

### **Volo ending up as Dr. Volodarsky in Norway**

Mustad's margarine factory in Lysaker near Oslo provided the first shelter to this lonely foreigner who did not even know the local language. Here he worked as a labourer for 12 NOK a week. The young teenager started to learn Norwegian. It is no surprise that his first acquaintance with the language was through the swear words he heard during the heavy carrying and stacking sacks of salts.

Soon after, he was lucky to meet a kind and gracious lady, Miss Marie Antonia Aniksdal (1867–1957), at that time a well known female politician. She was engaged in the Norwegian Israel Mission in Oslo, and with her help and encouragement, Volo started his formal education while still working at the factory.

Accepting no hardship as too great, and taking his lead from the gypsies in his home town, he would say to himself "if gypsies can teach a bear to dance, then I can learn the Norwegian language". And learn he did; in a year's time, he passed the examination, after a syllabus made out by Hauges Minde (a private Christian gymnasium named after Hans Nielsen Hauge). Later he joined afternoon classes at the Ragna Niensens Skole in Kristiania (Oslo). He had by now left the factory and was supporting himself by working as a telegraph messenger and doing some tutoring jobs. In two years he qualified for admission to the University (1920).

Inspired by the kindness of his teacher, he wanted to become a teacher himself, but soon realized that his proficiency in the Norwegian language – or the lack of it – would always be a barrier for him to become a good teacher. To repay his debt of kindness to mankind he decided to become a doctor, and finally he graduated from the University in Oslo in 1926 (1). During all these years of education he earned his living doing a variety of jobs in his off time and holidays. After the first term in the medical school, he compiled all the lectures in physiology and by the courtesy of his professor put out a treatise in Norwegian on physiology.

Having graduated, he served the country of his adoption in various capacities and places, i.e. in departments of psychiatry, internal medicine and surgery in Krohgstøtten hospital, Ullevål hospital and Telemark County Hospital, Skien, and then in Innherred Hospital in Levanger from 1929–1935 (2) (Fig. 2). In 1935 he came back to Oslo and worked with professor Carl Semb, department of surgery, Ullevål hospital, already famous for his "Semb's thoracoplasty", for three years. This association he valued and cher-



*Fig. 2. Dr. Volodarsky having a coffee break in the garden of the hospital in Levanger, Norway, probably in 1936. (Photo: Harald Renbjør. Courtesy of Levanger Photo Museum/ Åse Aud Reitan. Picture LEM.006.10.036.13.)*

ished most, all of his life. In 1939 he returned to Levanger where he was when the Second World War broke out in 1940 (Fig. 3). In November 1941, the anti-semitic persecutions under the Nazi regime made him escape from the country. Skiing across snow covered mountains, he fled to Sweden, from where he was moved to London.

Arriving in England he was attached to the Norwegian resistance movement as medical officer in the Norwegian Health Centres to serve for the Norwegian forces and personnel in Cardiff, London, Newcastle and Edinburgh, eventually even in New York (Fig. 4). At the end of the war, he was much involved among the Norwegian and Russian armed forces under the liberation of Finnmark in 1944–45, practising under miserable conditions in a small hospital unit in the ruined town of Kirkenes after the retreat of the Germans (3).



*Fig. 3. Dr. Volodarsky at his dinner table in Levanger around 1940.  
(Photo: Harald Renbjør. Courtesy of Levanger Photo Museum/ Åse Aud Reitan. Picture LEM.006.F01.150.04)*



*Fig. 4. Dr. Volodarsky served in the Norwegian Armed Forces in England during the Second World War, and was the personal doctor for the Norwegian prime minister Johan Nygaardsvold (1879–1952) (6). (Courtesy Levanger Photo Museum/ Åse Aud Reitan/ Hans-Magnus Ystgaard/ Karin Kjølmoen.)*

### **Dr. Volodarsky on international missions**

After the war, more or less for immediate shelter, he returned to the county hospital in Levanger, his "second home town" from before. Soon afterwards, in response to a call by UNRRA United Nations Relief and Rehabilitation Administration, he volunteered to go for a commission in China. In China his work acquired a new meaning for him. He had seen enough misery and squalor, but for the first time he had the real opportunity to help the poor and needy, and provide hope to the hopeless. He accepted the challenges of Mr. Cheng Lu, the chief of UNRRA who welcomed the foreigner with the advice, "... not to expect anything at all to help you in your work, you will find no hospital, no instrument and most likely no patients. You will have to make your own work and you will have to provide the means to carry it on". He started working in Canton (now Guangzhou) in a "hospital" which had no claim to be called so except that sick people used to be dumped there to die. "Fong Pin", meaning "Convenient", was nothing more than a "Convenient place to die". He envisaged a three point programme for his work, to provide means to control and prevent epidemics, to train doctors and nurses in the most modern methods of medicine and surgery, and to provide limitless space fully equipped for care of the sick poor.

After his initial success, a "hospital" that was shunned by everybody began to be sought by thousands of patients. Daily attendance of the "miserable wretches" who peopled Fong Pin, constant contact with the ever lengthening line that besieged the hospital doors, acted on him like a powerful stimulant and made of him an indefatigable beggar with a one trek in mind. This led the way to a new fully equipped completely competent and completely charitable "Convenient place to be cured". He begged from every possible source he could think of, and finally there rose up, adjacent to the old decrepit inadequate buildings, a four storey hospital to vie with the best buildings in Canton. It is known from a letter to Volo found after his death, that soon after he left Canton, the place was closed down. He worked in China for five years, and unwillingly and with a broken heart he left the place because of the advent of new political regimes.

While at Canton, one day Volo picked up an infant girl left behind in a gutter and brought her to his house, he took care of her, appointed a nursing aid to look after her. She soon grew up into a charming little girl, whom he loved dearly and for all practical purposes brought her up as his daughter. It may be mentioned that "Papa" Volo was a bachelor and remained so all his life. The communist regime who virtually forced him to leave Canton, would not let him take his "daughter" with him. She was



held up on the border control when Volo left China. Later in life he made all efforts to find this girl and obviously missed her till his end (4,5).

Returning to Oslo he went back to Ullevål hospital. Soon after, however, he was on his way again, now for six months mission in the Norwegian Army Field Hospital during the Korean War. Thereafter, on his way back from Korea, he met some of his old friends in WHO World Health Organization in Geneva who asked him to help them in another project in the East. Thus on 7th April 1954, he reached India as the head of a WHO team to establish a Thoracic Surgery Training Centre in Delhi. Starting from nothing, in one year he developed a full-fledged centre for surgical treatment of pulmonary tuberculosis. It was here that fate brought one of us (PNT) in contact with this remarkable man, had the rare privilege to work with him, and ultimately virtually was “adopted as a son to Papa Volo”. He thus carried the teachings of his esteemed friend Prof. Carl Semb and the name of Norwegian medicine to the Orient once again. It was only with his will to help the poor, his immense patience and perseverance that he succeeded in completing the task assigned to him in such a short time and against odds (5).

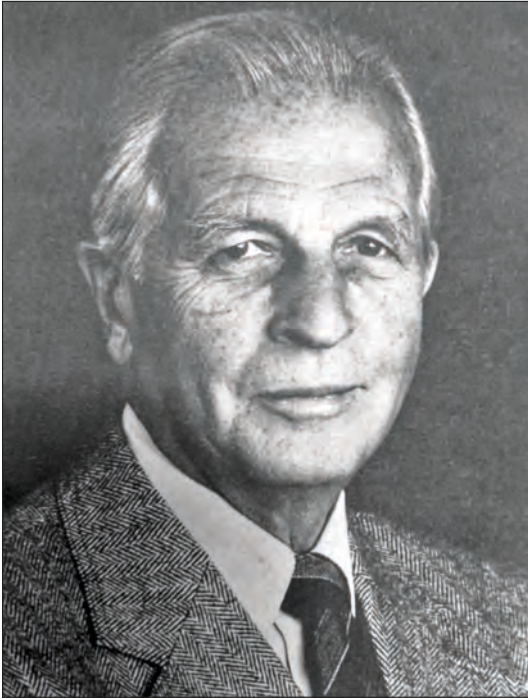
### **Final return to Norway**

From the time of his return from India after 1954, Dr. Leon Elias Volodarsky finally ended up as consultant surgeon in the Oslo kommunale Legevakt, the municipal patient first aid station and emergency hospital in Oslo. In his capacity as a surgical specialist he continued to work there till few months before his death in 1962.

### **Volodarsky, art collector, donator of the painting by Maqbool Fida Husain**

In the early 1960-ies, Department of Neurosurgery, Ullevål Hospital, Oslo under its leader professor Kristian Kristiansen was presented with a large and very special work of art (Fig. 1). The donor was a near friend and colleague of professor Kristiansen, doctor Leon Elias “Volo” Volodarsky, who spent a silent and retired existence as a surgeon in Oslo at the time. He had close friends after many years among surgical colleagues in Oslo, among these professors Hans Fredrik Harbitz (1900–71), Carl Semb (1895–1970) and Kristian Kristiansen (1907–1993) (1).

The occasion for the presentation of this impressive painting (435 x 103 cm) by the Indian artist Maqbool Fida Husain (1915–2011), refers to dr. Volo Volodarsky’s gratitude to his friend professor Kristiansen and his department in Ullevål hospital. This department of neurosurgery had an



*Fig. 5. Professor Kristian Kristiansen (1907–1993). Chairman of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab) (1963–1965). (Photo: PN Tandon)*

internationally high esteem. For a period of a few years from 1957 the department attracted a number of doctors from India for their further specialization in the field of neurosurgery (Fig. 5). Among them, one of the authors (PNT) was given accommodation and the opportunity to stay with "Papa" Volo in his flat back in 1957–58 (Fig. 6). In the years to follow, this large work of art has represented an exclusive decoration on the walls of Department of Neurosurgery in Ullevål University Hospital.

Beside his surgical skills, Volo was a dedicated art collector, and in his apartment in Munkedamsveien 55B in Oslo, his private collection of paintings and graphic art, silver, ivory carvings and other treasures characterized the surroundings (Fig. 6). The Husain painting meant for Ullevål hospital was taken out of his collection and presented in the early 1960-ies (4). Volo had stayed in New Dehli, India under a United Nations UN Commission back in 1954, and in an art gallery there he discovered this large painting among two by Maqbool Fida Husain. At that time Husain was neither a recognized nor a reputable artist in India. Volo bought the one picture (for 1400 rupies!) and some Indian authorities bought the other piece. Since then, the reputation of Maqbool Fida Husain as an Indian modernist has risen immensely in India as well as internationally. After his exercise in the



*Fig. 6. Dr. Leon Elias “Volo” Volodarsky (1896–1962) in his apartment in Oslo. (Photo: PN Tandon)*

art of modified cubism and abstract expressionism, Husain is now recognized as “an Indian Picasso” (Forbes Magazine). After a long and unfortunate dispute whether his art and motives could be interpreted as anti Hindu, the painter left his home country in 2006 after a self-imposed and accepted exile in Qatar, spending his last few years in Doha, Qatar and London. He died in London June 9th, 2011 and is buried in Brookwood Cemetery, Surrey.

### **A great personality**

”Papa” Volo was a spectacular personality. He spent his life in solitude and passed away rather secretly without leaving any family after him. The name and renown of this Norwegian colleague of Ukraine Jewish origin, donor of a precious gift to Oslo University Hospital Ullevål, deserve to be remembered (4, 5).

## References

1. Larsen Ø ed. *Norges Leger*. Oslo: Den Norske Lægeforening. 1996.
2. Eklo ADK. "Volo". Dr. Leon Elias Volodarsky. *Nord-Trøndelag Historielag*. Årbok 2012 (Yearbook 2012).
3. Broch T. *Fjellene venter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2015: 321-23.
4. Harbitz TB. Historien om Dr. Leon "Volo" Volodarsky. En enslig russisk jøde i Oslo. *HATIKVA* 2018; 27(no.3):32-35.
5. Letters (personal) from Leon Elias "Volo" Volodarsky to Prakash Narain Tandon. (1955–1962).
6. Ystgaard H-M. Hjemmefronten, Michelet og tilfellet Volodarsky. *Sparbu historielags årbok* 2019 (Yearbook 2019); 41: 75-84.

*Thorstein Bache Harbitz*  
*thors.harbitz@gmail.com*

*Prakash Narain Tandon*  
*prakashnaraintandon@gmail.com*

*Thorstein Bache Harbitz is chief surgeon (ret.) at Aker University Hospital in Oslo, Norway, and head of Aker museum (Oslo University Hospital).*

*Prakash Narain Tandon is professor of neurosurgery (ret.), emeritus professor at All India Institute of Medical Sciences New Delhi, India, National Research Professor, and former president, National Brain Research Center.*

## Revisjon av de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin i legestudiet

*Michael 2021; 18: 348–61.*

*I 2018 ble det utarbeidet nasjonale læringsutbyttebeskrivelser for undervisningen i samfunnsmedisinske fag i legestudiet (LUB2018). Disse er nå revidert, først og fremst på basis av den nye forskriften om nasjonal retningslinje for medisnutdanning. Artikkelen beskriver revisjonsarbeidet og presenterer de nye nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene (LUB2021). Alle de fire universitetene som utdanner leger i Norge har vært representert i arbeidet.*

*Antall læringsutbytter er redusert fra 82 til 81. Ingen tema er fjernet, men noen punkter er slått sammen og det er gjort innholdsmessige, språklige og redaksjonelle endringer. De fleste nye læringsutbyttene er en direkte konsekvens av den nye forskriften, og gjelder bruk av digitale løsninger, samenes status og rettigheter, kunnskapsformidling, håndtering av usikkerhet, og innovasjon og systematiske arbeidsprosesser.*

*Studenter, undervisere, og undervisningsledere kan gjennom LUB2021 skaffe seg oversikt over hva som skal være resultatet av en læringsprosess i samfunnsmedisinske fag i grunnutdanningen for leger i Norge.*

Flere utviklingstrekk de siste årene har gitt vind i seilene til samfunnsmedisin som undervisningsfelt. Gjennom de siste to tiårene har globale helseutfordringer, som klimaendringer og antibiotikaresistens, synliggjort behovet for overordnede samfunnsmedisinske tilnærminger. I Norge har politiske reformer, som samhandlingsreformen og ny folkehelselov, løftet betydningen av systemperspektivet. Videre har FNs mål for bærekraftig utvikling gitt viktige føringer. De fleste bærekraftsmålene har relevans for folkehelse og dermed for undervisningen i samfunnsmedisinske fag. Sist, men ikke minst har fagets aktualitet blitt synliggjort og forsterket gjennom koronapandemien, som har gjort det lettere å engasjere studentene i de samfunns-

medisinske fagfeltene. Sammenhenger som tidligere bare ble påpekt av noen få, er nå synlige for alle. Kommuneoverlegen har blitt samtaletema blant studentene, og alle vet hva smittesporing er før de kommer til smittevern-undervisningen i legeutdanningen.

I 2017 startet representanter for de fire medisinske fakultetene (Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo) utarbeidelsen av nasjonale læringsutbyttebeskrivelser for undervisning i samfunnsmedisinske fag for medisinstudenter (1). Arbeidet tok utgangspunkt i gjeldende læringsmål og læringsutbyttebeskrivelser ved de fire medisinske fakultetene, og resulterte i en felles liste med 82 læringsutbytter datert september 2018 (LUB2018) (2). Så vidt vi vet er vi det eneste fagmiljøet innenfor medisin som har blitt enige om felles læringsutbyttebeskrivelser på nasjonalt nivå.

Læringsutbytter er et sentralt pedagogisk verktøy som kan bidra til en tydeligere dialog om læring og forventninger, et mer helhetlig perspektiv på læringsaktiviteter, tydeliggjøring av underviserens og studentenes rolle i læringsarbeidet, og også kommunisere en sammenheng til eksamen og vurderingsformer (3). Et læringsutbytte defineres av Kunnskapsdepartementet som «det en person vet, kan og er i stand til å gjøre som resultat av en læringsprosess» (4). Læringsutbytter er inndelt i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Kunnskaper er forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper, prosedyrer innenfor fag, fagområder og/eller yrker. Ferdigheter defineres som evne til å anvende kunnskap til å løse problemer og oppgaver. Ferdigheter kan være kognitive, praktiske, kreative og kommunikative. Generell kompetanse er å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i utdannings- og yrkessammenheng (4). I denne artikkelen er begrepet læringsutbytte brukt om enkeltpunkter, mens begrepet læringsutbyttebeskrivelse er brukt om et samlet sett med beskrevne læringsutbytter.

Det overordnede langsiktige formålet med læringsutbyttebeskrivelsene er å styrke studentenes kunnskaper, ferdigheter og generelle kompetanse innen samfunnsmedisinske fag. Samfunnsmedisin som undervisningsfag inkluderer ved de fleste studiestedene også for eksempel forebyggende medisin, arbeidsmedisin, sosialmedisin, trygdemedisin, epidemiologi, global helse, medisinsk antropologi og medisinsk historie. Erfaringen fra studiestedene er at LUB2018 har vært et viktig hjelpemiddel i arbeidet med å gi et likeverdig nasjonalt undervisningstilbud som dekker faget best mulig.

Siden høsten 2017 har det parallelt og uavhengig pågått et utviklingsarbeid med nye retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene i Norge (RETHOS). I januar 2020 ble forskriftene for elleve grunnutdanninger

vedtatt, deriblant forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium (5). Forskriften trådte i kraft 1. februar 2020 og har virkning for studiestedene fra studieåret 2021/22 (6). Den definerer 79 læringsutbytter innenfor de sju kompetanseområdene medisinsk ekspertise, kommunikasjon, ledelse og systemforståelse, samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, forskning, vitenskapelighet og innovasjon, og profesjonalitet. Undervisningen i samfunnsmedisinske fag inneholder stoff fra mange av disse kompetanseområdene. Forskriften gjelder imidlertid hele medisinstudiet og er overordnet og mer generelt formulert enn læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin.

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra de fire studiestedene gjorde høsten 2019 og våren 2020 en kartlegging av hvordan LUB2018 dekkes ved de fire universitetene, og hvordan LUB2018 samsvarer med forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium. Gjennomgangen viste stor grad av samsvar, men også behov for oppdatering og justering på noen punkter (7). Høsten 2020 og våren 2021 ble det derfor utarbeidet reviderte nasjonale læringsutbyttebeskrivelser for undervisningen i samfunnsmedisin. Formålet med denne artikkelen er å beskrive revisjonsarbeidet og presentere de nye nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene (LUB2021).

## Arbeidsmetode

Arbeidsgruppen har bestått av Anne Helene Kveim Lie fra Universitetet i Oslo, Ingvild Fossgard Sandøy og Liv Grimstvedt Kvalvik fra Universitetet i Bergen, Gunnhild Åberge Vie fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Anne Helen Hansen fra UiT Norges arktiske universitet.

Høsten 2019 og våren 2020 ble det avholdt ti digitale arbeidsmøter mellom de fire universitetene. I møtene ble hvert læringsutbytte diskutert og vurdert, både med tanke på dekning ved det enkelte studiested, samsvar med forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium, og behov for oppdateringer, tydeliggjøringer eller språklige og redaksjonelle forenklinger.

Revisjonen av læringsutbyttebeskrivelsene har deretter foregått gjennom seks digitale møter (varighet 1–2 timer) høsten 2020 og våren 2021. Mellom møtene har det vært e-postutvekslinger og arbeid med felles dokumenter i egnede digitale rom.

Det har vært et uttalt mål i revisjonsarbeidet å ikke øke antall læringsutbytter, men heller redusere antallet, og forkorte teksten. En viktig del av det språklige revisjonsarbeidet har derfor bestått i å redusere store, ordrike og omfattende læringsutbytter, og slå sammen og fjerne læringsutbytter der innholdet allerede er dekket i andre punkter. Rekkefølgen og plasseringen

for mange læringsutbytter er endret, slik at nærliggende punkter i større grad er tematisk sammenhengende.

Etter at gruppen utarbeidet sitt forslag til reviderte nasjonale læringsutbyttebeskrivelser, har disse vært lagt fram og drøftet i de samfunnsmedisinske fagmiljøene ved hvert av universitetene. Deretter har de blitt presentert for det samfunnsmedisinske «Vårsmøtet» som avholdes årlig mellom universitetene. Innspillene fra disse fora og fra interesserte og engasjerte enkeltpersoner har så blitt vurdert av arbeidsgruppen og innarbeidet i den endelige utgaven av LUB2021, som presenteres i denne artikkelen.

## Resultater og bakenforliggende vurderinger

LUB2021 er gjengitt i Tabell 1. Vi har valgt å betegne sju læringsutbytter som nye og 32 som endrede, selv om det er en glidende overgang mellom kategoriene. I forhold til 2018-utgaven er 42 læringsutbytter helt uendret. Hvert læringsutbytte har nå fått et eget nummer. LUB2018 inneholdt 82 læringsutbytter, mens LUB2021 inneholder 81. Det er ikke fjernet tema eller innhold som inngikk i LUB2018.

### *Forskrift om retningslinje for medisinutdanning*

Det viktigste vurderingstemaet i revisjonen har vært forholdet til forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning. Forskriften legger ikke bare føringer for hvilke enkeltelementer som skal inngå i legens sluttkompetanse etter endt medisinstudium, men krever også mer overordnet at kandidaten kan «analysere egne læringsbehov og sørge for egen faglig oppdatering og livslang læring» (§24e) (6). Dette krever at det formuleres forståelige læringsutbytter som kan brukes til selvevaluering gjennom studiet og videre gjennom legelivet. At dette gjøres nasjonalt er også i tråd med forskriftens formål, som er å «sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon» (§1, 3. ledd).

Av de sju nye læringsutbyttene er fem kommet til som en direkte følge av forskriften om retningslinje for medisinutdanning. Disse gjelder digitale løsninger og bruk av teknologi (læringsutbytte 60), samenes rettigheter og status som urfolk (læringsutbytte 19), vitenskapelig publisering og andre former for kunnskapsformidling (læringsutbytte 32), håndtering av usikkerhet i medisinsk praksis (læringsutbytte 80), og nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon og systematiske arbeidsprosesser (læringsutbytte 81).

I tillegg er noen spesifiseringer lagt inn for tydelig å få fram nyanser i forskriften, for eksempel ved at man i forbindelse med diskriminering også



spesifikt nevner rasisme (læringsutbytte 67) og at spesifikke aldersgrupper (barn, ungdom og eldre) nevnes der dette er aktuelt (læringsutbytte 36). De nye punktene i LUB2021 er nærmere presentert og begrunnet i Tabell 2.

### *Språklige og redaksjonelle endringer*

LUB2018 brukte begrepene «helsetjenesten» og «helsevesenet» om hverandre. I LUB2021 har vi valgt å konsekvent bruke begrepet «helsetjenesten». Et vesen kan betegne en etat, et foretak eller et selskap, og kan således brukes om deler av helsetjenesten men ikke om hele helsetjenesten, som består av mange ulike offentlige og private virksomheter organisert på forskjellig vis. Bruk av begrepet «helsetjenesten» gir også assosiasjoner til en rettighetsorientert «pasientens helsetjeneste» (8).

Begrepet «prehospitale tjenester» er byttet ut med «ambulansetjenesten» (læringsutbytte 10). Begrunnelsen for denne endringen er at mange oppdrag i dette feltet ikke er prehospitale i den forstand at de ender opp på et sykehus.

Fleire sentrale begreper har etter revisjonen fått sin plass i LUB2021. Det gjelder begrepene «risiko- og sårbarhetsanalyse» (læringsutbytte 49), «miljørettet helsevern» (læringsutbytte 12) og «komplementær og alternativ behandling» (læringsutbytte 61). Dette er både en oppdatering til mer tidsriktige begreper, og resultat av synspunktet om at sentrale begreper og arbeidsområder bør være eksplisitt nevnt i læringsutbyttebeskrivelsene.

Fra 1. januar 2021 fikk Fylkesmannen det kjønnsnøytrale navnet Statsforvalteren, og læringsutbytte 71 er oppdatert i henhold til dette.

Vi så det som hensiktsmessig å forenkle språket i læringsutbytte 7 og legge til læringsutbytte 25 som et eget punkt, selv om innholdet i dette (helseforvaltningens oppgaver) var dekket i den tidligere formuleringen av læringsutbytte 7. Videre har vi lagt til læringsutbytte 12 som et nytt læringsutbytte, fordi miljørettet helsevern bare var dekket indirekte gjennom mer generelle formuleringer i andre punkter.

Tabell 1. Læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisin (LUB2021)

Kunnskaper
1. Beskrive historiske utviklingstrekk og nåværende mønstre i sykdomsforekomst og sykdomsbyrde, samt redegjøre for hvilke utfordringer slike mønstre skaper for helsetjenesten i dag **
2. Beskrive sammenhenger mellom global sykdomsbyrde og sosiale ulikheter, klimaendringer og politiske forhold
3. Redegjøre for omfang og forebygging av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som forårsaker alvorlig sykkelighet og dødelighet i lav- og mellominntektsland **
4. Beskrive hvordan vold, terror, tortur, krig og våpen kan påvirke folkehelsen, og redegjøre for de viktigste folkerettslige prinsippene som beskytter helsepersonell og sivile i freds- og krigstid **
5. Redegjøre for dagens migrasjonstrender og identifisere spesielle helsebehov i flyktning- og migrantpopulasjonen, inkludert de som skyldes traumer og brudd på menneskerettigheter, og foreslå relevante tiltak
6. Redegjøre for levekårsutvikling i Norge, de viktigste teorier om årsaker til og kjennetegn ved sosial ulikhet i helse i befolkningen, samt hvordan slik ulikhet måles
7. Redegjøre for helsetjenestens grunnleggende verdier og normer, oppbygning og organisering, oppgaver, finansiering og samhandling **
8. Redegjøre for noen hovedlinjer ved helsetjenestens historiske utvikling med særlig vekt på forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og drøfte hvordan denne utviklingen har preget dagens organisering av helsetjenesten **
9. Redegjøre for helse- og omsorgstjenester til utsatte grupper med særlige behov som f.eks. innvandrere og asylsøkere, personer med psykisk utviklingshemming, psykiske helseplager eller rusproblemer **
10. Redegjøre for sosial- og helsemessig beredskap, inklusive organisering av ambulansetjenesten og legevakt **
11. Redegjøre for prinsipper for smittevern, viktige smitteverntiltak og legers smittevernoppgaver **
12. Redegjøre for kommunens viktigste oppgaver og arbeidsmetoder innenfor miljørettet helsevern *
13. Redegjøre for kommuneoverlegens viktigste oppgaver i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, smittevernloven og forvaltningsloven
14. Redegjøre for de viktigste lovene som regulerer folkehelsearbeidet og kommuners, fylkeskommuners og statens plikt til å medvirke til folkehelsearbeidet
15. Redegjøre for det teoretiske grunnlaget for og de prinsipielle forskjellene mellom helsefremmende arbeid, forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid og sammenhengene mellom disse tilnærmingene
16. Beskrive helsestasjonsvirksomheten (inkl. skolehelsetjenesten og vaksinasjonsprogrammene) i grove trekk, og diskutere den rolle disse spiller for helsetilstanden i befolkningen **
17. Redegjøre for prinsippene og lovgrunnlaget for samarbeid og arbeidsdeling i primærhelsetjenesten, med den øvrige helsetjenesten og med andre kommunale etater **
18. Beskrive kompetanseområdene til ulike grupper helsepersonell og prinsipper for tverrfaglig samarbeid **

## Kunnskaper

19. Redegjøre for samenes status og rettigheter som urfolk, særlig innenfor helse- og omsorgstjenesten \*
20. Redegjøre for sentrale lovfestede rettigheter for pasient og pårørende, herunder retten til nødvendig helsehjelp, informasjon, medvirkning, samtykke, innsyn og klage \*\*
21. Redegjøre for sentrale lovfestede plikter for helsepersonell, herunder kravet om forsvarlighet, journalføring og taushetsplikt \*\*
22. Redegjøre for dagens arbeids- og velferdsforvaltning, samt for betydningen av velferdsstatens fremvekst for legers yrkesutøvelse, herunder trygdeordningenes og sosialytelsenes historiske utvikling
23. Redegjøre for sammenhenger mellom arbeid og helse, forebygging av arbeids- og miljørelaterte helseplager og helse- og velferdstjenestenes viktigste arbeidsrettede virkemidler \*\*
24. Redegjøre for arbeidsmiljøloven og helsefremmende arbeid i arbeidslivet \*\*
25. Beskrive helseforvaltningens viktigste oppgaver \*
26. Beskrive sentrale helseregistre, redegjøre for melderutiner, og diskutere nytteverdien av slike registre opp mot hensyn til personvern og enkeltindividets integritet
27. Redegjøre for utviklingen av medisinsk teori og praksis over tid og drøfte hvordan slik kunnskap har betydning for medisinske vurderinger i dag
28. Redegjøre for begrepene salutogenese, årsak, risiko og helsedeterminanter
29. Redegjøre for prinsipper for og utfordringer ved screeningsprogrammer for ulike sykdommer
30. Redegjøre for de vanligste samfunnsmedisinske metoder og forskningsdesign
31. Redegjøre for mål på forekomst av sykdom, mål på assosiasjoner og hva som menes med effekt-modifikasjon/interaksjon og confounding
32. Redegjøre for vitenskapelig publisering og andre former for kunnskapsformidling \*

## Ferdigheter

33. Gjenkjenne og drøfte et gitt helseproblem i et samfunnsmedisinsk perspektiv
34. Drøfte sosiale, økonomiske og politiske forholds betydning for helse, sykdom og medisinsk kunnskap \*\*
35. Drøfte forskjellene mellom individrettet og befolkningsrettet tilnærming til sykdom og helse, og redegjøre for legers og andre aktørers roller og ansvar innenfor begge tilnærmingene
36. Analysere og drøfte ulike typer forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, gruppe- og samfunnsnivå for alle aldersgrupper, med særlig fokus på barn, ungdom og eldre \*\*
37. Diskutere noen hovedutfordringer for helsetjenesten i fattige land, og spesielle utfordringer for helsetjenesten i katastrofesituasjoner
38. Drøfte de viktigste forskjellene mellom juridisk og medisinsk tenkemåte, og fordeler og ulemper ved rettsliggjøring av helsetjenesten og hvordan lovgivningen og andre politiske vedtak påvirker legens medisinske arbeid
39. Drøfte rett til helsehjelp med utgangspunkt i etiske og juridiske begreper
40. Drøfte kriteriene for forsvarlig tjenesteyting

## Kunnskaper

41. Drøfte hvordan leger kan bidra til å realisere målsettinger som brukerperspektiv og brukermidvirkning på individ- og systemnivå, og kunne drøfte dilemmaer som kan oppstå mellom brukermidvirkning og medisinsk forsvarlig behandling
42. Vurdere samtykkekompetanse, og når det foreligger hjemmel for bruk av tvang hos pasienter
43. Drøfte hvordan oppbygning, organisering og finansiering av helsetjenester påvirker helsen i befolkningen, helsetjenestens tilbud og bruk av helsetjenester \*\*
44. Drøfte hvordan endringer i befolkningens alderssammensetning og sosiale forhold påvirker helsetjenesten
45. Drøfte modeller for pasientforløp og samarbeid i helsetjenesten, herunder betydningen av relasjonsbygging \*\*
46. Drøfte prinsipper og modeller for finansiering og ledelse i helsetjenesten \*\*
47. Drøfte verdvalg i prioriteringsbeslutninger på bakgrunn av kunnskap om kriterier og prinsipper for prioritering i helsevesenet
48. Analysere årsaker til sviktende kvalitet, avvik og uheldige hendelser i helsetjenesten og foreslå hvordan uønskede hendelser kan forebygges og håndteres
49. Utarbeide og anvende en risiko- og sårbarhetsanalyse og kunne samarbeide med pasienter og befolkningsgrupper i kommunikasjon om risiko \*\*
50. Identifisere helseisiko knyttet til miljøforandringer som følger av menneskelig aktivitet \*\*
51. Ta opp en arbeids- eller miljøanamnese, vurdere om sykdommer/lidelser er arbeids- eller miljørelaterte og formidle kunnskapsbaserte råd om evt. tilrettelegging og tiltak på individuelt nivå, i arbeidsmiljøet og på samfunnsnivå
52. Vurdere og formulere melding om arbeidsrelatert sykdom og skade, drøfte hvilke tiltak som bør gjøres og gi informasjon om rettigheter og plikter som følger av slik melding
53. Drøfte hvordan arbeidsliv og miljø påvirker helse og livskvalitet for enkeltpersoner, grupper og befolkningen som helhet
54. Samarbeide med bruker, øvrige helsepersonell og andre aktører i NAV og andre tverrfaglige fora
55. Veilede pasienter om muligheter, rettigheter og ulemper ved aktuelle tiltak, på bakgrunn av kunnskap om trygdeytelser og sosiale ytelser og de lover som regulerer tilgangen til disse
56. Vurdere om det foreligger sykdom med innvirkning på funksjon/aktiviteter, og hvordan dette innvirker på mulighet for deltakelse i arbeid og utdanning
57. Kommunisere klart skriftlig (for eksempel med sykmelding og legeerklæring) og muntlig med NAV, arbeidsgiver og andre relevante aktører
58. Medvirke ved utarbeidelse av individuell plan gjennom et ansvarsgruppemøte
59. Drøfte etiske utfordringer knyttet til forskjeller mellom legens rolle som sakkyndig, behandler og forvalter av velferdsgoder \*\*
60. Anvende digitale løsninger, e-helse og informasjonsteknologi i kommunikasjon med samarbeidspartnere, pasienter, grupper og befolkninger \*
61. Drøfte bruk av komplementær og alternativ behandling med pasienter på bakgrunn av kunnskap om lovregulering og bruk i befolkningen \*\*

## Kunnskaper

62. Drøfte gjennom eksempler hva som ligger i begrepene medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling, og kunne sette i verk tiltak for å begrense disse fenomenene
63. Drøfte begrepene sykdomsopplevelse (illness), sykdom (disease), sykerolle (sickness), helse, normalitet og livskvalitet/trivsel (wellbeing) med utgangspunkt i relevant teori
64. Drøfte hvordan kultur har innflytelse på helseforståelse, sykdomsoppfatning og helseatferd (inkludert valg av behandling) \*\*
65. Drøfte hva som kjennetegner kulturell sensitiv praksis \*\*
66. Anvende tolk på en profesjonell måte og vite når det er indisert
67. Drøfte hvordan marginalisering, stigmatisering, diskriminering og rasisme påvirker helse og helseatferd, samt hvordan helsepersonell kan bidra både til å forsterke og minimalisere dem \*\*
68. Foreslå og drøfte relevante tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse
69. Foreslå og begrunne populasjonsrettede forebyggende tiltak mot rusrelaterte sykdommer \*\*
70. Gjenkjenne tegn på vold i nære relasjoner, redegjøre for betydningen av omsorgssvikt og fysisk og seksuell mishandling på helse, og iverksette adekvate forebyggende tiltak \*\*
71. Identifisere situasjoner der melding eller varsling er nødvendig, for eksempel til Statsforvalteren, barnevernet, politiet, eller Folkehelseinstituttet \*\*
72. Tolke resultater i primærstudier, systematiske oversikter og metaanalyser basert på en vurdering av kvalitet, og drøfte svakheter og styrker ved ulike studiedesign \*\*
73. Vurdere om det er riktig å gjøre en viss test/undersøkelse basert på epidemiologiske betraktninger

## Generell kompetanse

74. Fremme likeverd og ha respekt for mangfold i sin yrkesutøvelse
75. Tilpasse og bruke hensiktsmessig språk og fremtreden i muntlig og skriftlig kommunikasjon \*\*
76. Reflektere over hva som kan anses som likeverdige og rettferdige helsetjenester
77. Reflektere over legens samfunnsansvar, samt legens rolle som pasientbehandler, helsefremmer, omsorgsperson, folkeopplyser, forvalter av velferdsgoder, forkjemper for utjevning av sosiale ulikheter i helse og koordinator av helsetjenester
78. Reflektere kritisk rundt bruk av velferdsytelser ved sykdom og vanskelige livssituasjoner på både individ- og samfunnsnivå
79. Reflektere over medias rolle i helsefremming, forebygging og helsetjenestens prioritering
80. Anvende kunnskaper og ferdigheter til å gjenkjenne og håndtere usikkerhet i klinisk og samfunnsmedisinsk praksis \*
81. Bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring \*

\* Nye læringsutbytter (12, 19, 25, 32, 60, 80 og 81). Innholdet i læringsutbytte 25 var dekket av tidligere formulering av læringsutbytte 7, men er nå skilt ut som et eget læringsutbytte.

\*\* Endrede læringsutbytter (1, 3, 4, 7-11, 16-18, 20-21, 23-24, 34, 36, 43, 45-46, 49-50, 59, 61, 64-65, 67, 69-72 og 75).

Tabell 2. Nye læringsutbytter for samfunnsmedisin med begrunnelse

Nye læringsutbytter	Begrunnelse for endring
<b>Kunnskaper</b>	
12) Redegjøre for kommunens viktigste oppgaver og arbeidsmetoder innenfor miljørettet helsevern	Endringen er ikke direkte begrunnet i REM*, men det er naturlig å nevne det sentrale samfunnsmedisinske begrepet/fagområdet miljørettet helsevern i et eget læringsutbytte. I LUB2018 var dette bare indirekte omtalt.
19) Redegjøre for samenes status og rettigheter som urfolk, særlig innenfor helse- og omsorgstjenesten	REM §7b – har bred kunnskap om hvilken betydning kultur har for kommunikasjon og samhandling REM §10d – har kunnskap om samenes status som urfolk og om samenes rettigheter, særlig innenfor helse- og omsorgsfeltet
25) Beskrive helseforvaltningens viktigste oppgaver	Endringen er ikke direkte begrunnet i REM, men det er naturlig å nevne helseforvaltningens oppgaver i et eget læringsutbytte, både fordi leger må forholde seg til disse, og fordi helseforvaltningen er arbeidssted for mange samfunnsmedisinere. I LUB2018 kunne dette lett overses fordi teksten i læringsutbytte 7 var lang og omfattende.
32) Redegjøre for vitenskapelig publisering og andre former for kunnskapsformidling	REM §19b – har inngående kunnskap om vitenskapelig publisering og andre former for kunnskapsformidling
<b>Ferdigheter</b>	
60) Anvende digitale løsninger, e-helse og informasjonsteknologi i kommunikasjon med samarbeidspartnere, pasienter, grupper og befolkninger	REM §4l – har bred kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten, herunder digital sikkerhet REM §6d – kan anvende digital kompetanse, bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ og systemnivå REM §9a – kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert ved bruk av digitale hjelpemidler og tolk
<b>Generell kompetanse</b>	
80) Anvende kunnskaper og ferdigheter til å gjenkjenne og håndtere usikkerhet i klinisk og samfunnsmedisinsk praksis	REM §6e – kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å gjenkjenne og håndtere usikkerhet i medisinsk praksis
81) Bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjeneste-innovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring	REM §21a -kan bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

\* REM: Forskrift om retningslinje for medisinstudning.

## Diskusjon og implikasjoner

Den pedagogiske litteraturen har i de senere år løftet frem kollegasamarbeid som en viktig verdi, både for høyere utdanning generelt, og for medisintutdanningen spesielt. Tidligere har innhold, undervisningsmetoder og evalueringsformer i stor grad ligget hos enkeltlærere og emneledere. Dette gjelder også læringsutbyttebeskrivelser (9). Nyere pedagogisk litteratur legger imidlertid vekt på læring og pedagogisk utvikling som en kollektiv prosess, som krever høy grad av samarbeid, både innenfor hver enkelt undervisningsinstitusjon og på tvers av institusjoner (10).

Vi har selv gjennom revisjonsarbeidet erfart at kollegiale strukturer på tvers av fakultetene er viktig for å kvalitetssikre og videreutvikle undervisningen i tråd med myndighetenes føringer. Vårt arbeid med læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin kan også betraktes som en form for kollaborativ fagfellevurdering (10), der vi har indentifisert egne styrker og svakheter, og tatt stilling til hva som bør bevares eller korrigeres. Prosessen i arbeidsgruppa fokuserte både på innhold og språklige forhold. Dette innebar også diskusjon av begrepsforståelse og hvordan innholdet i læringsutbyttene fortolkes og anvendes ved det enkelte studiested. Ofte erfarte vi at vi ikke la nøyaktig samme innhold i enkeltformuleringer og begreper, noe som førte til avklaringer og forsøk på felles fortolkninger.

For oss i arbeidsgruppa var det en gledelig overraskelse å se at det var stort samsvar mellom LUB2018 og forskrift om nasjonal retningslinje for medisintutdanning. Arbeidet med å tilpasse de eksisterende læringsutbyttene til forskriften, og integrere de få nye læringsutbyttene, ble dermed mindre omfattende enn vi på forhånd hadde regnet med.

Det enkelte universitet er i sin undervisningsplanlegging kun forpliktet til å formulere egne læringsutbyttebeskrivelser i henhold til kvalitetsrammeverket og forskriften. Disse er førende for eksamen ved det enkelte studiested. Universitetene er ikke forpliktet til å bruke de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene. Likevel er det vår vurdering at felles nasjonale læringsutbyttebeskrivelser er et ønskelig og nødvendig hjelpemiddel for undervisere og undervisningsledere ved det enkelte universitet. Ved å ta i bruk LUB2021 kan hvert enkelt undervisningsmiljø være trygg på at de oppfyller kravene i forskriften. Gjennom arbeidet med de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene håper vi å bidra til å sikre kvalitet og bredde i undervisningen i samfunnsmedisinske fag. Sammen med undervisning, anbefalt litteratur og eksamen, gir de lokale og nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene studentene en ramme for faget, noe som kan være ekstra betydningsfullt for et fag som kan oppfattes som mindre håndfast enn mange andre medisinske fag. Spesielt vil de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene, i kraft av sin nasjonale

status, være et viktig bindeledd mellom undervisningen ved det enkelte universitet og nasjonal delprøve, hvor undervisere fra de fire medisinske fakultetene sammen utarbeider eksamensoppgaver.

Studentene utdannes til legearbeid i et samfunn vi ikke kjenner fullt ut. Spesialisering, digitalisering og robotisering i helsetjenesten og samfunnet for øvrig vil fortsette, parallelt med at multimorbiditet, komplekse og sammensatte behov vil stille store krav til framtidlegen. Dette vil utfordre legerollen både ved at legen fritas for rutineoppgaver, samtidig som kravene til legens vurderingskompetanse for komplekse problemstillinger vil øke. Dette gjenspeiles i forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning, som vektlegger vurderingskompetanse og utdanning til refleksjon. De samfunnsmedisinske fagene er en viktig bidragsyter til utdanning av leger som behersker mer enn praktiske ferdigheter. Samfunnsmedisinske tema som samhandlingskompetanse, ledelse, helsetjenestekunnskap og kulturkunnskap er grunnleggende i utdanningen. Evne til refleksjon omkring komplekse samfunnsmedisinske problemstillinger er et viktig anliggende for framtidens leger, og vil gagne både pasientene, legene, helsetjenesten og samfunnet.

### **Konklusjon og videre arbeid**

LUB2018 er revidert og foreligger i den nye utgaven LUB2021. Oppdaterte læringsutbyttebeskrivelser er av stor verdi for alle som har behov for å ramme inn og beskrive innholdet i undervisningsfaget samfunnsmedisin. Studenter, undervisere, og undervisningsledere kan gjennom LUB2021 skaffe seg oversikt over hva som skal være resultatet av en læringsprosess i samfunnsmedisin i grunnutdanningen for leger i Norge. Den gjennomførte revisjonen tok først og fremst utgangspunkt i den nye forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning, og revisjonsarbeidet vil kunne bidra til at forskriften blir fulgt bedre opp i undervisningen ved de fire medisinske fakultetene, og at studentene dermed øker sin sluttkompetanse i samfunnsmedisin.

I kraft av de sårbarheter pandemien har åpenbart, blir det enda viktigere enn tidligere at vi sammen arbeider for å skape fremtidige leger som forstår både de globale, nasjonale og lokale omgivelsene for sin praksis.

### **Litteratur**

1. Lie AHK, Sandøy IF. Felles læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter. *Michael* 2018; 15: 323–7.
2. Lie AHK, Sandøy IF. Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin. *Michael* 2018; 15: 328–334.



3. Pettersen RC. *Kvalitetslæring i høyere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
4. *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR)* (<https://www.regjeringen.no/contentassets/e579f913fa1d45c2bf2219afc726670b/nkr.pdf>) (15.06.2021).
5. *Nasjonale retningslinjer for fase 2 er vedtatt.* (<https://www.regjeringen.no/nol/aktuelt/nasjonale-retningslinjer-for-fase-2-er-vedtatt/id2685511/>) (15.06.2021).
6. *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisnutdanning.* (<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21>) (15.06.2021).
7. Hansen AH. *Samfunnsmedisin i undervisningen for medisinstudenter ved UiT Norges Arktiske Universitet. Tromsø: UiT Norges Arktiske Universitet; 2020.* Rapport gjengitt i innkalling til møte i Programstyret for medisin 3.12.2020 (<https://uit.no/moteportalen/um/mote?id=1027>) (15.06.2021).
8. Stortingsmelding 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
9. Sørskar A. *Kartlegging av læringsutbyttebeskrivelser – sluttrapport. Vol. 2015–7: NOKUT; 2015.*
10. Gosling D. Collaborative Peer-Supported Review of Teaching. *Peer Review of Learning and Teaching in Higher Education: International Perspectives*. Sachs J, Parsell M. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014: 13-31.

## Summary

In 2018, national learning outcome descriptions were defined for the training and education in public health for future medical doctors. These have been revised, primarily on the basis of the new national guidelines for medical education. This article is a presentation of the audit process and the new national learning outcomes (LUB2021). All four universities that educate doctors in Norway have participated in the process.

The number of learning outcomes has been reduced from 82 to 81. No topics have been removed, however, some points were merged and linguistic and editorial changes have been made, as well as changes in terms of content. Most of the new learning outcomes are based on the new national guidelines, and relates to the use of digital solutions, status and rights of the Sami people, dissemination of knowledge, handling of uncertainty, and innovation and systematic working processes.

Through LUB2021, students, lecturers and leaders may obtain an overview of the desired result of a learning process in public health subjects in medical schools in Norway.

*Anne Helen Hansen*

*anne.h.hansen@uit.no*

*anne.helen.hansen@unn.no*

*Anne Helen Hansen er sosionom og lege, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, forsker og rådgiver ved Universitetssykehuset Nord-Norge og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges Arktiske Universitet*

*Liv Grimstvedt Kvalvik*

*liv.kvalvik@uib.no*

*Liv Grimstvedt Kvalvik er lege og førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

*Anne Helene Kveim Lie*

*a.h.k.lie@medisin.uio.no*

*Anne Kveim Lie er lege og førsteamanuensis ved Institutt for Helse og Samfunn ved Universitetet i Oslo, og undervisningsleder i samfunnsmedisin.*

*Ingvild Fossgard Sandøy*

*Ingvild.sandoy@uib.no*

*Ingvild Fossgard Sandøy er lege og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.*

*Gunnhild Åberge Vie*

*Gunnhild.vie@ntnu.no*

*Gunnhild Åberge Vie er lege og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim*

## Språk på skjermen

*Michael* 2021; 18; 362–63.

*Michael* lanserte den 21. mai 2021 sitt supplement 26, hvilket var boka *Helsespråk*, redigert av Erlend Hem og Magne Nylenna (1). Dette var et samarbeidsprosjekt med blant andre Språkrådet. Boka tar opp et overmodent problem, nemlig den harmoniseringen av språkbruken om helse som er nødvendig i en tid da tverrfaglig samarbeid i helsevesenet blir stadig viktigere. Folk må skjønne hverandre presist.

På grunn av gjeldende smitterestriksjoner måtte boklanseringen holdes digitalt. Den ble overført fra auditoriet i Kreftforeningens vitensenter. For informasjonsspredningen viste dette seg å være en stor fordel. Ca 500 personer hadde klikket seg inn på boklanseringen. Seansen ble tatt opp, og kan



*Figur 1: Foto av bildeskjermen under et av bidragene. Den drevne redaktør og lege Petter Gjersvik hadde krystallklare budskap om helsespråk. (Foto: Øivind Larsen)*

sees i ettertid på [www.dnms.no](http://www.dnms.no). I dagene som fulgte var det da nye ca. 500 som hadde klikket seg inn på arrangementet.

For Det norske medisinske Selskab var dette en viktig lærdom. Enkelte tilstelninger egner seg kanskje best på nettet, eller kanskje helst i hybrid form, dvs. både fysisk sammenkomst og mulighet til å følge med på nettet, eventuelt senere?

## Litteratur

Hem E, Nylenna M. red. Helsespråk. *Michael* 2021; 18: Supplement 26.

*Øivind Larsen*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

## Blomst på graven – nå vet vi mer om Frederik Holst (1791–1871)

*Michael 2021; 18: 364–365.*

Professor Frederik Holst (1791–1871) er kanskje den enkeltperson som har hatt størst innflytelse på hvordan norsk medisin og norsk helsevesen har utviklet seg. Han hadde åpenbart et briljant intellekt, men han levde også til rett tid og på rett sted for å kunne forfølge sine interesser og virkeliggjøre sine medisinske og helsepolitiske ideer. Men hvem var han egentlig?

Det norske medicinske Selskab arrangerte 27. mars 2017 et seminar som nettopp stilte spørsmålet om hvem Holst var (1). Men vi fikk ikke alle svarene. Holst som privatperson må ha vært en «doldis». Om ham selv vet vi lite. Særlig har det virket å ha vært stille i hans senere år. Hva skjedde?

I 2019 ble Holsts store samling av droger og andre farmakologiske preparater gjenoppdaget ved Universitetet i Oslo. Flere tusen preparater var nitid klassifisert og katalogisert av Frederik Holst personlig. Dette arbeidet må ha fylt hans tid gjennom mange år. Det var således et velordnet farmakologisk bo Holst overlot sin etterfølger Ernst Ferdinand Lochmann (1820–1891) da han leverte stafettpinnen videre i 1866. En kommentert utgave av Holsts katalog over samlingen er gitt ut av Det norske medicinske Selskab. Det var et seminar om Holst med lansering av denne boka som var lagt til Holsts dødsdag den 4. juni – i auditoriet i Frederik Holsts Hus, Ullevål Sykehus i Oslo (2). Seminaret var nettbasert og kan sees i ettertid på [www.dnms.no](http://www.dnms.no).

Professor Jørund Straand ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo har tatt initiativ til at Holsts gravsted er blitt pusset opp på universitetets regning, og at det blir innført en årlig Holst-forelesning den 4. juni.



*Figur 1: Markering på professor Frederik Holsts nyoppussede gravsted på Vår Frelses Gravlund i Oslo 150 år etter hans død 4. juni 1871. Fra venstre professor Berit Smestad Paulsen, professor Øivind Larsen, professor Jørund Straand, førsteamanuensis Harald Jodalen og professor Mette Brekke. Graven til høyre på bildet tilhører blant andre Holsts barnebarn, språkforskeren og Norges første kvinnelige doktorand Clara Holst (1868–1935). (Foto: Ingegerd Frøyshov Larsen)*

## Litteratur

1. Frederik Holst – hvem var han? *Michael* 2017; 14: 259-363.
2. Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.

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

# Gravminnene til de første professorene i medisin i Norge

*Michael* 2021; 18: 366–72.

*På Vår Frelseres gravlund og Krist kirkegård i Oslo finnes gravminner over Norges første medisinske professorer. De maner til både medisinhistorisk og kulturhistorisk ettertanke.*

Da medisinstudiet startet opp ved det nye universitetet i Christiania høsten 1814, var det kun tre professorer ved Det medisinske fakultet. Etter ti år kom det en til (1). Det var oversiktlige forhold. Disse fire var på mange måter *founding fathers* i norsk medisin.

Den første av dem, Michael Skjelderup (1769–1852), har gitt navn til tidsskriftet som du nå leser: *Michael*. Han døde i april 1852, og Det medisinske Selskab besluttet enstemmig samme år at det skulle settes opp et monument på graven (2). Planen var opprinnelig en «Bautasteen af huggen og sleben Granit» med en simpel inskripsjon, som det het, men man fant etter hvert ut at «et mere fremtrædende Gravminde» var på sin plass (3). Tiden gikk og lite skjedde, angivelig «paa Grund af forskjellige hidtil uovervundne Hindringer» (4). Etter seks år var det i november 1858 endelig klart (3).

Monumentet ble praktfullt. Det var tegnet av arkitekt Wilhelm von Hanno (1826–82) og består av en høy granittsøyle med en innskrift forfattet av J.S. Welhaven (1807–73) (figur 1a-c) (3, 5). På toppen sitter en ugle, «Visdommens Sindbillede», utført i bronse i bildehoggeren Alexander Schiffelmanns verksted i Berlin (3). Avdukningen skjedde under stor deltagelse. Flere hundre mennesker, deriblant flere av regjeringens medlemmer, var til stede, står det i *Christiania-Postens* referat (6). Høytideligheten startet «paa det nye Universitet», og med universitetslærerne og «de nævnte Autoriteter i Spidsen» beveget denne store menneskemasse seg i prosesjon opp til kirkegården (3). Monumentet er enkelt å finne, og vel verdt et besøk (7).



Figur 1a-c: Michael Skjelderups gedigne gravminne på Vår Frelser's gravlund i Oslo. På toppen av granittsoylen sitter en ugle som blar i en bok og skuer tenksomt framfor seg. Den er utført av bildehoggeren Alexander Schiffelmann i Berlin (5). (Foto: Øivind Larsen, 2021)

Niels Berner Sørenssen (1774–1857), som blant annet ga klinisk undervisning i medisin, er gravlagt ved samme gravlund. På gravminnet skal Sørenssen være betitlet professor og hans kone Augusta som «Enkefru Professorinde» (8), men det er umulig å lese skriften i dag (figur 2a) (9). Gravstedet er vurdert til å være bevaringsverdig og gravminnet vil bli stående, ifølge Gravferdsetaten i Oslo (personlig meddelelse, 28.8.2020).





*Figur 2a: Gravminnet til professor Niels Berner Sørensen er i dårlig forfatning. Skriften er helt uleselig. Øverst på steinen ser vi imidlertid et velkjent relieff: Natten modellert av den danske bildehoggeren Bertel Thorvaldsen (1770–1844) i 1815 (9). Kanskje Det medisinske fakultet i Oslo skulle besørge en renovering av også denne gravstøtten? (Foto: Øivind Larsen 2021)*

*Figur 2b: Thorvaldsens relieff på Sørenssens grav. Uglen til høyre er her en attributt til den greske gudinnen Nyx (Foto: Erlend Hem 2021)*



Gravstøtten til Frederik Holst (1791–1871) (10) ble renovert i forbindelse med 150-årsdagen for hans død i juni 2021 (11) (figur 3a og b). I graven ved siden av ligger Holsts sønneatter, Clara Holst (1868–1935), som var den første kvinne som disputerte i Norge (12). Gravene til første mann (1817) og første kvinne (1903) som disputerte i Norge, ligger altså rett ved siden av hverandre.

Den fjerde gravsteinen, over kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844), finnes på Krist kirkegård, ikke langt unna Vår Frelses gravlund, bak Deichmanske tidligere hovedbibliotek og Margaretakyrkan (13) (figur 4). Dette minnesmerket ble satt opp mange år etter Thulstrups død (14, 15). På et møte i Det norske medicinske Selskab høsten 1889 ble det opplyst at Thulstrups gravsted i mange år hadde vært uten minnesmerke, og at man nå ønsket å sette «en Mindesten paa hans Grav» (14). Arbeidet gikk raskt. Avdukingen skjedde allerede 18. mai 1890, og talen for dagen ble gjengitt i sin helhet på førstesiden av *Morgenbladet* (15). I motsetning til den store folkemengden som hadde vært samlet ved Skjelderups grav 32 år tidligere, var det ifølge *Morgenbladets* referat «en liden Forsamling» som var til stede ved avdukingen av Thulstrups gravminne. Det var sendt ut innbydelse til



*Figur 3a: Frederik Holsts grav på Vår Frelzers gravlund i Oslo fotografert i august 2020. Teksten på gravminnet var så slitt at den var vanskelig å lese. (Foto: Erlend Hem)*



*Figur 3b: Frederik Holsts grav på Vår Frelzers gravlund i Oslo fotografert i juli 2021 etter renoivering. Den innfelte marmorplata med tekst viste seg å være så forvitret at den måtte erstattes med en ny der teksten er reproduisert. (Foto: Erlend Hem)*

hans gjenlevende elever, «ca. 50 i Tallet». Det var nøyaktig 46 år siden Thulstrups død. Omtrent 400 kroner ble samlet inn, og det var tilstrekkelig til en «særdeles smuk» obelisk fra Stavernområdet (15). Krist kirkegård, som nå kalles en minnepark, er åpen for publikum fra 1. mai til 1. oktober, men stengt i vinterhalvåret (16).

### Ettertanke

Den anonyme skribenten som omtalte Skjelderups prektige gravminne i *Illustreret Nyhedsblad* i 1858, tok opp to problemer. For det første var det slik at selv om Vår Frelzers gravlund «gjemmer Støvet» av de fleste betydeligere menn i hovedstaden, var gravlundene «meget fattig paa fremtrædende Gravminder, udførte med nogen Kunst». Men det var også «den store Betænkelighed» at ingen kunne sikre dem varighet i lengden, selv om de med



*Figur 4: Magnus Andreas Thulstrups gravminne ved Krist kirkegård i Oslo. Steinen er beskrevet som en «særdeles smuk» obelisk av labradorstein fra «Fredriksværnskanten» (15). (Foto: Øivind Larsen 2021)*

«Materialets Soliditet» var nokså betrygget mot tidens ødeleggelse. Problemet var nemlig, fremhevet forfatteren, at de alle sto i fare for å bli «nedbrudte», ikke av lovløse voldsmenn, men etter kommunal foranstaltning. Når festetiden var utløpt, ville nemlig gravminnet «feies væk». Skribenten mente at det derfor kanskje ville være bedre å plassere «alle betydeligere Monumenter» på en offentlig plass (3).

Når man nå for tiden vandrer på Vår Frelsers gravlund, er det tydelig at skribentens første bekymring er den største. Mange gravminner er ustelt og det er ikke lenger mulig å lese hva som står på dem, slik tilfellet er for Niels Berner Sørenssens grav. Dette bør det gjøres noe med. Renoveringen av Frederik Holsts grav kan stå som et vellykket eksempel.

Forfatterens andre bekymring har heldigvis funnet en løsning. Vår Frelseres gravlund har over 4500 bevaringsverdige gravminner som ikke blir fjernet etter festetiden for graven har gått ut. For å bevare gravlundens historiske særpreg er det ikke tillatt å sette opp gravminner i dagens design. Man kan overta en grav med påstående gravminne, hvor den gamle inskripsjonen er fjernet (17).

## Summary

On the old cemeteries Vår Frelseres gravlund (The Churchyard of Our Saviour) and Krist kirkegård (The Churchyard of Christ) in Oslo, the tombstones of the first professors of medicine in Norway are preserved. The graves of Michael Skjelderup, Frederik Holst, Niels Berner Sørensen, and Magnus Andreas Thulstrup are presented here, and call for historical reflections.

## Litteratur

1. Universitetets vitenskapelige ansatte 1813–1984. Museum for universitets- og vitenskapshistorie. Universitetet i Oslo. <https://www.muv.uio.no/samlinger/vitans/> (10.8.2021).
2. Nekrolog. Michael Skjelderup. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1853, Anden Række, Syvende Bind, ss. 693–752, s. 740. <https://www.nb.no/items/51bb8061fff1d1082ea10bee93cc975ef?page=753&searchText=%C2%ABSkjelderup%C2%BB> (10.8.2021).
3. Professor Michael Skjelderups Gravmonument. *Illustreret Nyhedsblad* 14.11.1858, 7. Aarg., Nr. 46, ss. 197–8. <https://www.nb.no/items/59487028073aee1bd5f9d14e287413bd?page=203&searchText=%C2%ABSkjelderup%C2%BB> (10.8.2021).
4. Møde den 13de Januar 1858. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1858, Anden Række, Tolvte Bind, s. 522. <https://www.nb.no/items/d4d7aa098193528f80313f829cdb18bd?page=531&searchText=thulstrup> (10.8.2021).
5. Nylenna M, Larsen Ø. Redaktørene Skjelderup og Holst. I: Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael supplement* 17/2015, ss. 55–67, s. 65. <https://www.michaeljournal.no/i/2015/10/4-Redakt%C3%B8rene-Skjelderup-og-Holst> (6.8.2021).
6. Christiania-Posten Fredag den 12te November 1858, Ellefte Aargang, No. 313, s. 3. <https://www.nb.no/items/9f958b7574eba47774eec13d04fe7652?page=1&searchText=skjelderup> (11.8.2021).
7. Professor Michael Skjelderup. I: Begravde i Oslo. Gravferdsetaten. Oslo kommune. [https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave\\_id/8281](https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave_id/8281) (10.8.2021).
8. Professor Niels B. Sørensen. I: Begravde i Oslo. Gravferdsetaten. Oslo kommune. [https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave\\_id/6532](https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave_id/6532) (6.8.2021).
9. Natten. I: dansk Wikipedia: <https://da.wikipedia.org/wiki/Natten> (12.8.2021).
10. Professor Frederik Holst. I: Begravde i Oslo. Gravferdsetaten. Oslo kommune. [https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave\\_id/10086](https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave_id/10086) (10.8.2021).
11. Larsen Ø. Blomst på graven – nå vet vi mer om Frederik Holst (1791–1871). *Michael* 2021; 18: 364–5.

12. Jahr EH. Clara Holst: kvinnelig pionér i akademia i Norge. Oslo: Novus, 2006. <https://www.nb.no/items/fff9bb07924ceaed3a6af5eea115006?page=0> (6.8.2021).
13. Professor Magnus Andreas Thulstrup. I: Begravde i Oslo. Gravferdsetaten. Oslo kommune. [https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave\\_id/451074](https://www.begravdeioslo.no/maler/grav/grave_id/451074) (10.8.2021).
14. Møde den 9de Oktober 1889. Forhandlinger i det medicinske Selskab i Aaret 1889. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1889; 50: 157. <https://www.nb.no/items/14063b82e744d5d6ee1cfff143cb0f2?page=1125&searchText=thulstrup> (10.8.2021).
15. *Morgenbladet* (Aftennummer) Mandag den 19de Mai 1890, side 1. <https://www.nb.no/items/33f5e70263093026eeb7a081269ebf9c?page=0&searchText=thulstrup> (10.8.2021).
16. Krist kirkegård. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/begravelser-gravplasser-og-kremasjoner/gravplasser-i-oslo/krist-kirkegard/#gref> (11.8.2021).
17. Vår Frelser's gravlund. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/begravelser-gravplasser-og-kremasjoner/gravplasser-i-oslo/var-frelser-gravlund/#gref> (12.8.2021).

*Erlend Hem*

*erlend.hem@medisin.uio.no*

*Erlend Hem er professor i atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo, instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet og redaktør i Michael.*

## Vaksinasjon – ikke noe nytt

*Michael 2021;18: 373–4.*

I 2020 og 2021 er vaksinasjon et tema de fleste snakker om i forbindelse med Covid-19-pandemien. Men vaksinasjon, effekter, bivirkninger og argumenter for og mot, er ikke noe nytt. Vaksinasjon mot kopper ble tatt i bruk allerede i 1796. I 1801 ble den første koppevaksine satt i Norge. Fra 1810 til 1976 var denne vaksinen obligatorisk (1).



*Anna Ancher: Vaksinasjon (1899). (Fra utstillingen på Lillehammer 2021, foto Ø.L.)*

Som kunstmotiv er vaksinasjon nokså uvanlig. Sommeren 2021 har man i Lillehammer kunstmuseum kunnet se et maleri av en dansk vaksinasjons-scene på utstillingen *Skagens indre og ytre rom*. Bildet er fra 1899 og er utført av en av Danmarks store malere, Anna Ancher (1859–1935). Her er det nok koppevaksinering det dreier seg om, men fra slutten av 1800-tallet ble det også vaksinert mot andre sykdommer.

Anna Ancher var husets datter i Brøndums Hotel i Skagen, samlingsstedet for tidens kunstnere. Allerede som tenåring falt hun for en av gjestene, den ti år eldre maleren Michael Ancher (1849–1927) og ble gift med ham i 1880. Hun hadde et uomtvistelig kunstnertalent, fikk kunstutdanning, var på studiereiser i utlandet og hadde et gjensidig stimulerende arbeidsfellesskap med sin ektefelle gjennom et langt liv. *Vaksinasjon* er et av hennes mange motiver fra tidens dagligliv (2).

## Litteratur

1. Tryland M. Kopper og koppevirus – 200 år siden første vaksinasjon i Norge. *Tidskr Nor Lægefören* 2001; 121 3546-50.
2. Grape-Albers H. Anna Anchers maleri – Hverdagens bilder. S. 88-114 (107-8) i: Grape-Albers H. ed. *Malerin Anna Ancher (1859–1935) in Skagen*. Hannover: (Niedersächsisches Landesmuseum), 1994.

*Øivind Larsen*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

# En rikholdig bukett med bøker

*Michael* 2021; 18: 375.

*Michael* er et tidsskrift for medisinsk historie, medisinsk humaniora, samfunnsmedisin og helsepolitikk. Også i denne utgaven anmeldes et variert utvalg av bøker som speiler disse fire temaene.

Hans Petter Schjøsby omtaler en biografi om den skandaleombruste legen John Gisleson (1750–1804) i Drammen, Ole Didrik Lærum skriver om den fremskutte danske legen og forskeren Peter Panum (1820–85) og Jørgen Bramness anmelder en bok om psykiateren Gordon Johnsen (1905–83). Legebiografier finnes det mange av, men det har vært skrevet lite sykehushistorie om enkeltinstitusjoner i Norge, av faghistorikere. Nå foreligger en bok om Haukeland sykehus' første hundre år. *Michaels* anmelder, historikeren Ole Georg Moseng, mener at dette er den beste, med god margin. Det er tankevekkende at denne viktige boka foreløpig ikke er anmeldt andre steder enn i *Michael* og i *Heimen* (1).

På *Michaels* meny i dette nummeret står også anmeldelser av medisinske ordbøker, av lærebøker i samfunnsmedisin og i helsefaglig etikk og av bøker som retter et kritisk blikk mot henholdsvis brukermedvirkning i helse-tjenesten og mot dagens boligpriser.

## Litteratur

1. Berg OT, Morten Hammerborg og Teemu Sakari Ryymin: Veien til Haukeland. Haukeland universitetssykehus 1912–2012. *Heimen* 2020; 57: 348–58. <https://doi.org/10.18261/issn.1894-3195-2020-04-10>

Erlend Hem

[erlend.hem@medisin.uio.no](mailto:erlend.hem@medisin.uio.no)

Universitetet i Oslo og Legeforskningsinstituttet



# Institusjon og institusjonsbygger

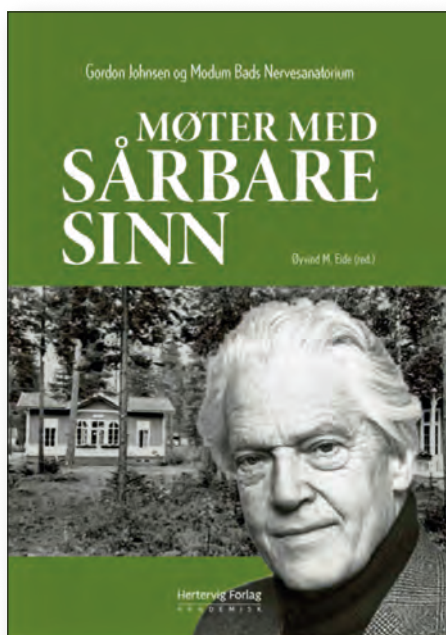
Øyvind M. Eide, red.

*Møter med sårbare sinn. Gordon Johnsen og Modum Bads Nervesanatorium*  
Stavanger: Hertervig forlag akademisk, 2020

400 s.

ISBN 9788282172417

*Michael 2021; 18: 376–7.*



Denne boken forteller historien om predikant-sønnen og psykiateren Gordon Johnsen (1905–83) som måtte oppgi sin misjonsdrøm og i stedet fulgte kallet om å lage en moderne kristenhumanistisk institusjon for sinnslidende. Den handler om Modum Bads tilblivelse og første år, men også om en brytnings- og vekstperiode i norsk psykiatri som det er interessant å lese om.

Gordon Johnsens person og livsverk er inntagende og imponerende. Boken evner å gi et innblikk i et usedvanlig menneske som ville og gjorde godt. Man får inntrykk av en stor kraft som fikk til store ting. I en tid da psykiatrien utviklet seg sterkt og brytningene var mange og utpreget ideologiske, framstår han som balansert og eklektisk i sin tilnærming til faget. Likevel lå den psykodynamiske psykoterapien hans hjerte nærmest og der kom

hans viktigste faglige bidrag. Boken setter også Johnsens livsverk i et historisk perspektiv. Uten dette overblikket ville det være vanskeligere å forstå betydningen av en del av hans virke.

Boken virker solid. I tillegg til redaktøren har teologen Leif Gunnar Engedal og historikeren Per Haave skrevet kapitler. Helen J. Christie og Einar Johnsen, begge barn av Gordon Johnsen, har også bidratt. De tema-

baserte kapitlene gjør at boken ikke er strengt kronologisk, men nok til at innholdet er lett å følge. Stil, metode og kvalitet varierer mellom forfatterne, og det blir en del repetisjoner, men det er ikke et stort problem. Det er godt med referanser og noter til hvert kapittel. En del fine fotografier kunne fått større betydning om de hadde blitt henvist til i teksten. Stikkordregisteret er for lite gjennomarbeidet. Hvorfor har det over 40 henvisninger til ordet *ansvar*, men ikke en nevning av LSD?

Når jeg skal anmelde denne boken blir jeg sittende med et dilemma. Kan jeg som ateist, sosialist og med en sterk tro på den akademiske, rasjonelle, ikke-ideologiske praksis anmelde en bok om en dypt kristen, kallsdrevet bauta i norsk psykiatri? Kan jeg som ikke har noe forhold til Gud uttale meg om noe som er et livssynsbasert prosjekt?

Delvis ligger svaret i at jeg skal anmelde boken og ikke mannen. Men det er en god del om kristen tro og teologi i teksten. Her kommer jeg til kort med å bedømme bokens kvaliteter. Men samtidig synes jeg at den kommer til kort med å diskutere betydningen av en dypt kristen tilnærming til faget og den balansegang Johnsen selv mente var viktig.

Jeg må kanskje heller vende meg til stoff hvor min kunnskap tillater meg å ha synspunkter. Et slikt kapittel er det dyptpløyende og gode kapitlet om LSD-terapien som ble brukt i stort omfang på Modum i begynnelsen av 1960-årene. Dette var en virksomhet drevet fram av behandlingsoptimisme og entusiasme og i mindre grad av solid evidens. Her evner forfatteren å gi et balansert innblikk i de beveggrunner som fantes, de strømninger som var i befolkningen og de debatter som oppsto. Troen på LSD-terapi var sterk, så sterk at man ikke undersøkte de reelle effektene på en systematisk måte, til tross for at man hevdet å gjøre det (ss. 259–60).

Skulle jeg ha en innvending mot boken, så er det at den i sum ikke gir noe dypt blikk inn i Johnsens person og nære liv. Det blir yrkeslivet og hyllesten av «det åpne hjemmet der alle var velkomne» som blir stående igjen. Jeg savner også noe mer forklaring på forfatternes metode, som kanskje kunne kaste lys over nettopp dette valget å beskrive Johnsens profesjonelle liv. Forordet kunne godt blitt utvidet til å sette valg og synspunkter fra forfatterne i perspektiv.

*Jørgen G. Bramness*  
*jobr@fhi.no*

*Jørgen G. Bramness er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og professor i psykiatri ved Norges arktiske universitet i Tromsø.*

# Medisinske ord på svensk

Bengt I. Lindskog, Jörgen Malmquist

*Medicinsk terminologi*

Lund: Studentlitteratur, 2020

7. utgave. 669 s.

ISBN 978-91-44-12279-3

Jörgen Malmquist, Bengt Lundh

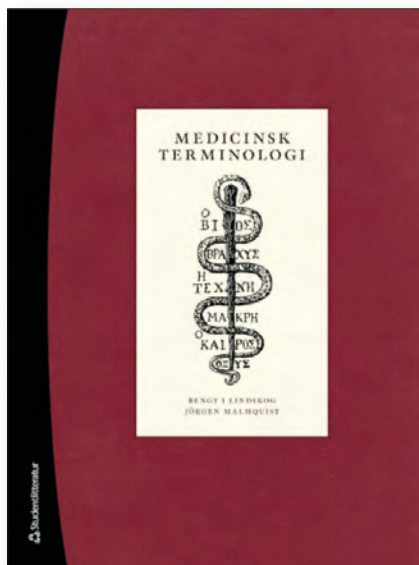
*Medicinska ord: Det medicinska språket: termer, definitioner, samband*

Lund: Studentlitteratur, 2020

7. utgave. 546 s.

ISBN 978-91-44-13825-1

*Michael 2021; 18: 378–80.*



*Å ta av seg hatten* er et gammelt uttrykk for beundring. Men nå for tiden er det ikke mange som går med hatt lenger, og vi skjønner vel egentlig ikke hvorfor noen skulle ta den av for oss. Da skiløperen Heidi Weng (f. 1991) i 2014 skulle uttrykke beundring for konkurrentene, sa hun at hun *bøyde seg i hatten*. Hun blandet sammen uttrykkene *å bøye seg i støvet* og *å ta av seg hatten*, men vi skjønnte hva hun mente. Sånn går det når faste ord og uttrykk blir uklare for oss. Jeg kom til å tenke på denne historien da jeg fikk to nye svenske medisinske ordbøker i hende. Jeg fikk lyst til å ta av meg hatten.

Den ene boka er større enn den andre, og den har en lengre historie også. *Medicinsk ordbok* ble lansert i 1926, men den skiftet navn til *Medicinsk terminologi* i andre utgave, og det heter den

fortsatt. I 1974 kom Bengt I. Lindskog (f. 1929) med i redaksjonen. Siden har han vært den drivende kraft. Lindskog var altså over 90 år gammel da

denne sjuende utgaven ble utgitt i 2020. Også hans medisinske bakgrunn er uvanlig, som dosent i kirurgi ved Lunds universitet og professor i medisinsk historie ved Københavns universitet. Han var medlem i Svenska Läkarsällskapets kommitté för medicinsk språkvård siden starten i 1987. I denne nye utgaven har han fått med seg Jörgen Malmquist (f. 1937), som har bakgrunn som sykehuslege og dosent i indremedisin ved Lunds universitet. I de siste mange år har han blant annet vært redaktør og skribent i flere oppslagsverk. Han interesserer seg særlig for «medicinska problem som är både gåtfulla och omstridda», og driver sin egen blogg. Det er altså *grand old men* i svensk medisin som står bak denne ordboka.

Ambisjonene er høye. «Den minsta lilla oklarhet ska rättas till!». Det nytter ikke å slumse når man skal lage ordbok. Det gleder meg derfor i grunnen å informere forfatterne om at Donders synfältstest har sitt navn etter F.C. Donders (1818–89), lege og professor i Utrecht og en av gigantene i Nederlands medisinhistorie. Han skrev navnet Donders, med s til slutt, ikke Donder (2).

Boka er lekkert satt opp, har stive permer og inneholder over 27 000 oppslagsord med opplysninger om ordenes betydning, opphav og uttale. For mange ord finnes også kulturhistoriske notiser og språklige eksempler som belyser ordbruken. Den er rikt illustrert med detaljerte figurer. Dette er egentlig en kombinasjon av ordbok og leksikon. Eksempelvis omtalen av fragil X-syndrom (ja, det skrives slik) fyller en halv spalte. Forfatterstemmene kan høres, for eksempel under omtalen av fetma (kroppsmasseindeks på 30 er en sosial konstruksjon) eller kronisk trøtthetssyndrom (benevnelsen myalgisk encefalomyelitt er «ogrundad»). Ordboka fremstår godt oppdatert også med egne artikler om covid-19 og coronavirus (skrives med c på svensk).

En svensk ordbok er naturligvis først og fremst beregnet på svenske forhold. Men den er også en gullgrube for alle som er interessert i medisinsk språk. Dessuten har den en spesiell interesse for norske lesere. Den forrige utgaven dannet nemlig grunnlaget for Universitetsforlagets (og senere Gyldendals) store medisinske ordbok, som kom i to utgaver i 1998 og 2003 (1). Kan vi håpe på det samme nå?

## Medicinska ord

Den andre ordboka heter *Medicinska ord* og utkom første gang i 1983 med indremedisineren Bengt Lundh (1932–2009) som forfatter, Malmquist kom med i 1996. Selv om Malmquist er medforfatter på begge bøker og forlaget er det samme, er det uklart om det egentlig er noen forbindelse mellom de to ordbøkene. De henviser ikke til hverandre, og kun *Medicin-*



*ska ord* utkommer, for første gang, samtidig på papir og nett. Jeg finner heller ikke informasjon om hvor mange oppslagsord som finnes i *Medicinska ord*.

Også denne ordboka har spesiell interesse for norsk medisin. 1990-utgaven dannet grunnlag for *Medisinsk ordbok* på Kunnskapsforlaget, som kom i hele fem utgaver i 1990-årene, og som senere er betydelig omarbeidet og utvidet (1).

For språknerder gir utvilsomt *Medicinsk terminologi* den største leseropplevelsen, også bokstavelig talt, men samlet er det grunn til å gratulere våre gode naboer med to utmerkede medisinske ordbøker. Måtte de bli godt brukt.

### Litteratur

1. Nylenna M. Medisinske ordbøker og ordlister. *Michael* 2021; 18: Supplement 26: 135–49. <https://www.michaeljournal.no/i/2021/05/Medisinske-ordboker-og-ordlister> (13.8.2021).
2. Hem E. Donders eller Donders' metode? *Tidsskr Nor Legerforen* 2017; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0632>

*Erlend Hem*  
[erlend.hem@medisin.uio.no](mailto:erlend.hem@medisin.uio.no)

*Erlend Hem er professor i atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo, instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, redaktør i Michael og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.*

# Kven var Peter Panum?

René Flamsholt Christensen

*Peter Ludvig Panum: Det moderne gennembrud i dansk medicin*

Roskilde: FADL's forlag, 2020

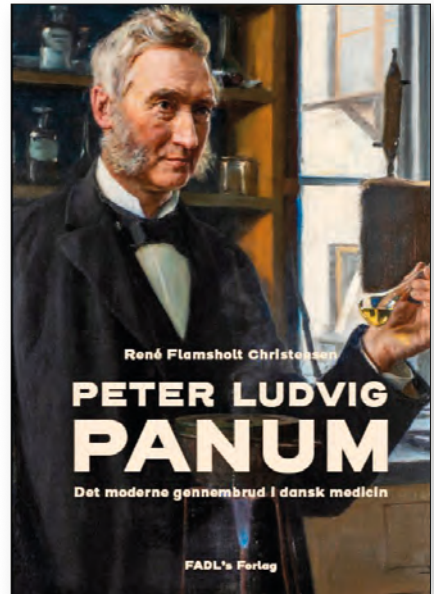
350 s.

ISBN 9788793810549

*Michael 2021; 18: 381–3.*

Gjennom heile dansketida var helsestellet meir og mindre felles for Danmark og Noreg. Sjølv om mangt og mykje vart annleis etter 1814, har norsk medisinsk forskning alltid hatt nær tilknytting til danske tilsvarende miljø. Såleis har medisinsk historie i grannelandet vårt alltid hatt relevans for den historiske utviklinga i norsk medicin.

I 2020 kom denne store biografien over fysiologen Peter Panum (1820–85), legen som på midten av 1800-talet vart ein av grunnleggjarane av moderne epidemiologi som medisinsk fag og forskingsområde i tillegg til at han var ein pioner innan faget fysiologi. I dag er han ein som alle danske legestudentar kjenner namnet på. Det gjeld også dei mange nordmennene som har studert til lege ved Københavns Universitet. Det er fordi heile den store bygningen like ved Rigshospitalet der dei prekliniske faga held til, er oppkalla etter han. Men då denne oppkallinga skjedde på 1970-talet hadde han vore meir og mindre gløymt i mange år.



## Meslingar på Færøyaner

Infeksjonsmedisinarer Stig Frøland gjev Panum god omtale i den store boka si om mikroorganismar og infeksjonssjukdommar (1). Bakgrunnen er at

Panum som nyutdanna lege vart sendt til Færøyane i 1846. Oppdraget hans, som vart gjeve av danskekongen, gjekk ut på å undersøkje og ta hand om pasientar som var råka av ein svær epidemi med meslingar. Smitta kunne først attende til ein snikkar som kom reisande til Torshavn frå Danmark og var bærar av sjukdommen. I løpet av kort tid spreidde den seg til store delar av Færøyane, og både born og vaksne vart alvorleg sjuke.

Panum, som då var 26 år, sette straks i gang å undersøkje utbreiinga av sjukdommen, korleis folk vart smitta, og ikkje minst kven som vart råka. På desse tider var det ei utbreidd oppfatting at slike sjukdommar skuldast dunstar som steig opp frå roten jord. Denne «dunsten» kalla dei miasmar, medan folk ikkje kjende til mikroorganismar som virus og bakteriar. I løpet av nokre månadar kartla han utbreiinga av meslingepidemien, han synte korleis den smitta frå person til person, og at den var smittsam allereie før sjukdommen braut ut. Merkeleg nok var det ei «aldersgrense» for å få sjukdommen, for ingen personar over 65 år vart råka. Det vart sett saman med at dei hadde hatt ein slik epidemi 65 år tidlegare. Såleis fekk han prov for at det oppstod livslang immunitet hjå dei som fekk meslingar.

Peter Panum skreiv ein rapport til styresmaktene, og funna hans vart publiserte. Ikkje berre vart dette eit pionerarbeid innan epidemiologi, men han gjorde også viktige observasjonar om smitteoverføring som gav ei grunnleggjande forståing av meslingar. Derved hadde han også kartlagt ein sjukdom som på dei tider var årsak til mange dødsfall, samstundes som han var med på å bryta med den urgamle miasme-teorien.

### **Forskar og reformator**

Ettersom Panum var oppvaksten i ein dansk familie i Slesvig, var han like god i tysk som i dansk språk. Han vart kjend med og arbeidde hjå fleire av dåtida sine fremste medisinske forskarar, mellom anna grunnleggjaren av moderne patologi, Rudolf Virchow (1821–1902) som då arbeidde i Würzburg. Han var også ei tid i Paris og hadde nær kontakt med fysiologen Claude Bernard (1813–78). Sidan vart han professor i fysiologi ved Universitetet i Kiel, men etter nokre år flytta han over til Universitetet i København. På desse tider var det svært vanskelege politiske tilhøve mellom Danmark og kongedømmet Preussen, og det kom til krig både i 1848 og i 1864. Som ung marinelege tok han del i eit sjøslag mot tyskarane. Til slutt tapte Danmark både krigen og store landområde. For Panum var dette problematisk sidan han hørde eigenleg til båe partane i konfliktane.

I København bygde Panum opp eit aktivt forskingsmiljø innan fysiologi, han skreiv også lærebok i faget, og seinare var han ei tid universitetets rektor. Han gjorde også ein stor innsats for nordisk medisinsk samarbeid. Vitska-

peleg vart han no kjend for studium av koagulasjon av blodet og fleire andre område innan fysiologien. Mellom elevane hans finn vi nokre av dei fremste medisinske forskarane i Danmark på slutten av 1800-talet, deriblant Carl Julius Salomonsen (1847–1924), Christian Bohr (1855–1911) og Christian Hansen (1842–1909). Peter Ludvig Panum døydde brått i 1885, men var aktiv til det siste.

På dei tider då Panum fekk professorat i Danmark, var den medisinske kunnskapen i landet meir og mindre antikvert. Hans store fortjeneste var å bringa landet fram i frontlina i tillegg til at han gjorde viktige oppdagingar som forskar. Likevel skjedde det tragiske at etter han var død gjekk han snøgt i gløymeboka.

### Ein ruvande biografi

Med sin ruvande biografi har legen og forfattere René Flamsholt Christensen gjeve Peter Panum det ettermælet han fortener. På 350 sider får me også eit godt innblikk i korleis Danmarks konflikt med Tyskland hadde negative følgjer for heile landet. Panums kamp for å modernisera dansk helseforskning får me også eit fint oversyn over.

For norske lesarar vert ei bok som er så spekka med informasjon heller tung å lesa, særleg når ein heil del av innhaldet er mest mynta på danske tilhøve. Boka er nok mest interessant for dei som har tilknytting til og spesiell interesse for dansk medisin, sjølv om den også omtalar mange internasjonale forskarar på dei tider. Boka har fint utstyr, er innbunden og har fleire bilete.

### Litteratur

1. Frøland SS. Kampen mellom mennesket og mikrobene. Oslo: Dreyer, 2020: 210–2.

*Ole Didrik Lærum*  
*ole.larum@uib.no*

*Ole Didrik Lærum er adjungert professor ved Rigshospitalet/Københavns Universitet og professor emeritus ved Universitetet i Bergen.*



# Boligpriser og krokodilletårer – et korrektiv

Ketil Moe, Johan-Ditlef Martens

*Hva koster en god bolig?*

Bergen: Fagbokforlaget, 2021

168 s.

ISBN 978-82-450-3507-0

*Michael 2021; 18: 384–6.*



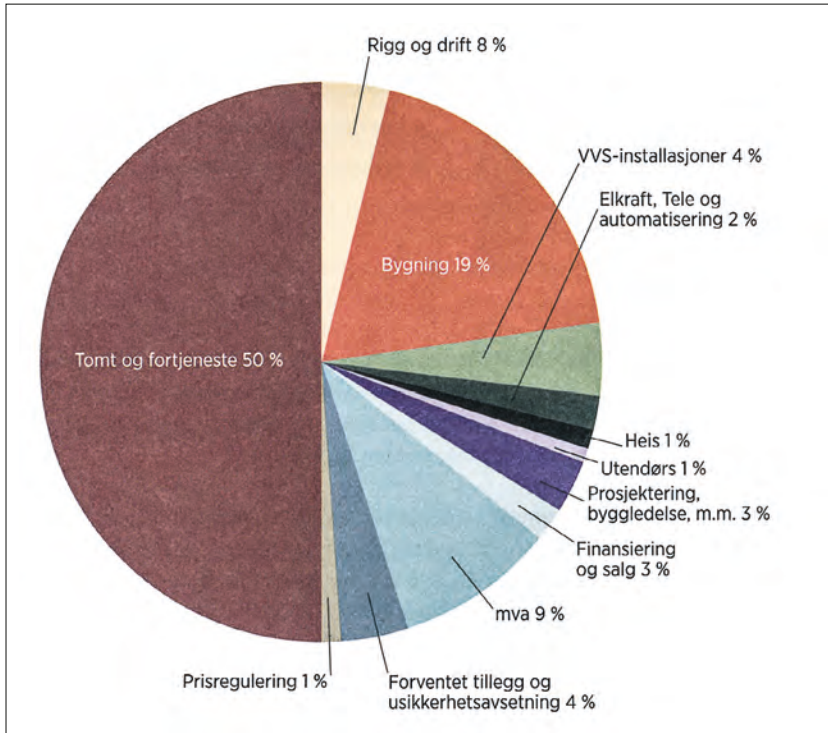
Fra tid til annen kommer det innslag i nyhetene om hvordan prisutviklingen har vært på boligmarkedet siden sist. Vanligvis har prisnivået steget. Så følger gjerne intervjuer der det bedrøvet konstateres at det blir stadig vanskeligere for unge å skaffe seg egen bolig uten hjelp, og at for eksempel en sykepleier- eller lærerlønn ikke strekker til for å kunne etablere seg. Deretter er det stille om temaet til neste statistikk legges fram.

Hva som bør og kan gjøres for å bøte på forholdene, forblir vagt. De fleste vet at boligmarkedet i løpet av knappe 40 år er blitt til et enormt økonomisk omfordelingssystem som angår oss alle, og hvor prisstigning er et sentralt element. Hva hvis min egen bolig tapte i verdi? Tårene som felles for prisstigningens

ofre er sjelden helt ekte.

## Prisen på en god bolig

Siden alle bor et sted, skjer det altså en tilpasning. For hver enkelt gjelder det å finne en best mulig balanse mellom behov, preferanser og muligheter. Men hva er egentlig en god bolig, en bolig som i rimelig grad oppfyller behovene, tilfredsstillende ønskene og som man samtidig har råd til å ha?



Figur 1: Prosentvis fordeling av byggekostnadene (2019) for en normal leilighet i et fire etasjers bygg i østlandsområdet i Norge. (Fra *Hva koster en god bolig*, s. 156.) Et tilsvarende diagram kan man også sette opp for kjøp av en brukt bolig, der man sammenlikner teknisk verdi med den totale kjøpesummen.

To seniorer i norsk boligutvikling, arkitektene Johan-Ditlef Martens (f. 1946) og Ketil Moe (f. 1947) drøftet dette i 2018 i en murstein av en gjennomillustrert bok med tittelen *Hva er en god bolig* (1), basert på egne yrkeserfaringer og på norsk bolighistorie siden 1650. De 430 sidene i stort format munnet ut i klare og velbegrunnede anbefalinger. Kvalitet lønner seg, var en gjennomgangstone. Men hva *koster* dette?

Nå er oppfølgeren kommet fra de samme forfattere, nemlig årets bok *Hva koster en god bolig?* Format og layout er de samme som i forgjengeren. I samarbeid med konsulentfirmaet AS Bygganalyse har Moe & Martens gått i dybden for å bringe klarhet i hva pengene egentlig går til når en bolig bygges. Forfatterne har dukket ned i detaljene, dvs. enkeltelementene som til slutt gir totalsummen.

## Tomt og fortjeneste: 50 %

Forfatterne har blant annet sett på hva det vil gjøre med prisen, dersom man endrer forhold folk ofte vil ha annerledes, slik som lavere byggehøyde og større plass. Analysen viser noe skremmende, se den oppsummerende figur 1: Halvparten av byggekostnadene går til tomt og fortjeneste. Selv en prosentvis liten reduksjon i tomtekostnader og fortjenester ville altså kunne frigjøre midler til betydelig kvalitetsheving, selv med samme sluttsum.

Fra fristillingen av boligmarkedet i 1980-årene er det skapt en situasjon der fagmyndighetenes kunnskaper om boligens funksjon og om samfunnsutvikling ikke lenger får samme tyngde. Nå er det blitt utbyggerne som har overtatt roret. De står gjerne selv for planarbeidet og de bearbeider med sin egen retorikk den kjøpergruppen de vender seg mot. Ansvarlige offentlige organer blir godkjennende og ikke lenger planleggende instanser. Nå er det utbyggeren som bestemmer om det blir plass til bokhylle og barneseng og om det er mulig å ha hjemmekontor for mor og far i huset.

Utbyggenes stedsplanlegging og boligutforming avgjør også hvor lenge det er rimelig å anta at du kan bli boende, selv om du trives i strøket, fordi dine behov endres, og det er vanskelig å endre boligen. Slik mobilitet er også en økonomisk drivkraft.

*Hva koster en god bolig* bør leses og siteres der boligsak diskuteres. Ikke minst gjelder det fordi mange av løsningene på problematikken i boligmarkedet er politiske. Da trengs fakta, og de finnes hos Moe & Martens.

## Litteratur

1. Martens J-D, Moe K. *Hva er en god bolig?* Oslo: Universitetsforlaget, 2018.

*Øivind Larsen*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Øivind Larsen er professor emeritus ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og har blant annet gitt ut boka Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger (2000) og er medforfatter i Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. Planlegging for helse og trivsel (2018).*

# Innføringsbøker om helsevesenet i Norge

Geir Sverre Braut, Kjell Arne Aarheim

*Det norske helsesystemet: en innføring i organisering, styring og politikk*

Oslo: Samlaget, 2020

199 s.

ISBN 9788234001062

Magne Nylenna

*Helsetjenesten i Norge: et overblikk*

Oslo: Gyldendal, 2020

2. utgave. 244 s.

ISBN 9788205525061

*Michael 2021; 18: 387–91.*

Helsepersonell må ha fagkunnskap og menneskekunnskap, men trenger også å forstå systemene som de er del av og arbeider innenfor. Videre trenger de kunnskap og ferdigheter for å være i stand til å kvalitetssikre og forbedre disse systemene (1). Man kan snakke om systemkunnskap på ulike nivå. Termen *mikrosystem* kan brukes om de kliniske systemene hvor ulike grupper arbeider sammen for å gi behandling og omsorg til pasienter (2). Hvis vår interesse derimot er helsevesenets oppbygging, institusjoner og styring, vil perspektivet være helsevesenet som et *makrosystem*.

Geir Sverre Braut & Kjell Arne Aarheim anlegger i boken *Det norske helsesystemet* et makrosystemperspektiv. Boken er skrevet på nynorsk. I Magne Nylennas bokmålstekst *Helsetjenesten*





i Norge heter det i forordet at boken er ment å gi «systemkunnskap».

De to bøkene har til felles at de begge viser til forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, hvor en av tolv læringsutbyttebeskrivelser er at kandidaten har «kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Kandidaten skal også kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk» (3).

Undervisning i systemkunnskap er ikke noe nytt i medisinstudiet (4), men en nasjonal forskrift om felles kompetansekrav på tvers av utdanninger aktualiserer selvsagt behovet for lærebøker som egner seg for en bred målgruppe av medisinske og helsefaglige studenter.

### Fra vesen og verk til foretak og selskap

Braut & Aarheim understreker at helsesystemet utformes gjennom et samspill mellom helsepolitikk og helsefag. I første kapittel spør de «Kva er helsepolitikk?» Nylenna velger et mer historisk utgangspunkt, hvor første kapittel gir et riss av de lange utviklingslinjene fra da legen Villads Nielsen (ca. 1564–1616) ble utnevnt til *medicus ordinarius* i Bergen i 1603, via de store epidemiene og frem til vår tid. Aner vi et noe ulikt perspektiv på utviklingen? Er helsevesenet resultat av en organisk utvikling eller er det politisk skapt? Svaret er selvsagt begge deler, men man kan vektlegge drivkreftene ulikt.

Helsetjeneste og helsesystem er sentrale benevnelser hos Braut & Aarheim. Nylenna peker innledningsvis på at betegnelsene helsevesen og helse-tjenesten ofte brukes om hverandre. Den observante leser vil ha notert seg at anmelder så langt har brukt termen helsevesen. En av grunnene til det, er at helsevesenet (eller helsesystemet) består av mange ulike deler. Systemet har en politisk dimensjon og ledelse, en forvaltning på nasjonalt, regionalt eller kommunalt nivå, og endelig et tjenestenivå. Hvilket ord er best egnet til å favne alle dimensjonene og nivåene?

Catherine B. Arnesen & Kåre Hagen har i rapporten *Fra vesen til virksomhet* beskrevet hvordan en lang rekke statlige oppgaver i løpet av 1990-årene ble skilt ut fra forvaltningen i egne, fristilte virksomheter (5): «I stort

tempo ble Vesen og Verk omdannet til Foretak og Selskap», skriver de. Det er 15 år siden Steinar Westin reflekterte over hvordan språket endret seg med denne utviklingen: «Det er ikke alltid så lett å se det nye språket. Men du kjenner det igjen når du hører noen snakke om *tjenester*» (6). Vi skal ikke dvele ved denne utviklingen her, men det kan hende at termen helsevesen (eller helsesystem) kunne egnet seg best som et begrep for helheten? Kanskje vi i neste omgang kunne ha sondret mellom systemets politiske nivå, helseforvaltningen og helsetjenesten? Vi aner konturene av en slik inndeling hos Braut & Aarheim når det i *Det norske helsesystemet* skilles mellom helsesystem og helsetjenestesystem. Det vil nok være nyttig med en diskusjon om ordene vi bruker i våre beskrivelser av «tjenesten», «systemet», «forvaltningen» eller hva vi nå måtte ende opp med å kalle dette mangslungne «vesenet».

### Mye fakta, mindre refleksjon

Begge bøker omhandler grunnleggende trekk innen sykdomsutvikling og demografi, helsevesenets oppbygging, oppgaver og styring, og begge omtaler velferdsmodellene som følger i kjølvannet av Otto von Bismarck (1815–1898) og William Henry Beveridge (1879–1963). Bøkene viser til gjeldende lovverk og er forankret i relevante meldinger til Stortinget og offentlige utredninger. Braut & Aarheim vier noe mer plass til den politiske dimensjonen, mens Nylenna har egne kapitler om medisinsk og helsefaglig kunnskap og den digitale helsetjenesten. Begge bøker har et avsluttende kapittel hvor forfatterne deler perspektiver på fremtiden. Hos Braut & Aarheim har dette tittelen «Helsepolitiske val i åra framover», mens Nylenna skriver kort og godt om «Utviklingen», med vekt på nye roller, forventninger, innovasjon og teknologi.

Vurdert opp mot forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger er *Det norske helsesystemet* mer dekkende enn *Helsetjenesten i Norge* når det gjelder kunnskap om samers rettigheter og forståelse for samenes status som urfolk. Gjennom ratifiseringen av ILO-konvensjon 169 i 1990, har norske myndigheter anerkjent at samene har en særstilling som urfolk. Av artikkel 25 i konvensjonen, følger det at utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll slik at urfolk kan nyte godt av så høy fysisk og mental helsemessig standard som mulig. Dette omtales kort av Braut & Aarheim og bør omtales i neste utgave av Nylennas bok.

Bøkene vektlegger formidling av fakta. Ingen av dem retter seg mot leseren med oppgaver eller spørsmål for diskusjon og refleksjon. Her ligger det et potensial for forbedring hos begge, hvor gode spørsmål nettopp kunne

vist hvordan organiseringen, finansieringen og styringen av helsevesenet i Norge er et resultat av valg – eller en utvikling – og at det er mulig å tenke seg alternative løsninger. Braut & Aarheim formulerer dog en kort kritikk av helseforetaksmodellen (side 46), men leseren gis liten mulighet til å vurdere eller diskutere fordeler og ulemper med en slik organisatorisk løsning sett i forhold til andre løsninger. Hva var begrunnelsen for helseforetaksreformen? Fungerte alt bra da sykehusene var eid av fylkeskommunene? Hvilke fordeler og ulemper vil en nasjonal overgripende organisering av norsk helsetjeneste kunne ha? Hvilke alternative måter å organisere tjenester på kan vi tenke oss? Dette er spørsmål som er blitt gjenstand for analyse og diskusjon (7). Det er i denne sammenheng interessant å notere at utredningen om organisering og styring av spesialisthelsetjenesten ikke inngår blant de mange NOU-ene i litteraturlisten (8).

### Gode innføringsbøker

*Det norske helsevesenet og Helsetjenesten i Norge* er bøker som begge gir en oversikt over helsevesenet i Norge og grunnleggende systemkunnskap på makronivå. Begge bøker er velskrevet og har gode registre. De vektlegger litt ulike forhold, men begge bøker egner seg godt som pensumlitteratur for undervisning om helse- og velferdssystemet i medisinske og helsefaglige utdanninger. Helsevesenet er i en rivende utvikling, så slike lærebøker må være ferskvare og trenger jevnlig oppdatering. Til neste revisjon er det bare å notere på revisjonslisten at tittelen fylkesmann fra 2021 er erstattet med statsforvalter.

### Litteratur

1. Frich JC, Gran SF, Vandvik P et al. Kunnskap, ledelse og kvalitet i studiet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 1768–7. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0511>
2. Batalden PB, Godfrey MM, Nelson EC, red. *Quality by design: a clinical microsystems approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
3. *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353> (2.5.2021).
4. Frich JC. Medisinsk grunnutdanning – hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav? *Uniped* 2016; 39: 304–15. <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2016-04-03>
5. Arnesen CB, Hagen K. *Fra vesen til virksomhet: et tilbakeblikk på erfaringene med fristilte statlige virksomheter*. Forskningsrapport 3/2008. Handelshøyskolen BI, 2008. [http://web.bi.no/forskning/papers.nsf/b63c43a0385ff61dc1256e620043c6b0/7697b088fd5607edc1257458003d6fd2/\\$FILE/2008-03-arnesen%20&%20hagen.pdf](http://web.bi.no/forskning/papers.nsf/b63c43a0385ff61dc1256e620043c6b0/7697b088fd5607edc1257458003d6fd2/$FILE/2008-03-arnesen%20&%20hagen.pdf) (2.5.2021).
6. Westin S, Ebba og de tydelige ordene: om behovet for å gjenerobre språket. I: Leira HL, red. «ingen kommer undan politikken ...»: Festskrift til Ebba Wergeland på sekstiårs-

- dagen. Oslo: Transit, 2006: 30–54. <https://www.nb.no/items/a36379ead24698dfbfac229a821587c?page=31> (2.5.2021).
7. Magnussen J, Vrangbæk K, Martinussen P et al. *Mellom politikk og administrasjon: organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. Rapport til Den norske legeförening. Trondheim/Oslo/Köbenhavn: 2016. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmllui/bitstream/handle/11250/2740058/mellom-politikk-og-administrasjon.pdf> (2.5.2021).
  8. NOU 2016: 25. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten: Hvordan bör statens eierskap innrettes framover?* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062> (2.5.2021).

*Jan Frich*  
*jan.frich@medisin.uio.no*

*Jan C. Frich er spesialist i nevrologi og professor ved Universitetet i Oslo.*



# Viktig om brukermedvirkning

Eskil Skjeldal, red.

*Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*

Oslo: Universitetsforlaget, 2021

180 s.

ISBN 978-82-15-04703-0

*Michael 2021; 18: 392–3.*



Jeg må innrømme at jeg ble litt i stuss over tittelen på denne boka. Er *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*, som står bak utgivelsen, i ferd med å undergrave sitt eget fundament? Etter å ha lest den, ligner det mindre på et benspenn, og mer et prosjekt i tråd med Elbert Hubbards (1856–1915) ord: «To avoid criticism say nothing, do nothing, be nothing». Med andre ord, å utsette seg for kritikk er nødvendig om du ønsker å ha innflytelse.

Boka er inndelt i fire deler med ti artikler skrevet av dyktige personer med ulik bakgrunn, og gir en breddeforståelse av ulike temaer knyttet til brukermedvirkning i psykisk helsevern: historie, epistemologi og vitenskapsteori (del 1), brukermedvirkning i forskning i en kunnskapspolitisk og kunnskaps-sosiologisk sammenheng (del 2), brukeransettelser (del 3) og brukermedvirkning i den styrende diskurs

og i pakkeforløpene i psykisk helsevern (del 4). Avgrensningen opp mot psykisk helsevern er naturlig i denne sammenhengen, men kunne kanskje fremgått av tittelen, som lover litt mer enn den holder.

Personlig likte jeg den historiske opptakten med en gjennomgang av bakgrunnen for å innføre brukermedvirkning i helsetjenestene. Mange tenker på brukermedvirkning som et resultat av frigjøring og idealisme, et nødvendig steg på veien: Endelig får de som ofte ikke høres og endog behandles med tvang, mulighet til å medvirke til nyttige og mer humane

tjenester. Ved nærlesing er det slående hvor politisert dette temaet er. Brukermedvirkning er tett knyttet til utviklingen av både velferdsstaten og New Public Management. Boka gir et godt bilde av kompleksiteten som ligger bak utviklingen, og hvordan dette bidrar til uklare rammer for medvirkningen.

Dette er også noe av bakgrunnen for dilemmaene vi presenteres for: Når er man erfaringskompetent, og hvem skal avgjøre det? Kan kunnskapen utfordres på samme måte som annen kunnskap? Hvordan profesjonaliserer man en brukerstemme, og hvordan skal den avlønnes? Et annet viktig tema er brukermedvirkning i forskning: Hvem skal med og hva bør kreves? Blir forskningen bedre? Anerkjenner forskere og brukermedvirkere hverandres forskjellighet?

Det er heller ikke ukomplisert når velferdsstaten stimulerer brukere til å fastholde fokuset på brukerrollen, som er det motsatte av hva klinikere vanligvis anbefaler. Er det utelukkende et gode å profesjonalisere egen sykdomshistorie? Hvordan tar vi vare på våre brukerkonsulenter som overlates til et system preget av produksjonskrav og stramme rammer, der rom for nytenkning og engasjement lett forsvinner?

Brukermedvirkning er for mange personlig, og det gjør det vanskelig å kritisere. Vi må likevel utfordres til å diskutere disse problemstillingene. Alle fagfelt utvikles gjennom kritiske spørsmål, det er en del av et fags eksistensberettigelse. Dette er også en av grunnene til at jeg bejubler denne boka, den er nødvendig nettopp for å styrke brukermedvirkningens legitimitet. Men jeg savner likevel et mer konstruktivt perspektiv. En konstruktiv kritikk søker også å komme med forslag til forbedringer. Dette er noe svakt vektlagt i boka. Jeg ville for eksempel ønske å høre stemmen til en brukerkonsulent med gode erfaringer. Hvilke refleksjoner ville denne personen hatt om muligheter og utfordringer? Jeg oppfordrer alle som er opptatt av brukermedvirkning, helsetjenester og forskning til å lese boka. Den er et verdifullt innlegg i en viktig debatt.

*Kristin Lie Romm*  
*k.l.romm@medisin.uio.no*

*Kristin Lie Romm er spesialist i psykiatri, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og seksjonsleder for regional kompetansetjeneste for tidlig intervensjon ved psykose.*

## En beryktet lege i Drammen

Torgrim Sørnes

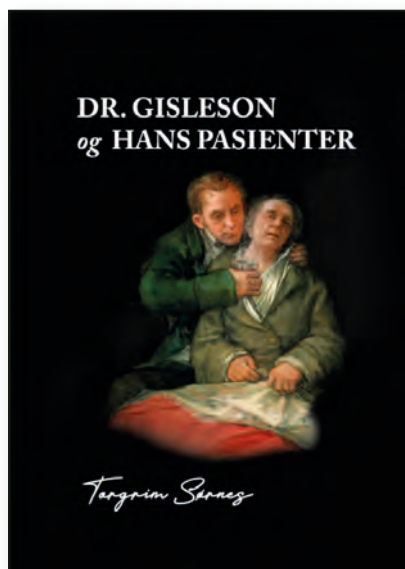
*Dr. Gisleson og hans pasienter*

Sandnes: Commentum, 2021

320 s.

ISBN 9788284161686

*Michael 2021; 18: 394–6.*



Jon Gisleson (1750–1804) var en fattig, men evnerik islending av bondeslekt. En prest merket seg hans gode evner og fikk ham inn på skole på Skålholt sentralt på Island, og derfra til Slagelse latinskole på Sjælland. Herfra til universitetet i København var veien ikke så lang, selv om hans hug heller sto til matematiske fag enn medisinen, som det endte med.

Den pensjonerte gynekologen Torgrim Sørnes har tidligere skrevet to bøker fra samme tidsperiode som begge skildrer dobbeltmonarkiets bakside. Han har nå gitt ut en bok om Jon Gisleson, som i reskript (forordning) av 20. mai 1785 ble utnevnt til landfysikus (fylkeslege) i Buskerud amt. Gisleson bodde og praktiserte i Drammen i omtrent 20 år, inntil han døde av slag i 1804, når unntas et avbrekk til København for å disputere.

Han tok doktorgraden høsten 1785 på avhandlingen *De elephantiasi Norvegica* (den norske elefantsyke), i dag ville vi vel sagt radesyke. Navnet hans skrives på litt ulike måter i kildene – Jon, John, Jonas og Gislesen, Gisleson – i alle mulige kombinasjoner. I *Norges leger* er han benevnt John Gisleson (1) og i avhandlingen Jonas Gislesen (2).

Forfatteren, som ikke alltid er så nådig overfor Gisleson og hans bedrifter, nevner at samtiden ofte viste til store og viktige forskere som James Lind

(1716–94) og Lazzaro Spallanzani (1729–99) og sier at «sammenlignet med deres bedrifter fremstår Jon Gisleson som en ren akademisk sjarlatan».

Store deler av tiden som landfysikus i Buskerud gikk med til ulike klager, konflikter og godt dokumenterte rettssaker. Allerede i august 1783, altså før Gisleson hadde tiltrådt, måtte stiftamtmann Jørgen Erik Skeel (1737–95) be bystyret om attest på Gislesons gjøren og laden på grunn av en klagesak. Og det fikk han, uten omsvøp og rett på sak. I forlagets omtale av boken levnes han liten ære: «Foraktet av befolkningen, avskydd av sine overordnede og fryktet av sine pasienter, hatet av sine kolleger og baksnakket av de få venner han måtte ha, tilbrakte han sitt liv i Norge i en tilværelse av fyll, hor, løgn og sjarlataneri, underslag og falske regninger, rettssaker og injurie-søksmål».

Gisleson er også omtalt i Conradine Dunkers (1780–1866) kjente memoarbok *Gamle Dage* fra 1871 (3). Gisleson skulle gifte seg – 45 år gammel – med en 15 år gammel pike av velsituert familie, mens han selv hadde en husholderske som samtidig var hans «Maitresse».

Et interessant forhold ved boken er omtalen av helsetjenesten i Norge på slutten av 1700-tallet. Dette er i opplysnings- og merkantilismetiden. Kongen hadde fått øynene opp for betydningen av en frisk befolkning for nasjonalstatens styrke og fremtid, samtidig som tidens folkesykdommer som radesyke og kjønnsykdommer tiltok. Dette medførte blant annet utbygging av legedekningen her i landet, til å begynne med i Akershus stiftsamt, der Gisleson var en av fem leger som ble ansatt i 1785. Samtidig startet sykehusutbyggingen, så omfattende at landet hadde 15 radesykehus i 1815.

Boken er velskrevet og lettlest, tonen er frisk og uhøytidelig. Historien om Gisleson og hans pasienter gir et bilde av en verden som ikke ofte omtales. Samtidig kompletterer boken for eksempel *Ansaret for undersåttene helse 1603–1850* av Ole Georg Moseng (4). Dette skjer ved en nyttig gjennomgang av datidens sykdomspanorama og terapeutiske rammer, med andre ord periodens medisinske historie.

Boken anbefales lokalhistorikere og samfunnsinteresserte og alle som ønsker perspektiver på vår tids samfunn.

## Litteratur

1. John Gisleson. I: Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind 2. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 271–2. <https://www.nb.no/items/da50adc6f2ebe5fe12952e48bf1174fb?page=275> (9.4.2021).

2. Gisleson J. *De elephantiasi Norvegica praeside Jo. Clemente Tode pro gradu doctoris disputabit Jonas Gislesen islandus*. Havnia, 1785. <https://www.nb.no/items/5d8c43b4147cf931629ac8e9668f95c0?page=0> (9.4.2021).
3. Dunker CB. *Gamle dage*. Oslo: Forlaget ARS, 1985. Originalutgivelse: Opptrykk av ny utgave: Kristiania: Gyldendal, 1909. <https://www.nb.no/items/2fe310dac6e55b878158d488db1ef35?page=0> (9.4.2021).
4. Moseng OG. *Ansaret for undersåttenes helse 1603–1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003. <https://www.nb.no/items/2d2f4d9c7a879584ce82f36e05afac0b?page=0> (16.8.2021).

*Hans Petter Schjønsby*  
*schoejn@online.no*

*Hans Petter Schjønsby er pensjonert fylkeslege i Hedmark.*

# Etikk for helsefaglig praksis

Morten Magelssen, Reidun Førde, Lillian Lillemoen, Reidar Pedersen, red.

*Etikk i helsetjenesten*

Oslo: Gyldendal, 2021

249 s.

ISBN 9788205534605

Åge Wifstad

*Helsefagenes etikk: en innføring*

2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2020

151 s.

ISBN 9788215048017

Marianne Eilsø Munksgaard, Solveig Fjordside Hammild, red.

*Etiske problemstillinger, dilemmaer og paradokser: for sundhedsprofessionelle*

København: Gads Forlag, 2020

228 s.

ISBN 9788712058496

*Michael 2021; 18: 397–401.*

Bøkene *Etikk i helsetjenesten*, *Helsefagenes etikk* og *Etiske problemstillinger, dilemmaer og paradokser* er alle rettet mot etiske utfordringer i det helsefaglige praksisfeltet. Samtlige selges inn som relevante lærebøker for helseutdanningene, men fremstår samtidig svært forskjellige i tilnærming, tematikk og form. Felles utgangspunkt for alle tre er antakelsen om at helsefaglig etikk er kompleks og mangfoldig og krever situasjonsnære løsninger.

Hvordan kan man på et rimelig og rettferdig grunnlag sammenlikne og vurdere disse bøkene? Jeg velger å ta utgangspunkt i en målsetning om at helsepersonell skal kunne utøve praktisk, etisk kompetanse i helsefeltet. Hvordan kan lærebøkene bidra til dette?

## Helsefaglig etisk kompetanse

En mulig måte å beskrive moralsk kompetanse på innebærer å dele den opp i fire ulike komponenter (Rest 1994):

1. moralsk sensitivitet (man må kunne fortolke situasjonen);
2. moralsk dømmekraft (man må kunne bedømme hvilke handlinger som er riktige og hvilke som er gale);
3. moralsk motivasjon (man må prioritere moralske verdier relativt til andre verdier); og
4. moralsk karakter (man må ha mot, må kunne stå imot og overkomme distraksjoner, samt klare å iverksette det man mener er riktig å gjøre).

I tråd med denne modellen kan 'helsefaglig etisk kompetanse' fungere som en samlebetegnelse for følgende fire komponenter:

1. evne til å lese helsefaglige situasjoner på en etisk sett nyansert og dekkende måte;
2. evne til å avgjøre hva etisk ladete, helsefaglige situasjoner krever av handling;
3. motivasjon til å prioritere etiske verdier relativt til andre verdier; og
4. vilje til å handle i tråd med det man bedømmer som det beste etiske alternativet, til tross for omkostninger dette kan ha for en selv og andre.

Denne kompetansen vil først og fremst utvikles gjennom helsefaglig praksis, men etikkundervisningen ved grunnutdanningene kan også målrettet forsøke å påvirke prosessen. Særlig relevant er det å rette undervisning mot delkomponentene 1–2. Ved å eksponere studentene for etisk relevante eksempler og fagtradisjonens aksepterte verdier, prinsipper og normer kan de trenes til å se likheter og gjenkjenne det etiske terrenget i egen praksis. Via kunnskap om globale, nasjonale og lokale, strukturelle og konkrete forhold som bidrar til verdimeslige spenninger blir studentene satt i stand til å skissere kartet for etisk relevante hensyn. For å sikre at dette kartet faktisk er tilpasset terrenget i konkrete situasjoner er kommunikasjonsskunnskap nyttig; dette er nøkkelen til informasjon om hva andre opplever at står på spill. Videre kan kjennskap til rammeverk for etisk analyse og beslutningsprosesser utruste studenten med verktøy til å skille mellom ulike hensyn og legge til rette for ryddige avveininger. Lærebøker kan formidle all denne kunnskapen og dermed bidra til å påvirke kompetansekompomentene 1 og 2. Lærebokforfatterne kan også formulere oppgaver som stimulerer til selvstendig refleksjon og ferdighetstrening, og engasjerende tekster kan også inspirere studenter til å ville prioritere etiske hensyn over andre hensyn

(komponent 3). Om etikkbøker planmessig kan bidra til å påvirke individuell, moralsk karakter (komponent 4) er vel kanskje mer tvilsomt.

De tre bøkene i denne anmeldelsen er alle høyst lesverdige. Men legger vi kriteriene 1–3 for etisk kompetanse til grunn for vurderingen av hvordan de kan fungere som lærebøker, treffer de noe ulikt.

### Etikk i helsetjenesten

Boka *Etikk i helsetjenesten* er redigert av helseutdannede akademikere med tilknytning til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Boka består av 21 kapitler og inkluderer 12 forfattere, iberegnet redaktørene selv. Bokas kapitler tar opp en rekke ulike etiske problemstillinger som oppstår i helsefeltet når, for eksempel, kravet om å respektere autonomi møter behovet for tvang, ny teknologi oppstår, fremmede kulturer møtes og behovet for å sikre folkehelsen krever makt. Problemstillingene er velkjente fra den internasjonale litteraturen og er godt egnet i en innføringsbok i etikk. Ulempen ved å organisere boka i ulike tematikker er naturligvis at dette kun vil være et utvalg, og andre etiske problemstillinger risikerer dermed å gå under radaren, eller alternativt oppfattes som mindre viktige, hos studentene.

En redegjørelse for hvorfor redaktørene har valgt å gå for akkurat det utvalget boka består av, kunne ha vært nyttig for leseren. Uansett, bokas mange spesifikke tematikker vil kunne bidra til å utvikle studentenes evne til å gjenkjenne etiske hensyn i helsefaglige kontekster (komponent 1). Boka redegjør også godt for analyseverktøy, refleksjonsgrupper og arbeid i kliniske etikkomiteer. Dette er til hjelp for studentenes evne til å nå etiske konklusjoner (komponent 2). Redaktørene har også tatt et vellykket grep ved å sikre leseren et minimum av kjennskap til den teoretiske etikk-litteraturen, sørge for analytisk klarhet i stoffet ved å definere sentrale begreper, samt ved å legge til rette for en pedagogisk og engasjerende utforming av samtlige kapitler. Kapitlene starter med beskrivelsen av et 'case' som fanger den praktiske relevansen av den påfølgende teksten. Noen kapitler har en nyttig oppsummering, og samtlige avslutter med studiespørsmål og referanseliste. Flere av kapitlene bygger på tidligere, ulike utgivelser, men boka fremstår like fullt helhetlig og hvert kapittel godt integrert og bearbeidet.





## Helsefagenes etikk: en innføring



*Helsefagenes etikk: en innføring* er til tross for sitt kortfattede format et imponerende stykke arbeid. Boka favner ikke bredt tematisk, men den er bygget opp på et snedig vis. Steg for steg skisseres grunnlaget for samfunnsoppdraget, lovgrunnlaget, menneskelig autonomi, fortolkninger av 'pasientens beste' og forståelse for pasientens verden og sårbarhet. Samlet utgjør disse hensynene forhold som omslutter det etiske handlingsrommet for helsepersonell. Forfatteren rydder i betingelsene som former det komplekse, etiske praksisfeltet for leseren. Han løfter frem abstrakte sammenhenger og inviterer til refleksjon som utvider leserens forståelse av hva det er som former helsefaglig etikk. Til tross for sine få sider blir boka derfor aldri snever.

Boka fremstår som spesielt egnet til å nyansere helsepersonells selvforståelse av egen profesjonalitet i møter med etiske utfordringer. Grepet med å klargjøre de ulike lagene av betingelser for profesjonelle avgjørelser er velegnet til å påvirke studentenes evne til både å identifisere etiske forhold og begrunne avveininger (komponent 1 og 2). Det tydelige fokuset på den *profesjonelle* konteksten kan også påvirke helsepersonells motivasjon til å handle på profesjonelle etiske verdier (komponent 3). Boka belyser i noe mindre grad mangfoldet av spesifikke, etiske tematikker som preger helsefaglig praksis. Jeg har ingen betenkeligheter med å anbefale denne boka, men antar samtidig at helsepersonell med praksiserfaring vil ha størst utbytte av den. Sann sett kan den fungere spesielt godt for videre- og etterutdanningene, og gjerne i tospann med den mer tematikk-orienterte boka *Etikk i helsetjenesten*.

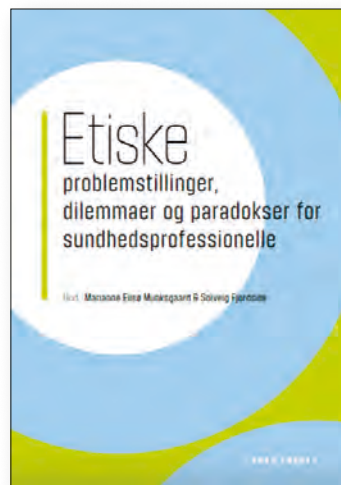
### Etiske problemstillinger, dilemmaer og paradokser

Denne boka består av en innledning og 15 kapitler og involverer til sammen 19 forfattere. Alle kapitlene begynner med en oppsummering, og avslutter med en tydelig avrundning og referanseliste. Dette skaper sammenheng og helhet på tvers av bidrag med tematisk svært ulikt innhold.

Hensikten med boka er ikke å foreskrive etiske løsninger, men snarere å løfte opp etiske utfordringer i helsevesenet for refleksjon. Her innfrir den. Leseren presenteres for en rekke ulike perspektiver på hvordan etikken utfolder seg i skvis mellom helsesystem, -personell og pasienter. Boka består av en rekke interessante kapitler som, for eksempel, etiske utfordringer i helse-tjenestens møte med ulike levekår, etikk og klinisk lederskap, og etikkens

kår på telemedisinens betingelser. Bokas styrke er at den ikke lukker seg rundt konklusjoner om 'hva som bør gjøres', men inspirerer snarere til et utforskende og åpent blikk for etiske hensyn og fordringer som åpenbarer seg i helseverdenens kriker og kroker. En svakhet ved boka er imidlertid det språklige presisjonsnivået enkelte steder. Selv om flere av forfatterne for eksempel gir en klargjørende definisjon på begrepet 'etisk dilemma', så anvendes det med mindre presis mening i andre kapitler. En definerende begrepsbruk av tittelens sentrale begreper 'etiske dilemma', 'etiske problemer' og 'etiske paradokser' hadde vært nyttig i innledningskapitlet. Det kunne ha fungert samlende for bokas tematisk sett svært ulike bidrag. Kapitlene er utforskende i stilen og fremstår mer som selvstendige bidrag til etikkforskningen.

Dette taler imot å bruke boka til innføring i etikk i grunnutdanningene. Flere av kapitlene krever også at man allerede besitter noe grunnleggende, teoretisk etikk-kunnskap. Bokas omdreining rundt etiske utfordringer kan imidlertid påvirke ferdigheter i å lese helsefaglige situasjoner på etisk sett nyanserte vis (komponent 1), og kapitlene kan fungere som nyttig bakgrunnsmateriale for organiserte diskusjoner ved utdanningene og i praksisfeltet.



## Litteratur

Rest JR. Background: Theory and Research. I: Rest JR, Narváez D, red. *Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics*. New York & London: Psychology Press, 1994: 1–26.

*Kristine Bærøe*  
*kristine.baroe@uib.no*

*Kristine Bærøe er professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.*

# Byråkratenes, politikernes og den bergenske patriotismens sykehus

Morten Hammerborg, Teemu Ryymin

*Veien til Haukeland: Haukeland universitetssykehus 1912–2012*

Bergen: Fagbokforlaget, 2019

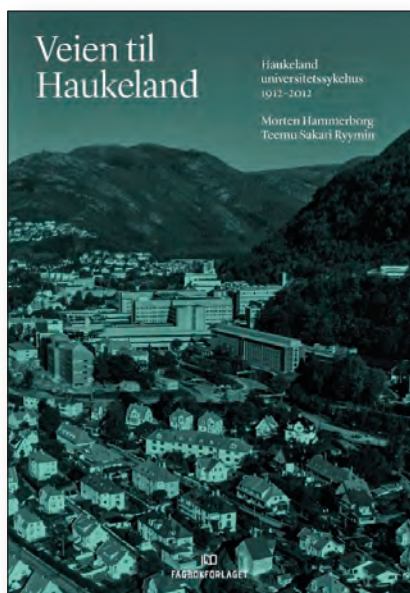
552 s.

ISBN 978-82-450-2416-6

*Michael* 2021; 18: 402–7.

Det er ikke vanlig at forfattere av historiske oppdragsverk markerer et program for arbeidet – i det minste ikke så tydelig som i denne boka. Teoretiske refleksjoner kan være svært fruktbare, også i historiske framstillinger ment for andre enn fagfolk. Ulempen er sjølsagt at det er mer krevende å skrive teoretisk for allmennheten. Man må kunne sitt stoff mye bedre for å kunne skille ut hva som gir mening. Det er ikke et stort problem for Morten Hammerborg & Teemu Ryymin. De er erfarne helse- og medisinhistorikere. De kjenner sin litteratur og sin teori. Her dreier det seg ikke om mer eller mindre teori, men om et uvanlig eksplisitt valg av ståsted og vinklinger. I Haukeland-boka går de hardt og nær sagt dogmatisk ut og erklærer at de vil fjerne seg fra en systemorientert sykehushistorie og satse på et lokalisert perspektiv. Med det lener de seg på de kjente amerikanske historikerne Mark Micale og Günter Risse, som har gjort seg til talsmenn for at sykehusets historie skal skrives ut fra sine egne, lokale forutsetninger.<sup>1</sup> Alt for ofte har sykehushistorie (og for så vidt andre former for historie) blitt skrevet ut fra skjemaer knyttet til kjente og aksepterte utviklingstrekk, der det lokale framstår som varianter av mer eller mindre fastlagte strukturer. Hvordan

1 Micale MS. The Salpêtrière in the age of Charcot: an institutional perspective on medical history in the late nineteenth century. *Journal of Contemporary History* 1985; 20: 703–31. <https://doi.org/10.1177/002200948502000411>; Risse GB. *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. New York: Oxford University Press, 1999.



forholdt legene i Stavanger seg til framveksten av bakteriologien? Hvilke endringer kom i Molde som følge av antibiotika, eller innføringen av enhetlig ledelse? Hvordan ble *New Public Management* praktisert i Lofoten? Dette er uinteressant, mener Hammerborg & Ryymin. De systemorienterte vinklingene gir ikke plass for de lokale perspektivene. De skjematiskke strukturene tåkelegger beskrivelsen. Hammerborg & Ryymin vil plante skriveredskapene sine trygt innenfor Bergen og skrive Haukelands historie ut fra Haukelands egne forutsetninger. Modellene får være. Klarer de å gjennomføre prosjektet? Nei. Er det likevel vellykket? Ja.

### **Glimrende sykehushistorie**

Haukelands historie er ingen tradisjonell jubileumbok til 100-årsjubileet, sett bort fra tittelen. Det er en fortelling om utviklingen av sykehusvesenet i Bergen fra midten av 1700-tallet, fra sykehuset som ble anlagt i et nedlagt tobakksspinneri i utkanten av Bergen, til den foreløpig siste utbyggingen av den gigantiske betongkolossen på Haukeland, svært langt fra sentrum – med 12 000 ansatte i 2019. Det er et ambisiøst prosjekt, som ikke bare dreier seg om at boka er diger. Det har ikke vært skrevet mye sykehushistorie om enkeltinstitusjoner i Norge, av faghistorikere. Dette er med god margin den beste.

At forfatterne har valgt å starte med 1700-tallet viser ambisjonsnivået. Slik legger de fram forutsetningene for opprettelsen av det nye sykehuset på et jorde på Haukeland i 1912, langt utenfor byen. Allerede her får vi tak i to av de sentrale motivene i fortellingen: at framveksten av et moderne sykehus i Bergen framstår som en intens rivalisering med Kristiania eller Oslo, og at modellene likevel får styre framstillingen. Beskrivelsen av 1700-tallssykehuset på Engen preges eksplisitt – noe nær sjølsagt – av den mest ikoniske modellbyggeren av alle, Michel Foucault (1926–84), og hans framstilling av «den store innesperringen», altså framveksten av institusjoner med uklare rammer og intensjoner. De tidligmoderne sykehusene hadde mer oppbevaring enn behandling som formål. Som landets klart største by, var det opplagt at Bergen holdt seg med slike institusjoner.

### **Kampen mot hovedstaden**

Da Bergen i løpet av 1800-tallet enda klarere ble Norges nest største by, ble byggingen av et nytt sykehus en vesentlig ambisjon. Forfatterne beskriver utvetydig og tankevekkende Haukelands særpreg som en kamp mot hovedstaden, der Rikshospitalet, og tydeligst Ullevål sykehus, var forbilder:

*... og da særlig [Bergens] stilling som rikets deklaserede, men fremdeles nest største by. Det lå nemlig en ambisjon i byen om fremdeles å spille en viktig rolle i nasjonen og utgjøre et alternativt kraftisentrum til den fremadstormende hovedstaden. (s. 84)*

Haukeland var inspirert av Ullevål på flere måter enn at den samme arkitekten var involvert. Men forfatterne markerer særpreget på en innovativ måte ved å vise at miasmeteorienes krav om mindre bygninger med god avstand – for å begrense smittefare, som hadde dominert på Ullevål – nå rundt 1912 ikke betydde mye lenger.

Samtidig legges det fram en annen, både sentral og universell modell som utgangspunkt for utviklingen av 1800-tallets sykehus og begynnelsen på sykehusets posisjon i helsevesenets utkant til dets absolutte sentrum: praktisering av aseptikk, antiseptikk og anestesi – grunnlaget for kirurgi, 1800-tallssykehusets kanskje vesentligste særtrekk – og profesjonaliseringen av sykepleie som forutsetning for det hele. Dessuten drøftes innsiktsfullt hvordan samarbeidet mellom staten og det som blir kalt velferdskommunen fungerte – noe som man vel kan si har ført til – og fortsatt fører til – at norske sykehus framstår med mer til felles enn det som skiller.

## Haukelands særpreg

Det er like fullt liten tvil om at Haukeland sykehus har sine særpreg. Det som særpreger boka om Haukeland, er at sykdommer, pasienter, behandling og medisin er forbløffende fraværende – dog ikke helt. Hammerborg & Ryymin har selv sagt at dette er et bevisst og intendert grep for å oppfylle ambisjonen om en lokalisert sykehushistorie. Det er åpenbart en begrunnelse for at kampen for universitetet har fått en sentral plass i boka. Igjen er det rivaliseringen med Oslo som utgjør et ledemotiv og som en del av et bergensk program for å hevde seg mot hovedstaden. Framstillingen av de uendelige kampene og tautrekkningene – inkludert kalamitetene knyttet til det privat-finansierte Gades institutt som drev forskning midt i hardt pressete behandlingsregimer – viser hva forfatterne er laget av. De klarer simpelthen å konstruere en fortelling som er spennende og innsiktsgivende og som langt på vei representerer det genuint bergenske eller «haukelandske» perspektivet.

Noe litt annet blir det når Haukelands ansatte – og pasientene – blir beskrevet. Det er vanskelig å se at arbeidsplassen Haukeland framstår mer eller mindre lokalisert utover det nokså trivielle ved å fastslå at sykepleierne har vært og er kvinner. Kanskje var det tross alt et særpreg at sykepleierskolens ledelse aktivt motsatte seg opptak av menn, lenge etter at Norsk sykepleierskeforbund i 1950 skapte seg et kjønnsnøytralt navn ved å fjerne tre bokstaver. Sykepleiernes rolle som legens assistenter blir framhevet. Det blir også problemene med elevsystemet, der sykepleierelevene utgjorde billig arbeidskraft og ennå langt ut i etterkrigstida var knyttet til forestillinger om kallet. «Å skrive om pasienter og deres opplevelse av sykehusoppholdet er utfordrende», skriver forfatterne lakonisk. Så utfordrende framstår det, at pasientenes stemme langt på vei blir representert av et enkelt innlegg i «Haukelandsposten» i 1951. Der blir forholdene ved kreftavdelingen framstilt som bedrøvelige «(...) det som sannsynligvis var blant deres siste dager (...)» (s. 387). Langt spenstigere blir beskrivelsen av de knallharde diskusjonene rundt enhetlig ledelse som preget alle landets sykehus tidlig i 1990-årene. Det intense bråket rundt bioingeniøren Berit Wangensten Hatlevik som ble ansatt som sjef for Laboratoriet for klinisk biokjemi – foran en professor og overlege – er kraftfullt framstilt.

«Striden om protonsenderet var en klassisk Oslo–Bergen-konflikt» fastslår forfatterne på de siste sidene. Det dreide seg om strålebehandling av svulster og en konflikt som fant sted etter overgangen til foretaksmodellen i 2002 – og som ble avsluttet så seint som 2019. Beskrivelsen er et stykke på vei symptomatisk for Haukelands historie. Forfatterne skriver da også uten å legge fingrene imellom: «I nesten hele Haukelands historie har Oslo, og da fremfor alt Rikshospitalet, utgjort sykehusets signifikante andre.»

### **Et uvanlig vellykket prosjekt**

Slutten på tilværelsen som selvstendig institusjon og begynnelsen på livet som del av et statlig helseforetak betegnet sjølsagt en ny æra for Haukeland – men det var en skjebne som alle landets sykehus måtte finne seg i. Måten dette blir beskrevet i «Veien til Haukeland» viser hvor vanskelig programmet til Morten Hammerborg & Teemu Ryymin har vært. Kanskje ble det en annen bok enn pretensjonene tilsa. Det betyr ikke mye, i den store sammenhengen. Kanskje uten å ville det, har de to historikerne langt på vei skrevet historien til de offentlige sykehusene i Norge siden midten av 1700-tallet. Det har de gjort på en strålende måte. Prosjektet har vært uvanlig vellykket. Det er perspektivrikt, fullt av kunnskap, innsikt og perspektiver. Boka er dessuten tidvis drivende godt skrevet. Så får det heller være at programerklæringen ikke holder løftene sine – eller gjør det, på en annen måte.

*Ole Georg Moseng*  
*ole.moseng@usn.no*

*Ole Georg Moseng er professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge.*

# *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](http://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](mailto: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