

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



**Hvorfor**

**4/07**



# 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.

# Hvorfor er det blitt som det er blitt?

*Michael* 2004;4:527–8.

En av historiefagets viktigste oppgaver er å drøfte hvorfor utviklingen er blitt som den er blitt. Det er vel og bra å konstatere *at* ting har skjedd, men det er betydelig mer lærerikt å studere *hvorfor* – hvilke drivkrefter som har vært i aksjon og i hvilken kontekst.

Ikke minst er dette viktig innenfor helse, helsevesen og medisin. Ofte tar vi dagens situasjon for gitt og konsentrerer oss om å løse problemer nå og framover. Det er vel og bra, men det kan være nyttig også å se seg tilbake over skulderen og spørre *hvorfor*? Det kan være at vi lærer noe om høyst ikke-medisinske forhold av vesentlig innflytelse på nettopp de problemene som skal løses nå og framover.

Dette heftet av *Michael* åpner med en ny analyse av 1800-tallets meget innflytelsesrike, men også omstridte samfunnsmedisiner Ernst Ferdinand Lochmann (1820-91). Som ung var han ansett som en raskt stigende stjerne innen Norges nye akademiske verden, med innstilling til medisinsk embetseksamen 23 år gammel i 1843, stipendiatstilling ved Universitetet osv. Men så skjedde det noe – hans far døde i 1845. Da brøt Lochmann av, flyttet tilbake til familien i Kristiansand og hadde en i og for seg aktiv karriere som lege i 20 år framover. I 1865 gikk professor Frederik Holst (1791–1871) av og det viktige professoratet i hygiene ble ledig. Da kom Lochmann tilbake. Han underviste ved Universitetet allerede samme år, ble utnevnt som professor i 1867 og var aktiv til sin død i 1891. Dette var en turbulent periode innen internasjonal medisinen generelt og også her på berget i et samfunn under rask omstilling. Skyldtes Lochmanns mange omstridte synspunkter på blant annet smitte, evolusjon og annet hans lange fravær fra den akademiske utvikling, eller var det genuint geniale tanker? Historikeren Else Marie Nerland<sup>1</sup> har funnet fram nytt arkivmateriale som kan belyse dette nærmere og presenterer sine vurderinger her.

<sup>1</sup> Nerland EM. I utakt med samtiden, i pakt med fremtiden – Ernst Ferdinand Lochmann 1820-1891. *Michael* 2007;4:529-56.

Blant dagens samfunnsmedisinere, særlig de litt eldre, synes det som et merkelig paradoks at man i velferdsstaten Norge med all dens epidemiologiske viten om helseskadelige samfunnsfaktorer har et milliardslukende helsevesen med altoverskyggende hovedvekt på sykdomsbehandling og omsorg, mens samfunnsrettede, forebyggende tiltak sliter både med oppmerksomheten og bevilgningene. En del av dette er den prosessen som fant sted fram mot året 1984, da Sunnhetsloven av 1860 ble gravlagt og et viktig redskap for forebyggende arbeid i lokalsamfunnene ble historie. For samfunnsmedisinen ble *kommunelegen* som erstatning for den statlige autoritet *distriktslegen* av mange ansett som et dårlig bytte. Hvorfor ble det slik? *Michaels* redaksjon har bedt to av den sentrale aktørene fra 1980-årene fortelle om dette, nemlig Hans Ånstad (f. 1932), samfunnsmedisiner med livslang karriere fra distriktslege til topp-posisjoner i det sentrale helsebyråkrati<sup>2</sup> og tidligere statsråd Leif Arne Heløe (f. 1932)<sup>3</sup>. Det er interessant å se hvordan det politiske spill har sitt eget liv, sannsynligvis av underkjent betydning for konsekvensene.

Dette nummeret av *Michael* har også med en omtale av en bok som bør gi mersmak. Den danske embetslegen Jens Steensberg<sup>4</sup> har gitt ut en oversikt over forholdet mellom trafikk og alkohol i Norden, og den maner til historisk ettertanke. Å kjøre bil i fylla er farlig uansett kulturell kontekst. Likevel har de nordiske land utviklet seg påfallende forskjellig på området. Lang erfaring i arbeid med trafikkulykker ga forfatteren en profesjonell uro som resulterte i en nyttig bok.

Profesjonell uro basert på langvarig, eget praktisk arbeid var også drivkraft for Hans Magnus Sollis (f. 1948) doktoravhandling om grunnlagsbegreper innen trygdemedisinen<sup>5</sup>. I det siste er det blitt slik at doktoravhandlinger som regel er unge menneskers svenneprøver i vitenskapelig metode, men der temaet ofte er snevert og tilpasset doktorgradsprogramets rammer. Det er da unektelig både en lise og en akademisk opplevelse å være til stede ved en disputas av den gamle sort hvor solid livserfaring møter solid teori. Da får man kvalifiserte svar på *hvorfor*.

*Øivind Larsen*

<sup>2</sup> Ånstad H. Kommunehelsetjenestereformen på 1980-tallet – personlige betraktninger. *Michael* 2007;4:557-66.

<sup>3</sup> Heløe LA, Ånstad H. Striden om kommunehelse(tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen? *Michael* 2007;5:67-90.

<sup>4</sup> Steensberg J. *Trafik og alkohol. Dansk forebyggelsespolitik gennem det 20. århundrede set i nordisk perspektiv*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2007. (Anmeldelse i *Michael* 2007;4:598-9.)

<sup>5</sup> Solli HM. Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uforhøvs vurderinger. *Michael* 2007;4:193-520.

# I utakt med samtiden, i pakt med fremtiden – Ernst Ferdinand Lochmann 1820-1891

*Michael 2007;4:529–56.*

*Ernst Ferdinand Lochmanns erfaringer fra legepraksisen i Kristiansand dannet basis for den vitenskapelige hygiene ved Universitetet i Kristiania. I 20 år drev Lochmann forskning på smittsomme sykdommer, og han iverksatte folkeopplysningskampanjer for å hindre spredning. Dette pionerarbeidet er kommet i bakgrunnen for hans omstridte engasjement i åndskampen mellom tro og viten, der hans motstandere betegnet ham som en bakstreversk professor som ville stoppe utviklingen av det moderne samfunn. Ny forskning viser at Lochmanns argumentasjon ble misoppfattet fordi han talte et annet språk enn de som kjempet for fremskritt i rendyrket darwinistisk form. Hans krasse kritikk av darwinismen var ikke rettet mot Darwins evolusjonslære. I hans private nedtegnelser kommer det frem at han advarte mot det han opplevde som farene ved å anvende Darwins teorier på menneske og samfunn.*

## **En kontroversiell person?**

I boken *Medisins Historie* fra 1936 beskrives Ernst Ferdinand Lochmann (1820-91) som den norske legestands mest begavede og mest eiendommelige skikkelse i siste halvdel av 1800-tallet.<sup>1</sup> Allerede som student fremsatte han den revolusjonerende påstanden at smittsomme sykdommer var forårsaket av bestemte contagium som smittet fra person til person. Han blir omtalt som fremsynt og kontroversiell, men også som en som ikke kunne følge med i vitenskapens rike utvikling. Etter at han ble professor i 1867 tok han avstand fra nesten ethvert fremskritt i medisinen. Hans motstand mot moderniteten begrunnes med en tiltagende religiøsitet og konservative

---

<sup>1</sup> Reichborn Kjennerud I. *Medisins Historie*. Oslo: Grøndahl og Søns Forlag, 1936.

holdninger. Omtalen avrundes med at det er vemodig at han satte de varigste spor utenfor sin faggjerning.<sup>2</sup>

Lochmann avla medisinsk embetseksamen i 1843 med toppkarakteren utmerkelse i alle disipliner. I to år var han stipendiat ved Fødselsklinikken i Kristiania og badelege ved Eidsvold Bad, før han etablerte seg i hjembyen som kompanikirurg i den Christiansandske Brigade. Ved siden av den militære virksomheten drev han en betydelig privat praksis. Tilbakekomsten til Universitetet som lærer i toksikologi, farmakologi og hygiene var nok en naturlig konsekvens av at han hadde bygget opp et omfattende forskningsmateriale. Den vitenskapelige empirien han hadde samlet sammen ble pensum i hygiene. Men det er ikke for dette banebrytende arbeidet Lochmann helst huskes. Han er mest kjent for at han tok et oppgjør med darwinismen. Det hele startet på studentfesten i 1874, og hans berømmelige immatrikuleringstale regnes som innledningen til den store åndskampen som førte til det moderne gjennombruddet i norsk historie. I denne kampen mellom tro og viten valgte Lochmann å forsvare religionen.

Lochmanns ettermæle er i hovedsak skrevet av hans meningsmotstandere. Etter å ha studert Lochmanns upubliserte notater mener jeg at ettertiden ikke yter medisinprofessoren rettferdighet ved å gjenta påstanden om at han ikke kunne følge med i den vitenskapelige utvikling. Kritikken han rettet mot den moderne bakteriologi ble rett og slett mistolket. Hans etterlatte dokumenter bekrefter at det ikke var bakteriologien som sådan han tok avstand fra, men at det var de vitenskapelige metodene han stilte seg skeptisk til. Han betegnet seg heller ikke som motstander av darwinismen. Et nytt blikk på Lochmanns tankeverden viser at han i virkeligheten beundret Charles Darwins (1809-1882) naturforskning, og han regnet seg selv som darwinist i en naturalistisk forståelse av darwinismen. Han hadde derimot klare forestillinger om det han beskrev som misbruk av Darwins teorier. Han så noen nyanser i den nye naturanskuelsen som fulgte i darwinismens kjølvann, som ingen andre oppfattet. Vi skal se at det er årsaken til at han satte de varigste spor utenfor sin faggjerning.

### **Fra naturfilosofiske til naturvitenskapelige forklaringsmåter på sykdom**

«Genius epidemicus» var i Ernst Ferdinands barndom et diffust begrep som ble anvendt i forståelsen av smittsomme sykdommer.<sup>3</sup> Da de store epidemiene herjet, hadde man gjennom tidene vært klar over at man sto overfor

---

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Genius epidemicus var betegnelsen som ble benyttet på sykdommer som kom utenfra og rammet en stor del av befolkningen.

fenomenet smitte. Men man hadde aldri funnet ut hvor smitten kom fra. Da Lochmann ble lærer, fortalte han elevene at medisinske begreper i hovedsak hadde blitt definert ved hjelp av en ubestemmelig mystikk, som til dels hadde sitt utspring i tysk naturfilosofi. De store epidemiene hadde i henhold til den gamle lære kun vært et uttrykk for «visse almindelige atmosfæriske, telluriske eller kosmiske Forholde». Allerede som student hadde Lochmann en målsetting om å utrydde det han kalte gamle fordommer i medisinsk terminologi. Å tro på at sykdom kunne oppstå av seg selv eller var forårsaket av et «miasma» som ble betraktet som en slags forurensning av luften, karakteriserte han som primitive holdninger.<sup>4</sup>

Den 24. februar 1842 fremsatte Lochmann i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie* den oppsiktsvekkende påstanden at det alltid var det syke individet som var bærer av smittestoff. I en forutseende avhandling redegjorde studenten for sin oppfatning av hvordan han mente smitte forekom og han beskrev hvordan sykdommen «Snive» hadde opptrådt i ulike europeiske land.<sup>5</sup> Han forklarte at den var mest utbredt blant hester, og at den ble overført til andre dyr ved et spesifikt smittestoff som ble definert ved begrepet «Contagium».<sup>6</sup> Stoffet utviklet seg under sykdommen og ble bundet til sekreter i sår, blod og «den dampformige Uddunstning». Den «inficerende Egenskap» ble borte ved opphetning. Hos hestene var det mest fremtredende symptom at slimhinnene i nesen ble røde og utskilte sekreter «af meget forskjellig Beskaffenhed». Ved obduksjoner viste det seg at veggene i lymfekarene var oppsvulmet og man fant tuberkler i lungene.<sup>7</sup>

Lochmann forklarte videre at «Snive» under visse omstendigheter kunne smitte til mennesket og utvikle en sykdom som var blant de mest ondartede man kjente til. I et tilfelle hadde en veterinær og hans elever oppholdt seg i en stall der luften var «svangret» med stanken av syke hesters nesesekreter. To dødsfall blant elevene kunne i henhold til undersøkelsene tilskrives «Snivecontagiets Optagelse i Organismen.» Utallige leger hadde ifølge Lochmann «inoculeret» sekreter fra neseslimhinnen hos syke mennesker tilbake til hester, og da oppsto den opprinnelige sykdom hos dyrene. All erfaring, konkluderte Lochmann, tilsa at smitte ble overført fra hesten til mennesket, og til og med fra det ene mennesket til det andre. I Norge forekom det få tilfeller av «Snive», fordi en lov fra 1806 påbød at angrepne

<sup>4</sup> Lochmann E F. *Den nyere Hygiene*. Kristiania: Tids-Tavler, 1873.

<sup>5</sup> Schönberg E. *Medisinens historie*. Kristiania: Cammermeyers Boghandel, 1903.

<sup>6</sup> Contagium betyr spesifikt stoff som er smittebærende. Jf. innledningen med begrepet contagium.

<sup>7</sup> Sitatene er hentet fra avhandlingen «Snive og dens Smitsomhed paa Mennesker» som ble trykket i *Ugeskrift for Medicin og Pharmaci*, Christiania, 24. Februar 1842.



*Ernst Ferdinand Lochmann var den første norske legen som hevdet at smittsomme sykdommer var forårsaket av spesifikke smittestoff som smittet fra person til person. Men gjennombruddet for den moderne bakteriologi skjedde først i 1873 med Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen. Da Lochmann rettet kritikk mot bakteriologene, ble han beskyldt for å ha stagnert innenfor sitt eget fagfelt. I virkeligheten forsøkte han å hindre at de i sin forskning la til grunn det materialistiske vitenskapsidealet som fulgte i kjølvannet av darwinismen. (Maleri i Det norske medicinske Selskab, Oslo, etter fotografi, signert WH (Wilhelm Holter 1903). Foto: Ø. Larsen.)*



dyr skulle drepes. Det fantes på det tidspunktet ingen opplysninger om mennesker som var blitt rammet, men Lochmann syntes det var merkelig at sykdommen hadde unngått legenes oppmerksomhet så lenge.<sup>8</sup>

I en artikkel i avisen *Dagen* i oktober 1920, til minne om 100-års dagen for Lochmanns fødsel, hedres han som den første norske legen som argumenterte for de «infeksiøse sykdommes specificitet og deres tilknytning til et bestemt korporlig smittestof».<sup>9</sup> For sitt utrettelige arbeid innenfor smitteforskningen blir Lochmann i *Medisinens Historie* fra 1936 omtalt som en bakteriologiens forløper, som med hjelp fra sin «divinatoriske intuition» fant frem til sannheten.<sup>10</sup> Han kunne jo ikke alltid dokumentere sine standpunkter, han hadde derimot klare forestillinger om dynamikken rundt giftstoffene som vitenskapsmenn senere så i mikroskopet. Under kolerautbruddet i 1866 var det heftige diskusjoner i Det medicinske Selskab om ulike smitteteorier. Bakgrunnen var den raske spredningen av bakterien ingen ennå kjente til, og legestandens maktesløshet i sykdomsbekjempelsen. Lochmann argumenterte for at hans meninger en gang ville trenge gjennom. For denne skråsikkerheten ble han kritisert for å uttale seg på for tynt grunnlag med bebreidelser om at han handlet uforsiktig. Likeledes ble han anklaget for å forstyrre samfunnets ro fordi han så det som sin plikt å skrive i avisen for å opplyse folket om hvilke forholdsregler han mente var viktige å ta i forebyggingen av smitte. Motstanderne påpekte hvor uheldig det ville vært dersom Lochmanns teorier, som han selv oppstilte som ubestridelige naturvitenskaplige sannheter, ikke holdt stikk.<sup>11</sup>

Da koleraepidemien opphørte, ble Lochmanns antakelser bekreftet. Selv ga han uttrykk for at det kanskje skyldtes ham at offentligheten endelig hadde fått et klarere bilde av koleraens etiologi og smitteveier. Han tilføyde at han håpet andre ville felle en mildere dom over ham, enn den han selv var blitt utsatt for.<sup>12</sup> I skriftet *Den nyere Hygiene* fra 1873 forteller han hvordan han opplevde at hans betraktningmåter ble undertrykt av autoritetene. Han ga uttrykk for at han i vitenskapelige og lærde selskaper ofte hadde følt seg overveldet av de mange nærgående personlige angrepene, og han viste til at det ble ført en forbitret kamp mot en liten minoritet som fordomsfritt hadde iakt tatt epidemienes vandringer i verden. Lochmann karakteriserte måten hans oppfatninger ble mottatt på som en «Undertryk-

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> *Dagen*, 9.10.1920.

<sup>10</sup> Reichborn Kjennerud I. *Medisinens Historie*. Oslo: Grøndahl og Søns Forlag, 1936.

<sup>11</sup> *Forhandlinger i Det medicinske Selskab*. Kristiania: Selskabet, 1866.

<sup>12</sup> Ibid.

kelse af en afvigende Mening». <sup>13</sup> Han hadde få støttespillere når han forfektet at karantene og desinfeksjon var de viktigste hjelpemidler mot de akutte lidelsene kolera, tyfus og skarlagensfeber. <sup>14</sup> I en periode sto han så godt som alene om å hevde spedalskhetens smittsomhet, og allerede i 1859 fremsatte han ideen om tuberkulosens spesifisitet og smittsomhet. Fem år senere beviste Pasteur i Paris at bakterier var årsak til sykdom, noe som altså hadde støttet opp under Lochmanns observasjoner.

### Den moderne bakteriologi

Utsagnet i *Norsk Biografisk Leksikon* om at «bare tiden kunne vise at Lochmanns bestemte oppfatninger hadde vært helt i pakt med fremtiden», er en dekkende beskrivelse. Etter gjennomgåelsen av Lochmanns private papirer, finner jeg derimot påstanden samme sted om at han stilte seg uforstående til hvilken betydning de store bakteriologiske oppdagelser i 1880-årene ville få, som misvisende. <sup>15</sup> Den 28. februar 1873 observerte Armauer Hansen leprabasillen i mikroskopet. Det banet vei for den moderne bakteriologi, som fikk det endelige gjennombruddet med Robert Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen i 1882. I et notat kalt «Drikkevandsepidemien» redegjorde Lochmann for betydningen av disse funn, som innebar den endelige forståelsen av smittestoffenes spesifitet. Men hans karriere som medisinsprofessor skulle komme til å bli preget av en sterk mistro til bakteriologenes laboratorieforskning. Hva skyldtes Lochmanns skepsis til det han beskrev som en «Invasion af bakteriologiske Skolemestre»? <sup>16</sup>

Armauer Hansen tilhørte Lochmanns første studentkull, og Hansen skriver i sine livserindringer at han sammen med to kamerater anmodet kollegiet om at den nye læreren med de moderne standpunktene måtte fremmes til professor. Han tilføyer at han senere angret på sin innblanding i denne ansettelsen. <sup>17</sup> Som nyutdannet lege hadde Hansen tilhold i miljøet rundt Bergens Museum. Det fungerte som samlingssted for naturforskere som sluttet opp om darwinismen, og som senere sverget til det nye vitenskapssynet som spredte seg fra universitetene i Tyskland etter at Darwin i 1871 hadde publisert sin teori om menneskets avstamming fra apen. Selv erklærte Hansen seg som en renbarket ateist og darwinist. <sup>18</sup>

<sup>13</sup> Lochmann E F. *Den nyere Hygiene*. Kristiania: Tids-Tavler, 1873.

<sup>14</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Studiemagasinet, Katalogsignatur U 185/117.

<sup>15</sup> Bull E. *Norsk Biografisk Leksikon*. Oslo: Aschehoug, 1923.

<sup>16</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, «Drikkevandsepidemien».

<sup>17</sup> Hansen G A. *Livserindringer og Betragtninger*. Kristiania: H. Aschehoug & Co., 1910.

<sup>18</sup> Foredrag av Lorentz Irgens i Armauer Hansens minnerom, Pleiestiftelsen, Bergen By-museum, 24.4. 2007.

Det moderne vitenskapsidealet fikk basis i et mekanistisk og materialistisk menneskesyn. Den nye generasjon vitenskapsmenn forholdt seg kun til materien og utelot den gamle tanken om en åndelig dimensjon i menneskenes tilværelse. Gjennombruddet for bakteriologien skjedde samtidig med at man i medisinsk forskning la til grunn at mennesket kun besto av kjemiske og fysiologiske prosesser, noe som bidro til økt bruk av kjemiske medikamenter i behandlingen av sykdommer. Med bakteriologien ble medisinen naturvitenskapeliggjort, og det skjedde et brudd med fagets århundrelange humanistiske tradisjoner.<sup>19</sup> Et ensidig naturvitenskapelig syn på mennesket førte forskningen inn i laboratoriene. Man analyserte med andre ord naturen i laboratoriet for å finne frem til virkestoffer i materien. Kroppen ble delt opp i sine enkelte bestanddeler, og man forestilte seg at man kunne ta «kroppen ut av kroppen og behandle den i laboratoriet.»<sup>20</sup> Denne naturvitenskapeliggjøringen av medisinen ble en trussel mot legene som hadde en forståelse av mennesket og livet som noe annet enn bare natur.<sup>21</sup>

Vi er nå fremme ved kjernen i konfliktforholdet som oppsto mellom Hansen og Lochmann. De to var samstemte i synet på smitte. Det var heller ikke Darwins teorier om utviklingen i naturen som skilte dem. Men det var de nye vitenskapelige anskuelsene som fulgte i darwinismens kjølvann, som var den egentlige årsak til Lochmanns angrep på bakteriologene. Da det nye menneskesynet vokste frem med full tyngde innenfor medisinen, ble den eksperimentelle metode vurdert å ha høyest validitet. Eksperimentelle undersøkelser, som Lochmann var redd ville føre til unødvendig inngripen i menneskers liv, resulterte i et brudd med den tradisjonen som tilla legens subjektive vurderinger stor vekt. Lochmann ga uttrykk for at han ville opptre forsonende, men han måtte protestere mot all skjematisk visdom. Svært mye innenfor medisinen berodde på skjønn, forfektet han, derfor burde man ikke tillegge de nye metoder for stor vekt. Han fant det uriktig å behandle alle tilfeller likt, og han poengterte at det å individualisere utvilsomt var en vanskelig sak. I 1875 meddelte den en gang så radikale legen at han ønsket å stå som representant for berettigede konservative interesser i medisinen.<sup>22</sup>

Skråsikkerhet var utvilsomt en egenskap hos Lochmann. Men det var faktisk den store grad av sikkerhet bakteriologene tilla sine nye resultater,

<sup>19</sup> Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke. 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

<sup>20</sup> Foredrag av Thomas Dahl om medisinenes transformasjoner på 1800-tallet, Sintef, Trondheim, 18.11. 2005.

<sup>21</sup> Groven Grande J. *Veien, Sannheten og Livet*. Trondheim: NTNU, 2004.

<sup>22</sup> *Forhandlinger i Det medicinske Selskab*. Kristiania: Selskabet, 1875.

han kritiserte dem for. I kombinasjon med den moderne materialistiske livsanskuelsen de la til grunn i sin forskning, bidro dette til å skape en avstand dem i mellom som fortrengete det faktum at Lochmann var godt orientert om hva de drev med. Men hans budskap kom i skyggen for kritikken han rettet mot dem. I upubliserte notater beskyldte Lochmann bakteriologene for å oppføre seg som om de hadde monopol på å drive undersøkelser og derav eneretten til å dra slutninger. Han påpekte nødvendigheten av å trekke en skarp grense mellom deres rett til å uttale seg, og det skrittet de tok ved å trekke vidtgående slutninger av de foreliggende kjensgjerningene.<sup>23</sup>

I en irettesettelse av bakteriologene i *Aftenposten* redegjorde Lochmann for en mengde latinske navn på bakterier som ulike forskere hadde funnet i blodet til syke pasienter. Men for ham fremsto det som et problem når disse organismene også forekom hos friske mennesker, og han unnskyldte seg med at han ikke kunne innse mulighetene av å bringe dem i bestemte årsaksforbindelser med forskjellige sykdommer.<sup>24</sup> Lochmann etterlater seg et notat der han bekrefter at det ikke kunne «falde mig inn at undervurdere den moderne Bakteriologis Fremskridt.» Men han gjorde det han kunne for å tilbakevise troen på at bakterier skulle forstås som årsak til enhver sykdom.<sup>25</sup> Vi vet i dag at denne reaksjonen var berettiget.

### Det utenomsanselige kontra materien

Lochmann tilhørte kretsen av vitenskapsmenn som betraktet mennesket som bestående av mer enn bare natur. Da han på et tidlig tidspunkt i karrieren hadde en forestilling om at visse sykdommer hadde sin årsak i bakterier, hadde hans begrunnelser ikke andre referanser enn intuisjonen. Da hans antakelser ble bekreftet, var han som følge av øyensydommen grønn stær på begge øynene forhindret fra å titte i mikroskopet.<sup>26</sup> Det er mye som taler for at dette handikappet fikk ham til å tviholde på mulighetene for å nå frem til resultater også ad tankens vei. Han mente man bare måtte erkjenne at det fantes noe utenfor grensen av det som var synlig, og helt til det siste kjempet han for at det usynlige også måtte anerkjennes. Etter hvert som all vitenskapelig virksomhet bare konsentrerte seg om det som var påviselig, virker det som om Lochmann ble stadig mer opptatt av å formidle

<sup>23</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, ark uten overskrift som omhandler bakteriologien.

<sup>24</sup> *Aftenposten* nr 203, 1890, «Influenza».

<sup>25</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, ark uten overskrift som omhandler bakteriologien, og i teksten viser han til et sitat fra 17. februar 1890.

<sup>26</sup> Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833-1933*. Oslo: Steenske Boktrykkeri, 1933.

uforklarlige fenomener. I mange tilfeller forsvarte han foreteelser av overnaturlig karakter både hva angikk mennesker og hendelser i naturen, men hans ytringer bar likevel preg av rasjonell tenkning.

I Videnskabselskabets matematiske- og naturvitenskapelige klassemøte 10. juni 1883 ga Lochmann uttrykk for ønskeligheten av at det ble gjort undersøkelser av visse individers evne til å finne rennende vann.<sup>27</sup> På dette tidspunktet holdt han gående en debatt med stipendiat Amund Helland (1846-1918) om fenomenet ønskevist. De var uenige om hvorvidt enkelte mennesker var utrustet med evnen til å få en kvist de holdt i hånden til å bevege seg når de gikk over grunnvann på bakken. Helland opplyste at menneskeslekten hadde brukt 200 år på å befri seg fra denne overtroen, og at det nå var bevist at ønskevistens bevegelser i hendene skyldtes enten bedrageri eller overspente muskler. Han prøvde å latterliggjøre Lochmann som var naiv nok til å tro på dette noe ubegripelige redskapet til å finne vann. En innsender til *Morgenbladet*, som kalte seg «En simpel Bonde», gikk ut og tok Lochmanns argumenter i forsvar. Bonden fortalte at han ikke var i besittelse av denne evnen selv, men han kjente mange som gjentatte ganger hadde funnet vannårer i dypet. Han irettesatte Helland med at han ikke burde snakke for høyt om overtro og bedrageri, selv om det ikke fantes vitenskapelige bevis for slike foreteelser. Han hevdet snarere at vitenskapen til tross for store fremskritt fremdeles hadde mange gåter å løse.<sup>28</sup> Innsenderen var Lochmann selv. Han undertegnet ofte anonymt når han ønsket å nå frem til allmennheten med et spesielt budskap. Fortellingen om ønskevisten står oppført i norsk forfatterleksikon under Lochmanns navn.<sup>29</sup>

Det kan synes som om mange lesere opplevde at Amund Helland harselerte med Lochmann, for han mottok mange sympatierklæringer. En rørligger ved navn L.T. Olsen ga i brev form uttrykk for at det gledet ham at en så interessant sak som å finne vann med kvist endelig var blitt tatt under behandling av vitenskapsmenn. Selv hadde han god erfaring med at kvisten bøyde seg der det var vann, og han tilbød seg gratis å delta i kommisjonen han hadde hørt skulle nedsettes for å eksperimentere med fenomenet.<sup>30</sup> Rektor V. Voss i Ålesund var blitt fortalt at Lochmann var en human mann, så han tok seg den frihet å skrive noen ord til professoren. Han hadde lest i ukepressen at Lochmann i Videnskabselskabet hadde rede-

<sup>27</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, avisutklipp uten navn.

<sup>28</sup> *Morgenbladet* nr 169, 22.6.1883.

<sup>29</sup> Halvorsen J.B. *Norsk Forfatterleksikon 1814-1880*. Kristiania: J. B. Halvorsen, 1892.

<sup>30</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Brevsamling 260, brev til Lochmann 20. juni 1883.

gjort for sin evne til å føle vann. Dette fenomenet ble også omtalt i det norsk-amerikanske bladet «Skandinaven», og som en understøttelse for Lochmanns naturgave kunne Voss bekrefte at den samme oppdagelsen var gjort i Amerika.<sup>31</sup> Det var en professor i teologi som ved et norsk seminar i Madison i Wisconsin hadde fortalt om en person som hadde fått en vidjevist til å bøye seg på et sted hvor det viste seg å gå en vannåre, skrev Voss.<sup>32</sup>

I 1887 skrev Lochmann i *Luthersk Ugeskrift* om individer som var i stand til å påvirke andre personers nervesystem, enten ved håndspåleggelse eller strykninger på huden. Det var ukjent hva en slik psykisk kraft, også kalt animalsk magnetisme, besto i, men han påpekte at den syntes å være av halv sjelelig og halv legemlig art. Disse utvalgte menneskene kunne ikke alene frembringe hypnotiske tilstander, hevdet Lochmann, men han følte seg sikker på at de kunne helbrede smertelige lidelser som hadde sitt utspring i pasientens sinnsstemning. Lochmann fremhevet at enhver lege hadde kjennskap til den innvirkning sinnstilstanden hadde på forskjellige sykelige lidelser, og han refererte til den tyske legen E. Belmann som var direktør for «Sindssygeanstalten» i Grassenberg. Han hadde skrevet en utredning som klart viste «Indbildningskraftens og Nervesystemets store Indflydelse».<sup>33</sup>

Bakgrunnen for Lochmanns redegjørelse for temaet var en forespørsel fra pastor Færden, som var redaktør i *Luthersk Ugeskrift*. Han oppfordret legene til å komme med en uttalelse vedrørende den omreisende magnetisøren Bolzius, som hadde vært mye omtalt på grunn av sin virksomhet. I Lochmanns notater står det at mange pasienter forgjeves hadde søkt hjelp hos Bolzius, og at det hos noen hadde inntrådt en forverring av tilstanden. Lochmann understreket at det ikke gikk an å snakke om «underbare Helbredelser». De som derimot var blitt friske av Bolzius' virkende krefter, måtte ifølge Lochmann henføre sin helbredelse til sjelelige bevegelser inne i seg selv. Det var en magnetisk evne som så påvirket de forskjellige organer. Denne form for magnetisme var tidligere blitt ansett som overtro, men nå var den kommet under vitenskapens iakttagelser. Lochmann påpekte at man måtte anerkjenne denne kjensgjerningen og tilføyde at fenomenet nok kom ytterst ubeleilig for de som bare trodde på materien.<sup>34</sup> I et personlig brev til Færden nevnte Lochmann at den engelske filosofen Herbert Spen-

<sup>31</sup> Ovenfor så vi at Lochmann under signaturen «En simpel Bonde» ga uttrykk for at han ikke var i besittelse av evnen til å finne rennende vann. Noe han altså i virkeligheten var.

<sup>32</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Brevsamling 260, brev til Lochmann 18. oktober 1883.

<sup>33</sup> *Luthersk Ugeskrift*. «Bolzius». Kristiania: Th. Steens Forlagsexpedition, 1887.

<sup>34</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, «Bolzius».

cer hadde uttalt at religionen var nødvendig for vitenskapen. Lochmann refererte til Spencers ytring om at jo mer han tenkte over alle hemmelighetene i biologien, desto mer hemmelighetsfulle ble de. Men det fantes en ubetinget visshet som alltid trådte klart frem; «at man i hvert Øieblik befinder sig ligeoverfor en uendelig og evig Energie, som gjennomstrømmer hele Tilværelsen».<sup>35</sup>

Lochmann la vekt på grunnleggende etiske og moralske sider ved legegjerningen. Det er mye som tyder på at han tok avstand fra det etiske synet som rådet bak interessene som drev forskningen frem. I hans erindringer fra «det gamle Rigshospital» får vi et innblikk i hans følelsesliv via beskrivelser av «det kjære hospital» som gjennom et halvt århundre hadde «rummet saa meget smerte».<sup>36</sup> Det kommer frem at han forsøkte å trengte bak vitenskapelige iakttagelser og fange inn de menneskelige lidelser. Torolf Elster skriver i boken *Rigets Hospital* at sykehuset helt fra starten ble et sentrum for medisinsk forskning og undervisning, der pasientene ble betraktet som «et stykke arbeidsmateriale». Den gjengse oppfatningen var at pasientene var viktige forskningsobjekter.<sup>37</sup> Denne holdningen danner motstykket til Lochmanns syn på forholdet mellom legen og den syke. I behandlingen av pasientene la han den hippokratiske ideen om kroppens egne helbredende krefter til grunn, og han var opptatt av et videre spekter av faktorer som virker inn på menneskenes helse. Han hadde begreper om ulike psykiske og fysiske forhold som kan settes i forbindelse med både sykdom og helbredelse. Det nye vitenskapsidealet, som utelukket betydningen av samspillet mellom psyke og soma, ble stående i sterk kontrast til Lochmanns respekt for gamle idealer om «Sjælens Dignitet».<sup>38</sup>

## Paradigmeskifter

Lochmanns mål som lege og vitenskapsmann var å bidra i utformingen av et samfunn basert på vitenskapelige fremskritt. Lochmanns yrkeskarriere kan deles i to faser. Som lege kjempet han for at naturvitenskapelige undersøkelser skulle føre til medisinske fremskritt og et brudd med gamle forestillinger om sykdomsårsaker. Som professor forsøkte han å bekjempe et vitenskapsideal med basis i positivistisk filosofi, og som erstattet tanken om mennesket som et åndelig vesen. I begge faser skjedde det gjennomgripende omveltninger i vitenskapelige anskuelser innenfor hans fagfelt.

<sup>35</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, brev til pastor Færden 16.9.87.

<sup>36</sup> Lochmann E F. *Populære Opsatser*. Kristiania: Dr. A. Chr. Bang, 1891.

<sup>37</sup> Elster T. *Rigets Hospital*. Oslo: Aschehoug, 1990.

<sup>38</sup> Nasjonalbiblioteket i Oslo: Håndskriftssamlingen, Ms.fol.1819, «Evolutionslæren».

Lochmann deltok i to «vitenskabelige revolusjoner» dersom vi følger den amerikanske fysikeren og vitenskapsteoretikeren Thomas Kuhns (1922-96) teori om paradigmer. Kuhn snakker om revolusjon, uansett grad av endringer, hver gang det skjer et paradigmeskifte. I hans terminologi bedrives det «normalvitenskap» i tiden fra den ene til den andre vitenskapelige revolusjon, og denne type aktivitet benevner han som løsning av gåter.<sup>39</sup>

Det passer godt å anvende Kuhns teori i en fremstilling av Lochmanns virksomhet. Det gjør det også lettere å få en oversikt over hans arbeid og dets resultater i et vitenskapshistorisk perspektiv. La oss gå tilbake til startpunktet i Lochmanns karriere og se på grunnlaget for vanlig praksis, eller det Kuhn beskriver som normalvitenskap, da Lochmann studerte medisin. I begynnelsen av 1840-årene ble hovedvekten lagt på å identifisere symptomer slik at de kunne behandles med for eksempel årelating. Men etter en «vitenskapelig revolusjon», eller om vi vil et paradigmeskifte, ble fokus rettet mot forebygging av sykdom, fordi man hadde fått mer kunnskap om sykdomsårsaker. Med sitt pionerarbeid på dette området var Lochmann med på å legge grunnlaget for den vitenskapelige hygiene, som i Kuhns definisjon må kunne betegnes som en vitenskapelig revolusjon. Lochmann uttalte selv at han i mer enn en menneskealder hadde drevet undersøkelser på sykdommers opprinnelse og årsaker.<sup>40</sup> I perioden som ledet frem til neste paradigmeskifte ble Lochmann professor, og positivismen og darwinismen ble introdusert som nye tankeretninger. Innenfor medisinen representerte den moderne bakteriologi den neste vitenskapelige revolusjon. Oppdagelsen av bakterier i mikroskopet medførte et definitivt vendepunkt ved at medisinen ble naturvitenskapeliggjort, og mennesket besto ifølge læreboken ikke lenger av kropp og sjel. Sykdom skulle heretter bli vurdert atskilt fra selve personen og lidelsen.<sup>41</sup> Dette paradigmeskiftet skulle komme til å påvirke Lochmanns standpunkter i en slik grad at hans samtid fikk problemer med å forstå hans argumenter. Jeg vil forklare på hvilken måte denne revolusjonen ble avgjørende for Lochmanns vitenskapelige anskuelser.

Fra Lochmann startet på medisinstudiet og til han ble professor, hadde medisinen utviklet seg fra naturfilosofisk humanisme til en disiplin som ble overvældet av et naturvitenskapelig verktøy og begrepsapparat, og som fjer-

<sup>39</sup> Kjørup S. *Menneskevidenskaberne*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag, 1997. «Vitenskabelige revolutioner» som begrep er hentet fra Thomas Kuhns *The Structure of Scientific Revolutions* fra 1962.

<sup>40</sup> Lochmann E F. *Den nyere Hygiene*. Kristiania: Tids-Tavler, 1873.

<sup>41</sup> Schei E og Gulbrandsen A. *Forstår du, doktor?* Oslo:Tano Aschehoug, 2000.



net seg fra den gamle humanistiske rammen rundt faget.<sup>42</sup> Lochmann hevdet at dette var et forhold som ikke bare gjaldt medisinen. Det siste paradigmeskiftet strakte seg langt utenfor naturvitenskapens område og førte til et skifte av idealer også innenfor de humanistiske disipliner, eller åndvitenskaper som de ble kalt i Lochmanns samtid.<sup>43</sup> Det faktum at naturvitenskapelige metoder og maksimer fikk gyldighet også innenfor humaniora, dannet bakteppet for Lochmanns opptreden på studentfesten i 1874. Som den første vitenskapsmannen i Norge rettet han fokus mot konsekvensene av å anvende biologiske læresetninger fra Darwins teorier innenfor vitenskaper om mennesket og samfunnet.

### Da darwinismen ble doktrinær

Fredrik G. Gade (1855-1933), stifter av Gades Institut i Bergen, tilhørte også det første studentkullet til Lochmann. Gade etterlot seg et skrift der han på alle måter gjorde ære på sin lærer, men han ga uttrykk for at professoren ikke hadde hatt førstehånds kunnskaper om darwinismen.<sup>44</sup> Denne oppfatningen har festet seg ved Lochmanns ettermæle. Dr. Jørgen Brunshorst, redaktør i tidsskriftet *Naturen*, bebreidet medisinprofessoren for å tilhøre den eldre generasjon leger som var misfornøyde fordi de ikke kunne absorbere de nye kjensgjerninger, og derfor med alle midler forsvarte sine opprinnelige meninger.<sup>45</sup> Lochmanns private notater vitner om noe annet, nemlig at han hadde en dypere innsikt i darwinismens implikasjoner som ingen andre var i nærheten av.<sup>46</sup>

Lochmann roste Charles Darwin for at han hadde lært oss arvelighetens store betydning. Han hadde vist oss at klimaet dyrene lever i, sammen med de næringsmidler de nyter, påvirker deres organisme. Like så hadde han lært oss at organenes bruk og ikke-bruk har betydning for forskjellige «varieteter», dvs forskjellige avvikelser fra de alminnelige organiske former.

---

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> I sitt berømte verk *A System of Logic* fra 1843 skrev John Stuart Mill om menneskevitenskapene, som i tysk oversettelse ble til die Geisteswissenschaften. Derav vokste det danske begrepet åndvitenskaper frem. Det var Mills idé at naturvitenskapelige metoder også burde anvendes innenfor humaniora. Men han hadde neppe tenkt seg at Darwins naturlover skulle bli brukt på mennesket.

<sup>44</sup> Gade F G. *Ernst Ferdinand Lochmann*. Oslo: Medisinsk Revue, 1933.

<sup>45</sup> *Naturen*, November 1888.

<sup>46</sup> Jeg velger å benytte uttalelser fra flere av Lochmanns skrivelser og foredrag for å kunne gi en mest mulig oversiktlig og omfattende innføring i hans forståelse av darwinismen. Alt materialet finnes under signaturen Ms.fol.1819 i Nasjonalbibliotekets Håndskriftssamling.

Men Darwin hadde ikke latt det bli med bare å iakttatte fenomenene. Han var den første som satte opp naturlover på grunnlag av disse forandringene, og innenfor disse grensene var læren ubestridelig. Lochmann tvilte aldri på at disse lovene eller det han kalte forhold, hadde en viss innflytelse på de organiske livsformer og «lokket frem det som laa skjult». Men han holdt fast ved at det ikke fantes bevis for i hvilken grad disse innflytelsene nådde utover et begrenset område. Han ville derfor stoppe her. Han markerte et klart skille til dem han benevnte som Darwins doktrinære disipler. De trodde at alt liv på jorda kun var et resultat av Darwins naturlover; det vil si den naturlige seleksjon, arvelighetsloven, de omgivende mediers innflytelse, variabiliteten og korrelasjonen i vekst.

Lochmann betraktet altså Darwins naturlover som en antydning til en forklaring og definerte dem som en sum av krefter og impulser som hadde bidratt til at livets urformer hadde utviklet seg til et «uendelig Mangfold af det organiske Livs Aabenbaringer».<sup>47</sup>

Det er innlysende at lovene eller kreftene, hvis fulle betydning Darwin hadde demonstrert, kun er ytre modifierende momenter, sa Lochmann, og begrunnet det med at det var de «indre Udviklingslover af en høiere Art, som vi endnu ikke kjender eller maaske aldri vil forstaa, som betinger Hensigtsmæssigheden og Harmonien i Naturen».<sup>48</sup> Lochmanns skepsis til den dogmatiske, eller det han også kalte den doktrinære darwinisme, hvilte på at den ikke hadde noe annet grunnlag for sitt system enn nettopp et dogme. Det var et spørsmål av filosofisk og intellektuell karakter som skilte doktrinære darwinister fra andre naturforskere, hevdet han, og påsto at det vitnet om mangel på kunnskaper i biologi og fysiologi, når man gikk ut fra den såkalte «Urzeugung» eller abiogenese; det at alt liv var oppstått spontant av uorganisk stoff. Når en slik usikker hypotese blir et dogme, er man inne i en dogmatikk som henspeiler på de uheldigste og mest intolerante tider i kirkens historie, uttalte Lochmann.<sup>49</sup>

Overalt hadde Darwin forsøkt å påvise likheten mellom planter og dyrs ernæring, og han hadde til en viss grad avslørt identiteten i de fysiologiske prosessene. Hans arbeid måtte betegnes som et fremskritt i kunnskaper som overgikk det noen tidligere periode har brakt, mente Lochmann. For sin egen del kunne han slutte seg til antakelsen om at det hadde vært en viss bevegelighet eller bøyelighet i de organiske livsformer som innbefattet muligheten for en høyere form. Men på det stadiet var ikke darwinismen lenger en eksakt vitenskap. I følge Lochmann hadde den da fått karakter av

<sup>47</sup> Ms.fol.1819, «Darwinisme».

<sup>48</sup> Ms.fol.1819, «Charles Darwin».

<sup>49</sup> Ms.fol.1819, «Foredrag i Videnskabsselskabet».

en tro der intet verken kunne bevises eller begrunnes. Han skjønnte imidlertid ungdommens begeistring for evolusjonslæren og mente at de eldre burde følge dem til dette nivået i forståelsen av utviklingen. Men han ville stanse der hvor kjensgjerningene ikke lenger tillot noen videregående slutninger. Utover fakta i paleontologien og embryologien var alt bare teori og hypoteser, og han presiserte at det var der den doktrinære darwinisme begynte. Den kunne kjennetegnes ved at Darwins tilhengere hadde opphøyd til sannheter det som i utgangspunktet bare var søkende tanker og sannsynligheter for den engelske naturforskeren. De doktrinære darwinister ville se utvikling overalt og trodde alt skulle bli bedre bare det gikk fremover.<sup>50</sup>

I 1870-årene hadde Lochmann en rekke innlegg i *Morgenbladet* hvor han beskrev utbredelsen av den nye tenkemåten innenfor naturforskning.<sup>51</sup> Han forklarte at det som rettferdiggjorde hans behandling av emnet i en avis med så stor og uensartet leserkrets, var darwinismens enorme innflytelse. Dens popularitet begrunnet han med at man innenfor naturvitenskap var blitt så opptatt av å finne et svar på alt. For ham ble det et problem at man satte så stor lit til de første og beste hypoteser som ble fremsatt. Han ønsket også å berolige ukyndige lesere som var engstelige for at vitenskapen virkelig hadde bevist at mennesket nedstammet fra apene. Han forklarte at Darwin hadde belyst noen av de skjulte og hemmelighetsfulle lover som betinger organiske individers utvikling. Undersøkelser har vist at kampen for eksistensen til en viss grad er sann, konstaterte han, men presiserte samtidig at Darwins forskning langt fra hadde løst skapelsens mysterium. Hans standpunkt var berettiget så lenge han holdt det innenfor naturforskningen, men med verket *The descent of man* (1871) om menneskets avstamming fra apen, mente Lochmann at Darwin hadde beveget seg inn på åndsvitenskapens område. På en enkel måte prøvde han å få allmennheten til å forstå at Darwins hypoteser slett ikke kunne bekreftes, han antydte snarere at de fremsto som noe ubestemt og svevende som ikke måtte forveksles med de virkelig store fremskritt i naturvitenskapen. Han viste til den moderne industri som hadde lettet samferdselen og forent landet i et jernbane- og telegrafnett. Disse fremskritt ville han holde skarpt atskilt fra det han følte var en tro på utvikling mot «Fuldkommengjørelse». Når det gjaldt menneskets stamtre, viste han til alle uoverensstemmelsene som rådet blant tilhengerne av den nye lære. Noen anså teorien som omhandlet alles kamp mot alle som den viktigste, mens andre igjen la vekt på naturens

<sup>50</sup> Ms.fol.1819, «Charles Darwin».

<sup>51</sup> Innleggene er gjengitt i boken *Populære Opsatser* som ble utgitt etter hans død i 1891. Dr. A. Chr. Bang samlet her noen av hans viktigste avhandlinger og innlegg.

planløse krefter som etter en uendelighet av mislykkede forsøk endelig hadde nådd frem til arter som kunne overleve.

Med hensyn til teorien om menneskets nære slektskap til apene ønsket nok Lochmann å nå frem til leserne med et snev av humor, for han fortalte om de som med god grunn var en smule nedslått over sine nye slektninger og nødvendig ville anerkjenne «Familieskabet». Dette poenget brukte han som motstykket til den tyske naturforskeren Ernst Haeckels (1834-1919) uttalelse om at han foretrakk å nedstamme fra en strevsom ape fremfor den syndige Adam. Haeckel hadde et ønske om å innføre et undervisningssystem i skolene som skulle bygge på læren om menneskets avstamning fra apene. Lochmann omtalte Haeckel som materialismens ivrigste forfekter i Tyskland og redegjorde for hans tilhørighet i kretser som kun vektla materien i forskningen. Lochmann satte likhetstegn mellom materialisme og naturvitenskapelig ateisme. I henhold til materialistenes forklaringer oppsto alt liv ved atomenes bevegelser, som kun var styrt av mekaniske lover. Våre sanser og tanker var kort og godt et resultatet av atomenes forening. Mennesket og nasjonen var utviklet ved kjemiske prosesser, som positivismen forklarte ved hjelp av tekniske uttrykk og metoder fra fysikken og kjemien. John Stuart Mill (1806-73), som var en kjent representant for disse tankene, ble av Lochmann beskrevet som fri for romantikk og poesi, fordi alt hos ham var kald beregning. Mill forkynte et nyttens evangelium som skulle være så mye bedre enn Jesu Kristi evangelium. En annen representant var forfatteren Louis Figuier, for hvem sjelen bare besto av fortynt vannstoffgass. Han fortalte hvordan hans avdøde sønns sjel hadde kommet tilbake i form av lys, etter at den var nådd til solen. Den gamle soldyrkelse er kommet tilbake, påsto Lochmann, og benevnte Figuiers bok som en blanding av fysikk, kjemi, astronomi og sentimental patos, totalt blottet for emner som fri vilje og ansvarlighet.<sup>52</sup>

Lochmann fremhevet viktigheten av at man overfor granskningen av naturen enten måtte være ydmyk og utforske den med ærbødighet, eller så var alternativet at man ganske så overlegent forklarte alt med sine hypoteser. Han mente det var på dette punktet at de mest fremskredne forskere skilte seg ut. Til tross for alle fremskritt som var blitt gjort i naturvitenskapens navn, var de i besittelse av den prominente egenskap å «sætte Grændsen for den naturvidenskabelige Erkjendelse noget snævrere». Selv om forskere innenfor kjemien hadde lykket med å bygge opp såkalte organiske forbindelser ved hjelp av «sine chemiske Formler og sin molekylære Physik», så forholdt de seg til at livets gåte fortsatt lå uløst. Lochmann mente at

<sup>52</sup> Lochmann E F. *Populære Opsatser*. Kristiania: Dr. A. Chr. Bang, 1891.

moderne naturforskere led under det han kalte «Tidens Stormandstanker». De ville at vitenskapen skulle begripe og definere livet uansett forutsetninger. De lekte med ord og tall og satte opp en moderne form for tankens forbindelser; i ordets rette forstand bedrev de «en Experimenteren med Muligheder».<sup>53</sup>

Lochmann var oppriktig bekymret når han var vitne til at naturvitenskapen befattet seg med alle forhold i livet og bredte seg ut over nesten ethvert område av menneskelig tenkning og viten. Tidligere var naturvitenskap intet mer enn en eksakt disiplin som utelukkende bygget sine resultater på sikre kjensgjerninger. Den moderne naturvitenskap under innflytelse fra evolusjonslæren inneholdt derimot det han beskrev som betydelige «Elementer af Fantasteri, storartede Hypoteser eller Digtekunst». Han siktet til det han kalte den dogmatiske darwinisme.<sup>54</sup>

### Sosialdarwinisme

Naturforskeren Alfred Russel Wallace (1823-1913) hadde i en lengre periode oppholdt seg på Molukkene, noen små øyer i Stillehavet. I 1858 publiserte han resultatene av sine naturvitenskapelige funn, som skulle vise seg å være i overensstemmelse med Darwins ferdigskrevne forklaringer på dyrenes utvikling. Det ga støtet til at Darwin lot sitt berømmelige verk *Om Arternes Oprindelse* gå i trykken året etter. Wallace opptrådte aldri som en rival til Darwin, poengterte Lochmann. De snarere anerkjente hverandres arbeider, og begge lot det stå ubesvart hvorfor de første urceller kom, som dannet utgangspunktet for det organiske liv. Men Lochmann understreket at det skjedde et vendepunkt i relasjonen mellom de to da Darwin i 1871 utga *Descent of Man*. Wallace tok da avstand fra Darwins syn på menneskehetens utvikling. Seleksjonsteorien kan ikke anvendes på mennesket, for her står vi foran et vesen av en annen art, hevdet Wallace. Om mennesket ved sin legemlige organisasjon slutter seg til hele utviklingen, så er det andre krefter fra en høyere orden som har trådt til, skrev han i sin bok *An Exposition to Darwinismn*.<sup>55</sup> Lochmann redegjorde for forholdet i Studentersamfundet.

Jeg har her villet nævne Wallace, fordi han i et senere Skrift optræder som en bestemt Motstander af den Darwinske Lære om Menneskehedens Udvikling i Naturen. Efter Wallace hører nemlig den naturlige Selection op, naar man kommer til Mennesket. Efter alt hva man kan slutte af de Kjendsgjerninger, man har angaaende Menneskene, mener han, at man ikke kan komme til andet Resultat, end at Mennesket maa være skabt

<sup>53</sup> Ms.fol.1819, «Om Videnskabens Frihed».

<sup>54</sup> Ms.fol.1819.1. «Vor Tids Naturforskning». Foredrag i Studentersamfundet 24.2.1877.

<sup>55</sup> Ms.fol.1819.1, «Darwin og Darwinisme no 75».

med den samme fuldendte Organisme og de samme aandelige Evner, som det nu er i Besiddelse af, saaledes at altsaa det første Mennesket, som Gud skabte, havde den samme Evne til at tænke, samme Anlæg til at blive en stor Mathematiker, Filosof eller Digter, som et nulevende Menneske, blot at disse Evner dengang endnu kun var skjult til Stede, som Anlæg, der først gennem Udviklingen kunde komme frem.

Lochmann la stor vekt på Wallaces utsagn om at den åndelige utvikling ikke kunne forklares etter den darwinske hypotese. Det største som er fremkommet i både vitenskap og kunst var i henhold til Wallace ikke suksessivt utviklet, men var utgått fra en høyere ukjent sfære. Lochmann syntes det var merkelig å se hvordan Wallace, som for hele den øvrige natur holdt på den naturlige seleksjon, ifølge hvilken den mest skikkede overlever de andre, med vemodighet omtalte at således gikk det slett ikke til i menneskelivet. Wallace hevdet at det ikke var de dyktigste individene, men tvert imot de alminnelige som kom best frem.

Dette siger han ikke som Politiker, men med Naturforskerens Vemodighed og Resignation. Hvad der giver dette Wallace's Værk dets Betydning, er ikke alene de naturhistoriske Kjensgjerninger, hvorved Sammenhængen mellem Mennesker og Dyr paavises, men det, at den indeholder en videnskabelig Gjendrivelse af Darwins's lære om Menneskets Afstamning fra Dyret.<sup>56</sup>

Egentlig var Darwin et mønster på en samvittighetsfull forsker, sa Lochmann. Hans skrifter hadde spor av en ualminnelig engstelighet og forsiktighet for ikke å påstå mer enn han trodde kunne forsvares. Lochmann oppga ikke kilden for sine antakelser, men han ville ha det til at Darwin utga sine bøker under sterk tvil, og han bemerket at det var etter påskynelse fra venner at avhandlingen om artenes opprinnelse ble utgitt. Han antydet også at Darwin under skrivningen av boken om menneskets avstamning, hadde hatt en følelse av å bevege seg innenfor et område hvor den naturvitenskapelige slutningsmåte ikke strakk til. Rent personlig var ikke Lochmann i tvil om at det ville vært bedre hvis boken om menneskets avstamning fra apen ikke var blitt skrevet, for da hadde ikke alle de ugjennomtrengelige gåtene blitt trukket inn i en sfære hvor de ikke hørte hjemme.<sup>57</sup>

Lochmann beskyldte vitenskapsmenn som benyttet Darwins «descendenslære» for å være dogmatiske darwinister. Siden deres følgeslutninger var uberettigede, trodde han det hadde «smerted Darwin når man misbrugte hans Tanker på denne Måde». Selv om Lochmann ikke hadde før-

<sup>56</sup> Ms.fol.1819, «Vor Tids Naturforskning», 2. Foredrag.

<sup>57</sup> Ms.fol.1819.1, fra Lochmanns foredrag i Videnskabselskabet 3. Mai 1882.

stehånds kunnskaper om darwinismen, fordi han ikke drev biologisk forskning i den forstand, kan det ikke herske tvil om at han klarere enn andre i sin norske samtid så dynamikken i den nye tankeretningen. Gjennom hele åndskampen vendte han tilbake til det faktum at det i samfunnslivet i ethvert tilfelle var høyst nødvendig å se på følgene av Darwins lære. Det var nok Lochmanns fremsynte visjoner som var årsaken til at hans advarsler ble misforstått. Hans motstandere oppfattet sannsynligvis ikke at mange av hans påstander som kunne virke både kontroversielle og reaksjonære, ofte var et fordekt angrep på de moderne tankeretningene. I virkeligheten førte han en kamp mot tanker som senere skulle bli kalt sosialdarwinisme, et begrep som ennå ikke eksisterte, men hvis innhold han hadde klare forestillinger om konsekvensene av. Han rettet oppmerksomheten mot et menneskesyn som reduserte mennesket til et kampdyr og fjernet den moralske siden av det. Han gjorde det som sto i hans makt for å forhindre at mennesket ble oppført i det zoologiske system, og at oppfatningen av mennesket som utilregnelig fant legitimitet i vitenskapen.<sup>58</sup>

Sosialdarwinisme kan kort fortalt forklares med at Darwins forståelse av naturens utviklingshistorie som en stadig kamp for tilværelsen hvor bare de sterkeste og mest tilpasningsdyktige overlever, blir overført på menneskelige og sosiale forhold. Det handler om at konkurransen mellom artene ble til kampen mellom så vel individer som sosiale grupper for å erobre hegemoni og livsrom.<sup>59</sup> I et notat opplyste Lochmann at han hadde fulgt evolusjonslæren skritt for skritt, og at han gjentatte ganger i så vel vitenskapelige diskusjoner som i skrifter hadde forsøkt å belyse naturforskningens nye og revolusjonære preg. Han opplevde at han «nesten stod alene her i Landet i Forsøget paa at forstaa Biologiens Udvikling». Etter at darwinismen hadde blitt presentert i en populær form i Tyskland, beklaget han hvordan de nye ideene ble flettet inn i den pågående kulturkampen, slik at de fikk gjennomslag både på sosiale og politiske områder. Han klandret tyskerne for at de ikke så hva som lå bak det skrekkelige prinsippet om den sterkestes rett.<sup>60</sup>

Lochmann så også en klar sammenheng mellom darwinismen og visse holdningsendringer i samfunnet i England. Han nevnte blant annet det eiendommelige tilknytningspunktet mellom Adam Smiths nasjonaløkonomi og Darwins postulat om «de mest skikkedes overleven». Prinsippet om den frie konkurransen bredte stadig mer om seg i industri og handel, og

<sup>58</sup> Ms.fol.1819, «Charles Robert Darwin». Descendens betyr at nåværende organisk liv nedstammer fra tidligere former.

<sup>59</sup> Skorgen T. *Rasenes oppfinnelse*. Oslo: Spartacus Forlag A/S, 2002.

<sup>60</sup> Ms.fol.1819. «Vor Tids Naturforskning».

Lochmann trodde at så vel grosserere som de store næringsdrivende tok vel i mot Darwins naturlover. Samvittigheten, som engang hadde vært «en forøget pirrelighed i nogle ganglieceller i forhjernen», var nå utslettet, og verden var blitt et gudsforlatt kaos hvor det var den sterkeste rett som gjaldt. Lochmann konstaterte at darwinismen var blitt en verdensoppfatning som ikke lenger bare omfattet menneskets legemlige og organiske utvikling. Den omfattet dets ånd og tanker, ja endog dets sjel, og i dens innerste kjerne dreide alt seg om ateisme. Materialismen som utgikk fra naturforskningen ville i siste instans føre menneskeheten tilbake til barbariet i en ny form, trodde han.<sup>61</sup> De tendenser Lochmann så både i Tyskland og England skulle faktisk vise seg å få de katastrofale følgene han advarte mot. Nazismen i Tyskland og Englands imperialismepolitikk fant grobunn i og ble rettfærdiggjort nettopp under sosialdarwinistisk dekke.

### Menneskets frie vilje i et darwinistisk perspektiv

Samtidig med at Darwins teorier fikk stadig større tilslutning, ble utviklingslæren koblet opp mot en stor moraldebatt. Det var i den forbindelse Lochmann hevdet at alt som het moral ville gå til grunne hvis mennesket ble frarøvet sin frie vilje. Den innskrenkede naturoppfatning som Lochmann mente darwinismen var et uttrykk for, benektet eksistensen av den frie vilje som en gang var et mysterium som filosofien aldri løste. Nå reduserte man ifølge Lochmann dette sjelelige fenomenet til et problem av rent mekanisk karakter, som man eksperimenterte med i psykologiske laboratorier. Her tok man utgangspunkt i refleksbevegelser og forutsatte at alt skjer med den samme nøyaktighet som for eksempel pupillens sammentrekning ved påvirkning av lys. På den måten kunne man bevise at den frie viljen slett ikke eksisterte, og at menneskene var utilregnelige i sine handlinger. Lochmann satte likhetstegn mellom de nye tankeretningene og det han kalte moderne advokaters og psykiateres forvillelser om at enhver forbryter var utilregnelig.<sup>62</sup>

Jon Røyne Kyllingstad hevder i boken *Kortskaller og langskaller* at man i disse kretser betraktet moralen som et naturfenomen som man kunne utforske ved hjelp av den positive vitenskapens metoder. Man var kort og godt overbevist om at etiske forestillinger var formet av de samme grunnlovene som regulerte resten av den organiske verdens utvikling. Moralske følelser hadde med andre ord oppstått som et resultat av det naturlige utvalg i kampen for tilværelsen. Forskere viste til at hjernen ble eksponert for

<sup>61</sup> Lochmann E F. *Populære Opsatser*. Kristiania: Dr. A. Chr. Bang, 1891.

<sup>62</sup> Ms.fol.1819, «Om Utilregnelighed».



påvirkning fra det omkringliggende miljøet gjennom sansene, og tenkning var kun hjernens fysiologiske respons av disse sanseintrykkene. På den måten kunne intellektuelle og moralske fenomener løsrives fra metafysikkens og teologiens grep og gjøres til et objekt for vitenskapelig forskning. Troen på at et menneskes handlinger skjedde med nødvendighet og at samvittigheten var maktesløs overfor handlingene, fikk med andre ord legitimitet i vitenskapen.<sup>63</sup> Lochmann fryktet konsekvensene hvis all dannelse og oppdragelse skulle ta utgangspunkt i slike holdninger. Han artikulerte med bestemthet at det var forhastet å la den doktrinære utviklingslære fungere som fundament for moral og samfunnsforhold.<sup>64</sup>

I Lochmanns private papirer kommer det tydelig frem at han forestilte seg at biologi i fremtiden kunne komme til å fremstå som den mest omfattende vitenskap, etter at darwinismen hadde oppnådd innflytelse på så mange områder utenfor naturvitenskap.<sup>65</sup>

Etter at han hadde fanget opp at det i utlandet var en voksende interesse for å innrette samfunnet etter naturen, så han slett ikke bort fra at den darwinske anskuelse med tiden kunne komme til å danne grunnlaget for den moderne sosialvitenskap. Hvis man bygget opp en samfunnsordning etter de darwinske prinsipper, skulle sosiale problemer løses ved at samfunnet fikk utvikle seg fritt etter naturlovene. Men en sosial vitenskap som skulle beskjeftige seg med mennesket som et fritt og moralsk vesen, måtte også oppstille idealer, hevdet Lochmann. Han tok avstand fra at noen få fremskritt på naturvitenskapens område skulle føre til at både menneskelivet og samfunnet ble underordnet de samme matematiske og fysiske lovene. Det var med utgangspunkt i disse erkjennelser han proklamerte at han forlot det han betegnet som «Kathederets faste Forskandsning og gikk ned som Menigmann i Striden». Hvis «Kampen for Existencen» og «de best Skikkedes Overleven» skal føres ut i samfunnet vil egoismen med en naturlovs berettigelse få råde fritt, var budskapet Lochmann prøvde å formidle til hele folket.<sup>66</sup>

### Relevansen av trusselbildet Lochmann tegnet

Filosofen Hjalmar Hegge diskuterte i 1977 sosialdarwinismen på en måte som jeg mener bekrefter Lochmanns forestillinger om et misbruk av Darwins teorier. Hegge innleder med å fortelle at biologi kom til å dominere

<sup>63</sup> Kyllingstad J R. *Kortskaller og langskaller*. Oslo: Spartacus Forlag A/S, 2004.

<sup>64</sup> Ms.fol.1819, «Om Darwinismen».

<sup>65</sup> Ms.fol.1819, «Vor Tids Naturforskning».

<sup>66</sup> Ms.fol.1819, «Til Dagbladets Redaktion 23.1.82».

hele vitenskapen og at Darwins lære dannet basis for en hel verdensanskuelse på slutten av 1800-tallet. Sosialdarwinismen fikk vidtrekkende konsekvenser for sosial teori og praksis i det 20. århundret. Den menneskelige kultur og de menneskelige sosiale strukturer ble ikke lenger forstått som noe egenartet og vesensforskjellig fra den organisering man kjente fra den biologiske utvikling. Men Hegge mener det oppsto et problem når arten menneske også skulle omfatte den darwinistiske utviklingsteorien, som pretenderte å gi en universalforklaring av artenes utvikling gjennom det naturlige utvalg i kampen for tilværelsen. Han påpeker at mennesket ikke bare er et biologisk vesen, men at det også har en kulturell, sosial og politisk historie med egne lover og forklaringsprinsipper. Han forklarer at det har vært utviklet spesielle vitenskaper for disse områder av menneskelivet, og han viser til at åndsvitenskaper og samfunnsvitenskaper tidligere var svært så ulike naturvitenskapene.<sup>67</sup> Dette forhold kommenterte Lochmann allerede på 1870-tallet med sitt utsagn om at naturen ikke var konstituert på samme måte som menneskenes famlende verk.<sup>68</sup>

Hegge understreker at det i forbindelse med utviklingslærens frembrudd skjedde en dramatisk endring i vestens verdensbilde. Da man overførte de nye forklaringsprinsippene fra biologien på menneskelig kultur og menneskelige sosiale strukturer, skulle altså ikke disse områdene lenger forstås som forskjellig fra prosesser i naturen. De skulle snarere søkes forklart i analogi med eller som en suksessiv forlengelse av dem. I tråd med disse teoretiske forsøkene prøvde man også å trekke praktiske konsekvenser for det sosiale og politiske liv, hevder Hegge, og presiserer at disse forsøkene i teori og praksis ble betegnet som sosialdarwinisme. Den nye tenkemåten skjøt for alvor fart innen ulike vitenskaper og i den offentlige debatten fra 1890-årene. Bestrebelsene på at de nye prinsipper skulle få innflytelse, utløste en strøm av publikasjoner som beskjeftiget seg med emner som menneskelige utvalg, raseforbedring, menneskelig fremskritt på biologisk grunnlag, osv. Det handlet altså om hvilke konsekvenser man kunne trekke for menneskenes sosiale og politiske liv av utviklingsteoriens lære om «the survival of the fittest» i «the struggle for life».

Hegge gjør oppmerksom på at disse elementene i sosialdarwinismen inngikk i den ideologiske begrunnelsen for ulike politiske retninger, og han nevner spesielt den tyske nazismen og den økonomiske liberalismen.<sup>69</sup>

<sup>67</sup> Hegge H. «Human-økologi eller sosial-darwinisme.» *Norsk Filosofisk Tidsskrift* nr 1, 1977.

<sup>68</sup> Ms.fol.1819, «Pharmakologi - narkotiske midler».

<sup>69</sup> Hegge H. «Human-økologi eller sosial-darwinisme.» *Norsk Filosofisk Tidsskrift* nr 1, 1977.

Også Jon Røyne Kyllingstad støtter mitt argument om at Lochmanns standpunkter kan sies å ha foregrepet kritikken av sosialdarwinismen. Kyllingstad skriver at samfunnet i henhold til den evolusjonistiske tankeretning ble en konkurransearena hvor bare de som seiret i kampen for det daglige brød, fikk sjansen til å leve opp og videreføre sine biologiske egenskaper til avkommet. Denne type resonnement ble rettfærdiggjort ved at vitenskapen la det til grunn i sin forskning.<sup>70</sup> Hvis vi beveger oss over til Lochmanns tankegods hevder han at den darwinske kamp for eksistensen kunne «genetisk føres tilbake til Adam Smith og Malthus».<sup>71</sup> Filosofen Adam Smith (1723-90) hadde en gang skrevet en bok som ifølge Lochmann hadde menneskelige anskuelser, men den var blitt glemt til fordel for det senere verk som han mente kunne sees som forløperen for darwinismen og den moderne sosialvitenskap.

Jeg nævnte, at Darwinismen konsekvent gjennomført paa det sociale Gebet vilde føre til, at Konkurrencen ble det eneraadende Princip i Samfundslivet, og jeg gjorde opmærksom herpaa, fordi dette er den bekjendte Adam Smith's Grundsætning. I sit Skrift om Nationernes Velfærd, som udkom i forrige Aarhundrede udtaler han denne Tanke og kan forsaavidt betragtes som en af Darwinismens Forløbere, vistnok ikke paa det naturvidenskabelige, men paa det sociale Gebet. Den darwinske Samfundstheori kjender vi alle i Form af Konkurrencen som Princip for al Handel og Vandel.

Lochmann mente at Smiths teori i virkeligheten var ukristelig og ikke burde eksistere i en stat som ga seg ut for å være kristen. Men han påsto at den ganske uvilkårlig hadde trengt inn i en stor del av det engelske folks bevissthet.

At den mest skikkede skal overleve de andre, vil i Krig sige det samme som, at den stærkes Ret er den eneste gjældende, og i Samfundslivet, at kun Konkurrencen er det afgjørende. Enhver skulde da uden Hensyn til kristelig Moral eller Barmhjertighed, blot i Kraft af Naturlovene træde de svagere under sine Fødder. Denne Tanke, hvortil Darwinismen konsekvent fører, er ogsaa af enkelte af Darwinismens Tilhengere, navnlig af Haeckel, udtalt med en meget Klarhed og Bestemthed. Ret mærkeligt er det, at man finder denne samme Tanke udtalt ogsaa fra en ganske anden Kant, nemlig i den moderne Socialvidenskab, og det er meget sandsynligt, at den darwinske Anskuelse, som i dette Punkt støder sammen med Socialvidenskabens, med Tiden vil komme til at gaa ind i og danne Grundlaget for den.

---

<sup>70</sup> Kyllingstad J R. *Kortskaller og langskaller*. Oslo: Spartacus Forlag A/S, 2004.

<sup>71</sup> Ms.fol.1819, «Darwin og Darwinisme – no 75».

Hvis mennesket skal være i stand til å ordne samfunnet på en måte som svarer til dets natur og er overensstemmende med menneskelige og guddommelige lover, så forutsetter det kunnskaper om menneskelivet i det store og hele og ikke bare kjenneskaper til enkelte sansefunksjoner, fastholdt Lochmann. Han hadde derfor et håp om at antropologien, som han også erklærte for ennå å være i sin spede begynnelse, med tiden ville omfatte de emner han så tydelig så behovet for.<sup>72</sup> Men historien har vist oss at evolusjonslæren gikk over fra å være et omstridt og radikalt vitenskapelig standpunkt til å bli en grunnpilar i den vitenskapelige forskningen på både menneske og samfunn i det 20. århundre.<sup>73</sup>

### Når biologi blir biologisme

Torgeir Skorgen hevder i sin bok om rasetenkningens historie at sosialdarwinistiske holdninger kom til uttrykk i to ulike faser. På slutten av 1800-tallet var fokus rettet mot politiske og økonomiske forhold. Det nye vitenskapelige paradigmet om den sterkeste rett, ga ryggdekning til de europeiske nasjonalstatenes utbytting og undertrykking av befolkningsgrupper i Afrika og Asia, fordi afrikanere og asiater var blitt klassifisert som mindreverdige. I den andre fasen, ved inngangen til det 20. århundre, hadde sosialdarwinismen utviklet seg til et rasehygienisk program hvis formål var å begrense «minusvariantenes» formering i den hjemlige befolkningen. Hygienikere rundt om i Europa befattet seg med arvematerialet til innbyggerne i sine respektive land, og forskningen bunnet ut i steriliseringslover. Noe av det første Adolf Hitler gjorde etter at han kom til makten i 1933, var å innføre tvangsteriliseringsloven som skulle forebygge mot en «arvesyk etterslekt». Men et historisk vendepunkt kom med de tyske raselovene som ble vedtatt på den nasjonalsosialistiske partidagen i Nürnberg i 1935.<sup>74</sup>

Ifølge filosofen Harald Ofstad betraktet Hitler naturens verk som en mektig kamp mellom styrke og svakhet, der den svake var henvist til å underkaste seg og forsvinne, mens den sterke skulle seire. Dette var en naturlov med gyldighet både for raser og stater, som menneskene måtte bøye seg for. I henhold til Hitlers *Mein Kampf* var den ariske rasen den ypperste og sterkeste, med best biologisk utrustning. Det var Tysklands plikt å sørge for at den ariske rasen ble holdt ren.<sup>75</sup> For å sikre rasen ble i prinsippet alt

<sup>72</sup> Ms.fol.1819, «Vor Tids Naturforskning», 2. Foredrag.

<sup>73</sup> Kyllingstad J R. *Kortskaller og langskaller*. Oslo: Spartacus Forlag A/S, 2004.

<sup>74</sup> Skorgen T. *Rasenes oppfinnelse*. Oslo: Spartacus Forlag A/S, 2002.

<sup>75</sup> Ofstad H. *Vår forakt for svakhet*. Oslo: Pax forlag A/S, 1991.

tillatt, for man skulle jo bare hjelpe naturen i dens arbeid med å utrydde alle svake og mindreverdige. Moralske oppfatninger var ikke annet enn uttrykk for følelse og vilje og det fantes ikke noe allmennmenneskelig eller objektivt skille mellom rett og galt. Hitler hevdet det ikke var grunn til å ha medlidenhet med dem som naturen hadde bestemt til undergang. Ofstad slår fast i sin bok *Vår forakt for svakhet* fra 1991 at Hitlers livssyn bygget på sosialdarwinistisk ideologi. Ofstad går så langt som å hevde at Darwin må bære en del av ansvaret for tendensen til å trekke de «vurderingsmessige konklusjonene» som sosialdarwinistene gjorde, når han fremsatte teorien om menneskets avstamning. Stridspunktet skulle komme til å ligge i at biologi er vitenskap og vitenskap er prestisje. Det største feilgrepet lå ifølge Ofstad i at man ikke har villet innse at det dreier seg om sosialt og politisk skjønn som biologien ikke har rett til å lansere som vitenskap.<sup>76</sup>

Etter krigen ble naturlig nok sosialdarwinistiske synspunkter upopulære. Men skrifter som sammenkoblet biologi og sosiale vurderinger ble salgssuksesser igjen etter noen tiår. I 1970-årene publiserte den amerikanske biologen Edward O. Wilson sine epokegjørende arbeider *Sociobiology* og *On human Nature*. Sosiobiologi betyr kort fortalt å tolke/lese/se samfunnet inn i naturen, og Wilson spådde at biologiske teorier ville komme til å erstatte samfunnsvitenskapene. Den menneskelige natur ble av Wilson tolket som biologisk rasjonell og nyttemaksimerende, derfor mente han at vår atferd best kan forstås ut fra en form for darwinistisk analyse. Hans credo var at evolusjonsteorien er i stand til å forklare etiske spørsmål på alle nivåer her i livet, og han hadde som et eksplisitt mål å grunnlegge en ny moral.<sup>77</sup>

Nok en gang skulle altså ideen om at naturvitenskapen kunne frata filosofien råderetten over etikken realiseres. Wilsons prosjekt er i virkeligheten en manifestasjon av de standpunkter Lochmann i sin tid advarte mot.<sup>78</sup> Iver Mysterud skriver i sin doktoravhandling *Mennesket og moderne evolusjonsteori* at Wilsons kontroversielle arbeider om menneskelig atferd utløste en bred debatt i det intellektuelle miljøet i USA. Wilson møtte sterk skepsis spesielt blant samfunnsvitere og marxistisk orienterte biologer, som forholdt seg til at vår atferd ble bestemt av miljøet. Selv antok Wilson at mot-

---

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> Hessen D O. *Gener, Gud og Gaia*. Oslo: Spartacus Forlag A/S, 2003.

<sup>78</sup> Wilson ville gjøre sosiobiologien til en ekte predikativ vitenskap som omfattet all sosial atferd. Han mente det ikke kunne eksistere en atskilt sfære av mening og etikk, men at det snarere fantes en naturlig etikk for mennesket. For ham betydde all ny vitenskapelig innsikt som kunne gi mennesker økt kontroll over egne liv, en anledning til å komme vekk fra teologenes herredømme.

standen mot å tro på at menneskets væremåte hadde en biologisk basis var synonymt med en generell opposisjon mot genetisk determinisme. Det betyr at vår skjebne ene og alene ligger i genene og er helt uavhengig av vår frie vilje. Mysterud forklarer at mange knyttet denne tenkemåten opp mot faren for en ny oppblomstring av eugenikk og rasistiske ideologier.<sup>79</sup> Ofstad påstår på sin side at høyreorienterte anmeldere tiljublet Wilsons arbeider som et genetisk forsvar for det frie markedet og støttet ham fordi han åpnet veien for et genetisk bestemt meritokrati.

I Norge er kritikken mot Wilsons teorier kommet fra filosofisk hold. Det er eksplisitt blitt rettet oppmerksomhet mot biologiens utstrakte innflytelse på det brede publikums forståelse av mennesket og dets plass i verden. Filosofen Lars Fr. H. Svendsen anklager biologene i deres eget tidskrift for at de ikke deltar nok i det offentlige rom med kritiske perspektiver etter at biologien i tiltagende grad har fått status som en universalvitenskap om mennesket.<sup>80</sup> Konsekvensene av Edward O. Wilsons teorier om at vår skjebne ligger i genene og er helt uavhengig av vår frie vilje, er ifølge filosofen den største trusselen mot oppfatningen av mennesket som et moralsk ansvarlig vesen som er forpliktet overfor sine omgivelser.

Svendsen viser til sin bok *Mennesket, moralen og genene* der han først og fremst tar et oppgjør med en etikk som ikke forutsetter eksistensen av en allmenmoral. Han argumenterer for at man har misforstått når man tror at normative verdier kan utledes av biologiske undersøkelser. Naturen kan nemlig ikke være moralsk god eller ond, hevder han, for den er ingen aktør. Svendsen poengterer at bare aktører kan være moralsk gode eller onde, og at mennesket skiller seg fra den øvrige naturen ved å være en aktør som kjenner godt og vondt. Denne påstanden underbygges med at moralen oppsto med mennesket, og at moralen er et sosialt, mellommenneskelig fenomen som ikke kan forklares med utgangspunkt i isolerte enkeltindivider.<sup>81</sup>

Det er et meget viktig poeng for filosofen å få frem at det skadelige ved vitenskapen ikke er selve den vitenskapelige aktiviteten, som han fremhever som høyst legitim og nødvendig. Hans kritikk er altså ikke rettet mot vitenskapen og biologien som sådan. Men det er mot ideologien, mot det han omtaler som «biologismen» han ønsker å rette søkelyset. Biologisme er ikke en vitenskap, skriver han, det er et metafysisk livssyn som gjør bruk av den

<sup>79</sup> Mysterud I. *Mennesket og moderne evolusjonsteori*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2003.

<sup>80</sup> Svendsen L FR H. «Om biologi og biologisme». *Biolog* nr 2, 2002.

<sup>81</sup> Svendsen L FR H. *Mennesket, moralen og genene – en kritikk av biologismen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

biologiske vitenskap til å forklare alle aspekter ved menneskets liv, tanker og handlinger. Biologien glir over i biologismen når den strekker seg ut over sitt eget, legitime område og forsøker å bli en universalforklaring. Svendsens ambisjon er å vise både farene og det han betrakter som uholdbart når naturvitenskapens metodeidealer og resultater blir overført til alle andre kontekster.<sup>82</sup>

Svendsens oppfatning er identisk med advarslene Lochmann kom med for over 100 år siden. Når Svendsen går til angrep på biologismen, er det på samme grunnlag som Lochmann argumenterte ut fra da han frarådet å undersøke mennesket med naturforskningens metoder og maksimer. Riktignok forestilte Lochmann seg at moralen ville gå til grunne hvis man overlot til biologien å gi det endelige svaret på menneskets eksistens, mens Svendsen på sin side påstår at biologien har svært lite å bidra med i forbindelse med vår forståelse av mennesket og moralen. Her er det altså ikke snakk om den sosiale siden av saken, men den moralske dimensjonen som jeg har forsøkt å vise var en medvirkende årsak til at Lochmann ikke fant annet alternativ enn å forsvare kristendommen i åndskampen. Jeg er sannsynligvis den første som har anvendt hans private dokumenter i en fremstilling av ham, og det har gjort meg i stand til å gi et annet bilde av hans personlighet. Jeg har arbeidet ut fra tesen om at det ikke var Lochmanns konservatisme eller religiøsitet som var drivkraften i hans engasjement, men at det var «seerblikket han fikk i vuggegave» som drev ham over i opposisjon til det som ble sett på som identisk med fremskritt og utvikling. Når han motarbeidet den moderne vitenskapelige anskuelsen som han ut fra sin fortid som fremskrittvennlig lege naturlig burde ha støttet opp om, oppfattet ikke hans samtid at han i virkeligheten kun advarte mot følgene av et vitenskapsideal som utelukket eksistensen av en åndelig dimensjon i menneskenes tilværelse.

Bare det faktum at Lochmanns omstridte standpunkter fortsatt er aktuelle og diskuteres i dag, underbygger at han vel neppe var den reaksjonære mørkemann hans samtid og ettertiden har karakterisert ham for. Hvis vi skal vurdere Lochmanns posisjon i norsk vitenskapshistorie i lys av Thomas Kuhns teori om paradigmer, er det mye som taler for at Lochmann på grunn av sine bestemte meninger ved det siste paradigmeskriftet ble stående mellom to spenningsforhold. Han var i en klemme mellom en kristen og darwinsk synsmåte. Langt på vei delte han darwinistenes standpunkter,

<sup>82</sup> Primo januar 2005 samtalte jeg med filosofen Lars Fr. H. Svendsen på telefon. Han ga uttrykk for at han ikke hadde kjennskap til Lochmanns standpunkter, men Svendsen mente jeg helt klart kunne knytte hans arbeid opp mot mine betraktninger om Lochmann.

men han lot seg ikke overbevise på områder der han opplevde at den nye tankeretningen kom i konflikt med moralske hensyn. Lochmann stanset opp og nølte, og hans styrke var vyene han hadde om det han omtalte som et misbruk av Darwins teorier. Utvilsomt fortjener han en mer fremskutt plass i norsk vitenskapshistorie.

*Else Marie Nerland  
e-nerla@online.no  
Øverbergveien 18  
1397 Nesøya*

### ***Om forfatteren***

*Else Marie Nerland er cand. philol. fra Universitetet i Oslo og har skrevet hovedoppgave om Ernst Ferdinand Lochmann.*



# Kommunehelsetjenestereformen i Norge på 1980-tallet – personlige betraktninger

*Michael 2007;4:557–66.*

*Primærhelsetjenesten i norske kommuner undergikk store forandringer i 1980-årene. Ordningen med statlig ansatte distriktsleger som hadde ansvar for det offentlige helsearbeidet og også drev pasientbehandling med hovedsakelig finansiering fra trygdevesenet, ble avvirket og erstattet med et system der kommunene hadde ansvaret. Dette skapte konflikter og det oppsto vanskeligheter som fortsatt er der. Blant annet innebærer finansieringsprinsippene for legenes arbeid en vridning over mot behandlingsvirksomhet i forhold til forebyggende virksomhet. Artikkelforfatteren har stått sentralt i reformeringen av helsetjenesten i kommunene helt fra han ble stadslege i Tromsø i 1970, og presenterer en del personlige betraktninger angående utviklingen.*

Hva var bakgrunnen for kommunehelsetjenestereformen? Hvordan gikk det etterpå? Var dette en reform som gjorde fedrelandet enda bedre?

De tankene som presenteres her, har jeg gjort meg i anledning av at tidligere fylkeslege i Telemark, Arne Birger Knapskog, fyller 70 år i 2007 og ser tilbake på et langt liv i det offentlige helsevesenets tjeneste. Han brakte meg på et tidlig tidspunkt inn i den delen av helsearbeidet der reformen i kommunehelsetjenesten etter hvert ble til, slik at jeg har kunnet følge med på nært hold.

## **Min egen vei inn i arbeidsfeltet**

Arne Birger Knapskog og jeg begynte begge å studere medisin i Oslo i 1955, men etter hvert forsvant han til Bergen der han tok eksamen i 1962, og dermed ble det mindre kontakt. Noe helt annet ble det etter at vi begge ble distriktsleger i Nord-Norge, han i Bardu, jeg i Hadsel. Vi traff hverandre på de sagnomsuste, årlige Bygdøy-møtene med helsedirektøren og på kurs og seminarer, og særlig ble kontakten utdypet på det såkalte

«Bygdøykurset» (Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid for leger) høsten 1967. Det er kanskje ikke alle som er klar over at de aller fleste problemene i norsk helsetjeneste ble løst av deltakerne på Bygdøykurset høsten 1967, i tallrike miniseminarer på plenen utenfor Quislings forhenværende residens Gimle - - - .

Av forskjellige grunner var det i 1969 aktuelt for meg å flytte fra Hadsel til Tromsø, der jeg hadde sett meg ut en distriktslegestilling som sto ledig. Jeg syntes jeg hadde fått mye ut av jobben som distriktslege, og tenkte vel at jeg skulle fortsette med det etter eventuelt å ha flyttet. Da var det at Arne-Birger Knapskog som assisterende fylkeslege i Troms kom til å influere på framtida på en avgjørende måte. Han ringte og overtalte meg til heller å ta den ledige stadslegestillingen i Tromsø. Den hadde stått ledig i to år, og det var svært viktig å få den besatt ikke minst på grunn av universitetsutbyggingen og en sterkt økende befolkningen i kommunen. Jeg hadde ikke spesielt lyst til dette, jeg assosierte stadslegestillingen med krangel om fyllingsplasser og dårlig hygiene i butikker, noe jeg var litt fed up av i jobben i Hadsel. Men etter iherdig påvirkning fra Arne-Birger Knapskog ble det til at jeg tok stadslegestillingen.

Det *ble* mye krangel om fyllinger og dårlig hygiene, men samtidig var det akkurat som Arne-Birger Knapskog hadde sagt, det var en stor utfordring at universitetet ble bygd ut, og at befolkningen økte slik at det ble nødvendig å planlegge stadig nye drabantbyer, først i Tromsdalen, senere i Kroken, på Kvaløysletta, og videre på den nordlige delen av Tromsøya.

### **Forutsetningene i Tromsø**

Kommunen satset på helse- og sosialsentra etter oppskriften i St. meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Det var i denne meldinga helsedirektør Karl Evang slo fast at å basere allmennlegetjeneste basert på privat praksis, var en ordning som hadde overlevd seg selv. Et annet viktig budskap var at helse- og sosialtjenesten måtte samordnes.

Tromsø kommune satset i tråd med disse tankene på helse- og sosialsentra og leger og fysioterapeuter på fast lønn, i drabantbyene. At Tromsø kommune fikk til dette, var nok bakgrunnen for at jeg ble hentet til Oslo i 1978 for å bistå i arbeidet med kommunehelsetjenestereformen.

### **Bakgrunnen for kommunehelsetjenestereformen**

Ønsket om et lovverk om helsetjenesten utenfor institusjon var i hovedsak begrunnet med to forhold:

For det første hadde den såkalte Hovedkomiteen for lokalforvaltningen under ledelse av den sagnomsuste Dagfinn Juel i syttiårene utformet forslag til utforming av de grunnleggende strukturene i forholdet mellom stat og kommune, herunder forslag til finansieringsordninger. Et viktig prinsipp som Hovedkomiteen la stor vekt på, var at den instans som skal ha ansvaret for en deltjeneste, skal også ha det fulle og hele ansvar for finansieringen.

For det andre var legesituasjonen i utkant-Norge nær sammenbrudd for n' te gang, samtidig som allmennlegetjenesten også i storbyene var høyst mangelfull. Plutselig oppdaget og innså alle det problematiske i at det offentlige slett ikke hadde noe ansvar for å skaffe befolkningen *allmennlegetjenester*, bortsett fra at distriktslegene kunne ta imot pasienter i den utstrekning de offentlige legeopp gavene tillot dette.

For å komme videre med dette, oppnevnte regjeringen våren 1978 et utvalg med følgende mandat (i kortversjon): «Utvalget skal utrede finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten». Utvalget fikk sitt navn etter lederen, Per Nyhus (1927 – 89).

I helsetjenesten og sosialtjenesten var det den gangen et virvar av lover og finansieringsordninger, 50 – 60 i alt. Disse ordningene var for det meste basert på prinsippet om refusjon av utlegg, noe som selvsagt førte til en betydelig skjevfordeling av ressurser til rike kommuner. Mange ble i denne tida oppmerksom på Matteus-evangeliet 13, 12, «*den som har, skal få - - -*»

Et viktig forslag i utredningen var derfor at de 60 ordningene skulle erstattes av en rammebevilgning, i det vesentlige en fordeling av penger i forhold til folketallet i den enkelte kommune, med en del modifikasjoner. Dette var bebudet allerede i St. meld. nr. 9 (1974-75). Et problem i Nyhusutvalgets innstilling (NOU 1979:28) var at Helsedirektoratet var uenig i dette, og viste til at sykehusutbyggingen hadde skutt fart nettopp med utgangspunkt i et refusjonssystem, nemlig kurgengesystemet.

## **To sentrale problemer i arbeidet med det nye lovverket**

For legetjenesten gjaldt det første spørsmålet den statlige distriktslegeetaten i framtida. For det andre hadde man spørsmålet om innpassing av privat legetjeneste og fysioterapitjeneste i en helsetjeneste der kommunene er den ansvarlige instans, både når det gjelder styring og finansiering.

### *1. Distriktslegeetaten*

Alle som har fulgt med i utviklingen av det offentlige helsevesenet en stund, har vel et minne om den diskusjonen som kom i kjølvannet av at Nyhus-

utvalget gikk inn for at de statlige distriktslegene skulle bli kommunale. Tidligere statsråd Leif Arne Heløe har fortalt at Torbjørn Mork (1928 – 92) og Fredrik Mellbye (1917 – 99) kom på kontoret hans da han ble statsråd, for å overbevise ham om at dette ville være et stort feilgrep.

Heløe måtte si som sant var, at det toget var gått. Det var politisk umulig å snu, rent bortsett fra at han for sin del trodde det var mest hensiktsmessig at de ble kommunalt ansatt.

Mange andre offentlige leger. i tillegg til Mork og Mellbye, ble mektig skuffet over dette, og jeg vet at Arne Birger Knapskog også var blant dem som syntes det var uklokt.

Flertallet i Nyhus-utvalget gikk i innstillingen inn for det kommunale alternativet, og begrunnet dette blant annet med at det ville være uheldig med to legetater. Mindretallet viste på sin side til den århundrelange tradisjonen, og at det ville være store politiske og faglige fordeler ved å ha en sammensveiset statlig legetat med klare forbindelseslinjer fra Helsedirektoratet gjennom fylkeslegene til distriktslegene.

Jeg for min del syntes den gangen at det var viktig at helsetjenesten i kommunene ble organisert slik at det ble en mest mulig helhetlig tjeneste, og at det måtte legges til rette for et samarbeid mellom leger, helsesøstre, fysioterapeuter, hjemmesykepleiere og andre. I et slikt samarbeid ville en statlig ansatt lege lett komme i vanskelig situasjon.

Og de ble kommunale. Jeg tror nok at svært mange offentlige leger i dag innser at det var det beste.

## *2. Innpassingen av privat allmennlegetjeneste og fysioterapitjeneste i det kommunale ansvaret.*

Dette viktige punktet var politisk og praktisk en vanskelig sak: Hvordan etterkomme to helt uforenlige hensyn, nemlig kommunal styring av virksomheter der utøverne i utgangspunktet ville ha seg frabedt enhver form for styring? Dette var såpass vanskelig at Hovedkomiteen gikk inn for at de private skulle få drive som før, ved siden av kommunalt *ansatte* allmennleger, noe Helsedirektoratet også støttet.

Nyhusutvalget mente at det var tvingende nødvendig at ansvaret for allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten i sin helhet måtte bli definert og fastlagt. Utvalget gikk inn for at legene i all hovedsak skulle drive sin praksis nøyaktig som før. Trygdekontorene skulle også refundere legenes regninger som før, men kommunene skulle få pengene i sin ramme. Kommunene skulle styre dette ved å bestemme *antall* privatpraktiserende leger de ville benytte, herunder også *hvor* praksis skulle drives. Når et budsjettår var over, skulle trygdens utgifter fordeles på det antall leger kommunene

hadde avtale med, og så skulle dette gjennomsnittbeløpet multipliseres med det antall leger hver enkelt kommune hadde hatt avtale med i det aktuelle budsjettåret. Kommunene skulle deretter refundere trygden denne summen, og på den måten i fellesskap betale trygden tilbake det som var lagt ut.

Denne noe kompliserte ordningen ble godtatt av Legeforeningen, og det var bakgrunnen for at Nyhusutvalgets forslag ble rimelig velvillig mottatt ved høringen etterpå. Men det er nok mange som ikke er klar over at dette prinsippet slett ikke ble fulgt opp i Ot. prp. 36 (1980-81). Her gikk man inn for at refusjonene til legene skulle utredes direkte fra kommunekassa, og slik ville også den private allmennlegetjenesten bli gjenstand for styring. Dette er i all enkelhet forklaringen på at Ot. prp. nr. 36 ble mottatt med avsky og raseri i Legeforeningen, en reaksjon som var litt uventet i departementet etter at NOU'en hadde blitt godtatt også av Legeforeningen. Jeg synes i etterpåklokskapens klare lys at departementet *helt* undervurderte Legeforeningen i denne saken.

Det som skjedde var følgende: Under ledelse av presidenten, Harald E. Hauge, laget foreningen et voldsomt spetakkel, med demonstrasjoner og avskyresolusjoner, og viktigst av alt, de fikk i høy grad media med seg. Disse sterke reaksjonene fra Legeforeningen var etter det jeg kan se i etterkant, den *egentlige* årsaken til at Stortinget samme våren som odelstingsproposisjonen ble lagt fram, bestemte seg for å utsette behandlingen til neste storting.

### Politiske komplikasjoner

I mellomtida var det valg. Høyre gikk voldsomt ut i valgkampen bl. a. på denne saken, og Harlem-Brundtland-regjeringen måtte gå av. Høyre lovet noe helt annet enn de firkantede sosialistforslagene fra regjeringen Harlem Brundtland, som ville frata folk sin lege.

Høyre vant valget, og Leif Arne Heløe (f. 1932) ble statsråd med Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936) som statssekretær. Dermed fikk de to den vanskelige jobben å oppfylle lovnadene fra valgkampen. Selvsagt var de opptatt av dette med privat praksis, og av forholdet til kommunene. De tok klart utgangspunkt i at kommunene som ansvarlige for primærhelsetjenesten også skulle finansiere privat praksis. Men hvordan? Heløe var enig i argumentene i Ot. prp. nr. 36 som ble brukt mot forslaget til løsning i Nyhusutvalgets innstilling, slik at dette ikke var aktuell politikk.

Det var nødvendig å få en prinsipiell avklaring som samtidig var til å leve med for Legeforeningen.

Et avgjørende poeng i denne sammenheng var at de regnet det som en selvfølge at den økonomisk utdannede statsminister Kåre Willoch ikke ville drømme om å *ikke* følge opp det viktige prinsippet at den ansvarlige instans for et tiltak alltid skal ha det finansielle ansvaret. For å få avklart dette med partiet Høyre, innkalte Helø sentrale helsepolitikere i partiet til et seminar på Reistad den 2. og 3. januar 1982.

Nåværende ekspedisjonssjef Jon-Olav Aspås og undertegnede, som hadde ført Ot. prp. 36 i pennen, ble invitert til å redegjøre for sentralstyret med Jo Benkow i spissen for hva hovedinnholdet i proposisjonen var, inklusive at kommunen skulle finansiere legetjenesten.

Da vi var ferdige, ble det helt stille i forsamlingen.

Lenge.

Lenge.

Det gikk tallrike engler gjennom rommet, før Jo Benkow endelig kremtet. Det var lett å se at han var i stor tvil, men så sa han de historiske, avgjørende og jeg vil kanskje også si skjebnesvangre ord: «Dette får du ikke til, Ibo!». (Ibo er et navn på Leif Arne Helø brukt blant venner.)

Seminalet var dermed avsluttet. Konklusjonen var klar. Det måtte bli en finansiering som innebar at folketrygden fortsatt skulle bidra til å finansiere legene og fysioterapeutene. Helø og Nøklebye Heiberg likte nok dette dårlig, men de sa ikke noe. Jeg antar at de hadde et håp om at Willoch ville gripe inn, men det skjedde ikke slik de hadde håpet.

### **Kompromissenes tid**

Det var åpenbart for alle at det måtte bli en form for kombinasjon i opplegget til Willoch-regjeringen, legene måtte dels betales fra trygden, dels fra pasientene og dels fra kommunen. Ellers ville det å ha kommunalt ansvar for å skaffe befolkningen allmennlegetjeneste, bli en meningsløshet.

Nå *kom* Willoch på banen og antagelig etter mange seanser med tautrekking med Legeforeningen, i all hemmelighet, ble resultatet at kommunene skulle dekke 40 % i form av et såkalt driftstilskudd. Willoch var virkelig opptatt av denne saken og har omtalt den ganske utførlig i sine memoarer.

Kontrafaktisk historieskriving er på moten. Vi kan leke litt med tanken på hva som ville ha skjedd dersom Ot. prp. 36 hadde fulgt opp NOU'en og dermed lansert et forslag om kommunal finansiering av privat legetjeneste.

For det første hadde vi kanskje unngått alle vanskelighetene som oppsto i kjølvannet av den todelte finansieringen, blant annet med det såkalte to-prissystem.

For det andre kunne reformene knyttet til finansieringen av sykehus-tjenesten ha fått en annen utforming, i og med at det er rimelig å tro at privat spesialisthelsetjenesteville blitt finansiert av fylkeskommunen, slik også denne delen av spesialisthelsetjenesten skulle styres politisk av fylkeskommunenes politikere og ikke lenger stykkprisfinansieres fra trygden.

For det tredje, og det er kanskje det viktigste, vi hadde fått en ordning som ville innebære at kommunene ble ansvarlig både for forebyggende arbeid og kurative tjenester på lik linje når det gjelder finansiering.

### **Forebygging og behandling hver for seg**

Som mange vil huske, var helsedirektør Torbjørn Mork helt uenig i opplegget i Ot. prp. 36 når det gjaldt avviklingen av de statlige distriktslegene. Han kalte dette en ulykke. Jeg for min del husker som det var i går at da Heløe hadde presentert den to-delte finansieringsordningen, så sa Mork på et av fredagsmøtene i Helsedirektoratet i 1982 at vel nok var Ot. prp. 36 en ulykke, men dette er en katastrofe, fordi han regnet det som et kjempeproblem at av alle ting skulle den kurative tjenesten finansieres med øremerkede penger fra staten. Jeg var nok uenig med Mork om mange ting, særlig dette med de statlige distriktslegene, men her var jeg til de grader enig!

Det er et problem vi sliter med fortsatt, nemlig at de viktigste forebyggende tiltakene finansieres utelukkende av kommunale midler, mens finansieringen av allmennelegetjenesten mer og mer blir statlig. Dette er et problem, fordi kommunene dermed mister mer og mer «styringsfart». Det er med rette mange som mener at kommunene ikke lenger er i stand til å oppfylle sine forpliktelser etter kommunehelsetjenesteloven, blant annet fordi legene ikke vil la seg styres til mer forebyggende arbeid enn høyst nødvendig.

### **Stat, kommune og rettferd**

Hvordan gikk det med Hovedkomiteens overordnede arbeid med forholdet stat – kommune, finansieringsordninger m. v.? Fikk vi en mer rettferdig fordeling i og med rammefinansieringen?

Det fikk vi nok til en viss grad, og en utvikling i retning av stadig større forskjeller på tjenestetilbudene i kommunene ble i hvert fall stanset. Men da staten noe senere prøvde seg på en *utjevning* ved å ta fra de rike kommunene for å gi til de fattige, fikk man en voldsom reaksjon, og dette er nok bakgrunnen for at fremdeles er det slik at enkelte kommuner har et tjenestetilbud som er to til tre ganger så dyrt som det tilbudet de fattigste kommunene kan tilby.

Men verst av alt, Hovedkomiteens viktige prinsipp om at den instans som har ansvar for et tiltak, skal også ha ansvaret for finansieringen, ble brutt. Prinsippet ble jo ikke fulgt opp, i og med at allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten ble delfinansiert av staten.

### **Tilsvarte kommunelegene distriktslegene?**

Dessverre fulgte ikke sentrale myndigheter opp slik som det ville vært mest hensiktsmessig etter at saken var avgjort politisk. Mork viste til at det nå var Kommunenes Sentralforbund (KS) som i hovedsak måtte stå for kontakten med de kommunalt ansatte offentlige legene. Jeg mener nok at dette var en viktig del av bakgrunnen for at det ikke gjort *nok* for at kommunelegene ble *brukt* som en viktig ressurs, ikke bare for kommunene, men også for de sentrale myndigheter.

At de ikke ble brukt, og at sentrale myndigheter ikke gjorde det klart hvilken rolle de skulle ha i den kommunale helsetjenesten er den dag i dag et stort problem, og jeg synes det er gledelig med de signalene som Sosial- og helsedirektoratet har gitt i rapporten for 2007 om utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren, nemlig at dette vil direktoratet nå gjøre noe med. Det er beklagelig sent, men likevel, det er gått nokså nøyaktig 25 år siden denne jobben skulle vært tatt opp for alvor. Nå *skal* kommunelegefunksjonen oppgraderes

### **Hvordan gikk det med allmennlegetjenesten?**

I *Røynsle-meldinga* som kom i 1990 (St meld nr 36 (1989-90)), er det vist til at økningen av antall legestillinger, både fastlønnede og privatpraktiserende var sterkere enn ventet. Legemangelen førte likevel til at det fortsatt var mange ledige stillinger i utkant-Norge, og dette vedvarer og er kanskje blitt verre og verre i vår tid.

Statsråd Leif Arne Heløe innførte det såkalte *fastlønnstilskuddet* i sin Ot. prp. nr. 66 (1981-82). Dette førte til en rask økning av fastlønnede legestillinger, særlig langs kysten fra Vestlandet og nordover. I slutten av 1980-åra var andelen fastlønnede leger på sitt høyeste, litt over 40 %. Deretter gikk det betydelig nedover fram til den tida vi fikk fastlegeordningen, noe som jeg mener klart henger sammen med at takstene økte forholdsvis *mye* mer enn lønnsutviklingen for de fastlønnede.

Etter min mening har den lovpriste fastlegeordningen betydelige svakheter, ikke minst fordi den i prinsippet er helt ensidig basert på privat praksis. Dette kommer klart fram i *Utviklingstrekk-rapporten* for 2007 fra Sosial- og helsedirektoratet, og det er etter min mening blitt slik at enkelte kommuner ikke lenger er i stand til å fylle sine forpliktelser etter kom-



munehelsetjenesteloven. Rekrutteringen til utkant-Norge er verre enn noen gang, og det er mest mannfolk som kan tenke seg å bli fastleger.

Derfor er det gledelig at Sosial- og helsedirektoratet prioriterer sterkt å få gjort noe med allmennlegetjenesten, *igjen*, 25 år etter at kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982! Stikkordet her er *distriktsmedisin*, noe vi gamle distriktslegene *tror* på.

### **Var kommunehelsetjenesteloven et mislykket tiltak?**

Jeg må innrømme at jeg noen ganger har tenkt at jeg likevel skulle blitt distriktslege i Tromsø, istedenfor å arbeide med denne saken store deler av livet mitt.

Loven ble nok ikke det redskapet det kunne blitt i utviklingen av helse- og sosialtjenesten, hvis ikke politikerne og da særlig Heløe hadde vært nødt til å ta så mange hensyn for å få loven vedtatt. Et stort problem som Heløe var opptatt av, var samordningen mellom de to nivåene i helsetjenesten. Det sliter man jo med fremdeles!

Men to tilføyelser i loven er jeg glad for at jeg fikk jobbe med, det var *det miljørettede helsevernet* og *sykehjemsreformen*. De to sakene kunne jeg ha god lyst til å si mer om – men det får bli en annen gang.

Hadde ikke Arne Birger Knapskog overtalt meg til å ta jobben som stad-slege i Tromsø, hadde tilværelsen for meg og min familie tatt en ganske annen retning, det hadde nok gått bra det også. Men jeg for min del hadde ikke fått den sjeldne muligheten til å sitte nær der viktige beslutninger ble tatt blant annet om kommunehelsetjenesten.

## Litteratur

- St. meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus.*
- St. meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen.*
- St. meld. nr. 31 (1974-75) *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen.*
- NOU 1979, *Helsepolitikken.* Norges offentlige utredninger 1979:10. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- NOU 1979. *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.* Norges offentlige utredninger 1979:28. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- Ot. prp. nr. 36 (1980-81) *1. Om lov om helsetjenesten i kommunene. 2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 n. 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.)*
- Ot. prp. nr. 66(1981-82) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*
- St. meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.*
- Rapport 2007 *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

*Hans Ånstad*  
*Sosial- og helsedirektoratet*  
*Postboks 7000 St Olavs plass*  
*0130 Oslo*  
*hans.anstad@shdir.no*

## *Om forfatteren*

*Hans Ånstad (f. 1932) er cand. med. (Oslo) 1961. Etter klinisk sykehustjeneste m.v. var han distriktslege i Hadsel 1966-70, deretter stadslege i Tromsø 1970-79. Siden har han arbeidet i Helsedirektoratet og senere i Sosialdepartementet fram til pensjonsalder i 2002. Som pensjonist arbeider han i Sosial- og helsedirektoratet.*

# Striden om kommunehelse (tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen?

*Michael 2007;4:567–90.*

*Kommunehelse(tjeneste)loven har flere formål, hvorav to ble viet spesiell plass i forarbeidet til loven: Å få til bedre samordning av primærhelsetjenesten og sosialtjenesten og å skape et mer solid lovmessige fundament for det forebyggende helsearbeidet. Disse målene ble ikke omstridt i debatten som fulgte etter lovfremlegget. Derimot kom andre spørsmål til å overskygge hovedmålene, noe som særlig gikk ut over fokuseringen på forebyggingen.*

*Striden om kommunehelse(tjeneste)loven i begynnelsen av 1980-årene angikk hovedsakelig to spørsmål:*

*Den ene dreide seg om offentlig styring av ressursbruken versus pasientenes frie legevalg og legenes frie etableringsrett og avlønningssystem. Forenklet sagt ble det en strid mellom de sosialistiske og de borgerlige partiene om graden av sosialisering: Sterk kommunal styring, offentlige ansettelse og fastlønnssystem versus en fortsatt «blandet helsetjeneste» med så vel offentlig som privat praksis. Spørsmålet om egenbetaling, om det såkalte to-pris-systemet (ulik egenbetaling for pasienter som søkte leger og fysioterapeuter med eller uten avtale med kommunene) – kort sagt om «privatisering» av helsetjenesten – utgjorde hoveddelen av striden.*

*Det andre spørsmålet dreide seg om kommunene og deres nye rolle som arbeidsgiver for helsearbeidere versus den tradisjonelle faglige og hierarkiske styringsmodellen med helsedirektør, fylkeslege og statlige distriktsleger – i rangert orden.*

*Også under Stortingets behandling av lovforslaget fikk forebyggingens plass liten oppmerksomhet. En hovedgrunn var trolig at spørsmålet var lite kontroversielt og/eller at representantene ikke ville gå inn på bruken av virkemidler, så som restriktive versus stimulerende tiltak. Dersom de hadde gjort det, hadde forebyggingens mange dilemmaer kommet tydeligere frem og klarlagt meningsforskjeller, for eksempel om hvordan grensene bør trekkes mellom samfunnets behov for kol-*

*lektive forebyggende tiltak og individets rett til å rå over eget liv og helse. Når stortingsrepresentantene gikk utenom temaet, kan det forklares med at kommunehelse(tjeneste)loven primært angikk en forvaltningsreform – en av flere som tilla kommunene ansvar for tjenesteproduksjon på en rekke områder. Ansvarsplassering, finansiering og forvaltningsspørsmål kom derfor i forgrunnen. Kanskje foretrakk representantene å debattere slike saker fremfor saker av mer faglig art. Resultatet ble at hovedmålene for reformen ikke fikk den oppmerksomhet i offentligheten som lovgiverne og faglige myndigheter hadde håpet på.*

### **1970- og 80-årene, en overgangstid**

Annen halvdel av 1970-årene markerer starten på et paradigmeskifte i styringen og forvaltningen av norsk helsepolitikk. Fra tidlig på 1970-tallet hadde skiftende regjeringer fremhevet den kommunale og fylkeskommunale handlefriheten. Samtidig ble det slått til lyd for desentralisering av flere og nye oppgaver. Fylkeskommunene var blitt tillagt ansvaret for sykehusvesenet ved innføringen av den nye sykehusloven fra 1. januar 1970, og i St.meld. nr. 85 (1970-71) ble det påpekt at «*det er nødvendig at også helsetjenesten utenfor anstalt får en lov som positivt og konstruktivt søker å regulere og systematisere denne tjeneste...*» I St.meld. nr. 9 (1974-75) signaliserte regjeringen i klare ordelag at distriktshelsetjenesten måtte bli et kommunalt ansvar (s. 108). Utover 1970-tallet ble det levert en rekke utredninger med forslag til reformer, bl. a. forslag til regulering av distriktshelsetjenesten, men også andre fremlegg om forvaltningsreformer med overføring av oppgaver til kommunene. Kommunehelse(tjeneste)lovens faglige innhold, herunder forholdet til forebyggingen, ble således i stor grad utformet i Ot. prp. nr. 36 (1980-81) som Harlem Brundtlands første regjering la fram i 1981.

Senere manifesterte flere av utredningsarbeidene seg i lovforslag fra Willoch-regjeringene (1981-86), så som kommunehelse(tjeneste)loven fra 1982, plan- og bygningsloven fra 1985 og det nye inntektssystemet for kommunene (1984). Tankegangen ble ytterligere konfirmert i Harlem Brundtlands annen regjering, klarest markert i kommuneloven av 1992 som inneholdt flere bestemmelser som angår kommunenes rettigheter og plikter, så som:

- Nedtoning av bestemmelsene om statlig tilsyn og kontroll
- Presisering av at kommunestyret skal ha det øverste tilsyns – og kontrollansvaret
- Obligatorisk ordning med kommunale kontrollutvalg, og
- Større spillerom for lokale variasjoner i administrativ og politisk organisering .

Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, gjerne kalt Juel-komiteen etter dens formann, direktør Dagfin Juel (1909-85). Hovedkomiteen la i løpet av 1970-årene frem flere delutredninger, deriblant en som omhandlet forvaltningen av distriktshelsetjenesten: NOU 1979:10; Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger. Senere samme år (1979) forelå innstillingen fra en annen utredning forfattet av Utvalget til å utrede finansierungsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling utenfor institusjon og sosialtjenesten, benevnt Nyhus-utvalget etter dets formann, overlege og daværende statssekretær Per Nyhus (1927-89). (NOU 1979: 28; Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet). Begge utredningene slo til lyd for tyngre oppgaveportefølje, større ansvar og frihet for kommunesektoren, også innenfor helse- og sosialpolitikken. Som nevnt var fylkeskommunene ti år tidligere blitt tillagt ansvaret for institusjonshelsetjenesten gjennom sykehusloven av 1969, fra 1979 finansiert gjennom en rammefinansieringsordning. Men utover det var det staten som forvaltet og førte tilsyn med helsepolitikken gjennom den sentrale helseforvaltningen, fylkeslegene og stads/distriktslegene. Overgangen til 1980-årene kom derved til å markere et relativt klart tidsskille med hensyn til rollefordelingen i helse- og sosialpolitikken, også med hensyn til ansvaret for det forebyggende helsearbeidet.

### **Evang-perioden ebber ut**

Frem til gjennomføringen av kommunehelse(tjeneste)loven hadde det sentrale helseteknokrati, anført av Helsedirektøren og Helsedirektoratet med underliggende embetsverk og tjenestemenn, vært enerådende når det gjaldt å tolke og formidle helsebudskapene som i det vesentlige hadde sitt utspring i Verdens helseorganisasjon (WHO). I denne organisasjonen spilte helsedirektørene Karl Evang (1902-81) og Torbjørn Mork (1928-92) i tur betydelige roller. Karl Evang ivret allerede som ung lege på 1920-tallet for et sterkere offentlig ansvar for helsetjenesten. Enda sterkere og mer målbevisst arbeidet han for et profesjonsstyrt helsevesen hvor leger etter hvert kom til å besette de fleste viktige kommandoposter. Fra han tiltrådte som medisinaldirektør i 1938, og spesielt etter at han fra 1945 fikk gjennomslag for at Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet og Medisinaldirektoratet ble slått sammen til et nytt helsedirektorat – med ham selv som helsedirektør – bygget han systematisk opp et hierarkisk organisert forvaltningssystem tuftet på «en enorm optimisme og nærmest ukritisk holdning og tillit til legestandens og legevitenskapens potensialer» (Schiøtz 2007). Forslagene fra politisk hold og fra utredningsutvalgene om kommunalisering av

viktige samfunnsoppgaver, spesielt innenfor helsetjenesten, markerte et brudd på hevdvunnen oppgavefordeling, og la grunnen til en tidvis intens kamp om maktfordelingen mellom stat og kommunesektor, og mellom helsefag og politikk. Endringen var en av de viktigste årsakene til den senere striden om den sentrale helseforvaltningen, herunder overføringen av viktige funksjoner fra Helsedirektoratet til en egen helseavdeling i Sosialdepartementet. (Denne interessante epoken i norsk helseforvaltning er nærmere beskrevet av blant andre Nordby 1989, Schiøtz 2000 og Skaset 2006.)

Parallelt med kommunenes økte ansvar for helsepolitikken gjennom kommunehelse(tjeneste)loven kom også andre innfallsvinkler og nye synsmåter på innhold og strategier i forebyggende arbeid. Det innebar imidlertid ikke at helsedirektøren og hans folk fikk redusert faglige innflytelse. Fortsatt utgjorde Helsedirektoratet det faglige tyngdepunktet, blant annet i kraft av rollen som formidler av helsefaglige normer. Det er snarere snakk om supplementet enn alternativer til gjeldende teser og strategier i det forebyggende helsearbeidet, et begrep som man ved innganggangen til 1980 – årene stadig oftere ser erstattet med ordet *folkehelsearbeid*. Denne siste betegnelsen innebærer vektlegging av *helsefremmende tiltak*, da gjerne av vidtfavnende, samfunnsmessig art, mens betydningen av tradisjonelle sykdomsforebyggende tiltak – oftest medisinsk-hygieniske – er tonet noe ned.

### **NOU 1979: 10 Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger og NOU 1979: 28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.**

Allerede tidlig på 1970-tallet hadde regjeringene, med Stortingets tilslutning, tilkjennegitt at distriktshelsetjenesten – som det den gang het – burde være et kommunalt ansvar. Senere ble grunnlaget for kommunaliseringen av primærhelsetjenesten som nevnte lagt i flere utredninger, hvorav de mest betydningsfulle og mest omtalte på slutten av 1970-tallet var utredningene og forslagene fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen (Juelkomiteen) (NOU 1979:10) og Nyhus-utvalget (NOU 1979:28). Men overføring av forvaltningsansvaret til kommunene møtte også motstand, blant andre fra daværende stadsfysikus i Oslo, Fredrik Mellbye (1917-???). I en høringsuttalelse gikk han sterkt i rette med forslaget om kommunalisering i det han mente at distriktshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (sykehusene) burde tilligge samme forvaltningsnivå, nemlig fylkeskommunene. Begrunnelsen var først og fremst behovet for samordning av første- og andrelinjetjenesten.

Men Mellbyes innsigelse møtte liten forståelse i regjeringen og Stortinget. Svaret på spørsmålet om ansvars plasseringen var langt på vei var gitt, blant annet fordi tidens mantra tilsa at kommunene skulle gjøres til den viktigste produsent av velferdstjenester. Det hadde derfor lite for seg å holde distriktshelsetjenesten utenfor, når de fleste andre viktige førstelinjetjenestene ble plassert innenfor kommunenes oppgaveportefølje. I tillegg kom at ideen om kommunalt ansvar var nær beslektet med – og for helse-tjenestens del sprunget ut av – LEON-prinsippet, oppfunnet av Verdens helseorganisasjon og utformet som slagord til støtte for organisering av helse- og omsorgarbeid i lokalmiljøet (LEON = *lavest effektive omsorgsnivå*).

### **Forslagene fra Juel-komiteen (NOU 1979: 10)**

I samsvar med mandatet ble organisering og finansiering av helsetjenester satt i fokus. Omtalen av forebyggende helsearbeid inntok en beskjeden plass. Forenklet sagt er forslagene fra Juel-komiteen preget av tre idealer eller hovedretningslinjer som var sentrale i den sosialpolitiske debatten i 1970 – årene: Desentralisering og deltakelse (lånegods fra den tids internasjonale mantra *decentralization and participation*), samordning (primært av sosial- og helsesektoren) og jevn geografisk fordeling av tjenester og fagfolk. Som en følge av det siste idealet, ble prinsippet om rammefinansiering lagt til grunn ved overføring av statlige midler til så godt som alle viktige kommunale gjøremål. Kommunene påtok seg oppgavene med begjærighet, og var svært tilfreds med rammefinansieringsordningen, om enn ikke med størrelsen på rammene. Juel-komiteen gikk inn for at storparten av alle oppgaver i helsetjenesten skulle tilligge kommunesektoren ved fylkeskommunene (spesialisthelsetjenesten) og kommunene (distrikts- eller primærhelsetjenesten, senere kalt kommunehelsetjenesten). Kontroll og tilsyn skulle fortsatt være statlige oppgaver. Statlige myndigheter skulle etter komiteens syn «føre tilsyn og overvåke befolkningenes helsetilstand og ha tilstrekkelig styring til å sikre en tilfredsstillende helsepleie over alt i landet» (NOU 1979:10, s. 11). Her ønsket komiteen med andre ord å trekke et skille mellom utøvelse og kontroll, et prinsipp som for så vidt ikke var nytt, men som senere er blitt tillagt stor betydning og har blant annet gitt seg utslag i etableringen av en rekke statlige tilsyn som opererer uavhengig av om tjenesteyteren er statlig, fylkeskommunal, kommunal eller privat. Juel-komiteens flertall ønsker derfor at det statlige «offentlige helsevesen» med sin veletablerte stads- og distriktslegeordning skulle bibeholdes slik at man på lokalplanet fortsatt kunne opprettholde det statlige tilsynet. Pliktene og arbeidsoppgavene, som i stor grad var av sykdomsforbyggende karakter, var

nedfelt i instruks fra 1913 og omhandlet tilsynsoppgaver blant annet med vaksinasjon, med de epidemiske og smittsomme syke i byen, og med jordmødrenes virksomhet. I tillegg kom pliktene som skolelege, rettsmedisinsk sakkyndig og rollen som rapportør til fylkeslegene og Helsedirektøren om helsetilstanden i kommunene, særlig ved eventuelt utbrudd av farlig epidemisk sykdom. (s. 15-16). I innstillingen fra Juel-komiteen nevnes det summarisk at det forebyggende helsearbeidet skal bygge på et samarbeid mellom stat og kommune, uten at det i detalj redegjøres for hvordan arbeids- og ansvarsfordelingen mellom de statlige legene og de kommunale var tenkt innenfor forebyggende helsearbeid (s. 17). Imidlertid fremgår det klart av innstillingen at viktige institusjoner som helsesøstertjenesten, jordmortjenesten utenfor institusjon (jordmortjenesten i institusjon ble forutsatt lagt til fylkeskommunene), helsestasjonsvirksomheten, skolehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, helserådstjenesten og fysioterapi- og ergoterapitjenesten utenfor institusjon, alle skulle inngå i distriktshelsetjenesten og dermed være kommunale ansvarsområder (s. 37).

### **Nyhus-utvalget (NOU 1969: 28) «kom senere hen til andre resultater»**

Nyhus- utvalgets flertall ønsket derimot ikke å opprettholde ordningen med statlige distriktsleger. Det ble klart da utvalget la frem sin innstilling noen måneder etter at Juel-komiteen hadde sagt sitt. Utvalgets flertall mente at alle lege- og fysioterapitjenester burde inngå i distriktshelsetjenesten, og at utøverne således skulle være kommunale tjenestemenn. Det innebar nedleggelse av den statlige stads- og distriktslegeordningen. Kommunene skulle etter forslaget få «*et samlet ansvar for det kurative arbeid, for det forebyggende arbeid, for å bygge opp en vaktjeneste som kan fungere hele døgnet, og for hvordan tjenestene bør lokaliseres geografisk (f.eks. i helse- og sosialsentra)*» (s.8-9). Utvalget mente å kunne påvise at helse- og sosialtjenestene var dårlig samordnet, at de var utformet uavhengig av hverandre, og at de sprikte i mål, organisasjon og arbeidsmetode. Det var derfor behov for en samlet kommunal plan for tjenestene. Privat drevet allmennlegetjeneste og fysioterapitjeneste måtte innpasses i kommunens planer og tjenesteportefølje, likevel slik at «*alle nåværende almenleger og fysioterapeuter i privat praksis må ha adgang til å fortsette med dette*» (s. 15). Nyhus-utvalget la stor vekt på at en offentlig instans, kommunene, skulle ha ansvaret for å skaffe befolkningen tilbud når det gjaldt så vel allmennlegetjenester som fysioterapitjenester.

Det idémessige grunnlag for mye av helsedebatten i 1970-årene (desentralisering, deltakelse (større folkelig og folkevalgt innflytelse), samordning



og geografisk jevnfordeling eller utjamning) var viktige retningslinjer for Nyhus-utvalgets arbeid. I tillegg kom prinsippet om helhet («*alle deler av helse- og sosialtjenesten kan bygges ut og drives i en sammenheng*»(s.5). Sagt med andre ord: Et samlet førstelinjeansvar (s.60), forenkling, effektivitet, sikring av nødvendig ressurstilgang med styrking av distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten, og endelig: et hensiktsmessig styringssystem.

På det aller siste møtet i Nyhus-utvalget var Nyhus selv opptatt av å fremheve at utredningen drøftet så vel en kommunal som en alternativ fylkeskommunal modell for ansvars plassering. Dette er hovedgrunnen til at utvalget tok ordet «lokalsamfunnet» inn i tittelen på utredningen.

### **Troen på planlegging**

Utredningen fra Nyhus-utvalget preges av troen på planlegging kombinert med rammestyring. Tre år før innstillingen forelå, hadde Stortinget vedtatt midlertidig lov om plan- og forsøkslov som blant annet inneholdt bestemmelser om at kommunene skal utarbeide, og kommestyret vedta planer for helsetjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten. Loven forutsatte at planarbeid skulle skje parallelt i kommunene og fylkeskommunene, med størst mulig samordning av planarbeidet i de to forvaltningsleddene (s.94). Både kommunenes og fylkeskommunenes rammeplaner skulle godkjennes av departementet, som skulle kunne gjøre endringer i dem. Samtidig skulle planene tilpasses kommunenes generalplan og fylkeskommunenes fylkesplan etter daværende bygningslov. Utvalgets flertall mente at denne linjen burde føres videre i den kommende lovgivningen om distrikts- eller kommunehelsetjenesten. Ett medlem (Heltne) mente at planleggingsbestemmelsene for kommunenes del heller burde legges direkte inn i den/de nye loven(e), og at fylkeskommunene ikke burde involveres i kommunenes planarbeid (s. 94-96). Dette siste synspunktet hadde formodentlig sammenheng med det generelle prinsipp om at fylkeskommunene ikke skulle ikles rollen som «overkommuner».

### **Rammestyring og «objektive kriterier»**

Når det gjaldt finansieringen av helse- og sosialtjenestene, la Nyhus-utvalget til grunn at den i hovedsak skulle skje gjennom rammetilskudd bygget på «objektive kriterier» for behov: Befolkningsstørrelse og sammensetning, antall uføre, enslige forsørgere og dødelighet. Forslaget var i tråd med det generelle finansieringssystemet som Hovedkomiteen noen år tidligere hadde foreslått, og som Regjeringen hadde fått Stortingets tilslutning til under behandlingen av St.meld. nr. 31 (1974-75): Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen (s.93). Nyhus-utvalget var inne på tan-

ken om at rammetilskuddsordningen – med liten grad av øremerking – kunne føre til at pengene gikk annet steds enn de var tiltenkt, men satte sin lit til at dette måtte planleggingssystemet kunne holde styr på (s.93). Utvalget sluttet seg dermed til Hovedkomiteens syn om at rammetilskuddene helst ikke skal øremerkes, spesielt ikke *innenfor* oppgavefeltet: «... i minst mulig grad bør (rammetilskuddet) øremerkes til deler av hhv. helse- og sosialtjenesten i kommunene» (s.93). I ettertid kan man undre om dette har ført til forfordeling av det forebyggende arbeidet. Da forslaget til kommunehelse(tjeneste)lov senere ble lagt frem for Stortinget reagerte helsedirektør Torbjørn Mork blant annet på at de kurative tjenestene skulle delfinansieres av staten, mens det forebyggende arbeidet skulle finansieres i sin helhet over kommunekassen.

Nyhus-utvalgets betoning av kommunal *planlegging* av helse- og sosialarbeidet, i kombinasjon med *rammefinansiering*, innebar at Helsedirektørens innflytelse på forvaltningen av den lokale helsetjenesten ville bli klart svekket når kommunene fikk hånd både om pengene og planleggingsansvaret. For det andre markerte forslagene fra utvalget starten på et nytt og annerledes betalingssystem der automatikken knyttet til *forbruket* av tjenester ikke lenger skulle være den viktigste faktor for utløsning av statlige midler. Heretter skulle det være det antatt «*objektive behovet*», basert på statistiske estimater, som skulle legges til grunn ved fordelingen av midlene utover landet.

Det *måtte* det bli bråk av, ikke minst fordi fordelingen av helsepersonell var ekstremt geografisk skjevfordelt og fordi legetettheten var den viktigste enkeltfaktor når det gjaldt forbruket av helsekroner i form av trygde- og refusjoner. Forenklet sagt kom forslaget til å utløse en latent maktkamp mellom de som betraktet legeyrket primært som et liberalt yrke med stykkprisfinansiering som betalingsform og insitament, og de som så på legetjenesten som et offentlig anliggende med lønns- og arbeidsvilkår regulert etter vanlige offentlige regler. Maren Skaset gir i sitt doktorgradsarbeid en interessant redegjørelse for Legeforeningens behandling av saken og de ulike synspunkter som fremkom (Skaset 2006, s.251-255).

### **Ot.prp. nr. 36 (1980-81) og Ot.prp. nr. 66 (1981-82)**

Den 6. mars 1981 la Harlem Brundtlands første regjering frem Odelstingsproposisjon nr. 36 (1980-81): Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Proposisjonen bygget i hovedsak på prinsippene som ble nedfelt av Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen (Juel-komiteen), senere bearbeidet og utformet i større detalj av Nyhus-utvalget. Innholdet var først og fremst forslag til lov om helsetjenesten i kommunen.

(Regjeringen erstattet her den tidligere betegnelsen *distriktshelsetjeneste* med *kommunehelsetjeneste*, trolig som et ledd i den tidstypiske kommunaliseringstrenden.) Dessuten inneholdt proposisjonen forslag til lov om planlegging og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene samt forslag til endringer av sosialomsorgsloven. Enkelte punkter i proposisjonen fikk god mottakelse, andre ikke. Det kommunale ansvaret og styringsretten ble i liten grad bestridt, selv om mange syntes det var galt eller sårt at ordningen med statlige stads- og distriktsleger skulle opphøre. Begrunnelsen for at også disse legene burde bli kommunale tjenestemenn var «at det vil bryte sterkt med vanlige administrative prinsipper dersom en statlig tjenestemann blir leder for en kommunal etat og dermed ansvarlig for å forberede saker for kommunale politiske organer» (s.10). Kommunene og fylkeskommunene var i hovedsak fornøyd med å få en ordning som innebar et, etter deres mening, styrket kommunalt selvstyre innenfor gitte økonomiske rammer. Fra legehøld ble det imidlertid hevdet at lovforslaget truet det frie legevalget og privat praksis som ervervsform. Opposisjonen på Stortinget mente at forslaget ville gjøre det vanskelig eller umulig å søke legehjelp utenfor egen hjemkommune og at det i realiteten ville innebære henimot «yrkesforbud» for leger uten avtale med en kommune fordi de ville miste retten til å praktisere på trygdens regning, belaste trygden med sykemeldinger, skrive ut «blåresepter» og henvisninger. Mange hevdet at loven ville bety brudd med prinsippet om en «blandet helse-tjeneste», dvs. en helsetjeneste med både privat og offentlig engasjement, og at man i stedet ville få en «sosialisert» helsetjeneste. Siden Stortinget var sterkt splittet i synet på lovforslaget, og tiden frem til sommerferien var kort og Stortingets siste sesjon ebbet ut, vedtok Odelstinget 2. juni 1981 at proposisjonen ikke skulle behandles av det avtroppende odelsting.

Legeforeningen hadde reagert voldsomt på forslagene fra Harlem Brundtland-regjeringen. Forklaringen var at Nyhus-utvalget hadde lansert et forslag vedrørende det «uløselige» problemet å innpasse privat praksis i en ordning som samtidig innebar kommunal styring, som Legeforeningen godtok. Denne ordningen er beskrevet slik i Ot. prp. nr. 36, side 100:

*«Privatpraktiserende får refusjon etter normaltariffen fra trygdekontoret. Kommunen refunderer trygden, ikke etter faktisk utbetaling i kommunen, men etter antall årsverk som utføres av privatpraktiserende i kommunen. Betaling pr. årsverk settes lik gjennomsnittlig utbetaling pr. legeårsverk landet sett under ett»*

Departementet, som på det tidspunkt var ledet av statsråd Arne Nilsen fra Ap, mente imidlertid at dette var en form for indirekte overføring som ikke var helt i samsvar med rammefinansieringssystemet. Alternativet ble

derfor forkastet til fordel for en ordning der kommunen betalte de faktiske utgiftene direkte til legen. Det var denne direkte oppgjørsordningen Legeforeningen ikke kunne godta, og resultatet ble en voldsom reaksjon med demonstrasjonstog og mobilisering av media: «La ikke sosialistene ta fra deg legen din!» Det er ikke usannsynlig at mange også i Arbeiderpartiet ble betenkt over alt oppstyret, slik at Stortinget utsatte behandlingen av Ot. prp. 36.

I ettertid kan man lure på om loven kanskje hadde blitt vedtatt våren 1981 dersom departementet hadde fulgt opplegget til Nyhus-utvalget fullt ut. Opposisjonen ville kanskje ikke ha reagert slik som den gjorde dersom Legeforeningen hadde godtatt forslaget. Dette illustrerer foreningens sterke maktposisjon.

### «Spillet om kommunehelsetjenesten» – politisk strid

Striden om kommunehelsetjenesten ble en viktig del av valgkampen foran stortingsvalget i 1981. Det endte med borgelig valgseier, og Kåre Willoch dannet den første rene Høyre-regjering på over 50 år. (KrF og SP ønsket på det tidspunkt ikke å delta i regjeringssamarbeid på grunn av den daværende akutte striden om «fri abort».) En av de første oppgavene den nye regjeringen tok fatt på, var å revidere lovutkastet som var fremmet i St.prp. nr 36(1980-81), og erstatte det med lovregler som var mer i samsvar med synet til det nye Stortinget. Det skulle imidlertid vise seg langt vanskeligere enn først antatt, fordi det nye stortingsflertallet var mer samlet i motstanden mot det gamle forslaget, enn det var i spørsmålet om hva som skulle komme i stedet.

Legeforeningen var hele tiden en ivrig aktør som etter beste evne søkte å påvirke utformingen av loven gjennom lobbyvirksomhet i det politiske miljøet. Et viktig mål for foreningen var å ivareta profesjonenes interesser innenfor den nye kommunehelsetjenesten gjennom å bevare en egen finansieringsordning for legetjenester for å hindre andre fra å kunne bestemme over *«hvor, når og hvordan når det gjaldt (utøvelsen av) legetjenesten»* (Ånstad, foredrag 2007). I Ot.prp. nr.36 hadde Brundtlandregjeringen foreslått at bare de privatpraktiserende legene som fikk avtale med kommunen skulle ha rett til å praktisere på trygdens regning, og at denne refusjonen skulle synliggjøres og belastes kommunens budsjett. Forslaget var primært begrunnet med hensynet til behovet for økonomisk styring. Statlige myndigheter kunne ikke sitte med hendene i fanget og se på at hundretalls millioner av trygdekroner ble geografisk fordelt i forhold til hvor legene ønsket å etablere praksis. Både penger og behandlingstilbud måtte fordeles på en måte som tilgodeså alle befolkningsgrupper og geografiske

områder på en rimelig måte. I prinsippet hadde det synet mye for seg. Det hadde full tilslutning i så vel Finansdepartementet som Kommunaldepartementet, innledningsvis også i den nye politiske ledelsen i begge departementene. Men det var også klare ulemper knyttet til en omlegging som blant annet innebar brudd på den historiske tradisjonen med en «blandet helsetjeneste» basert på samspill mellom offentlig og privat engasjement.

For å avklare synspunktene innenfor Høyre, inviterte sosialministeren (Leif Arne Heløe, LAH) representanter fra partiets ledelse sammen med sosialfraksjonen i Stortinget til et seminar på Reistad 2. og 3. januar 1982. Fra departementet deltok dessuten statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg og to medarbeidere fra embetsverket, Hans Ånstad og Jon-Olav Aspås. De to sistnevnte redegjorde for mulige løsninger på problemet med betalingsordningene, og oppsummerte med å anbefale en modell svært lik den Ap-regjeringen hadde foreslått. Etter redegjørelsen ble det en trykkende pause, hvoretter Jo Benkow, partiformann og parlamentarisk leder, konkluderte: «Det der får du aldri til, Ibo» (Ibo var et navn venner brukte på Heløe).

Dermed var det klart at noe som liknet Aps modell med full styring av økonomien gjennom rammetilskudd og kommunale avtaler var ute av bildet. På den annen side var det utenkelig at en regjering ledet av Kåre Willoch, som selv stod som garantist for moderasjon og økonomisk forsiktighet, skulle tillate bibehold av den gamle ordningen med en tilnærmet ukontrollerbar vekst og fordeling av trygdebudsjettet – og det uten at offentlige myndigheter fikk oversikt over hvilke helsemessige gevinster som kom ut av pengebruken. Dertil kom den geografiske skjevfordelingen av ressursene: Distrikter med mange leger og fysioterapeuter hadde et vesentlig større forbruk av trygdemidler enn distrikter som var dårlig bemannet. Det var ingenlunde samsvar mellom pengebruken, på den ene siden, og sykkeligheten og andre indikatorer på behov, på den annen. Misforholdet er forøvrig fortsatt til stede, om enn i mindre grad.

Det måtte finnes en løsning mellom ytterpunktene, det vil si en løsning som tilgodeså behovet for økonomisk styring samtidig som den tillot privat praksis som ervervsform og pasientens frie legevalg. Tallrike samtaler ble ført med Høyres sosialfraksjon i Stortinget, til tider også med hele den borgerlige storfraksjonen, som regjeringen var avhengig av støtte fra. Meningene var til å begynne med delte, nesten like mange meninger som det var borgerlige medlemmer av stortingskomiteen. Noen representanter for mellompartiene hadde sympatier for deler av Arbeiderpartiets modell for økonomisk styring, en modell som også Kommunenes Sentralforbund (KS) gikk inn for, naturlig nok. Men samtidig innså disse representantene at innføring av modellen ville innebære brudd med den tradisjonelle «blan-

dingsmodellen» med så vel privat som offentlig engasjement, blant annet i form av initiativ, innflytelse og penger fra religiøse og humanitære organisasjoner.

Dette var ikke lett. Sosialministeren (LAH) og prosjektlederen for lovutkastet (HÅ) vandret lange kveldsturer og diskuterte kombinasjonsløsninger og mulige strategier for å samle tilstrekkelig oppslutning om det vesentligste: En modell som overførte ansvaret og styringen av en integrert helse- og sosialtjeneste til kommunene. Vi var inne på mange mulige og umulige modeller, men den endelige kom ikke på plass før statsministeren selv engasjerte seg for fullt. Det var Willoch som i det vesentlige fant på løsningen med å tredele inntektene til legene og fysioterapeutene i en avtale-del i form av fast lønn, en trygdedel (refusjonsdel) og en egenandel. Utkastet til denne løsningen lanserte han i et møte på sitt kontor med rådgiver Tor Borgenvik og LAH. Borgenvik bidro med å foreslå innført et såkalt fastlønnstilskott for de kommunene som ønsket å satse på fastlønnete allmennleger og fysioterapeuter. Dette gav kommunene, for så vidt også legene, større valgfrihet når det gjaldt avlønningsform, og ble derfor et verdifullt bidrag til å løse lovforslaget gjennom.

Noen år senere, i Gudmund Hernes' tid som helseminister, ble imidlertid fastlønnstilskuddet fjernet i forbindelse med fastlegereformen. I ettertid kan vi se at det var uheldig, ikke minst for forebyggende arbeid. Sosial- og helsedirektoratet ønsker nå å utrede og eventuelt gjeninnføre ordningen fordi den erfaringsmessig hadde stor betydning for legetjenestens bidrag i forebyggende arbeid. (Rapport 2007 fra Sosial- og helsedirektoratet, s. 114 og 127). Forøvrig har fysioterapeutene hele tiden beholdt fastlønnstilskuddsordningen. I de senere år er den overveiende del av fysioterapitjenesten i skole- og helsestasjonsarbeidet utført av fastlønnede fysioterapeuter.

Med tredelingen av inntektskildene, supplert med forslaget til fastlønnstilskott, var arbeidet med å finne en akseptabel løsning kommet et godt skritt videre. Likevel ble mottakelsen så ymse. Den borgerlige fraksjonen i Stortingets sosialkomité sluttet imidlertid etter en tid opp om modellen, blant annet takket være diplomatiske ferdigheter og helhjertet innsats fra Høyres sosialpolitiske hovedtalsmann Christian Erlandsen. Misnøyen var nå likelig fordelt mellom dem som ville ha løsningen mer høyredreid, og dem som ville ha den mer venstrevridd.

Den 16.april 1982 la regjeringen Willoch frem Ot.prp.nr.66 (1981-82) som hadde samme tittel som sin forgjenger: Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Det som skilte denne proposisjonen fra forgjengeren, var hovedsakelig finansieringsordningene og omtalen av hvordan den pri-

vate lege- og fysioterapitjenesten kunne innpasses i den kommunale planleggingen. De fleste av de øvrige forslagene fra Ot.prp. nr 36 ble beholdt ved at teksten i den nye proposisjonen i stor grad henviste til fremstillingen i den gamle. Proposisjonen holdt fast ved at ordningen med statlige stads- og distriktslegene skulle opphøre, og stillingene overføres til kommunene.

Mange av de gamle embets- og statstjenestemenn i helsetjenesten tok det tungt. Helsedirektør Torbjørn Mork og stadsfysikus Fredrik Mellbye oppsøkte meg (LAH) på kontoret i 12. time og bad meg omgjøre forslaget om kommunalisering av distriktslegene fordi «kommunehelseloven vil utradere den flere hundre år gamle tradisjonen med statlige distriktsleger, som tillike også var embetsmenn», som Mellbye sa det. Jeg uttrykte sympati for tanken, men slik saken sto, var det lite å gjøre. Vi skiltes i vemod og fordragelighet.

Striden i de politiske miljøene, og enda mer i yrkesorganisasjonene, skiftet etter hvert fra prinsippene og de store linjene til detaljene. Eksempler på det var et uttall brev og avisinnlegg som stilte spørsmål om hvilke leger og fysioterapeuter som skulle være berettiget til driftstilskudd. Hva med dem som etablerte praksis etter 1. juli 1983, skulle de kunne etablere seg fritt uten driftstilskudd, men kompensere manglende driftstilskudd med høyere egenandel? Dette utløste to parallelt løpende debatter: En om det eventuelt forkastelige i å kreve egenbetaling, særlig av barn, gamle og kronisk syke. Den andre om det såkalte to-pris-systemet (forskjellig egenbetaling hos leger og fysioterapeuter med eller uten avtale om driftstilskudd med kommunen). Og da et internt notat fra forbrukerminister Astrid Gjertsen om «privatisering» lekket ut til pressen, smeltet temaene sammen og munnet ut i spørsmålet: Er regjeringen i ferd med å bygge ned velferdsstaten og overlate store deler av styringen til markedet? Opposisjonen var på offensiven.

## Forebyggende helsearbeid

Det forebyggende helsearbeidet var derimot ikke stridstema mellom de politiske fløyene. Omtalen var likelydende i proposisjonene, og var viet fremtredende plass i lovt tekst og utdypingstekst, vesentlig sterkere poengtert enn i de to utredningene som er nevnt ovenfor og som utgjorde forarbeidet til kommunehelse(tjeneste)loven. Lovens § 1-2, som omhandler helsetjenestens formål, har en klar og utvetydig formulering.

*«Kommunene skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade og lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen».*

I listen over kommunehelsetjenestens oppgaver, omtalt i §1-3, er forebygging nevnt først og således gitt forrang:

*«Fremme av helse og forebygging av sykdom, skade og lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som*

*a. helsesrådstjeneste*

*b. helsestasjonsvirksomhet*

*c. helsetjenester i skoler*

*d. opplysningsvirksomhet».*

Deretter følger oppstillingen av de andre oppgavene: Diagnose og behandling av sykdom, skade og lyte, medisinsk attføring, pleie og omsorg.

Det er i denne sammenheng spesiell grunn til å nevne den rollen som en enkelt person spilte når det gjaldt omtalen av forebyggingen, nemlig tidligere høyesterettsdommer Trygve Leivestad (1907-94). Etter at han var blitt pensjonist, hadde han påtatt seg flere oppdrag for Sosialdepartementet, herunder arbeidet med å utforme forslag til lovteksten i kommunehelse(tjeneste)loven. Leivestad hadde stor tro på nødvendigheten av forebygging, og kanskje spesielt på betydningen av kroppslig aktivitet og idrett. I sine første utkast til lovtekst hadde han gitt slike tiltak en så fremtredende plass at flere i forvaltningen syntes det ble vel meget av det gode. Den spesielle omtalen av aktivitetene, herunder de kroppslige, ble derfor tonet ned, men den prioriterte plass på listen over kommunehelsetjenestens formål ble beholdt. Leivestads innsats og engasjement bidro sterkt til at forbyggende helsearbeid fikk en så fremtredende plass i lovverket som det fikk. Leivestad innførte forøvrig betegnelsen «helsehjelp», et nyord som nå er i bruk i et hvert dokument som omhandler helsetjenesten.

Forebygging som første post i oppgaveporteføljen ble fulgt opp ved at tiltakene skulle finansieres på samme måte og på samme vilkår som kurative tiltak (s.8 i proposisjonen). Det var en alminnelig oppfatning at alle viktige forebyggende oppgaver burde videreføres fra sunnhetsloven – «den forebyggende grunnlov», som fikk sin første utforming allerede i 1860 – ellers ville de kunne bli forsømt i forhold til de kurative arbeidsoppgavene.

Forrangen som forebyggelsen fikk kan oppfattes som brudd med et annet prinsipp som kommunehelse(tjeneste)loven bygget på – som en del av arven fra Hovedkomiteen – nemlig kommunenes rett til fritt å prioritere og organisere innenfor gitte rammer («den som har skoen på, vet hvor den trykker»). Hovedkomiteen hadde stått sterkt på at det kommunale ansvaret hang nøye sammen med denne disposisjonsretten, bygget på nærhet mellom beslutningstaker og utøver, og samordning av tiltakene. Når kommunesektoren, ved Kommunenes Sentralforbund (KS), likevel ikke tok nevneverdig til motmæle mot denne delen av lovforslaget, hang det trolig



sammen med at loven i stort var en seier for prinsippet om kommunen som all round-forvaltningsorgan. Primærhelsetjenesten ville nå bli underlagt lokal folkevalgt styring, i stor grad frigjort fra det tradisjonelle, sentralstyrte helseteknokrati som var bygget opp under ledelse av Karl Evang. Kommunesektoren hadde fått gjennomslag for sitt ønske om å være et forvaltningsledd med «generaliststatus» gjennom sine mangeartede gjøremål som krevde samordning. «---god helse og gode sosiale miljøer avhenger ikke alene av en godt utbygget helse- og sosialtjeneste, men også av at forholdene på andre felter i lokalsamfunnet er innrettet mot det samme mål», stod det i Ot.prp. nr 36 (s. 8).

Men proposisjonen inneholdt også reservasjoner med hensyn til hvor langt den kommunale friheten rekker når det gjelder utformingen av helse-tjenesten. Ovenfor er nevnt pålegget om forebyggende arbeid og hvilke institusjoner som skulle inngå i det. I tillegg slo proposisjonen fast at desentraliseringen av ansvar og beslutningsmyndighet *«kan ikke gå så langt at den bryter med ønsket om likhet mellom geografiske områder og sosiale grupper»*(s.13). Denne reservasjonen kan leses som: Kommunal frihet, ja vel. Men bare innenfor enhetsstatens rammer. Prinsippet om lokal selvråderett kan ikke gjennomføres på bekostning av allmenne likhetsidealer og prinsippene om solidaritet mellom folkegrupper og landsdeler. Her må det imidlertid tilføyes at disse hensynene også ble søkt ivaretatt gjennom de «objektive kriteriene» som var ment å sikre rettferdig fordeling av rammetilskuddsmidlene mellom kommunene.

### **Bare sterk i ord?**

Forslaget til lov om kommunehelsetjeneste slik det fremstår både i Ot.prp. nr. 36 (1980-81) og i Ot.prp. nr 66 (1981-82) kan kritiseres for at omtalen av det forebyggende arbeidet er gitt i generelle vendinger uten detaljer med hensyn til faglig innhold. Spesielt er sammendraget, slik det fremstår i Ot.prp. nr 36, innholdsmessig magert med hensyn til forebyggelse, mens økonomiske forhold, planlegging, styring og innpassing av privatpraksis i tjenestetilbudene er gitt bredere plass.

Likevel kan det hevdes at forebyggende helsearbeid var en fanesak for begge regjeringene (Gro Harlem Brundtlands første regjering og Kåre Willochs første regjering) fordi lovteksten gjorde forebyggende helsearbeid til et prioritert område gjennom formålsparagrafen og fordi arbeidsfeltet fikk en fremtredende plassering på listen over kommunehelsetjenestens arbeidsoppgaver. Utformingen av loven var klart ideelt motivert, både i departementale og faglige miljøer hvor proposisjonene var utformet, og i politiske kretser hvor «forebygging er bedre enn behandling» var et utbredt,

om enn troskyldig mantra. Det lå også klare strategiske vurderinger bak den sterke formålsformuleringen som kunne være god å henvise til senere når kraftfulle virkemidler eventuelt skulle introduseres i forebyggingen.

Likeså må det anføres at detaljert beskrivelse av faglig innhold i tjenestene, hva enten de er av forbyggende eller kurativ art, ikke hører naturlig hjemme i lovteksten, men skal inngå i forskrifter, rundskriv mv. som utdyper loven. Proposisjoner er rettet til Stortinget som skal ta stilling til prinsippene og velger mellom ulike, gjerne omstridte politiske alternativer. Departement og fagmyndighet utformer detaljene, herunder det faglig innholdet i tjenestene. på grunnlag av den vedtatte lovteksten, eventuelt også av stortingskomiteens merknader.

Utformingen av finansieringsystem og bruk av økonomiske insentiver vil kunne påvirke valget av behandlingsform og balanseforholdet mellom kurativ og forebyggende behandling. En anekdote kan illustrere forholdet: Som tidligere nevnt ønsket helsedirektør Torbjørn Mork et sterkt statlig grep om primærhelsetjenesten, styrt av statlige stads- og distriktsleger. Under et såkalt fredagsmøte i Helsedirektoratet omtalte han Ot.prp. nr. 36, og spesielt forslaget om å kommunalisere legetjenesten, som «en ulykke». På et senere møte ble han konfrontert med Willoch-regjeringens forslag i Ot.prp. nr 66 om å delfinansiere kurative tjenester etter stykkpris, mens forebyggingen utelukkende skulle betales via kommunenes rammetilskudd. «En katastrofe», spådde Mork.

Så galt gikk det heldigvis ikke. Kommunene og de kommunalt ansatte legene var sitt ansvar mer bevisst enn helsedirektøren fryktet. Men kanskje ville forebyggingen ha fått enda bedre kår under et statlig regime? Hvem vet? Men Morks «top-down» strategi for å fremme forebyggingen – gjennom statlige distriktsleger basert på en gjennomgående fastlønnsordning – var ikke politisk salgbar, kanskje heller ikke praktisk gangbar ut fra vår politiske tradisjon med «en blandet helsetjeneste». Kommunehelsetjenesten ble til i kompromissets ånd, som så mange andre institusjoner under den nordiske velferdsmodellen.

### **Et nytt syn på forebyggende helsearbeid?**

Lovforarbeidet til kommunehelse(tjeneste)loven varslet et bredere, til dels også nytt syn på forebyggende helsearbeid i forhold til det tradisjonelle som hadde det vesentlige av sitt idémessige grunnlag i sunnhetsloven fra 1860 med senere bearbeidelser og utlegninger. I forarbeidet til kommunehelse(tjeneste)loven påpekes blant annet to forhold som lenge hadde vært allmenn kunnskap langt ut over sosialmedisinernes rekker, men ikke gitt seg nevneverdig utslag i regelverk og praktisk politikk. Det ene var at helse-

tilstanden påvirkes av en rekke miljø- og samfunnsfaktorer, hvorav helse-tjenesten bare kan influere på en mindre del (Ot.prp. nr. 36, s.59).

Det andre var at betalingssystem og organisasjonsmåte virker avgjørende inn på vektleggingen av det forebyggende arbeidet i forhold til det kurative. Siden en av lovens viktigste hensikter var å øke og effektivisere det forebyggende arbeidet, kunne dette best gjøres ved at begge (det forebyggende og det kurative) ble tillagt samme instans, nemlig kommunene. Et tredje prinsipp, som heller ikke var nytt, men som nå fikk en fremtredende plass i omtalen, var at arbeidet ikke ensidig skulle bestå i å forebygge sykdom, men like viktig var å fremme helsetilstanden, «f.eks. ved forskjellige former for helseopplysning, motivering av befolkningen i retning å ta vare på egen helse osv.» (s.60).

### **Territoriell versus funksjonell samordning**

Som nevnt bygget kommunehelse(tjeneste)loven på tankene som Hovedkomiteen hadde gjort seg om desentralisering av en rekke oppgaver til et folkevalgt organ med ansvar for et avgrenset territorium, dvs. en kommune eller fylkeskommune. Forslaget innebar dermed desentraliseringen etter det såkalte *territorielle prinsipp*. Staten har på tilsvarende vis valgt å organisere noe av sin regionale virksomhet etter samme prinsipp ved at enkelte statlige fagetater er samlet under fylkesmannsembetet (tilsyn av flere slag, beredskapspolitikk, miljøforvaltning, landbruksforvaltning, klagesaksbehandling mv.). De øvrige ca. 35 regionale statsetater, så som toll- og politietatene, NAV, skatteetaten, fiskerietaten, kystverket m.fl. er organisert etter det *funksjonelle* eller *sektorielle prinsipp* der hensynet til fagene og deres egenart er tillagt større vekt enn samordningen av offentlige tjenester innenfor samme geografiske enhet (fylke eller kommune). Kommunehelse-tjenesten kan derfor tjene som eksempel på en tjenestegren som er overført fra i hovedsak å være organisert etter det funksjonelle prinsipp, styrt gjennom et hierarkisk ordnet system: stads/distriktslege – fylkeslege – helsedirektør, til å bli et territorielt styrt system, samordnet med andre kommunale tjenestegrener. Det faglig tilsynet med virksomheten er imidlertid statlig og i dag organisert gjennom Statens helsetilsyn, i praksis hovedsakelig delegert til fylkeslegen som er etatens regionale representant.

Kommunehelse(tjeneste)loven medførte at helsetjenesten ble mindre legestyrt og mer folkestyrt enn den hadde vært. Dette maktskiftet er en viktig del av bakgrunnen for striden som pågikk om loven, og der legene var viktige aktører.

## Sosialkomiteens syn på saken

Den 28. oktober 1982 forelå innstillingen fra Stortingets sosialkomité. Den klargjorde og utdypet de politiske skillelinjene mellom partiene om sentrale sider ved loven, men fikk også frem den brede enigheten som rådde blant annet om formålet og nødvendigheten av reformen. Frps representant, Fr. Fr. Gundersen, sluttet seg til lovens generelle formål, men gikk likevel mot hele loven i det han mente at «--- loven ikke er et egnet middel til realisere den målsetting som er satt opp.». (Innstilling fra sosialkomiteen s. 20). Enigheten mellom de øvrige medlemmene kom klarest til uttrykk i omtalen av det forebyggende arbeidet: «*Flertallet vil understreke betydningen av helseopplysning og forebyggende helsearbeid. Livsvilkårene i nærmiljøene, generell opplysning om sammenhengen mellom livsstil og sykdom må prioriteres*»(s. 7). «*En omstrukturering av helsetjenesten til fordel for distrikthelsetjenesten slik dette lovverket har som oppgave, innebærer en sterk satsing på det totale forebyggende helsearbeidet, herunder opplysningsvirksomhet. Slik kan den enkelte i høyere grad enn tidligere bli i stand til å ta vare på egen helse*»(s.10). Det samme flertallet pekte videre på at folkehelsen i høy grad er avhengig av andre politiske avgjørelser som får følger for sosiale kår. Likeså nevntes at arbeidsledighet, høye boutgifter og levekostnader vil skape sosiale problemer for mange: «*En enhetlig helse- og sosialtjeneste i lokalsamfunnet vil være et vesentlig bidrag i dette arbeidet*».

Den viktigste skillelinjen mellom representantene for det borgerlige flertallet (Høyres, KrFs og Sps representanter) og Aps representanter i komiteen gikk på avlønningssystemet og innpassingen av privat lege- og fysioterapitjeneste i den kommunale helsetjenesten. Det borgerlige flertallet ønsket, på samme måte som regjeringen, innpassing av privat praksis gjennom driftstilskudd (40 %) og stykkprisrefusjon fra trygden (25 %), i tillegg til egenandel (35 %). Også leger og fysioterapeuter uten avtale, samt «fritidspraktiserende» sykehusleger, skulle kunne arbeide utenom den kommunale helseplanen, men likevel ha rett til trygderefusjon. Kommuner som ønsket det, skulle kunne innføre fastlønnsordning.

Aps representanter ønsket faste ansettelser og innpassing av de privatpraktiserende i kommunens helseplan. Derved ville kommunen få bedre styringsmulighet og valg av betalingssystem: fastlønnsordning og/eller stykkprisbetaling.

*Hjemmesykepleiens plassering*, enten innenfor helsetjenesten eller sosialtjenesten, eventuelt valgfrihet for kommunen med hensyn til plassering, var et annet omstridt tema. De borgerlige representantene, unntatt O. Holøs fra KrF, ønsket sykepleiefaglig ledelse og tilknytning til helsetjenesten for å skape «en sammenhengende tiltakskjede», mens Aps represen-

tanter og Holøs gikk inn for at kommunene selv skulle kunne velge tilknytning, enten til helse- eller sosialsektoren. Denne meningsforskjellen kan betraktes som en forløper for striden som senere oppstod om sykehjemmenes plassering: Skulle de fortsatt være fylkeskommunale, nært knyttet til sykehusene, eller skulle de overføres til kommunene og inngå i kommunenes tiltakskjede? Den siste løsningen ble senere – etter stor strid, blant annet mellom kommuner og fylkeskommuner – vedtatt av Stortinget.

*Bedriftshelsetjenestens plassering*, i eller utenfor kommunehelseloven, var også et spørsmål som skilte de borgerlige fra Aps representanter i komiteen. Det borgerlige komitéflertallet ønsket at tjenesten skulle inngå i loven for å få til en bedre samordning av kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten. Aps representanter mente derimot at det fortsatt burde være arbeidsmiljøloven som «*er det verktøy bedriftshelsetjenesten skal arbeide ut fra*» (s. 10), trass i at den foregående Ap-regjeringen i Ot.prp. nr. 36 selv hadde vært inne på tanken å inkludere bedriftshelsetjenesten i kommunens helseplan. Partiet hadde imidlertid forlatt dette standpunktet, sterkt presset av LO. LO var, etter en periode med tvilrådighet, kommet til at bedriftshelsetjenesten måtte stå på egne ben, ellers ville viktige prinsipper i Arbeidsmiljøloven bli undergravet. Ap mente nå at bedriftshelsetjeneste først og fremst var å regne som miljøtiltak og ikke som individrettet helse-tjeneste (A.L. Bakken i debatten i Odelstinget). Under debatten i Odelstinget kom det ellers frem at SV, som ikke var representert i sosialkomiteen, derimot ønsket bedriftshelsetjenesten bygget ut til «*en integrert del av den kommunale primærhelsetjenesten*» (H. Kvanmo i Odelstingsdebatten).

Spørsmålet om bedriftshelsetjenestens tilknytning hadde stor betydning av minst to grunner. For det første var det fare for oppbygging av parallelle helsetjenester med til dels overlappende gjøremål, for det andre hadde spørsmålet klar relevans til organisering og arbeidsmetode i det lokale forebyggende arbeidet.

Da saken senere ble behandlet av Odelstinget, hadde komitéflertallet moderert sitt syn fra den opprinnelige tekst i §1-4 fra: «*Kommunen skal planlegge sin helsetjeneste, herunder helsetjeneste ved bedrifter og primærnæring i kommunen---osv.*» til «*Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste.*». Og slik kom loven til å lyde.

## Odelstingets behandling av kommunehelse(tjeneste)loven 4. november 1982

Meningsforskjellene som fremkom i komitèinnstillingen ble forsterket i odelstingsdebatten med mange innlegg farget av politisk retorikk. Hovedinnholdet ble striden om fastlønnsordning versus stykkprisbetaling, kommunal styringsrett versus etableringsrett og fritt valg av behandler. I tillegg kom spørsmålet om forlengelse eller avvikling av loven om etableringskontroll for leger fra 1976 som regjeringen mente ville være overflødig når kommunehelse(tjeneste)loven ble gjennomført. Til tross for at sykepleierne var den absolutt største personellgruppen som loven omfattet, ble det legenes og fysioterapeutenes lønns- og arbeidsvilkår som kom til å dominere debatten. Blant annet ble det mye oppstyr rundt spørsmålet om leger uten driftsavtale med kommunen kunne ta høyere egenbetaling av pasientene enn leger med avtale (striden om det såkalte topris-systemet). Denne ensidige fokuseringen førte til at saksordføreren, Sps Johan Buttedahl, måtte minne om at det ikke var legeloven som var til behandling (Ref. av Odelstingets forhandlinger 4. nov. 1982, s. 93). Mens Frps representanter mente at loven innebar sosialisering av helsetjenesten, mente Arbeiderpartiets at det var Høyre som hadde vunnet frem med sitt syn. Sps folk fant at lovforslaget hadde fått «en sentrumspolitisk profil», og at det derfor var de som hadde grunn til å juble (s.100).

Forenklet kan debatten på dette punktet oppsummeres slik: Arbeiderpartiet, støttet av SV, ønsket en modell enda sterkere preget av offentlig styring og planlegging – sterkere sosialisering om man vil. Frp ønsket å opprettholde dagens modell, gjerne med ytterligere bruk av stykkprisbetaling, fri etableringsrett og yrkesutøvelse – altså en liberalistisk modell, bortsett fra at den forutsatte offentlig betaling, men med individuell styringsrett over ressursbruken. Venstres taler ønsket fastlønnsordning, men likevel fritt legevalg, mens det øvrige borgerlige flertallet ville ha en blandingsmodell, sammensatt på nordisk blandingsøkonomisk vis, med både offentlig ansatte og private yrkesutøvere. Og slik ble det.

Det store flertallet var likevel godt fornøyd med at det nå endelig hadde lyktes å samle kreftene i en distriktshelsetjeneste som kunne ta hånd om storparten av problemene befolkningen lokalsamfunnet søker hjelp for. Institusjonshelsetjenesten hadde over flere år brukt stadig større andel av ressursveksten. Det var derfor behov for å lede innsatsen over mot en kommunehelsetjeneste som, i tillegg til forebyggende og kurativ behandling, også kunne stå for omsorg, pleie, og opplysningsvirksomhet (s.55).

Det forebyggende arbeidet ble pent omtalt, vel og merke, av de omlag halvparten av talerne som i det hele nevnte det. Uttrykt i taletid medgikk i

underkant av 5 % av debatten til emnet. Det ble snaut nevnt av lederne for de største partiene, mens KrFs talere var de som relativt sett omtalte temaet oftest. Men representanter fra alle partiene var inne på emnet, fra ulike innfallsvinkler. Det ble pekt på hva forebyggende helsearbeid har betydd for økt levealder og bedre folkehelse her i landet, hvor mye billigere det er å forebygge sykdom enn å behandle den, og betydningen av å samordne og skape nærhet mellom samfunnssektorer der forebyggende arbeid kan få gjennomslag, så som i skolen og i byplanleggingen. Men det ble også pekt på barrierer som arbeidet støter på, ikke minst i form av økonomiske interesser som motarbeider rådene i helseopplysningen: *«Det er et paradoks at det årlig brukes 30 mill. kroner i reklame og markedsføring av snacks her i landet, mens det f.eks. på neste års statsbudsjett er foreslått 1,3 mill kroner til ernæringsmessig opplysningsvirksomhet»* (G. Skaug, Ap, i Odelstingsdebatten). Sosioøkonomiske forhold som påvirker folkehelsen ble likeledes nevnt: *«Helsetilstanden er et resultat av summen av en rekke politiske avgjørelser slik disse påvirker også de sosiale og økonomiske kår i samfunnet»* (Saksordføreren, J. Buttedahl, i Odelstingsdebatten). Andre, deriblant O. Holøs, KrF, fremhevet nødvendigheten av miljømessig og forebyggende helsearbeid ved å vise til hvordan livsstil og levemåte påvirker sykdomsbildet gjennom alkoholbruk, røykevaner og risikoadferd. Verdien av opplysningsvirksomhet ble nevnt av flere talere, som mente at denne måtte vies bred plass i den nye kommunehelsetjenesten. Sosialkomiteens formann, Gunn Vigdis Olsen-Hagen (Ap), var imidlertid slett ikke sikker på at så ville skje fordi forebyggende helsearbeid ikke kan baseres på stykkprisbetaling. *«Normaltariffen nevner typisk nok ikke forebyggende helsearbeid»*, sa hun. Det hadde hun rett i. Folketrygdloven hjemler ikke bruk av trygdemidler til annet enn kurativt arbeid.

### **Hvorfor ble ikke forebyggingen viet bredere plass i debatten?**

Spørsmålet er betimelig på bakgrunn av den fremtredende plass virksomheten hadde fått i lovens formålsparagraf (§1-2) og enigheten som partiene la for dagen når det gjaldt behovet for å oppgradere dette virkeområdet og samordne det med kommunens mange andre viktige gjøremål.

Forklaringene er utvilsomt mange, hvorav den fremste trolig ligger nettopp i den brede enigheten om spørsmålet. Stortingsrepresentantene ville ikke bruke tid på å debattere noe de var samstemte om. Riktignok er temaet egnet til samlende og retorisk velklingende taler, men mindre for konfliktorientert samfunnsdebatt. Partiene ga saken sin prinsipielle tilslutning, men ikke mer. Noe mer ville trolig medført å gå inn på det konkrete, faglige innholdet i arbeidet, og det kunne eller ville representantene ikke. Det

hører ikke til Stortingets oppgaver. Kanskje mente noen, men avstod fra å si det, at forebyggende helsearbeid er et nødvendig, men litt kjedelig temaområde, vesentlig mindre egnet for debatt enn krisespørsmål, så som lege-mangel, sykehuskøer og eldreomsorg. Antagelig lå det representantene nærmere å snakke om overordnede prinsipielle og politiske spørsmål knyttet til styring, organisering og finansiering av helsetjenester enn om folkehelsearbeidet og hvordan det burde legges an. Og strengt tatt er det god begrunnelse for et slikt syn: Lovforslaget omhandlet en forvaltningsreform.

I politisk debatt får akutte problemer erfaringsmessig prioritet foran spørsmål og løsninger der gevinsten ligger langt frem i tid. Saker som ventes å gi politisk gevinst får gjerne forrang foran tapssaker eller saker som ikke opptar folk. Gevinsten av forebygging høstes vanligvis en gang i fremtiden. Folk flest er utvilsomt for forebygging, men neppe villig til å gi forebyggingen prioritet foran løsning av aktuelle, akutte oppgaver. Og dem har helsevesenet mer enn nok av til en hver tid. Spissformulert er argumentet, som neppe uttales offentlig, men kanskje tenkes: «Skal vi bruke penger på friske folk når vi har syke som trenger dem bedre?» Mork berørte dilemmaet i et foredrag som ble omtalt i media. «Skal vi ha en helsetjeneste for de friske?» Noe senere tok filosofen og etikeren Knut Erik Tranøy (f. 1918) opp problemstillingen og pekte på det etisk betenkelige i å forsømme arbeid som kan bidra til bedre helse for våre etterkommere.

Ingen av stortingsrepresentantene gikk i mot å plassere forebyggingen på fremtredende plass i lovens formålsparagraf. Det må sies å være et positivt trekk. Kanskje ville noen ha gjort det om innhold og metoder i folkehelsearbeidet var blitt brakt på bane, f.eks. bruken av restriktive tiltak mot røyking eller prispolitikk og åpningstider på Vinmonopolet. Bare markedsførere av snacks fikk som nevnt sitt pass påskrevet. Men ingen tok dem i forsvar. Representantene snakket heller fordelaktig om betydningen av helseopplysning, det utfordret ingen. Man kan undres om debatten hadde utviklet seg annerledes dersom noen hadde dristet seg til en nærmere drøfting av restriktive tiltak, f.eks. i trafikk, næringsmiddelproduksjon osv. Kanskje ville gjengse verdier da ha blitt utfordret, f.eks. om individets frihet, kanskje til og med frihet til å la sin kropp forfalle uten at kommunen grep inn. Men ingen slike vidløftigheter fremkom. De kontroversielle verdispørsmålene som organisert og systematisk folkehelsearbeid kan reise – dersom de blir satt på spissen – ble ikke tatt opp. Under Odelstingets ellers opphetete debatt om kommunehelse(tjeneste)loven ble derfor omtalen av forebyggingen et heller fredelig – noen vil kanskje si kjedelig – innslag som ikke utfordret noen.



## Litteratur

- Innst. O. nr. 7 (1982-83): *Innstilling fra sosialkomiteen om Lov om helsetjenesten i kommunene m.v.*
- Lov om sykehus m.v. av 19. juni 1969* (Sykehusloven).
- Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982* Kommnehelse(tjeneste)loven).
- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992* (Kommuneloven).
- Midlertidig plan- og forsøkslov av 11. juni 1976
- Nordby, T.: *Karl Evang. En biografi*. Oslo; Aschehoug, 1989.
- NOU 1979: 10; *Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger*.
- NOU 1979: 28; *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*.
- Ot.prp. nr.36(1967-68): *Om lov om sykehus. (Sykehusloven)*
- Ot.prp. nr. 36(1980-81): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.
- Ot.prp. nr. 66(1981-82): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.
- Plan- og bygningslov av 14. juni 1985.
- Referat av Odelstingets forhandlinger 4. november 1982*, sidene 50-113, sak 2: Innstilling fra sosialkomiteen om Lov om helsetjenesten i kommunene m.v.
- Schiøtz A. *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2000.
- Schiøtz A. *Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800 -1983*. Michael 2007; 4: 73 – 87.
- Skaset M. *I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945 – 2000*. Doktoravhandling Oslo: Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2006.
- Sosial- og helsedirektoratet. *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapport 2007. oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- St.meld. nr. 31(1974-75): *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*. Kommunal- og Arbeidsdepartementet.
- St.meld. nr. 85(1970-71): *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 9 (1974-75): *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt perspektiv*. Sosialdepartementet
- St.meld. nr. 26(1983-84): *Om et nytt inntektssystem for kommunene og fylkeskommunene*. Kommunal- og Arbeidsdepartementet.
- Ånstad H. Om kommnehelsetjenestereformen på 80-tallet. *Michael 2007;4:xxx-xxx*.

*Leif Arne Heløe*

*Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)*

*P.O. Boks 44, Blindern*

*0313 OSLO*

*(Leif.Heloe@nibr.no)*

*Hans Ånstad*

*Sosial- og helsedirektoratet*

*Pb. 8054, Dep,*

*0031 OSLO*

*(han@shdir.no)*

### **Om forfatterne**

*Leif Arne Heløe (f.1932) er forsker ved NIBR. Han har tidligere vært professor i samfunnsodontologi ved UiO, administrerende direktør for NAVF og fylkesmann i Troms. I perioden 1981-86, da kommunehelse(tjeneste)loven ble vedtatt og gjennomført, var han sosial-(og helse-)minister.*

*Hans Ånstad (f. 1932) er seniorrådgiver på deltid i Sosial- og helsedirektoratet. Cand. med. Oslo 1961. Etter turnustjeneste, sykehustjeneste Ullevål, Legevakta og Barneavdelingen. Distriktslege i Hadsel 1966-70. Stadslege i Tromsø 1970 – 79. Overlege i Helsedirektoratet 1979 til 1983 da den nye helseavdelingen i Sosialdepartementet ble opprettet. Fra 1983 seniorrådgiver i departementet fram til 1993. Fra 1993 til pensjonering 2001 avdelingsdirektør i Forebyggingsseksjonen.*

# Nordisk medicinhistorisk förenings verksamhet 2005–2007

*Michael 2007;4:591–2.*

Det är jubileumsår i år. Fyrtio år har gått sedan den första nordiska medicinhistoriska kongressen gick av stapeln i Göteborg den 3–4 juni 1967. Nio år senare, den 27 mars 1976, bildades själva föreningen vid ett möte i Stockholm.

Intresset för medicinens historia har fortsatt, både inom den medicinska sfären och bland icke-medicinare. Inom medicinen finns flera olika grupper, var och en med sin historia, som förtjänar att lyftas fram. Utöver läkarna finns sjuksköterskor, farmacihistoriker och tandläkare, varje grupp med sina nätverk och ibland också egna medicinhistoriskt inriktade tidskrifter. Det finns även en internationell organisation för de medicinhistoriska museerna – European Association of Museums of History of Medical Sciences.

Utänför den medicinska sfären finns starka forskningsmiljöer, ofta tvärvetenskapligt och tematiskt inriktade, inom flera humanistiska och socialvetenskapliga discipliner, däribland idé- och vetenskapshistoriker, historiker, sociologer, etnologer, litteraturvetare.

Inom museivärlden är utvecklingen motstridig. Fältet är svårt att överblicka, då det finns allt från små enheter ute på de enskilda sjukhusen eller som delar av museer med annan inriktning till stora specialinriktade medicinhistoriska museer. I Sverige har två av de största, museerna i Stockholm och Lund, nyligen stängts. Samtidigt tillkommer nya. Så har Västerbottens Medicinhistoriska Förening öppnat ett nytt museum i den äldsta delen av Umeå lasarett. Tack vare EU-bidrag har föreningen fått professionell hjälp att bygga upp en utställning från folkmedicin till specialistvård. I museets lokaler anordnar också Umeå Pensionärs Universitet kurser i medicinhistoria där olika vårdspecialiteter presenterar sin historia och vårdfilosofi.

I Reykjavik 2005 väcktes tanken på fortsatt kartläggning och analys av de medicinhistoriska museerna, deras struktur och funktion. Denna kongress har en särskild session om de medicinhistoriska museerna. Diskussionen kan förhoppningsvis leda till skapandet av en arbetsgrupp inom Nordisk Medicinhistorisk Förening för ovanstående ändamål.

Frågan om utdelning av stipendier har diskuterats vid tidigare generalförsamlingar. Inför kongresserna både i Oslo 2003 och i Reykjavik 2005 gavs den tillträdande styrelsen förtroendet att använda upp till 20 000 DKK «til legater till nordisk medicinhistoriske forskare, isaer yngre». Några sådana stipendier har emellertid enligt protokollen inte delats ut, varken i Oslo eller i Reykjavik. Det har därför för nuvarande presidium tett sig rimligt att i samband med kongressen i Umeå 2007 dela ut två stipendier à 10.000 SEK, d.v.s. ca 8.000 DKK. Dessa stipendier går till Niklas Thode Jensen, ung historiker vid Saxo-institutet i København vars Ph. D. handlar om kolonialmedicin i danska Västindien under 1800-talets första hälft, samt Vitalija Miezutaviciute, disputerad forskare aktiv i uppbyggnaden av den medicinhistoriska verksamheten i Vilnius.

I Reykjavik 2005 utsågs Västerbottens Medicinhistoriska Förening i Umeå att vara värd för föreningens XXI:a kongress 2007. Nordisk Medicinhistorisk Förenings presidium har under perioden utgjorts av presidenten Peter Ollinen, kassören Karl Anders Jacobsson samt generalsekretären Bodil Persson. Hindrik Strandberg och Ole Jacob Broch har varit revisorer.

*Bodil Persson*

*Leg.läk./fil.dr. Bodil Persson är  
generalsekretärare i Nordisk medicinhistorisk förening.  
c/o Historiska institutionen, Box 2074, S-22002 Lund, Sverige*

# Tuberkulosearkivet ved Universitetsbiblioteket i Tromsø

*Michael 2207;4:593–5.*

*Forfatteren Dag Skogheim (f. 1928)<sup>1</sup> har i forbindelse med sitt mangeårige arbeid med tuberkulosens historie og kulturelle implikasjoner foretatt et stort antall intervjuer med tidligere pasienter og andre. Dette lydbåndmaterialet, i tillegg til annet stoff, har han forært til Universitetsbiblioteket i Tromsø, der det nå er tilgjengelig for ettertiden.*

Mine elleve sammenhengende år som tuberkuløs (1943 - 1954) er selvsagt forutsetningen for arkivet. Samlingen og systematiseringen av materialet begynte rundt 1980 da jeg gjorde de første utkastene til det som skulle bli min første bok om dette emnet - *Tæring*. Den utkom 1988 på Tiden Norsk Forlag.

Under arbeidet ble jeg fullt og helt klar over dimensjonene i sammenheng med denne morderiske sykdommen, ikke minst de kunstneriske, sosiale og politiske implikasjonene. Dette gjorde meg umåtelig nysgjerrig, for hva var egentlig denne sykdommen som tok så mange år av mitt liv og brakte en rekke av mine venner og medpasienter i grav før de fikk prøve seg i livet.

I slutten av 1990 - årene sa gode venner at det var uforvarselig av meg å oppbevare arkivet i mitt hjem. (Jeg bor i et stort trehus) Skulle det brenne her, ville alt gå med. Jeg hadde aldri tenkt på dette, men innså at det var riktig tenkt, for både samlingen av diverse dokumenter, korrespondanse, bilder og intervjuer utgjør en ganske uvurderlig samling historisk materiale som det ikke er mulig å erstatte, simpelthen fordi de fleste personene som har gitt opplysningene er døde.

---

<sup>1</sup> Se biografi og bibliografi i *Norsk Biografisk Leksikon* 2. utg. bd. 8, Oslo: Kunnskapsforlaget, 2004 s.278-9.

De skriftlige dokumentene, bildene og notatene kan alle lett vurdere når de leser og ser dem. Når det derimot gjelder intervjuene, vil det være slik at lyttingen tar tid og forutsetter konsentrert oppmerksomhet. Gode venner har nå rådet meg til å sette opp en oversikt over temaer som gjør det mulig for alle som vil gjøre bruk av arkivet for å finne det som er mest aktuelt å høre. Dette rådet vil jeg følge og viser derfor til tre kategorier innenfor intervjumassen :

1. Barn og tuberkulose, 2. Barn på tuberkuloseinstitusjoner, 3. Generell historie

Følgende er viktig: Til hvert enkelt intervju har jeg skrevet en introduksjon. Introduksjonen forteller om intervjuets vesentligste informasjoner. Noen introduksjoner er langt mer utførlige enn andre. Dette skyldes at jeg til å begynne med bare holdt meg til noen temaer ved intervjuet, mens jeg senere tok med langt mer. Det er altså ingen kvalitetsforskjell med hensyn til de enkelte intervju!

#### *Intervjumaterialet*

Intervjuer i kategori 1 og 2, (barn og tuberkulose / barn på tuberkuloseinstitusjoner):

*Lulli Westrheim / Karna Olsen / Johanna Rørmark / Selmer Sigvaldsen / Ivar Eriksen / Anton Solheim / Greta Paulsen / Ragnhild Nordahl / Øyvind Stenvaag / Siss Mikalsen / Sonja Sivertsen / Mosse Jørgensen / Odlaug Fredriksen / Elise Lodde / Rikarda Jakobsen / Edith Janson / Helga Brønlund / Else Skogseth / Pernille Rotnes / Jan Vik / Kjell Myhre / Kristine Jensine Svenning / Olfrid Irene Helmersen / Bjørg Holan / Hans Kirkhus / Anders Grønli / Tor Mathisen / Inger Johanne Halvardrud / Alfhild Lauvsnes / Helgar Pedersen / Oddvar Graning / Jorunn Østbøl / Asta Myrvold / Else Lund / Ingri Getz / Arne Tafford / Bjørn Lundberg / Einar Måseide.*

Intervjuer vedrørende generell tuberkulosehistorie:

1. I 1991 ble jeg bedt om å skrive Landsforeningen for hjerte- og lungesykes (LHL's) 50 års - jubileumsbok. Kontrakten bestemte at arbeidet skulle være ferdig innen midten av mars 1993. Det var kort tid, men det holdt. Boka kom samme år (*Gå foran - vis vei!*) og jeg viser til samlingen av intervjuer ved Universitetsbiblioteket i Tromsø, Boks 4, – 31 intervjuer.

2. Mitt innsamlingsarbeid når det gjelder tuberkulosepasienter under tvangsevakueringen av Finnmark og Nord - Troms 1944 / 1945 er samlet i Boks 5, Mappe 5, - 17 intervjuer.

3. Enkeltintervjuer med innhold av historisk karakter:

*Marta Ottesen / Klaus Rambøl / Åsa Marie Uhre Olsen / Mosse Jørgensen /  
Odd Winger / Edvin Falkmo / Gunnhild Kulseng / Katarina Toft / Åse Ballo /  
Tor Amundsen / Bernt og Arne Borgersen / Olav Løyland / Olaug og Karen  
Mesna / Hilma Nordås / Dorthea Tomsvik / Hans Henrik Bjørseth*

*Dag Skogheim*

*Forfatteren Dag Skogheim bor og arbeider i Levanger,  
adresse: Fagerstrandveien 4, 7600 Levanger*

# Militærhospitalet i Christiania 200 år

*Michael 2007;4:596–7.*

Den 12. oktober 2007 ble det feiret en litt spesiell medisinsk fødselsdag i Oslo. Militærhospitalet fylte 200 år!

Den store tømmerbygningen som opprinnelig var en del av Empirekvartalet på Hammersborg, var tegnet av den danske arkitekt og lege, dr. med. Jens Bang (1737-1808) som militærpsykehus for garnisonen på Akershus festning (1). Det var dette huset som i ominnredet tilstand ble en del av vårt første Rikshospital i 1826. I 1883 flyttet Rikshospitalet videre til Pilestredet, og bygget i Akersgata tjente andre formål inntil en opprivende vernesak etter den annen verdenskrig endte med riving i 1962. Men sterke krefter reiste seg mot den ahistoriske tidsånd. Blant annet ved hjelp av skipsreder Sofie Helene Wigert (1913-89) ble tømmeret innkjøpt, merket og lagret. Mangeårige stridigheter endte med at huset igjen kunne tas i bruk, pietetsfullt gjenreist som lokale for flere kulturinstitusjoner på Grev WedelsPlass i 1984.

Innleggene ved jubileumsseminaret påpekte at militærhospitalet hadde fått en symbolverdi for norsk fortidsminnevern. Saken om sykehuset har hatt ringvirkninger for drøfting av vern over hele landet. Seminaret ble imidlertid også litt vemodig, idet en av dem som skulle vært hovedtaler, tidligere riksantikvar Stephan Tschudi Madsen (1923-2007), var plutselig død dagen før. Han hadde vært en av hovedaktørene bak bygningsvernet og den betydning det fikk.

*Øivind Larsen*

## Litteratur:

1. Balto JA (red.) *Norske sykehusarkitektur*. Oslo: Fortidsminneforeningens årbok. 154. årgang. 2000.





*Militærhospitalet på ny plass, men i tidsriktig parkanlegg. (Foto: Ø. Larsen 2007).*

## Bilkjøring og alkohol – nyttig bok

*Michael* 2007;4:598–9.

Steensberg J. *Trafik og alkohol. Dansk forebyggelsespolitikk gjennom det 20. århundrede set i nordisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2007.

ISBN 978-87-17-03964-3. 436 s. Ill. Pris: DKK 295,-.



Forfatteren av den foreliggende bok, Jens Steensberg (f. 1936) var 1983-87 embetslege i Frederiksborg Amt i Danmark, etter å ha vært kontorsjef i Miljøstyrelsen siden 1972 og ansatt i Sundhedsstyrelsen fra 1965, fra 1970 som overlege. Han er Ph.D. fra 1987 med et arbeid om politisk-administrative beslutningsprosesser innenfor miljø og hygiene. Det var altså en garvet samfunnsmedisiner som i 1999 tok fatt på et stort oversiktsarbeid over forholdet mellom trafikk og alkoholbruk. Som embetslege hadde han også rettsmedisinske funksjoner, og erfaringene fra arbeidet med trafikkulykker var derfor en naturlig inspirasjon.

Imidlertid var det klart at forholdene i de nordiske land ikke er like på dette feltet. I Danmark er alkoholpolitikken og holdningene overfor alkoholbruk generelt mildere enn i de øvrige nordiske land. Dette gjelder også for synet på å føre motor kjøretøy i alkoholpåvirket tilstand. Norge later til stort sett å være i den strengeste enden av skalaen, både med alminnelige fordømmende holdninger i befolkningen overfor fyllekjøring og med kompromissløs lovgivning.

Som eksempel kan nevnes promillegrensen. Her var Norge det første land i verden med en fast promillegrense. Den kom i 1936, og grensen var

da 0,5 ‰. Fast promillegrense ble innført i lovgivningen i Sverige i 1941, i Island 1959, mens Danmark og Finland først fikk fast promillegrense i 1976! I Sverige ble denne faste grensen satt til 0,2 ‰ i 1989, fulgt av Norge i 1999. Hvorfor er det blitt slike forskjeller?

Det er dette forfatteren har forsøkt å svare på ved å gi en sammenliknende oversikt over forholdene i de forskjellige nordiske land. Oppgaven har ikke vært lett, blant annet fordi utviklingen av biltrafikken har vært forskjellig i de ulike landene. I Norge var det blant annet sterke begrensninger for bilsalget fra begynnelsen av den annen verdenskrig og helt til 1960.

Forfatteren har imidlertid særlig interessert seg for det politiske og kulturelle bakteppet for utviklingen av nasjonale forskjeller. Liberale politikere i Danmark, tidvis mange avholdsfolk blant norske toppolitikere osv. er momenter som er kommet med i den detaljerte gjennomgangen som er systematisert for de enkelte land. Temaet alkohol og trafikk er satt inn i en bred, generell kontekst for hvert av landene. Det er tallrike illustrasjoner. Det er også tabeller og diagrammer, især om trafikkdødsfall. Litteraturlisten er meget omfattende.

For alle som interesserer seg for trafikk og alkohol, er boken ikke til å komme utenom. Den vender seg imidlertid også til alle som arbeider med ulykkesforebyggelse generelt. Den bør være samfunnsmedisinsk standardlesning fordi man her får beskrevet og drøftet sammenhengen mellom generelle holdninger i samfunnet og forebyggende arbeid på en meget instruktiv måte.

*Øivind Larsen*

*Universitetet i Oslo*

*Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin*

*Gruppe for medisinsk historie*

# Transplantasjonskirurgi i nåtid og framtid

*Michael 2007;4:600.*

Første innleder var transplantasjonskirurgen Aksel Foss. Han ga en oversikt over utviklingen til nå og viste hvordan organtransplantasjon er blitt etablert både som den medisinske beste og den mest kostnadseffektive behandlingen ved en rekke sykdommer<sup>1</sup>.

Transplantasjon er nå en ofte suksessfull behandling som kan gi pasientene flere gode leveår. Det er nyretransplantasjonene som dominerer. I 2006 var det således i Norge 212 nyretransplantasjoner, 62 lever, seks pancreas, fire «islets» (Langerhanske øyer i pancreas), 32 hjerte- og 24 lungtransplantasjoner. Om lag 10% er re-transplantasjoner.

Blant annet på grunn av aldringen i befolkningen er det en bekymringsfull økning i tilgangen på donor-organer. Men f. eks. en lever kan deles, og man kan bruke segmenter fra levende givere. Levertransplantasjon er nå også under utvikling for bruk ved maligne sykdommer, f. eks. ved levermetastaser fra coloncancer.

Annen innleder var antropologen Anne Hambro Alnæs som har gjennomført et større prosjekt med deltakende observasjon av beslutningsprosessen ved pårørendes samtykke eller avslag til bruk av organer ved akutt død<sup>2</sup>. Hun gjennomgikk argumentene for samtykke og argumentene for avslag og drøftet en lang rekke kulturelle momenter som har betydning her.

Møtet ble holdt på Rikshospitalet, og det var 14 deltakere.

*Øivind Larsen*

---

1 Thorsby E. Norsk transplantasjonsmedisin gjennom 50 år. *T. norske legefören.* 2006;126:3305-10.

2 Alnæs AH. Minding matter: *Organ donation & medical modernity's difficult decisions.* Oslo: Department and Museum of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, 2002. (Diss.)

## Godkjenning av leger fra utlandet

*Michael 2007;4:601–3.*

Det er mange utenlandske leger som ønsker å arbeide i Norge. For å få lov til dette, må mange av dem gjennom en lovpålagt godkjenningsprosess. Det er riktignok ikke alle som trenger denne godkjenningen, ettersom det blant annet via avtaler med EU- og EØS-landene foreligger ordninger som tilsier automatisk godkjenning. Det er også en bilateral avtale med Sverige som gjør at leger som er godkjent der, kan arbeide i Norge. I de tilfellene der det antas lettere å få godkjenning i Sverige, tar derfor enkelte kandidater veien om Sverige før de ender der de egentlig hadde tenkt seg – i Norge. Mens norske studenter som hadde studert medisin i utlandet tidligere utgjorde den aller største delen av leger som søkte godkjenning, behøver de fleste av disse ikke dette lenger.

På den annen side er det kommet stadig flere leger fra østlige land, spesielt fra den tidligere Sovjetunionen, og disse utgjør nå den viktigste gruppen blant søkerne. Et problem er spesielt for dem: Lærestedene har ofte spesialisering tidlig i den medisinske grunnutdanningen. Når kandidatene har sitt eksamenspapir i hånden, er de da å betrakte som leger i hjemlandet, men med et arbeidsfelt som er betydelig snevrere enn det vi i Norge krever at en ferdig utdannet lege skal ha innsikt i. F. eks. kan en russisk pediater ha god kompetanse på sitt felt – barns helse, utvikling og sykdommer. Men verken i Russland eller her vil en slik pediater kunne få godkjenning som allmennlege, hvilket en automatisk vurdering av utdannelsen som ekvivalent med norsk  *cand. med.* –eksamen ville innebære.

For å kunne fungere tilfredsstillende som lege i Norge stilles det også krav til kjennskap til spesielle norske forhold. F. eks. er rettsmedisin og samfunnsmedisin fag som er nær knyttet til det norske samfunnet. Dessuten kreves et visst tilfang av generelle kunnskaper om Norge og tilstrekkelige ferdigheter i norsk språk. Derfor finnes det både kurs og



*Fra venstre overlege Stefan Kutzsche, professor Knut Kvernebo og direktør Per Haugum  
(Foto: Ø. Larsen)*

eksamen i nasjonale fag og i norsk språk for kandidater som søker godkjenning.

Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) som har godkjenningsansvaret, mens Universitetet i Oslo er delegert kurs og eksamen.

Eksamensordningen har to trinn: Først er det den såkalte «fagprøven», der kandidatene får et sett av *multiple choice questions* til besvarelse. Her er strykprosenten gjerne meget høy. At sju av ti faller gjennom, har de siste årene vært normalt. Dette skyldes ikke nødvendigvis at kandidatene ikke har gode nok kunnskaper *i det de har lært i sitt studium*. Men på grunn av den tidlige spesialiseringen ved mange av legeskolene er det mange temaer studentene har lært intet eller lite om. Det blir gjerne bråk i pressen hver gang slik eksamen avholdes. Det kan da være tungt å forklare årsaken til stryk, spesielt hvis kandidatene har alliert seg med forkjempere som værers skandale, fremmedfrykt osv.

Neste trinn er kurs og eksamen i norsk språk og nasjonale fag. For de nasjonale fagene kan det være et pedagogisk problem at utenlandske leger ikke er vant til den sosiale profil norsk medisin er lagt opp til. For mange utenlandske leger består det medisinske arbeidet i alt vesentlig av ren pasi-

entbehandling, mens vi f. eks. av en kommunelege fordrer innsikt i og deltakelse i en lang rekke andre oppgaver. For kandidatene på dette trinnet går det imidlertid stort sett greit. Det er simpelthen imponerende hvor godt norsk enkelte kandidater fra f. eks. Russland eller Ukraina har lært seg.

En godkjenning som lege i Norge, eventuelt avslag på søknad om godkjenning, er imidlertid en alvorlig sak, både for søkeren og for det norske samfunnet som vedkommende ønsker å arbeide i. Jussen på dette området er komplisert. Kompliserte er også de testmetodene som benyttes for å prøve kandidatenes kunnskaper – får vi et godt nok inntrykk av det vi ønsker å vite?

Dette var tema for medlemsmøtet i Det norske medisinske Selskab 28. mars 2007. Foranledningen var arbeidet som pågår for å revidere eksamensordningen for utenlandskandidatene, og arbeidet med styrking og revisjon av språkopplæring og kurs i nasjonale fag. Innledere var overlege Stefan Kutzsche og professor Knut Kvernebo fra Universitetets utvalg for utenlandsmedisinere, sammen med direktør Per Haugum fra SAFH. Diskusjonen blant de 20 møtedeltakerne ble livlig. Det håpes at revisjonsarbeidet kan skyte fart, slik at det blir mer hensiktsmessige forhold både for de legene som ønsker å arbeide i Norge og for de sykehus, kommuner og andre som skal ansette dem.

*Øivind Larsen*

## Kreft og demografi

*Michael 2007:4,604–5.*

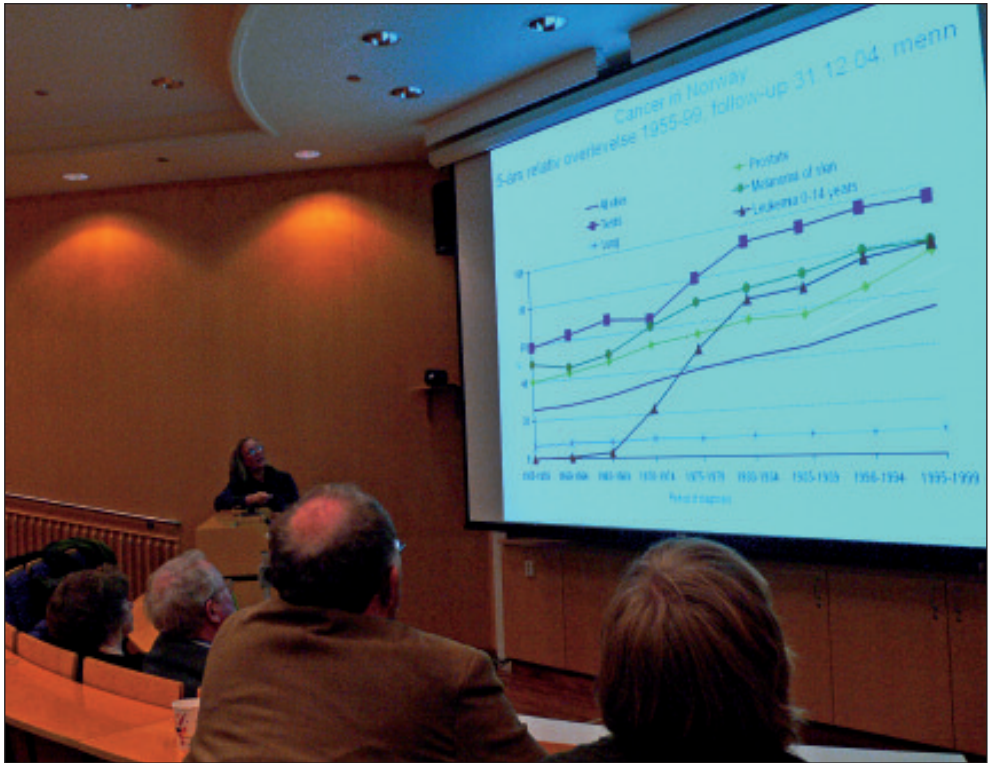
Ved medlemsmøtet i Det norske medisinske Selskab 25. april 2007 var temaet den innflytelse den demografiske utviklingen har på kreftforekomst og kreftomsorg.

Innledere var forsker Helge Brunborg fra Statistisk Sentralbyrå og direktør Frøydis Langmark fra Kreftregisteret. Foredragene bekreftet at arbeidet med kreftsykdommene blir en stadig viktigere del av helseomsorgen framover. At det blir flere eldre, og dermed flere mennesker med kreft-risiko, er bare én side av denne saken – det er like mye at kravene er blitt mye større. For en del kreftsykdommer er effektiv behandling blitt tilgjengelig i større grad enn før, og denne behandlingen forventes selvsagt anvendt. For andre kreftsykdommer der framskrittene ikke har vært fullt så store, vil også kravene til oppfølging være økende. Kombinert med nedgangen i sykkelighet og dødelighet for andre viktige sykdommer, vil dette gjøre at kreft hos eldre blir viktigere og viktigere.

23 deltakere.

*Øivind Larsen*





*Direktør Frøydis Langmark demonstrerer utviklingen over tid for viktige kreftsykdommer. (Foto: Ø. Larsen)*

## Bjørn, løve og sjølik – imponerende visualiserings- teknikker

*Michael 2007;4:606–7.*

Ved medlemsmøtet i Domus & Medicus i Oslo 17. oktober 2007 hadde Det norske medicinske Selskab besøk av utenlandske gjester, nemlig professor Michael Thali fra Zentrum für Forensische Bildgebung & Virtopsy ved Universität Bern og överläkare Anders Persson vid Radiologisk Avdelning, Hälsinglands Sjukhus och föreståndare för Centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering (CMIV), Linköpings universitetssjukhus.

Professor Thali hadde satt som tema for sitt foredrag *Virtual autopsy – New imaging possibilities in forensic medicine*. I og for seg vel innarbeidede teknikker blir brukt side om side på en måte som innenfor rettsmedisinen åpner nye muligheter. Ekstern scanning med basis i fotografering med faste koordinatpunkter, computertomografi og eventuelt magnettomografi og angiografi blir kombinert til et datasett som gjør det mulig å rekonstruere menneskekroppen lag for lag, snitt for snitt på skjermen. Detaljeringsgraden kan bli langt bedre enn ved klassisk obduksjonsteknikk, men den bildetekniske metoden må regnes som et supplement når f. eks. en rettsmedisinsk erklæring skal legges fram i retten. Det ble vist en rekke frapperende eksempler på hva som kan oppnås ved virtopsy-teknikken. Blant annet er det mulig å få viktige informasjoner som ellers går tapt ved lik som er i sterk grad av oppløsning, som ved drukningsulykker.

Ved et åsted eller et ulykkessted kan også selve *stedet* scannes inn i datasettet med et dertil egnet kamera, slik at man kan få bedre innsikt i hvordan forløpet av hendelsen har vært.

Overlege Persson fulgte opp med svenske erfaringer: *Virtopsy from a radiologist's viewpoint*. Det bygges etter hvert opp stadig flere slike visualiseringscentre, der blant annet kravene blir omfattende til utvikling av software og lagringsteknikker for de meget store datamengdene som genereres ved hver enkelt undersøkelse.



*Anders Persson og Michael Thali. (Foto: Ø. Larsen)*

Ved Linköpings universitet benyttes også visualiseringsteknikken i studentundervisningen i anatomi. Med spesialbriller kan studentene se bilder som er projisert tredimensjonalt.

Overlege Persson hadde også brukt virtopsy-teknikken på ulike dyr. Et bilde viste en bjørn som var så stor at den nesten fylte åpningen i CT-maskinen, likeledes en løve. Som en kuriositet: Virtopsy-bildene av en ulv kunne gi mer eksakt kunnskap om hvor man skal sikte dersom man blir angrepet av en gråbein når man er på elgjakt.

Det var 26 tilhørere på møtet, som var et samarbeidsprosjekt mellom Selskabet og Norsk radiologisk forening, Norsk rettsmedisinsk forening og Den norske patologforening.

*Øivind Larsen*

# Rettferdighet, objektivitet, trygd – disputas om grunnleggende prinsipper for tildeling av uføretrygd

*Michael 2007;4:608–10.*

Hans Magnus Solli (f. 1948) disputerte 19. oktober 2007 på sin avhandling *Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførhetsvurderinger*, et arbeid som vil være kjent for dette tidsskrifts lesere, ettersom det ble publisert her tidligere i år<sup>1</sup>.

Ved disputasen, som var meget godt besøkt, diskuterte doktoranden i sin innledning blant annet de trygdemessige grunnbegrepene *rettferdighet* og *objektivitet*.

Det er her to former for *rettferdighet* påpekte han. Den første er hva man kan kalle kompensatorisk rettferdighet, slik som når det gis en ytelse basert på at det foreligger en skade på en person. Den andre formen kan betegnes som en fordelende eller omfordelende rettferdighet, basert på *behov, likhet* (at det er faktisk like muligheter for alle) eller på *prestasjon*, sett i lys av et klassisk, liberalt selvhjelpsprinsipp og et kollektivt hjelpeprinsipp om tilhørighet i et nasjonalt fellesskap.

*Objektivitet* kan i denne forbindelse ha to betydninger. For det første er det den *kunnskapsteoretiske objektivitet* som inkluderer saklighet, upartiskhet, nøytralitet og korrekthet. Så har vi den *ontologiske objektivitet*, det som finnes uavhengig av om vi har bevissthet om det eller ikke, for eksempel sykdom som *disease*.

I sin sammenfatning av drøftingen vedrørende trygdemedisinen fastslo Solli at likhet i form av «faktisk like muligheter for alle» bør stå sentralt. Det er nødvendig å anvende et holistisk objektivitetsbegrep, mente han. En funksjonsevnemodell bør innføres, og lovens vilkår om sykdom, skade eller lyte bør erstattes med *vesentlig aktivitetsbegrensning*.

<sup>1</sup> Solli HM. Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførhetsvurderinger. *Michael 2007;4:193-520.*



*Hans Magnus Solli (t.v.) og Lennart Nordenfelt ved hvert sitt kateter under disputasen. (Foto: Ø.Larsen)*

Solli hadde anvendt tre modeller i sin analyse. Den første var «tabellmodellen» for fastsettelse av uførhet i henhold til en på forhånd fastsatt skala for uførhetsgrad ved forskjellige sykdommer og skader. Den andre modellen var en biomedisinsk monofaktoriell modell som baserer seg på en biomedisinsk hovedårsak. Den tredje, funksjonsbegrensningsmodellen, er nyere. Det er denne modellen Solli har utviklet videre til en *kompleks funksjonsevnemodell* som kan gi interessante praktiske implikasjoner.

Tilhørerne var spente på førsteopponentens kommentarer. Det var Lennart Nordenfelt, filosofiprofessor fra Linköpings Universitet, en tungveker innen arbeid med helse spørsmål. Nordenfelt var imidlertid meget anerkjennende i sin vurdering av avhandlingen og de framtmøtte fikk høre en livlig og lærerik diskusjon.

Annen opponent var professor Steinar Westin fra det medisinske fakultet ved NTNU i Trondheim. Også han var svært positiv og diskusjonen med doktoranden gikk etter hvert over til å bli en allmenn helsepolitisk debatt over høyaktuelle temaer.

En konsekvens av det skiftet av modell for tildelingsprinsipper som pågår for tiden, hvor det kanskje blir slik at man nedtoner det medisinske

årsaksvilkåret, kan være risikabel, kom det fram. I henhold til nåværende trygdepraksis har pasienten under gitte betingelser en *rettighet* og fremmer i henhold til dette et *krav*. Avblekes de medisinske betingelsene, kan det bli til at pasienten har et *behov* og fremmer en *søknad* begrunnet med dette. I så fall har man tatt et betydelig steg bakover i vår sosialpolitiske historie.

Og hva med legerollen i alt dette? Legen har i Norge en portvaktfunksjon for tildeling av offentlige midler, men hvordan skal denne funksjonen være? Som advokat? Som «hippokrat» i henhold til tradisjonell lege-etikk? Eller som konsulent?

Det var tydelig at alle oppfattet avhandlingen som meget viktig, og særlig viktig fordi den kommer på et tidspunkt da trygdetildelingsprinsippene er oppe til diskusjon.

Men hva kommer det av at det er så tydelige svingninger i tildelingen av uføretrygd? Er det norsk folkehelse som varierer så påfallende med tiden? Er det holdningene til å søke trygd? Eller hva annet er det? Kanskje en kombinasjon av mange forhold? Dette belyste Solli i sin prøveforelesning<sup>2</sup>. Han viste der en kurve over tildelingene i de senere år og drøftet svingningene i lys av en rekke samfunnsmessige forhold, mange av dem høyst ikke-medisinske. Han sannsynliggjorde sammenhenger med blant annet svingninger i arbeidsløshet, svingninger i praksis ved trygdekontorene – og herunder konflikter om hvem som skulle gjøre hva. Politisk bestemte skippertak for å få unna søkerøkene gjennom forenklet saksbehandling ga også utslag som kan villeden som ser bakover og vil tolke tallgrunnlaget. Men ikke minst mente Solli at det var variasjoner i tildeling som skyldtes ulik styrke av de politiske vindene som av og til blåser kaldt og som demper tilbøyeligheten både for pasienter til å søke uføretrygd og for saksbehandlere på alle nivåer til å innvilge trygdesøknadene.

*Øivind Larsen*

---

<sup>2</sup> Proveforelesning over oppgitt emne 18.10.2007: *Hvordan kan vi forklare de store variasjonene i tilgangen til uførepensjon de siste tiårene?*

# *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