

### 13. Opplæring for offentlige oppgaver

#### *Samfunnet som pasient*

Både i medisinsk vitenskap og i internasjonal helsepolitikk var man i siste halvdel av 1700-årene sterkt interessert i samfunnsmedisin, dvs. hvordan man skulle tilrettelegge samfunnet best mulig for å forhindre sykdom og skade, stimulere til trygge svangerskap og fødsler, samt å ta seg av skadede, syke og trengende på en mest mulig effektiv måte. *Gruppeperspektivet* var noe av det mest framtreddende i tidens medisin.

Denne interessen var der i nøktern erkjennelse av at behandling av skader og sykdom på individnivå fortsatt hadde betydelige begrensninger. Det var også et utilslørt økonomisk aspekt, avledet av tidens merkantilistiske tenkning. I datidens lavteknologiske samfunn var friske arbeidshender en av samfunnets betydeligste ressurser på alle samfunnets felter. Opplysnings-tidens økende respekt for enkeltindividens liv, levnet og menneskeverd ga også sitt bidrag til utviklingen.

*Statsmedisin* var ordet som ble brukt.<sup>162</sup> I eksamensreglementet av 1824 er oppført at det skal være eksamen i statsmedisin. Samme år var Frederik Holst (1791–1871) blitt professor i blant annet hygiene, og det var først og fremst hygienefaget som representerte den grupperettede medisin.

Det er imidlertid et spørsmål i hvilken grad de uteksaminerte legene fikk befatning med praktiske, grupperettede medisinske tiltak i den første tiden. Det både store og effektive forebyggende tiltak *koppevaksinasjon* var blitt allment innført i 1810. Men koppevaksinasjon var for det første forebygging på individnivå, og dessuten var det vaksinatorer med ulik bakgrunn som utførte det praktiske arbeidet.

I hvilken grad legene hadde grupperettede oppgaver, må sees i lys av hva slags arbeidsforhold de litt mer enn 100 legene i Norge hadde på begynnelsen av 1800-tallet. Militærlegene hadde medisinske problemer på gruppenivå å arbeide med, selv om behandling av syke og skadede sto i forgrunnen også for dem i det daglige. De få legene som var embetsleger hadde per definisjon samfunnsoppgaver, men distriktslegene kombinerte dette med vanlig praksis. For de fleste leger var det derfor behandling av syke og skadede som sto i sentrum, selv om de var klar over de forebyggende mulighetene. Samfunnsstrukturen ga dem få muligheter til å utnytte kunnskapene.

---

<sup>162</sup> Senere sa man *offentlige gjøremål*, fra rundt 1911 sa man i lovtekster m.v. *offentlige lægeførretninger* (se f. eks. O.t.prop. 39 (1911) Om utførelsen af de offentlige lægeførretninger), i moderne språk *offentlig legearbeid*.

Epidemiene utover på 1800-tallet gjorde behovet for forebygging preserende for alle som hadde med pasienter å gjøre. Især var den første, større koleraepidemien, den som rammet Norge i 1832–1833, en vekker på alle plan. Noe måtte gjøres. Det ble utprøvd en del tiltak, blant annet i form av å utarbeide «koleraplakater» med retningslinjer for hvordan man skulle forholde seg ved utbrudd av en epidemi. Den neste epidemien, den i 1853, viste at disse tiltakene kanskje ikke var så effektive likevel. Epidemien i 1853 ga derfor støtet til en viktig reform, nemlig utarbeidelsen av Sundhedsloven som ble vedtatt i 1860.<sup>163</sup>

Kortversjonen av historien om Sundhedsloven er følgende: Det ble vedtatt at landet skulle dekkes av lokale Sundhedscommissioner, senere kalt helseråd, der den lokale distriktslegen ble gitt vide fullmakter til å handle etter eget, faglige skjønn når det var nødvendig. Dette kunne være inngripende, grupperettede tiltak, så som isolasjon av syke og deres familier, stenging av virksomheter m.v. Da sier det seg selv at kravene til faglighet bakom det som ble besluttet, var store.

#### *Grupperettet helsearbeid møter motstand*

Lovarbeidet viste med all tydelighet hvilke motkrefter man hadde når forslag om strukturelle fellestiltak kom opp. De aller fleste nordmenn bodde på denne tiden i landdistriktene, og lokalsamfunnenes motstand mot nye ting, spesielt forslag om noe som kostet penger, kunne være massive. Dette var imidlertid ikke bare konservatisme, det hang også sammen med den store omformingen som foregikk i samfunnet. Nasjonsbyggingen på 1800-tallet hadde et element av overgang til en større grad av pengehushold enn før. Produktiviteten i primærnæringene kunne være så som så når man gikk ut over dekningen av egne behov til livets opphold. Det å ha midler å avgi til fellestiltak, kunne derfor reelt sett være et problem. Det var simpelthen lite penger å avse.

Rikspolitikerne som representerte distrikts-Norge så det ofte som sin plikt å begrense offentlige utgifter som i neste runde skulle dekkes inn av innbyggerne. Debatten forut for Sundhedsloven er ganske illustrerende. Det medisinske fagmiljøet i Christiania gikk fullt og helt inn for en slik reform og ble støttet av administrasjonen. Men det var en demokratisk prosess som måtte til, og lovforslaget ble nærmest presset gjennom. Motstanden var stor. Det var utgiftene til sunnhetskommisjoner, spesielt til dekning av det legens deltakelse kostet, som var den store snublesteinen.

---

<sup>163</sup> Les lovteksten og historien bakom den i Larsen Ø. Sundhedsloven 150 år – Lov og forarbeider. *Michael* 2010; 7: Supplement 8.

En av de stortingsrepresentantene som sikret seg en plass i norsk medisinhistorie i denne debatten, var Aanen Olsen Bergsager (1808–1879) fra Lyngdal. Han strittet imot av alle krefter og protesterte mot alt som kunne være kostnadsdrivende i denne sak. Mest patetisk er hans motstand mot bestemmelsen om at lik skulle begraves minst fire alen under jorden. Det måtte da holde å sette «ikke ringere enn 3 Alen», mente han. Selv på spatak kunne man spare!

I helsesaker var det ofte verdier som sto mot verdier. Det var ikke alltid at helse som verdi gikk vinnende ut av dette. Slik er det vel ikke nå heller.<sup>164</sup>

### *Distriktslegene*

Nyordningen av det offentlige helsevesenet i og med Sundhedsloven av 1860, og også som følge av den oppbyggingen av helsevesen, helsestatistikk, næringsliv etc. som hadde begynt å skyte fart fra midten av århundret, gjorde at forebyggende medisinsk kunnskap, dvs. det som ble kalt statsmedisin og hygiene, fikk nye utfordringer også ved Det medisinske fakultet. Nå gjaldt problemstillingene i større grad samfunnet som sådant.

Sundhedsloven ga faglig og juridisk forankring for de offentlige legenes samfunnsrettede innsats gjennom hele Sundhedslovens levetid, gjennom hele 134 år, til loven ble erstattet av annen lovgivning i 1984. Selvsagt var det variasjoner i både hvordan denne delen av legevirkomheten ble utført rundt i kongeriket og hvordan helserådsarbeidet ble mottatt av befolkningen.<sup>165</sup> Det varierte også i hvilken grad de forskjellige kategorier leger fikk befattning med grupperettet og forebyggende medisin, ettersom dette især var tillagt de offentlige legene. De fleste av disse var distriktsleger. Men også de øvrige legene var pålagt å ha et våkent øye på sykdommene i samfunnet, i og med f. eks. rapporteringsplikten for smittsomme sykdommer.<sup>166</sup>

Det er grunn til å legge vekt på Sundhedsloven og dens effekter også i forbindelse med det medisinske fakultetets utvikling, fordi nå ble kunnskaper i grupperettet og forebyggende medisin nødvendig *for alle leger*, og dette måtte finne nedslag også i studiet. Samfunnsrettet medisinsk aktivitet var tidligere mest ivaretatt av et mindre antall leger i sentrale posisjoner. Enkelte av disse, f. eks. Frederik Holst, hadde som vi har hørt med stor tyngde bidratt i 1800-tallets nasjonsbygging gjennom å ha sittet i et stort

164 Et forsøk på å belegge motsetningene mellom helse og økonomisk vekst med tallmessig empiri, finnes i Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change*. Oslo: Unipub, 2000.

165 Dette dokumenteres blant annet i et doktorgradsarbeid om forholdene i Nedre Telemark i siste del av 1800-tallet: Storesund A. Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860–1900. *Michael* 2005; 2: 3–112.

166 Generelt om distriktslegene og helsevesenet på 1800-tallet, se: Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.