

## Medisinsk historie og de langsomme forandringene

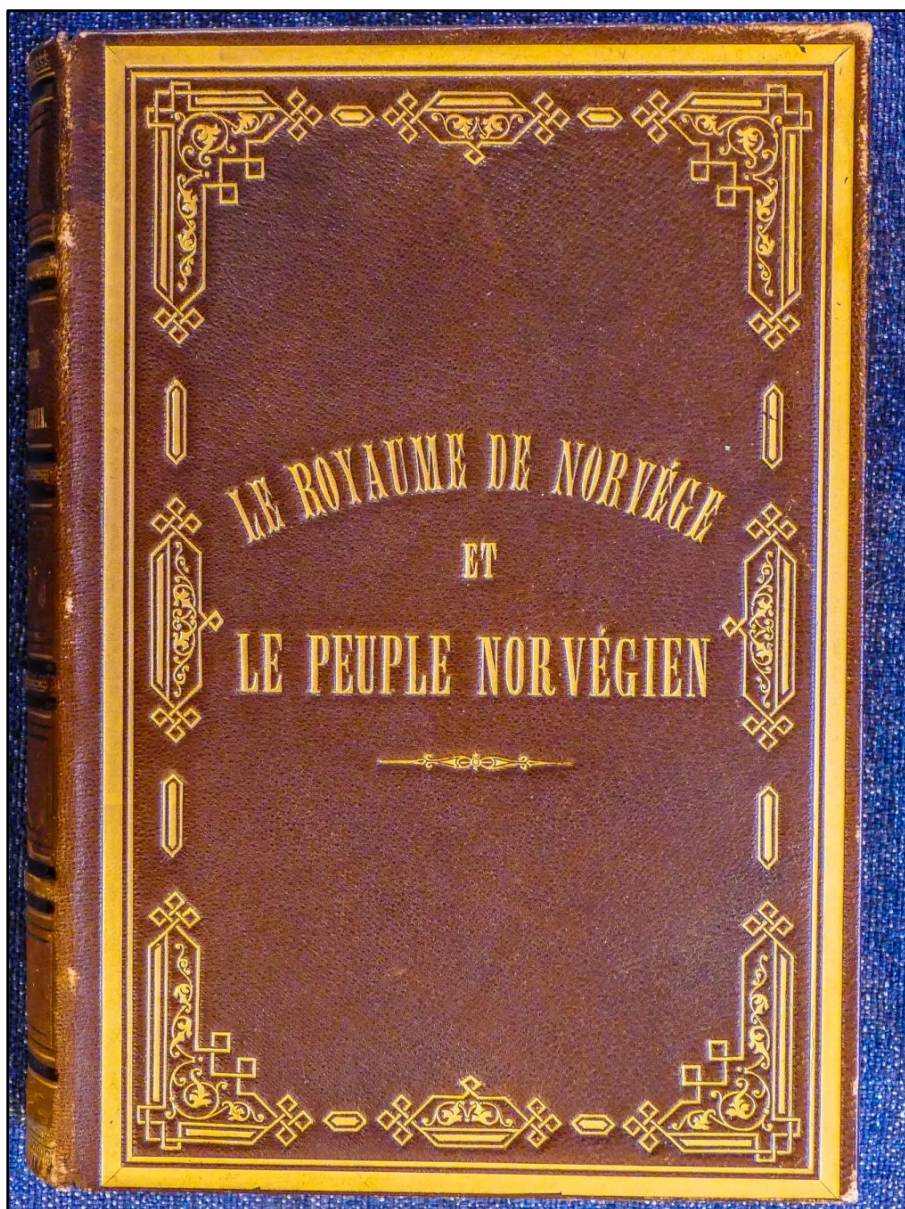
*Forandringene i befolkning og folkehelse er dels en følge av den alminnelige samfunnsutviklingen, dels en betingelse for den. I denne boken har vi spesielt brukt 1800-tallets demografiske transisjon for å forstå tiden før, under og etter. Historien om helse og medisin ser forskjellig ut fra enkeltmenneskets ståsted og for samfunnet omkring. Folkehelsehistorien har et annet tidsperspektiv og vil ofte mest være kontekstens historie – fortellingen om betingelsene for helse og de langsomme forandringene som har foregått. En nøkkel til å studere folkehelseutviklingen kan ligge i å anlegge kohortperspektivet. Da kommer blant annet betydningen av aldersgruppens bakgrunn og deres sosiale og kulturelle forutsetninger tydelig fram. Helseoppfatning på alle nivåer merker seg ut som en viktig, styrende faktor. For den medisinhistoriske analyse og formidling av folkehelsen melder metodeproblemer seg i stigende grad ettersom man går bakover i historien. Hvordan løse dette problemet på en pedagogisk måte?*

Det skulle være verdensutstilling i Paris i 1878. Der skulle de forskjellige land presentere seg selv for hverandre og for et interessert publikum. Utstillingen varte fra 1. mai til 10. november og ble besøkt av mer enn 13 millioner.

I forbindelse med Norges deltakelse ble det utgitt en bok, ført i pennen av tidens sentrale, norske samfunnsforsker, professor Ole Jacob Broch (1818-1889), figur 27.1.<sup>1</sup> Det er en gedigen bok på 509 sider pluss 96 sider tabellbilag, kostbart utstyrt med skinnbind, gullsnitt, kart og plansjer, egnet til å vise fram Norge fra landets beste side. Professor Brochs forord er datert 17. mai (!) 1878. Boken er åpenbart ment som en ”skrytebok” om Norge, men Broch sier selv i forordet at ”J’ai essayé d’en présenter un tableau vrai et impartial” – ham beflitter seg på å være sannferdig og upartisk i sine beskrivelser. Vi får stole på det.

Om folkehelse står å lese i kapitlet *État sanitaire*. Der innleder han avsnittet om sykdommer med følgende setning: *L’état sanitaire de la Norvège doit en général être considéré comme bon et le pays offre à tous ses habitants un climat sain.*”

Dette er folkehelsehistorisk interessant. Beskrivelsen av helsetilstanden som så gjengis på de følgende sidene er i samsvar med gjeldende helsestatistikk. Det man må merke seg, er at i denne *offisielle* publikasjonen er den *offisielle* holdningen altså



Figur 27.1. Det offisielle Norge om seg selv. Riket utstyrt bok med gullsnitt og plansjer utgitt av professor Ole Jacob Broch (1818-1889) til Verdensutstillingen i Paris i 1878. (Foto: Øivind Larsen.)

at den *alminnelige helsetilstanden* er god og at Norge har et sunt klima for sin befolkning.

Med senere tiders standarder holder ikke denne påstanden, men det er samme praksis som vi også treffer på i de årlige norske medisinalberetningene – en offisiell bedømmning av helsetilstanden – en *helseoppfatning*. Denne helseoppfatningen blir et styrende premiss for hva som skjer videre – *hva* og *hvor mye* som ansees som viktig. Helseoppfatningen kan følges på ulike nivåer, se kapittel 15. Det kan også følges hvilke former for sykkelighet som tillegges størst vekt, hvilket nivå i spennet mellom sykdomsfølelse og død, og hvem som har den sykdomsoppfatningen som har størst

vekt som premiss for tiltak. Som, vi har sett, er dette *kontekstavhengig* og *kohortavhengig*. Det er et metodisk problem å studere dette, og et pedagogisk problem å formidle det i tekst og undervisning. For hvilken relasjon har vi til kohorter bakover i tiden?

### *Tidligere generasjoners liv og helse*

Hvilken innsikt har vi *egentlig* i hvordan folk hadde det bakover i tiden?

Erfaring fra undervisning og fra livet ellers tilsier at det går en slags grense hos folk flest ved kunnskapen om *besteforeldrenes* generasjon. Hvordan *vi selv* har det og har hatt det, har vi gjerne god innsikt i. Likeledes er det vedrørende våre *foreldre*, men kanskje vet vi ikke så mye om dem da de var unge. Besteforeldrene er mer fjerne. Likevel kjenner de fleste av oss, eller har kjent, en bestemor eller en bestefar. Vi har referanser til deres liv. Men så stopper det. *Oldeforeldre* er ofte bare bilder i albumet. Enda lenger tilbake er familiehistorien mange ganger bare for spesielt interesserte, og det er vanskelig å få grep om den, om man skulle ønske det.

For å kunne ta for seg de lange linjer i folkehelsen, er det nødvendig å overvinne disse sperrene. I auditorieundervisning kan det derfor være et pedagogisk grep å ta for seg noe tilhørerne sannsynligvis kjenner, nemlig *besteforeldregenerasjonen* og deres kår. Deretter kan man gå videre bakover i tid til generasjonene før. ”The grandmother approach” er et anvendbart grep.<sup>ii</sup> Ved å ha helsehistoriske kunnskaper om besteforeldregenerasjonen, forstår i ethvert fall legestudentene bedre hvilke premisser som lå til grunn for besteforeldrenes helse. De blir da bedre rustet for å møte de mange eldre som ligger i sykesengene i det medisinske arbeidet de er på vei inn i.

### *Erindringer, bilder og annet kildemateriale*

I 1930-årene var den demografiske transisjonen som begynte ca. 115 år tidligere og dens ettervirkninger stort sett gjennomgått. Eksempler: Sykdom med døden til følge i yngre år var ikke så hyppig lenger. Det var blitt færre barn i familiene og en ny sosial norm hadde stilt seg inn, den moderne kjernefamilien.<sup>iii</sup>

Boligpolitikk og boligbygging hadde allerede i mellomkrigstiden både skapt og tilpasset seg den nye normen - og det enda mer da drabantby-byggingen skjøt fart etter den annen verdenskrig. Det blir ikke feil å betrakte boligbyggingen som en *selvstendig demografisk faktor* som la rammer for familielivet.<sup>iv</sup>

Men så kom krigen i 1940 og fikk innflytelse på alt og alle, på helsebetingelser og helse. Det er en egen historie som vi ikke tar her. Da det igjen var blitt fred fem år etter, var det en ny situasjon, ikke bare politisk, men også på helsefronten. Etter krigen var blant annet *antibiotika* mot den viktigste sykdomsgruppen –

infeksjonene - blitt tilgjengelig. Dette var et av momentene som forandret medisin og helse på mange plan. Nye langsomme forandringer, ikke så synlige, men svært virksomme, fortsatte å skje i det stille. Medisinalberetningene og helsestatistikken fra Statistisk sentralbyrå ga oss eksakte kunnskaper om hvordan folkehelsen og helsetjenesten virkelig var, og supplerte fortellingene om dette.

På dette tidspunkt er en ny kildekategori til fortidens virkelighet kommet inn – *fotografene* – folks fotoalbum og bokser med diapositiver. Det er enkelte filtre mellom virkelighet og kilder som man nå kan trenge gjennom.

*Et eksempel: Et traust samfunn?*

Fotografiet som er gjengitt som figur 27.2. er fra 1957 og illustrerer en folkegruppe som tilhører *bestemorgenerasjonen* for mange, sannsynligvis også nå *oldeforeldregenerasjonen* for flere. La oss se hva bildet kan fortelle om kohorteffekter og langsgående sammenhenger i tidens folkehelse. Folkeveksten hadde hatt en bølgedal rundt 1930. Anser vi medianalderen til dem på kaia for å være ca 40 år, er det noen som har hatt barneår i 1920-årene, mens andre er vokst opp like før og under krigen – en nokså forskjellig helsebakgrunn.

I 1957 var Norges befolkning 3 475 890 innbyggere. Landet var godt etablert som et sosialdemokrati, med Einar Gerhardsen (1897-1987) som statsminister. Vel hadde landet gjenvunnet sin frihet, men fortsatt hadde befolkningen en god del begrensninger for sin utfoldelse. Begrensningene hang igjen fra krigstiden og de første etterkrigsårene. Folk fant seg fortsatt i mye.

Eksempler på hvilke begrensninger som huskes best i ettertiden, er ulike, alt etter *hvem som husker*. Mennesker og bedrifter i etableringsfasen ergret seg f. eks. over planøkonomisk begrunnede restriksjoner på byggevirksomhet. F. eks. å skaffe seg bolig kunne være en sann prøvelse. Var man enslig kunne det være nærmest umulig. Ensliges Landsforbund ble stiftet i 1957. En av kampsakene var boligpolitikken.

Gater og veier i 1957 belyste et meget synlig faktum. Bilsalget var sterkt begrenset helt til det ble fritt i 1961. Også dette hadde planøkonomisk bakgrunn. Andre samfunnsforhold hadde høyere prioritet enn å legge til rette for privatbilisme. De som hadde bruk for bil i jobben, hadde fått fatt på en god, gammel bruktbil eller som hadde fått den noe enklere tillatelse til å kjøpe en bil av østeuropeisk merke, var blitt prioritert og ble misunt av andre.

Å dra på hytta i helgene, for dem som hadde tilgang til hytte, var mye vanskeligere uten bil – og dertil kom at det også var begrensninger på hyttebygging. I historiens lys er det interessant hvordan etterkrigsårenes strenge samfunnsstyring i sosialdemokratisk ånd egentlig både vedlikeholdt og skapte sosiale ulikheter.

Nordmenns kvelder var stort sett TV-frie i 1957. Prøvesendinger hadde riktig nok foregått her og der i Norge siden 1954, da FM-nettet for radio også ble bygd ut. Men Sverige hadde fått ordinære TV-sendinger i 1957, så nå kunne også nordmenn nær svenskegrensen prøve ut den nye tid. Regulær TV i Norge kom først i 1960. Så informasjonsflyten og mulighetene for å ta del i dagsaktuell samfunnsdebatt var begrensede – også fordi de fleste aviser man kunne tenke seg å lese, eventuelt skrive i, hadde tilknytning til et politisk parti og dermed en overordnet agenda.

Konstitusjonelt er vi vant til at politisk styre og stell forholder seg til fireårsperioder. Dette gjaldt imidlertid ikke i 1957, siden Arbeiderpartiet hadde hatt regjeringmakten helt siden 1935. Man var vant til at tidsperspektivet var lengre enn fire år, noe som kunne stimulere langsomme forandringer med fjernere målsettinger.

For helse, medisin og helsevesen var det imidlertid minst like viktig at Karl Evang (1902-1981) hadde vært helsedirektør siden 1938. Evangs langsiktige arbeid for bedre helse og helsevesen hadde stor tillit, bred politisk enighet bakom, og foregikk målrettet fram til han ble pensjonist i 1972. Nordmennene på bildet fra Balestrand i Sogn (figur 27.2.) levde altså innenfor nokså faste rammer. Og deres folkehelse var *forvaltet*.

Balestrand hadde pr.1.1.1956 1934 innbyggere, og var således et ganske typisk lokalsamfunn i distrikts-Norge. Folk har møtt opp på kaia, noen bare for å se, noen for å møte noen, noen fordi de skal om bord, noen er nettopp kommet i land. Balestrand har gammelt ry som turiststed, så noen er nok også turister. Vi ser at båten ikke hadde bildekk, så den store amerikaneren blir heist i land. Med datidens biltrafikk holdt dette systemet. Forsamlingen ser påfallende borgerlig ut, men kanskje er det bare klesdrakt og atferd som gjør det.

Hvem vet?

#### *Folkehelse og helsetjenester anno 1957*

Hva vet vi om helse, helsetjenester og betingelser for helse for dem på kaia og for tilsvarende grupper som den på bildet? Demografisk sett må de aller fleste av dem være døde nå, så vi kan ikke spørre dem. Fra statistikken vet vi imidlertid noe.<sup>v</sup> I 1956 var det 3 462 000 innbyggere i Norge. Til å ta seg av dem hadde vi i 1955 ifølge *Statistisk årbok 2000* (tabell 117) 3 769 autoriserte leger, 1951 tannleger, 1 313 jordmødre, 8 444 hjelpevaksinatorer og sykepleiere, i tillegg til noen andre mindre grupper som kunne trå til.



*Figur 27.2. Rutebåten anløper Balestrand ved Sognefjorden en julidag 1957. (Foto: Øivind Larsen)*

Tallene viser til en langsom, men dyptgripende forandring som har pågått i det stille. Midt på 1950-tallet var det én yrkesaktiv lege for ca. hver 919 nordmann. I 2025 er befolkningen vokst til ca. 5 607 000 og har ca. 32 000 yrkesaktive leger, dvs. én for hver 175 innbygger. Strukturen i helseomsorgen er gradvis blitt annerledes.

For folk på 1950-tallet var distriktslegekontorene og de privatpraktiserende allmennlegene den typiske, første kontakten med helsevesenet når det skjedde noe galt med helsen. Til forskjell fra i årtiene som fulgte, var fortsatt *sykebesøket* ofte pasientens første møte med medisinen – doktoren kom til pasienten, ikke omvendt. Helseomsorgen kunne på landet bestå av distriktslegen som ankom på støvete veier (med Volvo eller Mercedes), turnuskandidaten (med VW-boble eller SAAB totakter) og menighetssykepleieren (pr. sykkel). Men allerede i 1957 var det en langsom forandring i gang i primærhelsetjenesten.

Den samfunnsmessige forvaltningen av folkehelsen gjennom samfunnsmedisinen var i etterkrigsårene sterkt fagstyrt ut fra sosialhygieniske prinsipper. Axel Holsts brede akademiske tilnærming til feltet hadde blitt fulgt opp av Carl Schiøtz og etterfølgerne Axel Strøm og Haakon Natvig. Og både i sentraladministrasjonen og i utøvende samfunnsmedisinske posisjoner fant man personer fra de samme kretsene. De hadde tung fagbakgrunn og entusiasme for å forvalte en bedre folkehelse. I 1950-årene øynet de målene. Snart var satsningene blitt selvfølge.

*Sykehusbyggingen* i Norge var i 1950-årene i full sving, så sykehusenes rolle for dem som ble syke, var i rask endring. Dette skjedde parallelt med at *laboratoriemedisinen* kom inn for fullt. Og det var først og fremst på sykehusene at analyser av biologiske prøver foregikk. Legestudentene hadde riktignok lært å utføre en del enklere prøver selv på kontoret, men det var tungvint og det var vanskelig å kvalitetssikre resultatene. På sykehuset kunne det dessuten tas en rekke andre prøver som kunne være viktige for å sikre diagnosen. Allerede i 1950-årene var derfor legenes terskel lav for å henvise pasienter videre til et sykehus.

Det lå også politikk bakom dette. Helsedirektør Karl Evang hadde en visjon om et sømløst helsevesen, der man *samme sted* kunne oppsøke lege, eventuelt vises videre til poliklinikken, til laboratoriet, til røntgen – og bli lagt inn i sengeavdelingen i samme hus hvis nødvendig.

Helt slik ble det ikke, men den allmennpraktiserende legens rolle ble gradvis forandret. De mange resepter på effektiv medisin og de mange henvisninger til spesialister og sykehus gjorde behandlingsresultatene bedre og arbeidet mer effektivt og raskere. Men nye medikamenter og behandlingsmåter ga også økt etterspørsel etter legetjenester. Derfor ble de første par tiårene etter krigen en økonomisk og sosial gullalder for mange allmennpraktiserende leger.<sup>vi</sup> Likevel ble fagligheten svekket og rekrutteringen til allmennmedisin sviktet.<sup>vii</sup>

#### *Infeksjonssykdommer nesten som før, men bare nesten*

Smittsomme og epidemiske sykdommer var fortsatt en aktuell fare i 1950-årene, men det var mindre av dem enn før og de var ikke så skremmende. Fordi de fleste smittesykdommer nå ble behandlet effektivt, ble det mindre smittetrykk.

Eksempel: Mat- og vannbårne sykdommer var i tilbakegang, ikke minst fordi den hygieniske standarden var blitt bedre. Her var det i medisinsk henseende en stille revolusjon som bygningslovgivningen og Husbankens standarder bør tilskrives mye ære for.

*Næringsmiddelhygien*en må ikke glemmes, et fagområde som var et prioritert arbeidsfelt ved Hygienisk Institutt, Universitetet i Oslo, ledet av den tidligere helseinspektør i Oslo Helseråd, professor Haakon Natvig. Han satset også på et tett nordisk samarbeid om dette. Dette var viktig for oss i Norge, fordi sentralisert matproduksjon og matdistribusjon var komme lenger i Sverige og der hadde medført hygieniske problemer med epidemier til følge.

Vi må anta at de fleste på bildet fra Balestrand må ha husket *poliomyelittepidemien* i årene 1950-1952 meget godt. Kanskje var frykten for polio fortsatt der hos dem. Begynnelsen på poliosykdommen kunne være så alminnelig. Den snikende

sykdommen fikk flere og flere i skolenes klasserom til å holde seg hjemme med uvelhet, kvalme og oppkast. Slike symptomer og sykdomstegn forekom ofte den gang av hygieniske grunner, uten at det hadde noe med poliomyelittsmitte å gjøre. Men av og til var det altså alvor. De aller fleste smittede ble bra igjen etter poliosmitte, men ikke alle, og man visste ikke hvem. Utsiktene til lammelser, invaliditet og kanskje en langtrukken død, skremte. De store tankrespiratorene, ”jernlungene” (oppfunnet i 1928), kunne nok være livreddende – men hvilket liv? Riktignok var det kommet en vaksine mot poliomyelitt i 1955, men langtidspasientene minnet alle om at sykdommen var farlig.

Statistisk sett må det også ha vært noen på kaia med *tuberkulose* – sannsynligvis ikke aktiv sykdom, for da ville de vært tatt hånd om, men innkapslet, sovende tuberkulose.

Tross antibiotika sto det fortsatt – og med rette - respekt av mange infeksjoner. Tråkket du på en rusten spiker i stallgulvet, kunne du dø av stivkrampe, ikke på grunn av rusten, men av forurensning med bakterien *clostridium tetani* fra f. eks. hestemøkk.

Lungebetennelse var fortsatt en fryktet sykdom. Ikke mange år tidligere hadde dette vært en sykdom medisinen sto temmelig hjelpeløs overfor. Det ble mest å se pasientens tilstand an og vente på utviklingen av den karakteristiske og skremmende *feberkrisen*, der temperaturen plutselig falt under kraftige svettetokter. Da kunne det enten gå bra – eller ikke.

Er halsesyke farlig? I 1950-årene kunne fortsatt en halsesyke være skummel. Hvis den var forårsaket av hemolytiske streptokokker, kunne man etterpå få giktfeber, en langvarig immunologisk reaksjon med blant annet revmatiske smerter rundt i kroppen. Giktfeberen kunne også ramme hjertet. Det kunne oppstå skader på hjerteklaffene med hjertesvikt som følge. På dette området skjedde det imidlertid noe viktig i 1950-årene. På Rikshospitalet i Oslo hadde man utviklet en hjerte-lunge-maskin som kunne overta blodsirkulasjonen mens en kirurg opererte på hjertet. I 1959 utførte professor Leif Efskind (1904-1987) den første hjerteklaffoperasjonen. En ny æra var i gang. Men dette var altså først i 1959, to år etter at bildet fra Balestrand ble tatt.

En vond hals kunne således fortsatt gi grunn til bekymring, men hvis streptokokkene ble bekjempet med penicillin, burde man være på den sikre siden. Det gjaldt bare å vurdere når en vanlig tre-dagers-halsesyke var *uvanlig* og det gjaldt å gå til doktoren. Men det var et aspekt ved antibiotikabehandling som det ikke var noe snakk om i 1950-årene – *antibiotikaresistens* – senere en alvorlig helsetrussel.

### *Det man ikke snakket om*

På tross av at de frammøtte på bildet ser pene og pyntelige ut, har noen av dem antakelig, kanskje i en vilter ungdomstid, vært borti en gammel og fryktet sykdomsgruppe – kjønnsykdommene. Den nå svært sjeldne syfilis hadde vært et skremsel fra langt tilbake i tiden, ikke minst på grunn av senfølgene. I verste fall kunne man bli gal og ende på asyl! Men nå var det blitt annerledes. En tidlig oppdaget syfilis kunne i 1950-årene behandles effektivt med penicillin. Verken senfølger eller smittefare føltes som noen trussel mer.

Gonoré skremte heller ikke så mye lenger. Nå var det ikke lenger nødvendig å dra på sykdommen gjennom lang tid og smitte andre. I mikroskopet på legekontoret var det lett å påvise de typiske bakteriene, gonokokkene. Penicillin løste også det problemet. Spør man helsepersonell som arbeidet i primærhelsetjenesten i 1950-årene, får man høre at gonoré fortsatt forekom, især blant unge, og kunne blant annet gi egglederbetennelse med påfølgende sterilitet hos jentene.

Kjønnsykdommer hadde vært særlig hyppig blant sjøfolk. Det sies at den alminnelige, vitenskapelig sett tvilsomme myten om at man ikke må nyte alkohol under penicillinbehandling, skriver seg fra sjømannslegenes formaninger – for å få pasientene til å holde seg på matta til behandlingen var gjennomført.

Hadde man da ikke prevensjon som kunne forhindre både uønskede svangerskap og infeksjoner? Joda, i prinsippet hadde man det. F. eks. pessar og kondomer. Men for ”mannen i gata” var kondomer ikke så lett tilgjengelige i 1950-årene. Kulturelle sperrer, sjenanse og skamfølelse meldte seg. Mange måtte f. eks. bestille ”hygieniske artikler” pr. postordre og få pakken tilsendt i diskret omslag, så diskret at alle så hva det var. Da lot man heller være. P-piller ble først allment tilgjengelig for norske kvinner i 1967.

Alminnelige blærekatarrar og urinveisinfeksjoner var neppe ukjent for folkene på brygga i Balestrand denne julidagen. Dette kunne nå antibiotikabehandles. Oftest ble pasienten da raskt bra. Spredning slik at det f. eks. ble nyrebekkenbetennelse, kunne da forhindres. Folk i 1950-årene hadde allerede fått en bedre helsehverdag enn foreldregenerasjonen på grunn av antibiotika.

### *Vondtene i kroppen*

Hos de eldre på bildet var det helt sikkert mange vonde hofter og knær.<sup>viii</sup> Her skjedde det imidlertid også en viktig en langsom forandring. På slutten av 1950-årene begynte det å komme effektive medikamenter både mot slitasjegikt og andre plager fra bein og ledd, de såkalte antiflogistika. Helsepersonell på denne tiden kunne fortelle om hvordan gamle slitere opplevde dette som en ny verden – en oppfinnelse på linje med hjulet. Plager man trodde bare hørte med til

alderdommen, viste seg altså ikke å gjøre det. Eldre folk kunne med de nye tablettene mange ganger stelle seg selv i sine hjem mye lenger før de eventuelt måtte på alders- eller sykehjem. Tablettene ga derfor en betydelig gevinst i tillegg til den menneskelige.

### *Kirurgi på spranget*

I 1950-årene var kirurgien fortsatt nokså tradisjonell. Den virkelig store utviklingen fram mot våre dagers kirurgi, var begynt, men kom først etterpå.<sup>ix</sup>

Eksempel: For eldre menn var, da som nå, prostatabesvær vanlig forekommende. Man kunne opereres, men det kunne være omstendelig og måtte ofte skje i flere seanser. Det samme gjaldt nyrestein – kirurgien kunne være komplisert.

Lyskebrokk, ofte forekommende hos folk med tunge løft, kunne opereres, men mange kviet seg for det. Gad vite hvor mange på brygga som hadde brokkbind? Et slikt bind kunne holde brokket på plass. Så slapp man kanskje operasjon.

Hvis en av de godt voksne på bildet skulle snuble på landgangen og brette lårhalsen, hadde dette aldri vært noen spøk, selv ikke så sent som i 1957. Å bli fraktet til en kirurgisk avdeling kunne være både langt og smertefullt. Behandlingen man fikk når man kom fram, kunne være litt forskjellig, alt etter til hvilket sykehus ambulansen kjørte til. Følgende prosedyre var vanlig: Vel framme på sykehuset, når pasienten var anbrakt i en seng, anla kirurgen som regel en strekkanordning for at muskulaturen ikke skulle trekke seg sammen og forårsake feilstilling. Pasienten lå da i strekk med vekter i en vaier over sengeenden i påvente av videre behandling. Pasienter kunne også bli behandlet konservativt med en stor gips for å stabilisere og vente på tilheling, men som regel fulgte en operasjon. Denne besto gjerne i nagling ved at det ble satt inn en slags avstivende spiker gjennom lårhalsen.

Fra 1950-årene ble det også satt inn hofteproteser. Dette var før dataskjermenes tid: Operasjonsprosessen måtte kontrolleres med røntgenbilder underveis. Røntgenfilmene måtte framkalles på gammeldags vis i løpet av inngrepet, så det tok sin tid. Operatørene sto da og ventet og viftet med sine sterile hender for ikke å forurense dem, mens radiografen framkalte filmene. Etter operasjonen ble pasienten lagt til sengs for å gro.

Rekonvalesensopphold hørte gjerne med. Og ble det da ikke sørget for mobilisering og opptrening, slik at pasienten kom opp og fikk rørt seg, kunne det oppstå komplikasjoner, f. eks. lungeemboli eller lungebetennelse med bekymringsfullt utfall.

### *Psykiaatri i samfunnet*

Hvordan var den psykiske helse i 1950-årene? Tja. Vi har oversikt over dem som var så syke at de var innlagt i asyler og andre institusjoner, men det gir ikke noe allment bilde av den psykiske folkehelsen. F. eks. nevroser, angst og depresjon var ikke så ”offentlige” som denne typen plager ble senere.

Det var to forhold som endret dette fra omtrent på denne tiden, det ene medikamentelt, det andre kulturelt: Nye *psykofarmaka*, utover beroligende midler, kom på markedet tidlig i 1950-årene. Disse medikamentene snudde i løpet av få år opp ned på miljøet på psykiatriske avdelinger. De utagerende og støyende pasientene ble rolige. Det andre var at *lettere plager* kom mer fram i lyset. Pasienter med psykisk sykdom kunne i større grad enn før behandles med medisinsk og sosial restitusjon som mål. Dette bidro til at en tradisjonell omsorgsform for psykiatriske kronikere gradvis forsvant – å bli ”satt bort” i privat pleie, f. eks. på et gårdsbruk. Mange norske bygdelag hadde slike langtidspasienter.

### *Andre livsvaner*

Vi ser ingen som *røyker* på bildet fra Balestrand. Det er litt påfallende, for vi vet at omtrent halvparten av befolkningen, især menn, var dagligrøykere på denne tiden. I enkelte yrkesgrupper var andelen røykere enda større, f. eks. blant sjøfolk. Ennå var ikke røyking blitt stigmatisert. Skadevirkningene var foreløpig ikke blitt allment kjent.

Røyking var, sett i det historiske bakspeilet, en sikker risikofaktor for hjertesykdommer som mange både fikk og døde av. Bortsett fra å forskrive nitroglycerintabletter eller nitroglyserinkapsler for å døyve smerten ved angina pectoris, og kanskje gi digitalistabletter for å stimulere hjertet, var det ikke så mye legen kunne gjøre ved hjertekrampe, utenom å formane pasienten til å stumpe røyken. Det kunne være vanskelig hvis røykingen hadde vært en del av identiteten hele livet - hvis 20 sigaretter om dagen hadde vært vanlig konsum, eller hvis tre pakker Tiedemanns Rød Mixture i uka hadde vært stappet i snadden eller rullet til røyk gjennom lang tid.

Vi ser heller ingen som er påfallende *overvektige*. Fedmeepidemien som risikofaktor lå ennå mange år fram i tid. Kostholdsvaner, matpriser og andre forhold knyttet til dagens måltider endres langsomt og har betydning. Krigstid og etterkrigsår med rasjonering også for matvarer, hadde manet til nøysomhet. Men viktigere er det kanskje at på 1950-tallet hadde flere fysisk tungt arbeid. Dessuten arbeidet de fleste også på lørdager, så det var flere arbeidsdager. Det var ikke så stort behov for å mosjonere for å redusere kroppsvekten.

Det er ingen sportskledde på bildet. Det er kanskje tilfeldig. Mange i 1950-

årene likte både å gå på ski om vinteren og på tur i skog og fjell i sommerhalvåret. Humpete skiløyper, ikke maskinpreparerte, men *gått opp* av noen, var flittig i bruk. Turistforeningenes hytter hadde en glanstid og var ofte fullpakket med ivrige fjellturister. Men den allmenne ”trimmebølgen” kom først på 1960-tallet. Trim ble anbefalt for helsens skyld. *Trening*, frikoplet fra naturopplevelse m.v., begrunnet med individuell velvære og helse, er en videreutvikling av tradisjonen ”ut på tur, aldri sur” – tur for kroppens skyld, ikke tur for turens skyld.

*Var de langsomme forandringers tid over?*

Aldeles ikke! Vi kan fortsette å filosofere over det vi ser på bildet fra Balestrand – eller på andre bilder fra andre tidsperioder. Vi skjønner at det her foregår flere langsomme forandringer som går side om side vedrørende helse, samfunn og livsbetingelser.

Disse langsomme forandringene forandrer også hvilke helseplager man er redd for. De forandrer *holdninger til helse*, de forandrer formen helseplager opptrer i og de gjør at helse mer og mer, etter hvert er blitt *forvaltet helse* – med den trygghet og samtidige ufrihet dette innebærer.

Vi har i denne teksten valgt å se spesielt på perioden mens den demografiske transisjonen foregikk, og bruke erfaringene derfra for å illustrere de gjennomgående prinsippene.<sup>x</sup> Men langsomme forandringer fortsetter å gjøre sin virkning, både på folkehelsen og på livet ellers. Nye langsomme forandringer foregår hele tiden. Det er ”les éléments de longue durée”.

Å ha perspektiver bakover og forover kan derfor være nyttig for forståelsen av sammenhengene og for å *dra nytte av dem*.

## Noter

---

<sup>i</sup> Broch OJ. *Le royaume de Norvège et le peuple norvégien. Rapport a l'exposition universelle de 1878 a Paris*. Christiania: Librairie de P.T. Malling/Paris: Librairie de Challamel Ainé, 1878.

<sup>ii</sup> Larsen Ø. The grandmother approach: Teaching medical students medical history – some personal experiences. *Michael Quarterly* 2011; 8: 499-513.

<sup>iii</sup> kfr. f. eks. dikteren Einar Skjæraasens (1900-1966) dikt *Lykke* fra 1941:

Åtte øyne i hverandre  
Fire munnar rundt et bord  
Fire vegger kring en lykke  
Vesla, Påsan, far og mor

Fra Skjæraasen E. *Den underlige våren*. Oslo: Aschehoug, 1941. (Det er første vers som er gjengitt her.)

<sup>iv</sup> Mange av synspunktene som drøftes i denne boken på dette området, har utspring i forfatterens deltakelse i forelesningsserien til drabantbyarkitekten Frode Rinnan (1905-1997) på Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid for leger i 1964.

<sup>v</sup> *Statistisk årbok 1957*

<sup>vi</sup> Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske legeforening, 1986.

<sup>vii</sup> Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael*; 2009: 6, 1-126 (hefte 1) og Hunskaar S. red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år 1972-2022. *Michael* 2022; 19; Supplement 29. *Michael*/hefte 1 for 2026 er dessuten et temanummer om allmennmedisinsk forskning.

<sup>viii</sup> Munthe E, Husby G, Larsen Ø. *Revmatisme : gamle plager - ny viten*. Oslo: TANO, 1987.

<sup>ix</sup> Kristiansen K, Larsen Ø. Surgical science, general surgery and superspecialization – the development of surgery in Norway in the 20th century. *The European Journal of Surgery* 1991; 157: Supplement 565.

<sup>x</sup> Da Helse- og omsorgsdepartementet rundet 100 år i 2013, ble det holdt et oppsummerende symposium. Innleggene finnes i boken: Nylenna M. red. Mellom politikk og helse i hundre år. *Michael* 2013; 13: supplement 13.