
Distriktslegen (1836 – 1984)

MERKESTEINER I NORSK MEDISIN

HOGNE SANDVIK

Email: hogne.sandvik@isf.uib.no

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8c

5009 Bergen

Distriktslegeordningen ble etablert i 1836. I tillegg til kurative legetjenester skulle distriktslegene føre tilsyn med annet helsepersonell og med utsatte pasientgrupper. For øvrig skulle de, gjennom sunnhetsskommisjonen, engasjere seg i alt som kunne innvirke på stedets sunnhetsforhold.

De første distriktslegene hadde ansvar for enorme områder og fikk bare sporadisk kontakt med allmuen. Da legedistriktene ble splittet opp, kom legen tettere inn på lokalbefolkningens liv. Dette vakte ikke bare begeistring, og legene måtte kjempe for å bli anerkjent. Men gjennom helseopplysning og stadig mer effektive kurative hjelpemidler fikk legene tillit i lokalsamfunnene.

Radikale politiske trender fra slutten av 1960-årene førte til en revitalisering av en krisepregget distriktslegetjeneste. Det ble opprettet et stort antall nye stillinger, og nyutdannede leger søkte seg ut i distriktene i hopetall. I 1984, på høyden av denne oppgangsperioden, valgte staten å nedlegge distriktslegeordningen.

De fleste ”distriktsleger” frem til begynnelsen av 1800-tallet var ikke akademisk utdannede leger, men kirurger (1). Disse to profesjonene smeltet gradvis sammen i løpet av første halvdel av 1800-tallet, og fra 1836 ble distriktslege den offisielle betegnelsen.

I tillegg til kurativ praksis skulle distriktslegene se til at hjelpevaksinatørene utførte arbeidet sitt på en skikkelig måte, og ellers føre tilsyn med jordmødre og apotek. I 1848 kom en lov som påla dem å kontrollere de sinnssyke. Fra indre Hardanger forteller distriktslege Gerhard Brock (1813 – 59) i 1854 at det der var et uforholdsmessig stort antall sinnssyke. Flere av dem ble holdt fastbundet, ”uden at Hensigtsmæssigheden heraf – efter Sindssygeloven – er undersøgt”. Han klaget dessuten over to ”Cretinere fra Thelemarken” som streifet rundt i distriktet hans (2).

I 1856 ble ”spedalske distrikter” pålagt å opprette sunnhetskommisjoner, og distriktslegen måtte registrere og føre tilsyn med alle leprapasientene (3). Pålegget om å opprette sunnhetskommisjoner ble utvidet til å gjelde hele landet i 1860. Ifølge loven skulle sunnhetskommisjonen (og dermed distriktslegen) ”have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse”.

Kulturkollisjon

I de store legedistriktene var det få som noensinne stiftet nærmere bekjentskap med distriktslegen. Men da distriktene ble splittet opp, kom han innbyggerne tettere inn på livet. Dette var ikke alltid like populært. I ytre Nordhordland skjønnte man ikke hvorfor staten bebyrdet dem med en distriktslege, og den første legen gav opp etter et år. Han hadde da hatt ett eneste sykebesøk til hele Manger prestegjeld.

Distriktslegene måtte kjempe for å bli anerkjent. Nøkternt sett var det begrenset hva de kunne tilby, rent medisinsk. Den gjenstridige Manger-allmuen uttrykte seg slik: ”Æ da Dauen, verte da Dauen, aa dermed trængs ingjen Documente hedl Doctor” (4). Folk flest kunne ikke skjønne hvorfor de måtte betale legen dyrt for behandling som de kunne få nesten gratis hos en lokal bygdedoktor.

Helseopplysning

Mange distriktsleger satset på helseopplysning gjennom sunnhetskommisjonen, som vanligvis bestod av hele kommunestyret.

Distriktslege Michael Krohn (1822 – 97) holdt en lang serie foredrag for sunnhetskommisjonen i Manger. Han tok for seg allmenne temaer som mat og drikke, renslighet og luft, klesdrakt og bolig. Han snakket om behandling av gravide og fødende, om årelating og om spedalskhet (5). Politikerne måtte tåle hard kritikk, spesielt da han anklaget dem for å ha neglisjert skolevesenet: ”Min Erfaring har imidlertid desværre lært mig, at de mest sneverhjertede Anskuelse og det strengeste gjennemførte Kniberisystem gjør sig gjeldende inden Communerepresentationen” (6).

Medisinske fremskritt, økende tillit

I siste halvdel av 1800-tallet ble det gjort mange viktige medisinske oppdagelser. Eternarkose satte distriktslegene i stand til å utføre omfattende kirurgiske inngrep. Oppdagelsen av bakterier førte til mer målrettet behandling av infeksjoner. I 1895 strømmet det inn beretninger fra distriktsleger som hadde tatt i bruk serumbehandling av difteri (7). Distriktslege Johannes Falkenberg (1852 – 1933) i Alversund skrev slik: ”Seks Ganger har jeg anvendt Behrings Serum; første Gang var det hos en Pige paa 16 Aar, der havde været syg i tre Dage, intet kunde nyde, men laa og brækkede sig idelig. På Grund af Alderen og Sygdommens Varighed, benyttedes Serum No 2, og 24 Timer efter Indsprøitningen var det som om Sygdommen var strøget af hende.”

I takt med den medisinske utviklingen økte befolkningens tillit til distriktslegene. Det ble lettere å få gehør i sunnhetskommisjonen, og distriktslegene fikk vidtgående fullmakter til å gripe inn i pasientenes personlige frihet.

Fra embetsmann til bestillingsmann

Mot slutten av 1800-tallet ble embetsstaten svekket, og dette rammet også distriktslegene. Det var en utbredt oppfatning at legene først og fremst skulle beskjeftige seg med kurativ legepraksis. I 1886 foreslo Søren Jaabæk (1814 – 94) at Stortinget skulle avvikle hele distriktslegevesenet. Det ble opprettet få nye stillinger, og etter hvert utviklet det seg arbeidsledighet.

I 1912 kom en ny lov som gjorde det klart at offentlige gjøremål skulle ha prioritet foran kurativ legevirksomhet. Det ble innført et system med amtsleger (fylkesleger), som skulle være bindeledd mellom medisinaldirektøren og distriktslegene. Og til tross for sterke protester fra legene ble det bestemt at distriktslegene ikke lenger skulle være embetsmenn. Denne ”degraderingen” var tung å svelge, men fikk liten praktisk betydning. Frem til 1964 ble distriktslegene fortsatt utnevnt av Kongen i statsråd, og respekten blant folk flest ble ikke svekket, slik mange fryktet (8).

Vekst og kriser

Loven av 1912 gav hjemmel for opprettelse av en rekke nye distriktslegestillinger, og som følge av økonomiske oppgangstider omkring den første verdenskrig ble det også mulig å gjennomføre dette. Arbeidsledigheten ble avløst av rekrutteringsproblemer, spesielt i utkantene (8).

Utbygging av ulike trygde- og forsikringsordninger medførte at flere fikk råd til å søke lege. Men systemet var mangelfullt, og fattigfolk falt utenfor. Noen kommuner hadde ansatt egne fattigleger, men ellers hadde distriktslegen et særlig ansvar for legehjelp til de fattige. Da den unge Knut Moe (1892 – 1972) begynte som distriktslege i hjemkommunen i 1918, opplevde han i romjulen å bli oppsøkt av formannen i fattigstyret: ”Det er ei høggravid kvinne ute i Fitjarøyane. Ho kan ikkje føda normalt, fordi ho har for trangt bekken. Saka har vore handsama i fattigstyret. Kommunen har ikkje råd til å betala for innlegging på Kvinneklinikken i Bergen for keisarsnitt. Eg kjem her for å be deg yta fødselshjelp for å lema sund barnet” (9).

Oppgangstider ble avløst av nye kriser utover i 1920-årene. Utdanningskapasiteten var økt, og igjen fikk vi overproduksjon og arbeidsledighet. For å få en distriktslegestilling krevdes det vanligvis lang ansiennitet, og mange hadde spesialistkompetanse (8).

Høstkurs i hygiene for offentlige leger kom i gang fra 1930, og i 1934 ble forløperen til OLL dannet. Fire år senere ble Karl Evang (1902 – 81) medisinaldirektør. Utviklingen var løfterik, men først måtte man gjennom fem år med krig og stagnasjon.

De fleste distriktslegene ble sittende i sine stillinger under krigen. Flere ble arrestert for å ha drevet antinazistisk propaganda, og dette skapte angst og uro i befolkningen. Folk var redde for å være uten lege, med den oppblomstringen av epidemiske sykdommer man så under krigen (10).

Fra gullalder til ny krise

Under krigen hadde man fått en beordringslov for å sikre legedekningen i utkantene. Denne loven ble ikke opphevet før i 1951, men den var sjelden i bruk. Legene meldte seg til tjeneste og drog til utkantene. Det var nok av oppgaver å ta fatt på, ikke minst innenfor hygiene og infeksjonsbekjempelse.

Distriktslege Emil Moe (f. 1915) har skrevet om sin kamp mot tuberkulosen like etter krigen: ”Då eg kom til Værøy, heldt eg på å drukna i tuberkulose . . . eg sende redningsskøyta i skytteltrafikk til Bodø, til diagnosesentralen, med omslagarar . . . og så fekk eg kamp mot Pinsemenigheten på Værøy. Dei trudde ikkje på smitte . . . eg tala med høg røyst på fiskarheimane om korleis ein kunne ta vare på helsa, og då særleg verne seg mot tuberkulose” (9).

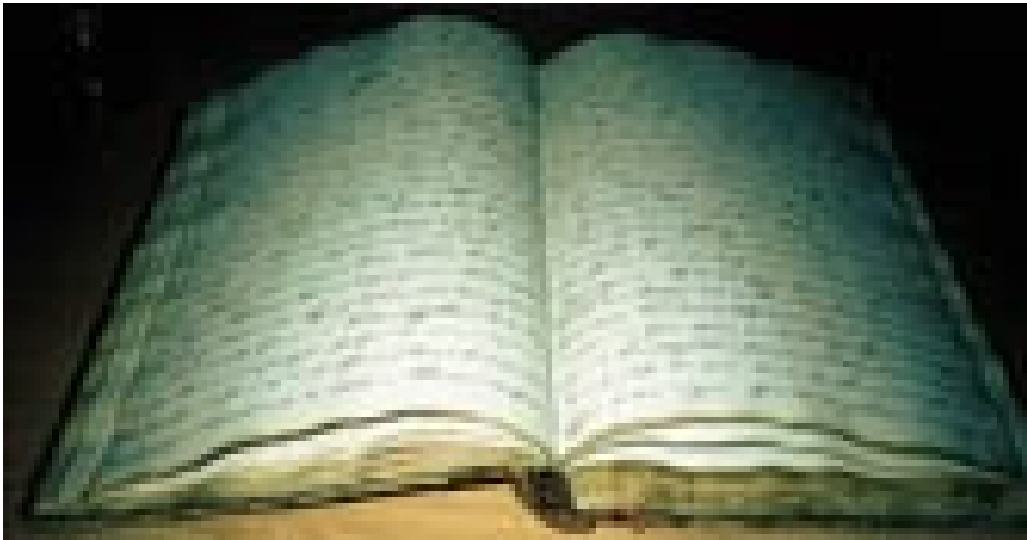
Etterkrigstidens distriktsleger var entusiastiske. De ble inspirert av en karismatisk helsedirektør som hadde nær kontakt med sin ytre etat. Både helsedirektør og fylkeslege støttet opp om distriktslegene, og lojaliteten var sterk begge veier.

Men igjen stoppet rekrutteringen opp. Medisinske nyvinninger og en sterk utbygging av institusjonshelsetjenesten førte til at nyutdannede leger satset på en spesialistkarriere. Økonomisk fremgang og nye trygdeordninger bidrog også til at etterspørselen etter kurative tjenester økte sterkt. Fra midten av 1950-årene stagnerte distriktslegetjenesten, og igjen var det utkantene som led mest (8).

Tjen folket

Revitaliseringen kom fra grasrota. Utposten ble et frittalende og opposisjonelt talerør for unge og aktivistiske distriktsleger. Det skjedde også en politisk radikalisering av studentmassen. Store grupper, medisinere inkludert, støttet parolen om å tjene folket. Det ble politisk korrekt å satse på en karriere i primærhelsetjenesten. Samtidig var det økonomiske oppgangstider, og mange nye distriktslegestillinger ble opprettet. Nyskapingen med rene fastlønte stillinger var også tidsriktig og populær.

Jeg debuterte selv som distriktslege i denne perioden, på Manger. Jeg mottok et høytidelig ansettelsesbrev, undertegnet av statsråden. Og jeg følte historiens sus da jeg åpnet den gamle helserådsprotokollen (fig 1).



Figur 1 Den gamle helserådsprotokollen på Manger. Her hadde Michael Krohn skrevet ned alle foredragene han holdt i sunnhetskommisjonen

Nekrolog

Desentralisering og demokratisering var viktige politiske trender i 1970-årene, sammen med en voksende miljøbevissthet. Ekspertveldet måtte vike for folkevalgt styring. Kommunene fikk ansvar for oppgaver som tidligere ble ivaretatt av høyere forvaltningsnivåer. Helserådet var på mange måter en politisk anakronisme og ble etter hvert tappet for oppgaver. De viktige miljøspørsmålene ble ivaretatt av andre etater (8).

I en tid med god rekruttering valgte staten å legge ned sitt legevesen. Mange var skeptiske til at kommunene ville greie å ta vare på legene sine, og mye kan vel i ettertid tyde på at skeptikerne fikk rett. Skepsis til kommunal forvaltning er for øvrig ikke av ny dato. Allerede i medisinalberetningen fra 1856 skrev daværende distriktslege Michael Krohn: ”Er nogensinde og nogetsteds den fri communale Forfatning kommet for tidlig til Verden, er det i Sandhed i Manger” (11).

Mitt liv som distriktslege på Manger ble kortvarig. Den 1. april 1984 kom rådmannen bort på legekantoret og ønsket oss velkommen som kommunearbeidere.

LITTERATUR

1. Sandvik H, Straand J. Fra bartskjærlaus til legeforening. Et 400-årsjubileum. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3614 – 7.
2. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i 1854. Christiania: Den Kongelige Norske Regjerings Departement for det Indre, 1857.
3. Sandvik H. Spedalskhet og arv. En distriktsleges betraktninger fra 1884. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3799 – 801.
4. Sandvik H. ”Dei Vise forvidle Væræ!” En distriktsleges kamp mot overtro og trolldom på 1800-tallet. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3572 – 4.

5. Dr. Krohn og sunnhetskommisjonen i Manger. www.uib.no/isf/hist/krohn.htm (13.10.2000).
 6. Krohn M. Om folkets standpunkt. Foredrag i sunnhetskommisjonen i Manger 1858. www.uib.no/isf/hist/for5.htm (13.10.2000).
 7. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1895. Kristiania: Udgiven af Direktøren for det civile Medicinalvæsen. I Kommission hos H. Aschehoug & Co, 1898.
 8. Schiøtz A. Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900 – 1984. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenntidrett og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 2000.
 9. Moe E. Den siste distriktslege. Stord: Eige forlag, 1993.
 10. Gogstad A. Helse og hakekors. Helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge 1940 – 45. Bergen: Alma Mater, 1991.
 11. Krohn M. Medisinalberetning fra Ytre Nordhordland 1856. www.uib.no/isf/hist/beret/beret009.htm (13.10.2000).
-

Publisert: 30. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.