



# Michael Quarterly

Publication Series of The Norwegian Medical Society



Globalt og lokalt

3/12



# 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.

# Globalt og lokalt

*Michael* 2012;9:211.

Nesten alle artiklene i dette nummeret av *Michael* har det til felles at de viser hvor nær knyttet norsk medisin er til det som foregår i utlandet. Forholdet mellom det globale og det lokale har egentlig alltid vært der, men det er blitt viktigere og viktigere.

Det nye, formaliserte samarbeidet mellom Universitetet i Oslo og tidsskriftet *The Lancet* er meget interessant, og gir potensial for ytterligere utnyttelse av kontaktene med utlandet og å arbeide med prosjekter der resultatene vil kunne få stor praktisk nytte i mange land som trenger en særlig innsats for å fremme folkehelsen. Her snakker vi om å dele kompetanse med hverandre!

Helsetjenesten, f. eks. innenfor psykisk helsevern, har en rekke forutsetninger som ligger i den nasjonale konteksten. Men også her er innflytelsen utenfra vesentlig. Artiklene om psykiatri i dette nummeret burde minne om det.

Tidsskriftet *Michael* gis ut av Det norske medisinske Selskab. Selskabet vil gjerne ha flere medlemmer. Skulle du finne f. eks. dette nummeret av *Michael* interessant, fortell det til andre! Som medlem av Selskabet får man både *Michael* fire ganger i året og de fleste supplementbindene som gis ut automatisk tilsendt, foruten at man får invitasjoner til våre varierte kveldsmøter, ekskursjoner m.v. Vi tror det er vel anvendte 250 kroner i året! Se Selskabets nettside [www.dnms.no](http://www.dnms.no), eller be interesserte melde seg inn direkte ved å sende navn, postadresse og e-mail-adresse til [astrid@dnms.no](mailto:astrid@dnms.no). Ønsk velkommen!

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
[ovind.larsen@medisin.uio.no](mailto:ovind.larsen@medisin.uio.no)

# En akademisk *Lancet* – UiO *Commission*: et nasjonalt og globalt kompetanseløft

*Michael* 2012;9:212–5.

*Universitetet i Oslo (UiO) ønsker å mobilisere engasjerte personer og institusjoner til en diskusjon om «global governance for health», eller på norsk: hvilke grep må tas for å bedre den globale folkehelsen? Dette initiativet er en del av den oppgaven Universitetet i Oslo har tatt på seg som leder, sekretariat og ressursgruppe for The Lancet – UiO Commission on Global Governance for Health.*

Dette er også en oppfølging av vårt universitets strategiplan. I denne planen ligger det en klar forpliktelse til å arbeide med globale problemstillinger:

«Flere av det 21. århundrets globale utfordringer knyttet til temaer som klima, energi, helse, fattigdom og brudd på menneskerettigheter, kjenner verken disiplingrenser eller geografiske grenser. Her har et breddeuniversitet som universitetet i Oslo et klart fortrinn.»

Den globale problemstillingen vi ser på i dag handler om *governance* i bred betydning; den tar også opp hvordan beslutninger i andre sektorer enn helsesektoren påvirker helse. Vi søker etter styringsverktøy og mekanismer som kan fremme global helse og redusere de store ulikhetene i helse. Kommissjonen vil altså konsentrere seg om *the political determinants of health*. Dette er på mange måter et nytt terreng der mange disipliner møtes.

Vi kjenner de globale helseproblemene og 'the causes of causes' til dårlig helse blant annet gjennom arbeidet med 'Social Determinants of Health'. Determinantene, dvs. under hvilke forhold mennesker er født, vokser opp, lever, arbeider og eldes, er formet av et videre sett av faktorer som økonomi, utdanning, kjønnsroller, velferdsordninger og politikk. Beslutninger med betydning for helse tas på en lang rekke arenaer inklusive farmasøytisk industri, handel og bistand. Og det finnes mange nasjonale og internasjonale organisasjoner som *kan* bidra til å fremme den globale helsen. Utfordringen er å finne et

veikart for endringer. Det er mer enn 40 års forskjell i forventet levealder mellom land, og innenfor grupper i samme by. Så potensialet for endring er enormt.

La meg nevne helsepersonellutfordringen. Det er 50 millioner helsearbeidere i verden i dag, og et antatt underskudd på fem millioner. Underskuddet er ujevnt fordelt; fattige regioner mangler flest. Likevel ser vi at rike land rekrutterer helsepersonell fra fattige land. Er det ikke et paradoks at vi bruker bistandspenger til behandling av AIDS, men samtidig tapper de samme landene for helsepersonell? Her ser vi et eksempel på en arena der helse kan fremmes gjennom bedre politiske beslutninger – en arena der Norge gjennom WHO har vært aktiv pådriver for å få vedtatt «The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel».

La meg også nevne overvektepidemien som nå treffer fattige land med full tyngde. Helse kan fremmes gjennom politiske beslutninger som begrenser markedsføring av sukkerholdige leskedrikker overfor barn. Slike beslutninger må tas på arenaer utenfor helsesektoren – vi snakker igjen om *governance for health*.

Dette er to eksempler som illustrerer globale utfordringer. Det er lett å finne flere. Miljø, migrasjon, markeder, mat- og vannmangel er noen. Sektorer utenfor det tradisjonelle helsevesenet må engasjeres. Mens selve helseutfordringene står på dagsordenen for Verdens helseorganisasjon ligger de politiske determinantene utenfor denne. De faller nn under denne kommisjonens interesseområde – *governance*.

*Governance* er et ord som ikke lett lar seg oversette til norsk. Men la oss se på en engelskspråklig definisjon. Weiss & Thakur (2006) understreker at *governance* må forstås bredt – det dreier seg om noe langt mer enn formelle statlige og overstatlige institusjoner. Det dreier seg om hvordan samfunnet styrer seg selv: “*The complex of formal and informal institutions, mechanisms, relationships, and processes between and among states, markets, citizens and organizations, both inter- and non-governmental, through which collective interests on the global plane are articulated, rights and obligations are established, and differences are mediated.*»

Så hvordan kan man best definere kommisjonens oppgave? De sentrale spørsmålene er hvordan hensynet til helse kan ivaretas gjennom bedre beslutningsprosesser der mesteparten av helse skapes, dvs. i sektorer utenfor helsevesenet, og hvordan man kan sikre at beslutningsorganer på alle nivåer legger helse inn i bunnlinjen når vedtak fattes.

Kommisjonen er allerede i ferd med å diskutere hvilken innfallspurt man skal velge. Vi kan ta utgangspunkt i menneskerettighetene, eller velge å angripe problemstillingene ut fra perspektivet universell helseforsikring. En tredje av mange mulige vinklinger er risiko og sikkerhet.

Velger man den siste vinklingen kan vi få hjelp av World Economic Forum som har sett på trusselbildet på jorden. Mange av de største truslene er direkte relatert til helse. Tilgang til vann og mat er blant disse. Finanskrisen og inntektsforskjeller ligger også høyt oppe på skalaen. Risikoanalysene viser med all tydelighet hvilket bredt spektrum av beslutningsarenaer som påvirker helse.

Så litt om bakgrunnen for etableringen av kommisjonen.

*The Lancet – UiO commission* ble etablert takket være en person som til de grader har satt global helse på agendaen: Richard Horton. Han er sjefredaktør i det medisinske tidsskriftet *The Lancet* og samtidig gjesteprofessor ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Under et møte i august 2010 mellom Horton, meg selv og professor ved institutt for helse og samfunn, Espen Bjertness, inviterte Horton Universitetet i Oslo til å lede en kommisjon for *The Lancet*. Harald Siem foreslo Global Governance for Health som tema. John-Arne Røttingen, med sine kontakter ved Harvard University, kom tidlig inn i diskusjonen om kommisjonens arbeidsområde.

Kommisjonen består av seksten medlemmer fra fem kontinenter. Kommisjonen er støttet av Utenriksdepartementet og andre offentlige myndigheter, og arbeidet skal føre frem til en rapport for publikasjon i *The Lancet* høsten 2013. Harvard Global Health Institute er med på laget, både som medlem av kommisjonen og som støttespiller til kommisjonens forskningsgruppe som ledes fra Senter for utvikling og miljø ved Universitetet i Oslo. Sekretariatet for kommisjonen er forankret ved Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Det første møtet i kommisjonen fant sted i Oslo, 12-13 desember 2011.

På forskningssiden har vi en jobb å gjøre. Det haster med å finne nye forskningsbaserte løsninger på hvordan globale beslutningsprosesser skal gjøres mer «helsevennlige». Dette ble understreket av utenriksministrene i Brasil, Frankrike, Indonesia, Norge, Senegal og Thailand i en kommentar publisert i *The Lancet* i desember i fjor:

« ... there is insufficient knowledge to make major progress, with little clarity about how to ensure that health is protected and promoted in global policy arenas outside the health sector. A systematic and independent process is needed, representing a broad range of disciplines and regional diversity, to develop a set of concrete recommendations on how to improve global governance processes for health. We welcome the creation of the independent academic Commission on Global Governance for Health organized by The Lancet, the University of Oslo and the Harvard Global Health Institute» (1)

Kommisjonen legger vekt på sin uavhengige og akademiske karakter. Kommisjonen står fritt til å velge sin retning og sitt arbeidsomfang. Den er ikke underlagt noen politisk agenda, men det er ønskelig at dens anbefalinger vil bli hørt og tatt videre på politisk nivå.

Universitetet i Oslo er et ambisiøst universitet. Vi vil bidra med forskningsbasert kunnskap i internasjonale tiltak for å løse globale utfordringer. Et eksempel på dette engasjementet for globale problemstillinger er vår aktive deltakelse i FNs klimapanel (IPCC) og i utarbeidelsen av rapporten om klimatilpassing og håndtering av risiko for ekstremvær og katastrofer. Denne rapporten ble lansert på Universitetet i Oslo i januar 2012.

Selv om kommisjonen formelt ligger under Universitetet i Oslo og har et formalisert samarbeid med Harvard, ønsker vi selvsagt at kommisjonen skal skape engasjement, også utenfor Oslo. For både Universitetet i Oslo og Harvard er i en læringsprosess når det gjelder global governance for health. Vi er ikke eksperter på området, men vi ønsker å bli det. Håpet er at denne kommisjonen kan være startskuddet for et norsk samarbeid, på tvers av disipliner og regioner, for å bygge kompetanse på området.

Det er viktig å engasjere studentene i arbeidet. Derfor er det gledelig at det nå er opprettet en skyggekommisjon av studenter, etter initiativ av medisinerstudenten Unni Gopinathan. Denne studentkommisjonen har en global og tverrfaglig sammensetning og skal bidra med nytenkning inn i kommisjonens arbeid.

Hvordan kan vi bruke kommisjonen til å skape et norsk forskningsmiljø som jobber med *global governance for health*? Våre visjoner må gå forbi kommisjonen; vi må se den som en «stepping stone» til et varig norsk engasjement og en solid norsk kunnskapsbasis på dette området.

## Litteratur

1. Patriota A, Juppé A, Natalegawa R, Støre JG, Niang M og Tovichakchaikul S. Why we need a Commission on Global Governance for Health. Comment. *The Lancet*, 2011; 379: DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61854-0.

*Ole Petter Ottersen*  
*Universitetet i Oslo*  
*rektor@uio.no*

# Global helse: Betydningen av økt kunnskap<sup>1</sup>

*Michael 2012;9:216–21.*

*Det er ikke mulig å forstå den moderne samfunnsutviklingen uten å erkjenne at helse er alles ansvar. I arbeidet med global helse trenger vi kunnskap – ikke for å lamme, men for å handle.*

For få dager siden, nå i januar 2012, var jeg i Myanmar, som er inne i en krevende transisjonsprosess. Den er skjør, mye står på spill og den kan gå mange veier. Det som slår meg er helsens betydning. To eksempler:

Det ene er at det er en grov skjevfordeling. For den jevne borger i Myanmar finnes det ikke tilgjengelige helsetjenester. *Leger uten grenser* er til stede i en del områder og rapporterer at det er ikke tilgang på primærhelsetjenester, f.eks. på landsbygda.

Dette er kanskje ikke så overraskende; det er noe vi ser i en rekke utviklingsland. Men Myanmar preges av at man har militærjuntaen på toppen, det vil si et ganske rikt toppsegment. Under finner man en nesten ikke-eksisterende middelklasse og under dette igjen en stor gruppe mennesker.

For meg er det klart at hvis Myanmar skal lykkes i å bli et demokrati, en rettsstat og oppnå utvikling, så må de få råd om hvordan de kan bygge opp et helsevesen som også setter befolkningen i stand til å bygge opp sin egen kapasitet.

Dette er ikke et land som preges av sult, tørke eller hungersnød. Nei, tvert om, landet kan bli Asias *bread basket* eller *rice basket* for nabolandene. I dag importerer de mat, men de vil kunne eksportere mat.

---

1 Denne artikkelen er en lett bearbeidet versjon av et innlegg som ble holdt under seminaret «Mobilisering for globale utfordringer: Akademiets engasjement i arbeidet med globale helseutfordringer – en presentasjon av «The Lancet – UiO Commission on Global Governance for Health» ved Universitetet i Oslo, 3. februar 2012. For andre taler, presentasjoner og artikler av Jonas Gahr Støre om helse og utenrikspolitikk, se [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)



Og helse kommer til å bli viktig. De ber innstendig om kapasitets- og kompetansebygging på en lang rekke områder – og helse er åpenbart ett. Da er det klart at vi kan bistå med kompetanse – for helsens skyld.

Men når jeg er interessert i dette er det også fordi jeg ser dette som en del av noe større; fordi det kommer til å gi tro på institusjonene og tro på at samfunnet er til for menneskene som bor der.

For det andre: Myanmar er et land i intern konflikt. Det foregår elleve etniske konflikter som nå blir brakt til våpenstillstand, en etter en. Det er positivt. Hvis det er noe militært kan, så er det å få til våpenstillstand – men tenker ofte at da er jobben gjort. Det de nå begynner å forstå – og som vi er blitt trukket inn i – er at det er da jobben begynner. Når våpenhvilen begynner, er det en skjør tilstand.

En av disse nevnte konfliktene er med karenfolket på grensen til Thailand, som er en konflikt mange i Norge er engasjert i. Her er det folk i flyktningleire. Da er helse viktig. Folk må kunne se at våpenhvilen bidrar til noe positivt. Det handler om helt elementære behov innen primærhelsetjenesten; det dreier seg om vaksiner, at det kommer et tilbud til fødende kvinner, at det kommer noe igjen for freden. Og det kan handle om at vi viser befolkningen at det nå ryddes miner.

Jeg bruker disse eksemplene for å understreke det jeg mener helseprofesjonen må ta innover seg som et fantastisk gjennombrudd – men som samtidig fører til del frustrasjon: *helse er alles anliggende*. Det er etter min mening ikke mulig å forstå den moderne samfunnsutviklingen uten å ha denne erkjennelsen.

#

Dette er det ene budskapet mitt – og det andre er at *vi trenger enda mer kunnskap*.

Karl Evang er allerede blitt nevnt; jeg henter ofte frem den kjente setningen tillagt ham om at «økonomer er verre enn tuberkulose». Det er derfor synd at Evang ikke fikk oppleve utviklingen som senere skjedde på området, nemlig at helse nå blir sett på som en investering – og ikke kun som en utgiftspost lenger.

Da jeg reiste med Gro Harlem Brundtland i Afrika og drev kampanje for hennes kandidatur til stillingen som generaldirektør i WHO, husker jeg at vi i Angola oppdaget at helseministeren der ikke en gang satt i regjeringen. Helseministerens betydning i landet var omvendt proporsjonal med betydningen av helse. Inntrykkene fra disse reisene var en sterkt medvirkende årsak til at Gro Harlem Brundtland definerte fattigdomsbekjempelse som hennes prioritet for arbeidet i WHO senere.

Dette var en ganske dristig politikk – av følgende grunner: Det var en helt opplagt politikk, etter vårt skjønn, men den var dristig fordi WHO alltid må være til for alle medlemslandene. Og mange her vil vite at dette kunne være et vanskelig budskap å formidle til europeiske land og USA – fordi de ville spørre «What is in it for us?»

Derfor måtte WHO gjøre to ting: fortsette å være den ledende organisasjonen for normer og standarder for alle, oppdatere internasjonale helse-reguleringer, kunne håndtere SARS og epidemier – ja, være relevant for alle. Men så måtte WHO også vri kompetansen i retning av dypere innsikt i «fattigdomssykdommer». Tropiske sykdommer lå tungt forankret allerede – men så i tillegg: å kunne gi råd i forhold til den doble sykdomsbyrden med livstilssykdommer og kroniske sykdommer – og å skaffe kunnskap.

Derfor kom i 2000 *Kommisjonen om makroøkonomi og helse*, ledet av Jeffrey Sachs. Den er fortsatt interessant å lese. Det var en viktig erkjennelse av det vi forsøkte å formidle, nemlig at helse er et anliggende ikke bare for helseministrene, men også for presidenter, statsministre og finansministre. Vi måtte bistå helseministeren i Angola med å komme inn i regjeringen, og når det nå kommer en sivil regjering i Myanmar må vi bidra til at helseministeren der blir en viktig samfunnsbygger – som gjør investeringer.

#

Jeg har påtatt meg dette med utenrikspolitikk og helse fordi jeg er opptatt av å se utenrikspolitikken også gjennom det prisme som handler om helse – ut fra erkjennelsen av at dette er *alles anliggende*.

Og ut fra erkjennelsen av at så mange av de samfunn som knekker og bryter sammen gjør det på grunn av de menneskelige faktorer knyttet blant annet helse. Eksempelvis: Amerikanske CIA har barnedødelighet som en av sine viktigste indikatorer for å vurdere om samfunn utvikler seg til «failed states».

Men konklusjonen av å erkjenne at dette er en viktig indikator, er at man må gjøre noe med barnehelsen og alle de sammenhenger barnehelsen opptrer i.

I dag er vi i en situasjon der det er et «herlig kaos» i internasjonal helse. De siste 10-15 årene er det innen helse vi har de beste forklaringsfaktorene for hva globalisering er. Og det er på denne arenaen det har skjedd mest nytenkning og nyskapning for eksempel i samarbeidsformer.

Da jeg kom til WHO var det mitt inntrykk at det fantes en del frustrasjon. Det sto i WHO's konstitusjon at «WHO is the leading coordinating agency in health», samtidig som Verdensbanken, legemiddelindustrien og Gates med flere stadig tiltok seg roller på dette området. Derfor var ett av Gro Harlem Brundtlands budskap at «ledelse må fortjenes», og derfor valgte



*Utenriksminister Jonas Gahr Støre. I bakgrunnen fra venstre Anna Louise Lie, Just Haffeld og Harald Siem. (Foto: Anbjørg Kolaas)*

vi «if you can't beat them, join them». Vi måtte inn i partnerskap – som GAVI, Det globale fondet og på malariaområdet.

Det er store utfordringer ved alt dette, viktige prinsipper blir utfordret – som at styrende organer av disse organisasjonene, som ivaretar demokratiske funksjoner, får mindre å si. Da vi var i WHO sa vi at dersom WHO kommer i en situasjon der mer enn halvparten av budsjettet kommer fra frivillige bidrag, det vil si givestyrt prioritering, så endrer WHO karakter. Da jeg møtte WHO-direktør Chan nå sist, så fortalte hun at denne andelen var 80 %. WHO er endret, karakteren er endret – ja, det er realitetene.

#

I dag våknet vi til nyheten publisert i *The Lancet* om at omfanget av malaria kan være langt større enn tidligere anslått. Tallene kan være høyere. Vi vet ikke om disse tallene er riktige, men vi trenger denne type informasjon, vi trenger kunnskapen. Kunnskap har vært helt sentral for at vi for eksempel forsto og kunne knekke polioviruset; i dag er polio redusert med 99 %. Det er et stort fremskritt. India har vært poliofritt i ett år.

Også innen malaria har vi gjort betydelige fremskritt. Vi snakker ikke om å utrydde malaria – men *Roll Back Malaria* – et uttrykk som fortsatt

står seg. Vi har Kommisjonen om makroøkonomi og helse og programmet for tropiske sykdommer – drevet frem av kunnskap.

Vi ønsker nå mer kunnskap om andre områder som kan bli relevant for politikken. Vi ønsker at helseområdet skal være en arena for innovasjon – nettopp ved å jobbe annerledes med internasjonal helse.

Derfor støtter vi aktivt opp om The Lancet/UiO – kommisjonen i samarbeid med Harvard.

Vi tok opp med WHO-direktør Chan om dette var en kommisjon som hun ønsket at WHO skulle gå inn i for å se på *global governance*. Jeg tror hun gjorde rett i å si at dette kunne ikke hun ta ansvaret for. Hun hadde nok på sitt bord. Men vi har nå en god arbeidsdeling i dette litt «kaotiske bildet» som internasjonal helse er; vi tar to eminente akademiske institusjoner og en publikasjon og sier: engasjer dette miljøet, gi oss mer kunnskap om hvordan den globale helsearkitekturen er.

Utenrikspolitikk og helse – initiativet har vært holdt i live siden 2006, og nå er jeg den eneste utenriksministeren som er igjen av dem som stiftet det. Men det er interessant at mange av dem som var med på dette har gått videre med helse. Franske Philippe Douste-Blazy har viet livet sitt til helse. I nettverket under utenriksministrene er det eksperter som holder kontakt og som spiller en rolle.

#

Ingen blant oss i dag vet hvilken kunnskap vil vi trenge om 10, 20 eller 30 år. Jeg er en «reisende» i nordområdesatsingen som vår hovedprioritet i utenrikspolitikken, og det jeg forsøker å si til unge mennesker er at fortellingen om Norge er fortellingen om hvordan vi utviklet kunnskap og hvordan vi forvaltet naturressurser, koblet sammen med arbeid og kapital, og gjennom dette har vi blitt det moderne Norge.

I 1958 sa Norges geologiske eksperter på spørsmål fra regjeringen at man kan utelukke at det finnes hydrokarboner på norsk kontinentalsokkel. Vel, det var sikkert et ærlig og godt arbeid som lå til grunn for den antagelsen.

Da jeg var med i *Scenarioer 2000*, i 1987, så hadde vi ingen idé om at for eksempel lakseoppdrettsnæringen ville bli Norges nest største eksportnæring i år 2000. For den gangen var laksenæringen forbundet med skandaler og sykdom.

Jeg spør ofte i foredrag til ungdom på videregående skoler: Hvorfor utvandret store deler av den norske befolkningen på 1800-tallet – fra et land som var så rikt på naturressurser? Olje, gass, laks, marin bioprospektering, mineraler? Ja, de smiler jo over det. Vi visste jo ikke! De hadde ikke

kunnskap, ikke om omfang av naturressursene eller hvordan utvinne. Og når kunnskapen kom, så ble gråstein til gull – bokstavelig talt.

På dette området er det vårt ansvar – og jeg kommer ofte tilbake til det som er utenrikspolitikken mål: nemlig å gjøre innenrikspolitikken mulig – og det faktum at Norge er en økonomisk og politisk overskuddsnasjon – ja, i denne situasjonen så vi har et ansvar for å engasjere oss. Et ansvar for å si til Myanmar at vi kan hjelpe, et ansvar for å opprettholde det høye nivået på utviklingshjelp, satse på helse, mobilisere vårt eget kunnskapsmiljø og et ansvar for å dele kunnskap. Vi kan være stolte i Botswana over at vi har bidratt til å bygge opp primærhelsetjenesten ved hjelp av norske helsearbeidere.

*Jonas Gahr Støre*  
*Utenriksminister*  
*Det kgl. norske utenriksdepartement*  
*Postboks 8114 Dep.*  
*N-0032 Oslo*  
*[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)*

# Global Governance for Health: Hva er utfordringene?

*Michael 2012;9:222–5.*

*I arbeidet med globale styringsutfordringer for helse kan man være visjonær eller pragmatisk. Men man må være klar over at det handler om vilje og om redskap for samstemt politikk. Denne må avveie og overkomme både tilsynelatende og reelle interessemotsetninger, på tvers av aktører og landegrenser. Global styring er ikke bare FN. Global helse er ikke bare bistand og ikke bare WHO.*

*Den norske regjering har foretatt en gjennomgang av samstemt politikk for utvikling. En kunne gjøre en tilsvarende gjennomgang for en samstemt politikk for global helse. Den nye stortingsmeldingen om global helse kan være en anledning til å se på hvilke krav en må stille til at norsk politikk er samstemt for helse – nasjonalt og globalt. Og hva det vil innebære av behov for styring, både gjennom eksisterende og nye mekanismer.*

Utenriksministeren viste i sitt innlegg til behovet for uavhengig kunnskap og nytenkning om hvordan en bedre kan ta tak i faktorer på tvers av ulike politikkområder som påvirker helse. Han etterspurte kunnskap som kan brynes mot praksis og skape endring, uten å sementere og handlingslamme.

I denne sammenhengen kan det være behov for å peke på at det er ikke bare kunnskap som kan sementere og handlingslamme, det gjelder også styring. På mange måter står vi i dag ved et vannskille – både når det gjelder styring og helse. Vi har mer kunnskap om global helse enn vi har redskaper og vilje til å bruke. Og vi har global styring som ikke mestrer den økende kompleksiteten av aktører og faktorer med betydning for helse. Mange er på leting etter nye grep.

## Nasjonal debatt illustrerer utfordringene

Vi diskuterer i dag global styring for helse, midt i en aktuell og intens nasjonal debatt der meninger brytes og interesser står mot hverandre:

- Samhandlingsreform og rasjonell organisering av tjenestetilbud.
- Regionalisering og desentralisering.
- Forholdet mellom offentlige og private tjenester.
- Fastlegeordningen og prioriteringer av innsats.

Debatten er mest intens og har høyest folkelig engasjement når det gjelder tjeneste tilbud for syke. Det er påfallende lite engasjement og debatt om hvordan andre sektorer og politikkområder påvirker helse – trygd, arbeid, lokalmiljø, sikkerhet og vold, innvandring og marked, med mindre det smeller med utslag i sykdom.

Fattigdom, sosiale ulikheter og helse er et viktig helsepolitisk tema, men vekker bare interesse når skiftende regjeringer ikke får det til.

Det store spørsmålet er *styrbarhet* – hva staten kan styre, finansiere, regulere og delegere og virkemidlene for dette. Interessesmotsetninger fører til stadighet til grøftekrig.

### *Nasjonale utfordringer og interessesmotsetninger forsterkes på den globale arena*

Ikke bare Norge, men alle land strever med å mestre sykdom, helse og sosiale ulikheter – med ulike forutsetninger og ulike typer helse og styringsmekanismer. Dette betyr tunge utfordringer og mange motstridende interesser når land skal forhandle og finne fram til måter å styre på sammen.

WHO er FN's spesialiserte organ for helse og helseministrene på verdensarenaen. Ikke rart at det også her er sykdom som får størst oppmerksomhet. Sosiale og politiske faktorer med påvirkning på helse er utenfor WHO's rekkevidde. WHO har likevel oppnådd mye gjennom forhandlinger, slik som det internasjonale helsereglementet, tobakk-konvensjonen og koden for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Samtidig ser vi både i WHO og i bredere FN sammenheng at landene står systematisk fast i uenighet og politisering av interesser – særlig når det gjelder legemiddelpolitikk, rettighetsspørsmål og sikkerhet, og i posisjonering knyttet til landenes ansvar for bistand og godt nasjonalt styresett. Dette løses ikke gjennom gjentatte forhandlinger.

I spørsmål om helsesikkerhet vil landene primært prioritere sikkerhet for eget land framfor felles sikkerhet.

### *Global styring for helse – Fiks ide eller nødvendig for å oppnå helsemål?*

Det er neppe mulig å mestre de nye utfordringene gjennom WHO slik organisasjonen er i dag, og neppe aktuelt med en enhetlig overstatlig sty-

ringsmodell. Behovet for nye grep er ikke bare uttrykk for en fiks idé, men uttrykk for at vi på mange måter kommer til kort med å skape synergier for en god, helsefremmende global-politikk som tar på alvor at:

- det er en økende *kompleksitet* – globalisering, *gjensidig avhengighet* («interdependence») og *gjensidig påvirkning* («interconnectedness») – med økende antall aktører, behov for større bruker deltakelse, desentralisering,
- felles ansvar går langt utover bistand fra noen rike land til noen fattige – det handler om gjensidig ansvar og globale fellesgoder, der alle må ha forpliktelser, men bidra på ulike vis avhengig av kapasitet og forutsetninger.
- helse på samme måte som klima er et globalt fellesgode der det nå må skapes enighet om hvordan dette håndteres – det gjelder også klima
- vi har styringsutfordringer for helse, både nasjonal og globalt og må ikke være naive

#### *Samstemt politikk setter nye krav, eksponert gjennom arbeidet med utenrikspolitikk og helse*

Helse har vokst fram som et av de nye områdene for «mykt diplomati». Men det er vanskelig for tradisjonelt diplomati å gripe tak i – helse plasseres hele tiden i en boks som handler om bistand og helsefagspecialister. Det er ikke lett for disse utfordringene å vinne gjenhør og interesse i tradisjonell utenrikspolitisk praksis, selv ikke i et utenriksdepartement med en utenriksminister som har et politisk engasjement for helse som utenrikspolitikk, og er i spiss på feltet internasjonalt. Helse skaper ikke endring i posisjoner i klimaforhandlingene og bygger ikke bro mellom fastlåste standpunkter om rettigheter og sikkerhet.

Deltakelsen fra akademia i dette seminaret viser det samme. Det er helsefolk som engasjeres av temaet, og ikke juss, etikk, statsvitenskap og andre samfunnsfag. For å komme videre i samstemt politikk for helse må det bli tydeligere hva helsevirkninger er av ulike politikkområder, hvordan de kan måles og hvordan alle parter kan holdes ansvarlige.

#### *Poliomyelitt som test på global styring for helse som globalt fellesgode*

En kan filosofere over disse utfordringene, men også teste dem på praktiske eksempler. Utryddelsen av poliomyelitt er godt egnet:

Alle land er i WHO blitt enige om at polioviruset kan og skal utryddes. Rotary, Gates-stiftelsen, USA og enkelte andre giverland har etablert et partnerskap med WHO og UNICEF. Vi har nødvendig redskap og vet hvordan jobben skal gjøres, det står bare igjen 0,5% av jordas landområder der en ikke har greid å avbryte smitten. Samtidig er alle land i risiko-sonen



for re-infeksjon. Alle land vil tjene på at jobben er gjort ved at sykdommen også er utryddet og en kan stoppe å vaksinere.

Men det er den aller vanskeligste jobben som står igjen, fordi det er grunner til at det fortsatt er uvaksinerte barn i disse kritiske områdene. Det er sosiale helseforskjeller, politiske og kulturelle hindringer, kriger og konflikter og svak tjenestekapasitet, kvalitet og tillit. Her testes diplomati, finansiering, faglig bistand, nasjonal styring og forpliktende avtaler. Skal poliomyelittforebygging konkurrere med andre gode formål for bistandskronene, eller er det et felles ansvar som skal medfinansieres av alle lands helsemyndigheter? Hvor forpliktende er avtaler i WHO og finnes det sanksjoner? Om vi ikke greier dette, hva da med alle drømmer om en forpliktende global helsekonvensjon basert på rett til helse for alle og forpliktende avtaler mellom land?

*Sigrun Møgedal*

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

*sigrun.mogedal@kunnskapssenteret.no*

# Politisk økonomi og «Global Governance for Health»

*Michael 2012;9:226–9.*

*Politisk økonomi er et viktig fag i arbeidet for global helse. Kommisjonen som er opprettet, skal fokusere på områder der vi kan gjøre en forskjell. Den bør forsøke å være originale og kommunisere innsikter som kan bidra til at folk ser verden på nye måter og foreslår handlingstiltak som har en reell sjanse til å bli gjennomført.*

Dette er ikke den første kommisjonen om globale helsespørsmål og den vil sannsynligvis heller ikke bli den siste. Men samtidig som vi må være realistiske når det gjelder hva kommisjonen kan oppnå, tror jeg at vi har noen fordeler sammenliknet med mange andre kommisjoner:

- Vi behøver ikke å være politisk korrekte; vi kan si hva vi vil.
- Det kreves ikke at vi skal oppnå full konsensus i rapporten. Uenighet, dersom den er uttrykt på en god måte, kan til og med være konstruktiv.
- Vi trenger ikke lage en rapport som er altomfattende. Vi kan velge å gjøre analyser og anbefalinger på de områdene hvor vi opplever at vi har noe nytt å si, og der vi kan håpe å gjøre en forskjell.

På det første kommisjonsmøtet i desember slo det meg hvor mange av oss – uansett land og bakgrunn – som så problemet i politiske termer: Det vil si at ulikheter i menneskers helse i stor grad kan betraktes som en manifestasjon av makt-relasjoner. Dette kan være makten til individuelle land, som kan – for eksempel – påvirke lover og konvensjoner om internasjonal handel eller intellektuelle eiendomsrettigheter. Det kan være makten til store transnasjonale selskaper som besitter patent-rettigheter.

Men det kan også være den mer diffuse markeds-makten, som skaper insentiver basert på profitt-maksimering, og som blant annet bidrar til usunne forbruksmønstre.

Mitt eget fag-område, politisk økonomi, fokuserer på nettopp slike temaer, og jeg tror at denne disiplinen har mye å bidra med i kommisjonsarbeidet ved å analysere kritisk hvordan makt utøves av ulike aktører. De siste åra har det blitt gjort mye interessant forskning om global styring, men ikke hovedsakelig fokusert på helsefeltet.

Det har i økende grad blitt erkjent at selv om nasjonalstaten er en viktig aktør, så er den samtidig bare én av flere. Privat sektor, internasjonale organisasjoner og sivilsamfunn (enten det er som sosiale bevegelser eller NGOer), kan alle ha betydelig påvirkning på hvordan beslutninger tas i ulike sektorer og kontekster, og dermed hvordan dette, enten direkte eller indirekte, påvirker folks helse. Det er også nå større innsikt i, og forståelse for, hvordan makt utøves på mange ulike måter – alt fra «hard» militærmakt, til «myk» makt basert på normer og verdier.

Politisk økonomi kan bidra i kommisjonens arbeid, ikke bare med ny forskning, men også med innsikter som har vært etablerte i disiplinen over lenger tid – når det gjelder maktens natur og betydning, i all dens manifestasjoner.

Akademikere kan og bør oppmuntre folk til å tenke kritisk. Spesielt i samfunnsfagene betyr gjerne dette at det må stilles bedre spørsmål. Bedre spørsmål kan gi ny innsikt, hjelpe oss med å se verden på en annen måte, og utfordre 'conventional wisdom'. Nyere forskning har vist at dette er spesielt viktig i konfrontasjon med mektige interesser, fordi disse kan påvirke vårt verdensbilde uten at vi er nødvendigvis klar over det.

Jeg skal ikke gå inn i en detaljert forklaring av diskurs-teori eller neogramscianske begreper om "framing». Men jeg vil bemerke at FN-rapporter ofte oppnår lite. Dette er etter min mening ikke bare fordi deres anbefalinger må baseres på kompromisser mellom veldig ulike interesser, men også fordi slike rapporter ofte anvender et analytisk rammeverk som ikke adresserer kontroversielle maktaspekter.

Overfor kommisjonsmedlemmer som ikke kjenner politisk økonomi like godt, vil det kanskje bli en utfordring for meg å tydeliggjøre hva et slikt perspektiv kan tilføre. Jeg tror ikke løsningen er å bruke fagterminologi, eller for eksempel å utrede forskjellen mellom 'the old institutional economics' (som jeg foretrekker) og 'the new institutional economics'. I stedet tror jeg det er best å illustrere nytten av et politisk økonomisk perspektiv ved å bruke eksempler. Det vil jeg også gjøre nå:

Som en av Storbritannias mest anerkjente politiske økonomer, har professor Ben Fine ved University of London skrevet mye om mat og forbruk, delvis basert på et stort tverrfaglig prosjekt. I hans bok *The political economy of diet, health and food policy*, utgitt av Routledge i 1998, gjør han detaljerte

analyser av ulike aktørers makt, og deres ofte negative påvirkning på markedssystemet. Det er én historie jeg syns er spesielt illustrerende i dette arbeidet: Gå inn i et supermarked. I én avdeling finner du en rekke sunne, low-fat og sukkerfrie mat-produkter; det være seg yoghurt, kaker, desserter etc. Velinformerte og relativt velstående forbrukere betaler mer for fordelene ved at fett og sukker fjernes fra produktene de kjøper. Men hva skjer med dette fett og sukkeret? Svaret er, ifølge Ben Fine, at det tilsettes andre matprodukter: nemlig krem-kaker og desserter i en annen del av den samme butikken. Her er maten billigere, og kjøpes spesielt av de som er dårlig informert om helse og ernæring.

Altså, for å si det enkelt, mengden fett og sukker som selges i butikken er konstant, men det er skjevt fordelt. Mekanismen er ganske subtil, men viser hvordan interesser – i dette tilfellet store matprodusenter – kan ha en negativ effekt på helse.

Vi finner det samme fenomenet på internasjonalt nivå: Folk som bor på små øyer i Stillehavet eksporterer fisk av høy kvalitet til rike land, mens de selv ofte importerer mat som er usunn. De velstående landene henter altså ut den sunne maten fra de fattigere landene, mens de fattige landene kjøper de usunne, behandlede produktene fra de velstående. Satt på spissen så er resultatet av dette at den dårligste helsen havner i de fattige landene.

Det finnes sikkert mange eksempler – fra andre sektorer og kontekster – på hvordan helse påvirkes av diverse aktører og interesser. I noen tilfeller er maktutøvelse tydelig, eksplisitt og godt kjent – som for eksempel med stor farmasøytisk industri og aids-medisiner. Men i andre tilfeller er det mer nyansert og vanskelig å oppdage den reelle dynamikken.

Det er antageligvis et mindretall her som er politiske økonomer. Men jeg er sikker på at mange av dere kan komme med konkrete eksempler som vil øke vår forståelse av det som i hvert fall jeg ser som et sentralt tema for kommisjonen: nemlig hvordan makt utøves innenfor de mange ulike områdene som påvirker folks helse over hele verden.

Jeg håper at vi kan få dere engasjert i kommisjonens arbeid, få inn gode 'case studies' som kan undersøkes nærmere, og dermed forbedre vår forståelse av dette viktige, men komplekse fenomenet.

Hvordan kommer rapporten til å se ut? Kort oppsummert, jeg regner med at den vil inneholde både beskrivelse, analyse og anbefalinger – og at koblingene mellom disse tre vil bli nøye argumentert for. Jeg vil avslutte med å gjenta poengene jeg startet med:

- Kommisjonen skal ikke forsøke å dekke ethvert tema som har å gjøre med global helse, men fokusere på et område der vi kan gjøre en forskjell;

- Vi bør forsøke å være originale og kommunisere innsikter som kan bidra til at folk ser verden på nye måter;
- Og, når vi foreslår handlingstiltak, bør vi ty til dem som har en reell sjanse for å bli virkeliggjort

Jeg tror at Norge stiller med betydelige fordeler når det gjelder å skape endring på den globale helse-arena. Jeg håper at vi akademikere sammen kan bidra til å oppnå en slik ambisjon.

*Desmond McNeill*  
*Senter for utvikling og miljø (SUM)*  
*Universitetet i Oslo*  
*desmond.mcneill@sum.uio.no*

# The Lancet – UiO Commission on Global Governance for Health: Mobilisering for globale helseutfordringer

*Michael 2012;9:230–4.*

*Norsk forum for global helseforskning er opptatt av begrepene og verdiperspektivene i kommisjonens arbeid.*

Jeg vil først gratulere Universitetet i Oslo og rektor Ottersen med lanseringen av kommisjonen *Global Governance for Health*. Likeledes er det på sin plass å gratulere *The Lancet*. Universitetet har tatt imot utfordringen med dypt alvor og stort engasjement og *The Lancet* har valgt seg en solid partner. Jeg mener i det hele tatt at det er et godt og riktig valg å legge kommisjonens base til Norge. Norge har lang erfaring som velferdsstat. Vi legger likhetsprinsipper til grunn for fordeling av helsetjenestene. Vi har en progressiv beskatning som gir grunnlag for smarte finansieringsordninger og sikkerhetsnett som dekker nesten alle. Vi tenker radikalt mer tverrsektorielt enn andre land omkring politikktutforming for å løse samfunnshelseproblemene. Andre land har noe å lære.

For Universitets del kan opprettelsen av kommisjonen ha kraft til å samle Universitets innsats på feltet global helse. Hittil har kunnskapsmiljøet kanskje fremstått som noe fragmentert og til en viss grad knyttet til enkeltindivider ved forskjellige fakultet. Dette er ikke ment til forkleinelse for Universitetet i Oslo. Fragmentering preger foreløpig hele det norske forskningslandskapet når det gjelder global helse. Dette har tre viktige årsaker:

1. For det første er vi et bittelite land, med relativt små universiteter og forskningsinstitutter som ligger spredt utover.
2. For det andre kan man ikke, med hånden på hjertet, si at global helse hittil har vært et prioritert felt innenfor de norske universitetene.
3. Men mest av alt er det fragmentert fordi global helse er et nytt og ekstremt tverrdisiplinært felt der løsningen av hver problemstilling krever samarbeid på tvers av fag.

Kommisjonen og den prioriteringen den har fått ved Universitetet, kan skape et formidabelt momentum. Rektor Ottersen inviterer nå oss andre til å ta del i dette. Det er vi glade for. Dette løftet for feltet kan også bidra til at vi i Norsk Forum for Global Helseforskning kan klare å samle det landslaget av forskere på global helse som har vært vår ambisjon siden forumet ble etablert. Så jeg vil takke for at jeg ble invitert til å delta her i dag på vegne av *Norsk forum for global helseforskning* som er det nasjonale samlingspunktet til alle som er interessert i global helse.

Jeg har valgt ut tre poeng i sammenheng med kommisjonens arbeid:

1. Det første handler om *begrepene* som blir brukt i forbindelse med kommisjonen,
2. det andre handler om *verdiperspektivene* man bringer inn i diskusjonen og hva dette kan eller bør bety for kommisjonens arbeid, og
3. det siste handler om *Healthy global governance*, om global governance sett med public health-briller.

## Begrepene

«Helse» leses ofte som «sykdom». Dette blir for snevert. Mange tenker på global helse i et nord-sør perspektiv; som sykdommer forårsaket av mystiske tropiske parasitter. Ellers så tenker man seg sykdom og helse generelt, bare ekstrapolert i et svært, globalt perspektiv. Og så lar vi oss overraske over at sosiologer og statsvitere jobber med global helse. Og økonomer! Og samfunnsgeografer!

Begrepet «*Global helse*» har ennå ikke fått en robust definisjon. Selv tenker jeg på global helse som betegnelsen på en overbygning over et svært puslespill av forskjellige politiske, økonomiske, sosiale og biologiske determinanter til folks livsvilkår over hele kloden som påvirkes av globale beslutninger og hendelser, både på godt og ondt, og hvor man ikke bare må hente forståelse og kunnskap fra ulike disipliner, men også kunne evne å sette bitene sammen. Men mest av alt handler global helse om påta seg et delt ansvar. I en tidsalder med økonomisk og politisk globalisering må vi innse at vi også må globalisere ansvaret for folk folks ve og vel – ikke minst fordi vi ser hvor skjevfordelt gevinstene av globaliseringen er.

«*Governance*». Dette begrepet kan være litt diffust for noen og enhver. Governance oversettes til norsk som *styresett*. Hvem er det egentlig vi snakker om som skal styre? Er det noen vi har valgt? Er det diplomatiet? Hva med Bill Gates? Skal storindustrien være med? Skal kommisjons arbeid handle om en slags meta-governance? Hvordan de som styrer verden skal styre seg selv?

Snakker vi om «*Global health governance*», «*Global governance for health*» eller rett og slett «*Healthy global governance*»?

Avstanden mellom aktørene som opptrer på den globale arena og de som blir bestyrt kan bli uendelig stor. Kanskje kommisjonen kan fylle en viktig rolle i å skape en kommunikasjon mellom de som styrer på globalt nivå og oss andre?

### Om verdiperspektiv

«*Social injustice is killing people on a grand scale*» blir det sagt i rapporten fra WHO's Commission on the social determinants of health i 2008, og i sin velkomsttale til kommisjonen i desember sa rektor Ottersen at *rettferdighet* vil komme til å bli et tema man stadig vil vende tilbake til i løpet av arbeidet. Det tror jeg han har helt rett i. Jeg tror nettopp at en av de mest sentrale utfordringene innenfor global governance handler om *kolliderende verdisyn* – at aktørene faktisk ikke er enige om hva som er rimelig, rettferdig og moralsk riktig når det gjelder fordeling, inklusive fordeling av helse. Eksempler på slike ulike verdisyn kan hentes fra tenkere på en skala fra Nozick til Freire:

- Freedom for the individual to buy the best possible health
- Greatest good for the greatest number
- Equal right to health care
- Equal right to be achieve full health potential
- Equal right to be as healthy as another person
- Right to take part in prioritizations

Jeg mener at det er viktig at kommisjonen våger å diskutere slike verdiperspektiver på kollisjonskurs og hvordan disse påvirker global politikk-utforming. Global helse og Global governance for health handler mye, men den overordnede målsetningen må være å gjøre noe med den enorme ulikheten i helse, både innenfor og mellom land.

Det er åpenbart at de systematiske, urimelige og urettferdige ulikhetene ikke bare handler om biologiske årsaker eller slett livsstil. Derfor er det ikke noen varig løsning å bare fylle på med medisiner eller adferdsintervensjoner for å få folk til å slutte å røyke eller spise sunnere mat. Det må strukturelle endringer til. På nasjonalt nivå har systematiske strukturelle endringer løftet 40 millioner mennesker ut av fattigdom i Brasil, sier Paulo Buss, som er et medlem av kommisjonen. Vi må høste av slike erfaringer når vi skal tenke globalt.



## Healthy global governance

*Healthy global governance:* Verden kunne trenge litt sunn styring. Vi har en matvarepriskrise, vi har et klimaproblem som kommer til å seile opp som den mest overskyggende risikofaktor for folks liv og helse over hele kloden. Men mest aktuelt i februar 2012 er det vel kanskje den globale økonomien. Se bare hvordan den økonomiske krisen i Europa rammer de mest sårbare først. I Hellas legger desperate mødre fra seg babyer på kirketrappen og i *The Lancet* kan vi lese at essensielle medisiner ikke lengre er tilgjengelig i landet. I Spania stod 23% av den befolkningen uten jobb siste kvartal av 2011. 48% av de unge, mellom 16 og 24 år. For å redde økonomien kutter man drastisk i offentlige utgifter – sosial og helse.

Ingen kan fortelle meg at dette ikke får helsemessige konsekvenser – historien viser konsekvensene av de såkalte «structural adjustments» som ble presset på fattige land som var i den ulykkelige situasjonen at de var avhengig av støtte fra det internasjonale pengefondet på 1980- og til dels 1990-tallet.

Det er åpenbart noe feil her – vanlige borgere føler seg grundig lurt og de finner seg ikke i det lengre. I oktober spredde Occupy Wall Street-bevegelsen seg til 900 byer i verden på få dager. Og beskjednen er oppfattet: Og nå skal jeg ikke sitere en gammel raddis, men uttalelser Klaus Schwab som er opphavsmannen til World Economic Forum, ga i Davos i forrige uke:

*“We have a general morality gap, we are over-leveraged, we have neglected to invest in the future, we have undermined social coherence, and we are in danger of completely losing the confidence of future generations.»*

Han sier videre:

*“We are in an era of profound change that urgently requires new ways of thinking instead of more business-as-usual.....Capitalism in its current form, has no place in the world around us.»*

Når selv «*the one percent*» mener at grådigheten har tatt overhånd, må healthy global governance først og fremst innebære å gjenopprette folks tillit til at man kan ta grepet om styringen av et økonomisk system som har løpt løpsk. Jeg har noen eksempler på behovet for styring:

- Matvareprisenes uforutsigbare flukturerer når spekulanter bruker roboter som formidler transaksjoner etter algoritmer i lynets hastighet. Dette dreier seg ikke ansvarlige investeringer som gir arbeidsplasser og vekst, men profittmotiverte transaksjoner som ødelegger markedet og reduserer tilgangen til mat for de fattigste. Hvorfor skattelegges ikke denne type transaksjoner?
- Frihandelsavtaler som unntar landbruket – det eneste produktet som fattige land kan ha håp om å konkurrere med i et fritt marked?

- Hva med private utenlandsk investeringer i store afrikanske landområder, som for eksempel Etiopia, for å dyrke mat til eksport, mens den sultne befolkningen skal mettes av billige importerte produkter med lav næringsverdi?

Hvilken effekt har slike mekanismer med globalt tilsnitt på verdens helse?

Dette var smakebiter av problemstillinger innenfor global governance for health sett med «public health»-briller. Gjennom *Norsk forum for global helseforskning* har vi mange slike briller i forskjellige farger og forskjellige linsestyrke å låne bort til kommisjonen.

*Inger B. Scheel*  
*Norsk forum for global helseforskning*  
*ins@nokc.no*

## En studentkommisjon om «global governance for health»

*Michael 2012;9:235–7.*

*Det blir etablert en egen studentkommisjon som en del av The Lancet – UiO Commision. Studentkommisjonen vil utføre egne analyser og ha en rådgivende funksjon overfor hovedkommisjonen.*

Millenniumsmålene som ble vedtatt av de Forente Nasjoners (FN) generalforsamling i 2000 er et tidsbestemt rammeverk for global utvikling. Tre av millenniumsmålene går direkte på helsespørsmål (barnehelse, mødrehelse og bekjempelse av HIV/AIDS, malaria og tuberkulose), og har bidratt til å øke ressurser og initiativer som går til globalt helsearbeid.

Samtidig har vi det siste tiåret i økende grad blitt klar over at de andre millenniumsmålene, som reduksjon av fattigdom, utdanning, likestilling mellom kjønnene og miljømessig bærekraftig utvikling (inkludert sikker tilgang til rent vann), har en større betydning for globale helseutfordringer. Hvordan politiske, økonomiske og sosiale faktorer påvirker helsetilstanden i en befolkning, ble ikke minst vist gjennom rapporten til Verdens Helseorganisasjons (WHO) kommisjon om sosiale helsedeterminanter (1). Millenniumsmålene vært utsatt for kritisk analyse, blant annet i en Lancet-kommisjon i 2010 som konkluderte med at synergier mellom de ulike millenniumsmålene ikke hadde blitt utnyttet på en god nok måte og at spørsmål som likestilling og likhet (eller mer riktigere på det som engelsk benevnes som «equity») ikke var blitt godt nok ivaretatt (2).

Mye har derfor vært sagt om millenniumsmålene, på godt og på vondt. Men én ting er et ubestridt faktum, millenniumsmålene har vært et frø til utvidet engasjement blant studenter og unge mennesker for globale spørsmål, og ikke minst for global helse.

I Norge finner vi flere konkrete eksempler som belyser det økte engasjementet for global helse. Ungdomsorganisasjonen Changemaker har for

eksempel opprettet et eget politisk plattform for global helse (3). De siste årene har Norsk medisinstudentforening (Nmf) satt et bredt søkelys på globale helsespørsmål som sammenhengen mellom klimaendringer og helse, tilgang til livsnødvendige medisiner og retten til helsetjenester for papirløse migranter (4). Global helse har også fått et større tverrfaglig engasjement. Dette ble godt belyst i februar 2011 da ISFIT-festivalen i Trondheim (International Students Festival in Trondheim) valgte global helse som tema.

Spørsmål som klimaendringer og tilgang til medisiner er store politiske spørsmål hvor diskusjonene og beslutninger fattes langt utenfor selve helse-sektoren. Samtidig har for eksempel medisinstudenter i økende grad blitt klar over at om den globale folkehelsen skal forbedres, så må man påvirke prosesser i andre arenaer utenfor helsesektoren, slik at helsemessige konsekvenser blir overveid og beslutninger tas til det beste for folkehelsen.

Under verdenskonferansen om sosiale helsedeterminanter, organisert av WHO med Brasil som vertskap i oktober 2011, var en større studentdelegasjon fra International Federation of Medical Students Associations tilstede. Deres kritiske analyse av den politiske erklæringen fra konferansen, «Rio Political Declaration on Social Determinants of Health» (5), ble senere sitert av Sir Michael Marmot i hans blogg. Marmot skrev at analysen fanget opp den store svakheten til Rio-deklarasjonen, nemlig at den ikke klarte å belyse strukturelle maktforhold og urettferdig fordeling av ressurser som bidrar til å opprettholde og utvide ulikheter i helse, både mellom og innad i land (6).

Med dette bakteppet var det naturlig at det ble tilrettelagt for involvering fra studenter når *The Lancet* og Universitetet i Oslo bestemte seg for å opprette en kommisjon om «global governance for health», og derfor har idéen om en studentkommisjon blitt utviklet. Denne idéen fikk stor oppslutning da den ble presentert under hovedkommisjonens første møte i desember.

Studentkommisjonen vil bestå av 16 studenter og nylig ferdigutdannede unge personer med tidligere erfaring eller interesse for globale spørsmål. Gruppen skal bestå av personer fra høy-, lav- og mellominntektsland, og være tverrfaglig sammensatt, hvor medlemmene har bakgrunn fra medisin, juss, statsvitenskap, sosialantropologi, miljøvitenskap eller økonomi.

Studentkommisjonen vil ha to hovedoppgaver gjennom hele prosessen. Den første vil være å utføre en selvstendig analyse av globale styringsmekanismer, arenaer og beslutningsprosesser som påvirker globale helseutfordringer og muligheten til god helse, i tråd med mandatet som hovedkommisjonen fikk i *Lancet*-kommentaren som lanserte initiativet (7). Den andre oppgaven vil være å utøve en rådgivende rolle, ved å komme med tilbakemeldinger til hovedkommisjonens arbeid. Studentkommisjonen skal

utfordre hovedkommisjonens betraktninger og slutninger, og være et friskt pust gjennom hele prosessen.

Det er også et mål for studentkommisjonen å bli en aktør i de fremtidige diskusjonene vedrørende den globale agendaen etter millenniumsmålene i 2015.

Studentkommisjonen kan bli et samlingspunkt for globale nettverk av studenter og unge mennesker som jobber med ulike globale spørsmål, som for eksempel klimaendringer hvor ungdomsnettverket YOUNGO er blant de største gruppene, eller tilgang til medisiner hvor studentgruppen Universities Allied for Essential Medicines har påvirket prosesser på universiteter (8) og i Verdens Helseorganisasjon (9).

Det er forhåpninger om at denne gruppen klarer å utføre spennende analyser og utvikling av kunnskap som kan bidra til både hovedkommisjonens rapport og til ny, selvstendig tenkning på dette spennende feltet.

## Litteratur

1. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008 nov 8;372(9650):1661–9.
2. Waage J, Banerji R, Campbell O, Chirwa E, Collender G, Dieltiens V, mfl. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015 *Lancet* and London International Development Centre Commission. *Lancet*. 2010 sep 18;376(9745):991–1023.
3. Changemaker. Global helse. <http://www.changemaker.no/Politikk/Hiv-og-aids/> (23.02.2012)
4. Norsk medisinstudentforening. Prosjekt. <http://legeforeningen.no/Student/Norsk-medisinstudentforening/Prosjekter-og-utveksling/> (23.02.2012)
5. World Health Organization. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/> (23.02.2012)
6. Marmot Review Blog. <http://marmot-review.blogspot.com/2011/10/its-amazing-what-you-can-accomplish-if.html> (23.02.2012)
7. Ottersen OP, Frenk J, Horton R. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, in collaboration with the Harvard Global Health Institute. *Lancet*. 2011 nov 5;378(9803):1612–3.
8. Crager SE, Guillen E, Price M. University contributions to the HPV vaccine and implications for access to vaccines in developing countries: addressing materials and know-how in university technology transfer policy. *Am J Law Med*. 2009;35(2-3):253–79.
9. World Health Organization. Consultative Expert Working Group. [http://www.who.int/phi/news/cewg\\_submissions/en/index.html](http://www.who.int/phi/news/cewg_submissions/en/index.html) (22.02.2012)

*Unni Gopinathan*

*Universitetet i Oslo*

*unni.gopinathan@medisin.uio.no*

# Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk

*Michael 2012;9:238–45.*

*Psykisk helsevern har gjennomgått store forandringer det siste århundre, der både omsorg, behandlingssyn og behandlingstilbud har skiftet. I Norge har det især funnet sted en overgang fra institusjons- til lokalmiljøtilbud. Vi har også hatt mange problemstillinger rundt integrering og segregering av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet. Denne historiske utviklingen i psykisk helsevern har også interesse ut over det helsefaglige miljø.*

## **Desentralisering og deinstitusjonalisering**

I perioden 1850 til 1970 ble det foretatt omfattende utbygging av institusjoner for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Institusjonene ble bygget ut fra en behandlingsfilosofi der man ønsket å avsondre mennesker med psykiske lidelser fra samfunnet for å gi dem ro. Så skjedde det en dreining i behandlingssyn der man tvert om ønsket at pasienten også under behandling skulle få leve mest mulig normalt, nærmest mulig der han/hun bor og mest mulig integrert i samfunnet. I 1960 startet utbygging av psykiatriske poliklinikker. Det første psykiatriske sykehuset som startet med poliklinikk var Dikemark sykehus i Asker, fordi man begynte å organisere et ettervern utenfor sykehusområdet (1,2). På 1970-tallet ble kommunehelsetjenesten bygd opp etter prinsippet om folks rett til helsetjeneste der de bor. Dette satte fortgang i nedbyggingen av institusjonshelsetjenesten generelt, og i psykiatrien spesielt.

Fra 1970 ble det etablert dagavdelinger. For enkelte pasienter er dette et svært godt tilbud der man kan få mulighet til å arbeide med sine vanskeligheter samtidig som han/hun beholder fullt ansvar for sitt eget dagligliv (1). I tillegg ble det etablert flere ettervernshjem, fordi behovet for aktiv rehabilitering meldte seg. Fra 1980 har sektorisering av psykisk helsevern vært viktig, med økende integrering av mennesker med psykiske lidelser ut

i samfunnet. I denne perioden har plassene i privat pleie minket, samtidig bygde mange kommuner ut alders- og sykehjem, noe som førte til at mange kommuner kunne ta hjem syke til omsorg i lokalmiljøet. Plasstallet i psykiatriske institusjoner ble samtidig redusert, og grunnlag for disse endringene har vært både utvikling og bruk av medikamenter, miljøterapi, vektlegging av de sosiale forholdene rundt pasienten, samt en rekke psykoterapeutiske behandlingsmetoder (3).

Ideen om nedbygging av de psykiatriske institusjonene kom delvis fra Italia. Finn Skårderud (4) beskriver dette slik:

«Erfaringene var tydelige: Der hvor nedbygging var drevet frem av ideologiske engasjerte fagfolk – av en kulturell bevegelse med ambisjoner om form og innhold i det alternative tilbudet – gikk det som regel godt for pasientene. Der hvor nedbyggingene var skjedd på grunnlag av byråkratiske og økonomiske tiltak, uten bevegelsen som drivkraft, gikk det ofte dårlig. Det finnes mange italienske fortellinger som ligner vår egen historie om en trist trikketur sommeren 2004, der en psykiatrisk pasient gikk berserk» (4: 289)

Dette utsagnet rommer den ideologiske integrasjonstenkningen, men samtidig et varsel om at man må ha et tilstrekkelig godt system for behandling og forvaring når det trengs. Men det var ikke ideologi alene som var bakgrunn for de store endringene. Den økonomiske krisen som rammet hele den vestlige verden på 1970-tallet rettet søkelyset på totalinstitusjonene og deres overdrevne driftskostnader. 90 psykiatriske sykehus ble nedlagt i Italia som følge av at parlamentet gjorde vedtaket i 1978 om å stenge alle psykiatriske sykehus. De mest pessimistiske spådde flere selvmord og øket kriminalitet, men et kvart århundre etterpå har ikke disse dystre spådommene gått i oppfyllelse (5).

Tjenestetilbudet i Italia er bygd opp rundt borgerrettighetene, der hvert individ skal få en opplevelse av et meningsfylt liv og fornemmelse av å ha herredømme over sine egne avgjørelser. Alle som har psykiske problemer blir tatt imot av hjelpeapparatet, uten at det blir foretatt noen utvelgelse av klienter gjennom en lokalbasert tjeneste (5). Dette fikk konsekvenser i form av endringer i organisering av psykisk helsevern i mange vestlige land, også i vårt naboland Sverige (6). Hvilke konsekvenser fikk så dette for de endringene som ble satt i gang i Norge? Var det politisk vilje til å gå så radikalt til verks i omleggingen av det psykiske helsevesenet her hjemme?

St.meld.nr.25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (7) indikerte en større satsing på psykiatri i Norge både økonomisk og faglig. Meldingen fastslo at det måtte benyttes flere metoder samtidig for å få til gode løsninger i tjenestetilbudet ved å kombinere både legemidler, psykoterapi og sosiale tiltak. Det ble foreslått å ta hånd om

pasientene i lokalsamfunnet, trekke familien inn i behandlingen – og bruke medisiner hvis det trengs – sammen med samtalerapi. I stortingsmeldingen heter det at for å få dette til, må det satses på mest mulig poliklinisk behandling, og at minst mulig behandling blir gitt i institusjon. Videre angis at det må tilrettelegges flest mulig behandlingstilbud i nærhet av der folk bor, og det må satses mer på utbygging av bo-, omsorgs- og aktiviseringstilbud lokalt. Men ved å dreie behandlingssideologien mot en utvikling der man skulle ta større ansvar for sitt eget liv, ble det behov for regulering av lovverket. Ut fra dette foreslo meldingen at staten, ved departementet måtte fremme forslag om ny lov om spesialisthelsetjeneste, ny lov om rettsikkerhet med særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern, og ny lov om pasientrettigheter. «*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*» (8) ble vedtatt i 1999. Neste skritt var å implementere dette inn i samfunnet, både i administrasjon og i behandlingsapparat. Med de nye lovene var pasientens rett kommet mer fram.

### **Regional utbygging av psykiatriske tjenestetilbud**

Da lov om psykisk helsevern kom i 1961, ble det grovt sett en todeling av de psykiatriske institusjonene i Norge. Sinnsykehusene fungerte som behandlingstilbud, og pleiehjem ble opprettet for personer som ikke kunne nyttiggjøre seg behandling. Lovvedtaket førte til en nedbyggingsperiode for institusjonene (9). Samtidig ble asylene omdefinert til psykiatriske sykehus. Loven omfattet undersøkelse, behandling og pleie i psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, poliklinikker, psykiatriske institusjoner for barn og ungdom, psykiatriske daginstitusjoner og ettervernshjem, samt psykiatrisk forvern og ettervern.

Innen hvert fylke ble det planlagt flere distriktpsikiatriske sentre (DPS) med utgangspunkt i de tidligere psykiatriske sykehjemmene, dagavdelingene og de eksisterende psykiatriske poliklinikkene. Hver psykiatrisk sykehusenhet i fylkene fikk ansvar for hver sine gjennomsnittlig fire DPS ut fra geografiske hensyn. Intensjonen med DPS var i følge St.meld. 25 (7):

- Selvstendig faglig enhet med poliklinikk, dag og døgntilbud
- Skal ha bred kontaktflate mot de kommunale helse- og sosialtjenestene
- Skal ta imot henvisninger direkte fra primærhelsetjenesten

### **Fra lukket til åpen omsorg – et eksempel**

Eksemplet er hentet fra en åpen institusjon der pasientene skulle ta del i dagliglivet ved å holde orden på rommet sitt, vaske klærne sine og delta i tillaging av måltidene. Tanken var at beboerne på sikt skulle klare å flytte i egen bolig, med alt det ville føre med seg. Her må man ta et lite tilbakeblikk



for å forstå den historien en var en del av. De første beboerne som kom til institusjonen, hadde flere tiår bak seg i psykiatrien. Få eller ingen av beboerne hadde tidligere hatt sine egne rom, unntatt når de hadde vært urolige og derfor var blitt lagt på isolat. Så det å ha sine egne ting på rommet var nytt for mange, også det å ha en egen garderobe. De fleste hadde et slags uniformert preg over seg, selv om de gikk i vanlige klær. Saastad (10) beskriver «tøypleiers» ansvar for pasientenes tøy på Gaustad. Det kunne like gjerne vært hvilken som helst psykiatrisk institusjon:

«Korte terylenebukser med stramme bukseseler, og slitte flanelskjorter ga pasientene på avdelingen et umiskjennelig felles preg. For øvrig var de svært ulike. Men det var også noe som forente dem utover klærne de gikk i: de aller fleste hadde vært innlagt sammenhengende på sykehus i flere tiår, noen helt siden krigen» (10: 223).

Hva var så grunnen til den langvarige innleggelsen i institusjon? Hvilke lidelser var de preget av? Den største gruppen lidelser er psykoser og schizofreni. Man regner med at 0,4 % av befolkningen til enhver tid lider av schizofreni. Den andre store gruppen er depressive tilstander, i dag lider om lag 1,6 % av befolkningen av bipolare lidelser (11). Disse lidelsene har tradisjonelt preget de innlagte ved de psykiatriske institusjonene. En stadig voksende gruppe lidelser er rusrelaterte problemer som de senere år har opptatt flere og flere senger i institusjonene. Det er noe en måtte ta hensyn til i planleggingen framover. Angstlidelser og personlighetsforstyrrelser blir i hovedsak behandlet utenfor institusjon, men vil i enkelte tilfeller ha behov for kortere eller lengre institusjonsopphold.

Ifølge Lunde & Tjelmeland (12) var gjennomsnittsalderen på Valen sjukehus 58 år i 1960, og 31 år for alle pasientgrupper på det tidspunkt jubileumsboken «Valen Sykehus 90 år» ble skrevet, det vil si 2001. Pasientene kjennetegnes av at de ofte har liten skolegang, de fleste mangler en yrkesutdanning og bare unntaksvis erfaring fra arbeidslivet (12). I følge Statistisk sentralbyrå (13) er en stor del av de diagnostiserte med psykisk lidelse unge, ca 39 % er i alderen 25-44 år. Hvilke utfordringer står man da overfor? Skal man behandle alle lidelser ut fra et sykdomsperspektiv eller skal man innta et større perspektiv på hva som gir helse og mening? Ideologien bak oppretting av DPS har mange likhetstrekk med det som skjedde i Italia etter 1978. Ut fra borgerrettighetene skal hvert individ ha herredømme over sitt liv og få hjelp når de trenger det.

### **Forberedelse til et samfunnsliv**

Det ble også fokusert på det å kunne etablere et yrkesliv for mennesker med psykiske lidelser. I 1995 fikk institusjonen dette eksemplet er hentet fra, økonomisk støtte fra fylkeslegen for å arrangeres et kurs for de ansatte.

I tillegg ble fagpersonell og politikere i kommunene innenfor DPS område invitert. Kurset satte søkelyset på kommunens ansvar for å tilrettelegge boliger, arbeids- og aktivitetstilbud i videste forstand. Psykiatrisk sykepleier og arbeid – service – vekst – opplæring (ASVO) -leder i en nabokommune ble hentet inn for å orientere om deres erfaringer. Målet var at flest mulig skulle tilbakeføres til sin hjemkommune. I kommunene var det i forbindelse med helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU)-reformen etablert verna bedrifter, og disse bedriftene ble viktige samarbeidspartnere ved etablering av jobbtilbud for enkelte.

Nedbygging av totalinstitusjonen har sin pris for dem som har hatt sitt totale liv innenfor et lukket system for lenge. Nettverket i hjemkommunen er lite og kanskje tynnsnitt, og nye nettverk må etableres. Sett i en slik sammenheng blir arbeids- og aktivitetstilbud en vesentlig stabiliserende faktor ved siden av et godt bomiljø når det skal tilrettelegges for gode tjenestetilbud i kommunene.

### **Integrering i samfunnet eller segregering i institusjon?**

Bjarne Stubhaug sa i 2006 at spesialisthelsetjenesten bare ser ca. 10 % av de med psykiske lidelser, den resterende majoritet får hjelp og behandling i kommunehelsetjenesten og på legevakten (14). Her er dilemmaet, institusjonen i dette eksemplet skulle være en del av spesialisthelsetjenesten og skulle gi hjelp når det trengtes i samarbeid med fagfolkene som da var på to atskilte institusjoner. Samtidig skulle de drive langtidsbehandling, rehabilitering og avlastningstilbud i distriktet. Flere av dem som takket ja til å komme på institusjonen ønsket ikke opphold ved det store psykiatriske sykehuset fordi det følte belastende, men samtidig ble oppholdet ved den mindre institusjonen i en annen liten bygd belastende på en annen måte. Men hvordan kan integrering i samfunnet best gjøres? Under prosessen ble det vedtatt å samlokalisere det distriktpsikiatriske sentret til regionens tettsted, og i nærhet til det somatiske sykehuset. St.meld.nr.25 (7) skisserer følgende krav som viktige:

- Tilgjengelighet. Tjenesten skal være like tilgjengelig for alle uansett bosted, alder, kjønn og økonomisk evne.
- Likhet. Tilbudet skal være likeverdig, med samme kvalitet for alle.
- Individuelt tilpassede tjenester ut fra den enkeltes behov.
- Effektivitet. Tjenesten skal ha tilfredsstillende resultater. Komplikasjoner og bivirkninger skal holdes på et minimum.
- Etisk forsvarlig. Tjenesten skal ivareta brukerens personlighet og gi brukeren reell medbestemmelse.

Når man ser på disse kravene og sammenligner med den ideologiske integrasjonstenkningen som lå til grunn for reformen i Italia, så ser en tydelige likhetstrekk, og i valg av plassering for den distriktspsykiatriske enheten var samlokalisering i regionens senter et pluss. Det nye distriktspsykiatriske senteret ble i 2005 samlokalisert med barne- og ungdomspsykiatrisk enhet i nyoppførte lokaler, og utgjør i dag et kraftfullt tilbud til mennesker med psykiske lidelser i området, ut fra lavest effektive omsorgsnivå, det såkalte LEON- prinsippet, og folks rett til helsehjelp der de bor. Ved «*Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*» (1997-1998) (15) ble brukermedvirkning tatt med. Dette var et poeng som tidligere var fullstendig fraværende. Videre kom det krav om individuell plan for alle langtidssyke. Dermed ble begge parter forpliktet i samarbeidet til brukerens beste.

### **Synergieffekter**

Utvikling av et godt tjenestetilbud for brukerne henger nøye sammen med at tjenesteyterne har den nødvendige kompetansen, og at de ikke bare er voktere. Ser man tilbake i tid, var arbeid og fysisk aktivitet en viktig del av behandlingen og pleien av psykiske lidelser. De fleste asylene var derfor opprettet på gårdsbruk som gjorde dette mulig. På de store psykiatriske sykehusene var det miljøterapeutiske tilbudet at en skulle arbeide både på gården, i gartneriet, i skogen, i hagen, samt på verkstedene og på arbeidsstuene. Kravet til kompetanse hos personalet var i tillegg til vokterfunksjonen av mer håndverksmessig karakter da asylet var nytt. De første sosionomene ble tilsatt ved psykiatrisk institusjon i 1960, og de første psykologene kom på 1970- tallet. Samtidig med dette og ved hjelp av gode nevroleptika var det da mulig å gi samtalerapi og tilrettelegging for et liv utenfor institusjonen (12).

For at mennesker med psykiske lidelser skal få tilfredsstillende tjenester, er det behov for godt utdannet personell. Personellspørsmålet har både en kvalitativ og en kvantitativ side. Det vil si at utdanningskapasiteten må økes, og det må satses på kompetanseheving i praksis. Mange yrkesgrupper arbeider med mennesker med psykiske lidelser for eksempel leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, kliniske pedagoger, barnevernspedagoger, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Ved «*Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*» (1997-1998) (15) ble også midler stilt til rådighet for opptrapping av utdanning. Ved de nærliggende utdanningsinstitusjonene ble det først satt i gang videreutdanning for hjelpepleiere i psykisk helse. Senere ble det opprettet tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse ved høgskolene.

## Sammenfattende refleksjoner

Tjenestetilbudet innen psykisk helsevern har gjennomgått store endringer de seneste årene. Denne artikkelen er et tilbakeblikk på utviklingen i Norge fram til 1998, og litt av hendelsene i tiden etterpå. Nedbygging av de store asylene har gått sin gang. Man har gjennomført etablering av distriktspsykiatriske sentre (DPS). Kommunene har på denne tiden tatt ansvar for bo – og omsorgstiltakene og bygd opp et støtteapparat lokalt, slik at en nå kan si at en kan få «hjelp når vi trenger det» på det lavest mulige omsorgsnivå i den hensikt ikke å ta fra mennesker ansvaret for sitt eget liv og sine handlinger. Beboerne ved institusjonen dette eksemplet er hentet fra, ble etter hvert utskrevet til hjemkommunen. Noen fikk egen bolig, mens andre fikk på grunn av alder plass på sykehjemmet. Det viste seg for manges del at de hadde et sparsomt nettverk i hjemkommunen.

I denne prosessen har mange deltatt på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå, der hele samfunnet har vært med i en endringsprosess. Så har fagpersonell, politikere og pressen bidratt med kunnskapsformidling for å få til endring og utvikling i det psykiske helsevernet. Utdanningsinstitusjonene har utviklet gode videreutdanningstilbud til fagpersonell, og spesialisthelsetjenesten er blitt mer differensiert i forhold til bedre omsorgstilbud og mer behandlingsrettede tiltak. Asylet og de psykiatriske sykehjemmene er nå historie, men var en viktig faktor i utvikling av et tjenestetilbud nærmere der brukeren bor. Hva var frigjørende i denne prosessen, var det behovet for et bedre helsetjenestetilbud eller var det behov for samorganisering som lå bak? Hvorfor var behovet for øket kompetanse så viktig, og var det behovet for større tverrfaglighet som tvang seg fram? Så kan man spørre seg, var det så enkelt at tiden var moden for å gjennomføre de forandringer en så måtte komme? Var de store omveltningene på 1960- tallet og utover et resultat av protesten mot naturvitenskapene? Eller var det økonomiske motiv som lå til grunn for desentraliserings- og deinstitusjonaliseringstendensene? Dette tilbakeblikket gir bare noen svar, og de store spørsmålene vil ennå stå ubesvart, for omsorg, rehabilitering og behandling av psykotiske mennesker spesielt, er svært krevende. Men personer med psykiske lidelser er nå tilbake i nærmiljøet slik de var for over 150 år siden, med den store forskjellen at der nå finnes et omsorgs- tjeneste- og behandlingstilbud der mange aktører gir hjelp når man trenger det.

## Litteratur

1. Haugsgjerd S. *Perspektiv på psykiatrisk lidelse*. Oslo: Gyldendal, 2002
2. Kringlen, E. *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo. Universitetsforlaget, 2007.
3. Rapport fra prosjektkomiteen for psykiatri. *Hjelp når vi trenger det*. Hordaland Fylkeskommune, 1994.
4. Skårderud, F. Fremtidens lidelser. I: Steen T. red. *Asylet*. Oslo: Aschehoug, 2005.
5. Serrano, M. Borgerrettigheter og tilhørighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2006, Nr 4:310.
6. Bülow, P. *Efter mentalsjukehuset – En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriske vården*. Linköping: Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet, 2004.
7. St.meld.nr.25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1996.
8. LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
9. Vold, B. Psykiatriens historie, del 1. Den store institusjonsoppbyggingen. *Samfunnsspeilet* nr 1, 1999.
10. Saastad, A. Er asylet et godt sted? I: Steen T. (red.) *Asylet*. Oslo. Aschehoug, 2005.
11. Rapport 2009:8. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2009
12. Lunde, T. & Tjelmeland, S. *Valen Sjukehus 90 år*. Valen, 2001
13. Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no>.
14. Stubhaug B. Annonsebilag til *Bergens Tidende* 4.november 2006. Utgiver: Helse Bergen HF.
15. St. prp. 63 (1997-1998) «*Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*» Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.

Gjertrud Husøy  
Høgskolen Stord/Haugesund  
Klingenbergveien 8  
N-5414 Stord  
[gjertrud.husoy@hsh.no](mailto:gjertrud.husoy@hsh.no)

# Harry Stack Sullivan (1892-1949)

## – En postmoderne psykiater *avant la lettre*

*Michael* 2012;9:246-53.

*Harry Stack Sullivan er kjent for å være grunnleggeren av interpersonell psykiatri. Han ville flytte psykiatriens blikk fra det intrapersonelle til det interpersonelle og var kritisk til illusjonen om at individet har en fast personlighet. Selv om Sullivan anså mennesket som et biologisk vesen, argumenterte han for at personlighet varierer og primært oppstår i sosiale situasjoner. Personen må leve opp til samfunnets mange foreskrevne måter å gjøre ting på og hvis personen ikke lykkes, eller er ute av stand til å leve etter den sosiale organisasjonen, så kan psykiske lidelser utvikles. Psykisk lidelse oppstår, med andre ord, mellom mennesker og kan ikke reduseres til egenskaper inne i et autonomt individ. Antipsykiatribevegelsen tok Sullivan til inntekt for sin kritikk av psykiatrien, men Sullivan var ikke en kritiker av psykiatrien i seg selv. Sullivans kritikk sprang ut over psykiatrien til det kulturelle fundamentet som muliggjorde de såkalte psy-fagenes reduksjonistiske perspektiv. Sullivan tok til ordet for å forene biologi så vel som samfunnsfagene inn under psykiatrien. Hans perspektiv er således en påminnelse om at mennesket både er et biologisk og et relasjonelt vesen. Slik var Sullivan en postmoderne psykiater avant la lettre.*

### **One-genus**

Den amerikanske psykiateren Harry Stack Sullivan, kjent som grunnleggeren av interpersonell teori, ble født en kald vinterdag i 1892 på landsbygda noen mil nordvest for byen New York. Sullivan vokste opp som et overbeskyttet og isolert enebarn i et miljø preget av voksne kvinner. Han hadde ingen nære venner og til tross for at han var den flinkeste eleven, ble han på skolen omtalt som 'laverestående'. Han forble en utenforstående og opplevde på kroppen de fordommer som møtte den fattige irsk-katolske minoriteten på landsbygda i Amerika på terskelen av det 20. århundre. Han

opplevde også hvordan det var å være homofil i en periode der det ble ansett som en sykdom og hvordan hemmeligholdelse for mange var det eneste mulige valget (1). I tillegg hadde Sullivan egen erfaring med psykisk lidelse. Han skal i slutten av ungdomstiden ha vært innlagt i psykiatrien med schizofreni. I voksen alder brukte han mye alkohol og etter eget utsagn drakk han mer enn «most of you could survive without impairment of your liver» (2, s. 174).

Sullivans egne erfaringer kan ses som et bakteppe for hans kjente «one-genus» postulat om at «*everyone is much more simply human than otherwise*» (3, s.32; kursiv i original). Sullivan anså ikke mennesker med psykisk lidelse som annerledes enn andre mennesker og han hevdet at likheten mellom mennesker er mer slående enn ulikhetene. Han var svært kritisk til Kraepelins intrapsykologiske perspektiv på psykisk lidelse som biologisk og genetisk bestemt og at pasienter med psykiske lidelser derfor kunne skilles fra normalbefolkningen. Sullivan ville bryte ned medisinfagets makt til å diagnostisere mennesker med psykiske lidelser og var opptatt av å få frem pasientstemmen og det interpersonelle aspektet ved schizofreni.

For Sullivan var psykiatri studiet av det som oppstår i mellommenneskelige situasjoner bestående av to eller flere personer, og psykiatere skulle derfor komme seg ut av kontorene sine for å være deltakende observatører (3). Dette var langt fra politisk korrekt i en tidsperiode hvor psykiatrien forsterket sin posisjon gjennom den medisinske modellen, og utøvere av psy-fagene fremstod som eksperter på menneskets indre selv (4). Selv om han var kritisk til noen av sine kollegaer og ble omfavnet av enkelte innenfor antipsykiatribevegelsen, var Sullivan ikke en talsmann for antipsykiatri, men en forløper for brukerperspektivet og miljøterapi.

Det er blitt hevdet at Sullivans interpersonelle perspektiv ble ofret til fordel for statusbehovet til samtidige psykiatere (2), noe som kan være en av grunnene for at Sullivan, en av Amerikas store psykiatere, forbausende sjelden blir nevnt innenfor psykisk helsearbeid. Så selv om de fleste innenfor feltet har hørt om Sullivan og kanskje også brukt noen sitater fra hans arbeid, er det lite kunnskaper om hvem han var og hvilke ideer som danner grunnlag for hans arbeid. I dette essayet er det ikke rom for å dykke dypt ned i Sullivans teoretiske univers. Vi vil i stede løfte frem noen av de ideologiske tankene som ligger til grunn for Sullivans forståelse av psykiatrien og dens grunnlag.

## En kulturell kritikk

Sullivan kom til å se samfunn og kultur som de primære kildene til personlighet og psykopatologi og han hadde mye til felles med kulturanthropolog



*Sullivan ca. 1935.*

Ruth Benedict som han møtte ved Chicagoskolen og som han til tider samarbeidet med. Menneskelige kulturer var ifølge Benedict som personligheter med mer eller mindre konsistent mønster i tanke og handling som hadde fått gigantiske proporsjoner som «personality writ large» (5, s.xi). Kulturanthropologene ved Chicagoskolen fremmet en kulturell kritikk av det individualistiske Amerika gjennom etnografi fra andre kulturer. Sullivan delte denne kulturkritikken og han beskrev den vestlige verden som et dypt sykt samfunn der hver enkelt person er syk i den grad han eller hun er en del av den kulturen (6).

Det er individualismen som er det stygge beistet som ligger til grunn for at mange mennesker har vansker i sine liv. Sullivan mislikte sterkt idealet om enkeltindividets uavhengighet og betraktet individualismen som et 'antipsykiatrisk' element i samfunnet. Vektleggingen av det autonome individet forleder oss til å tro at vi kun er avhengig av andre mennesker når vi er syke. Han ytret med andre ord en kulturell kritikk av de rådende ideene om at det er skamfullt å trenge hjelp av en psykiater og at vi skal etterstrebe det å være uavhengige individer (7). Sullivans kritikk går bakenfor psykiatrien, den er en kritikk av den individualistiske kulturen som muliggjør psy-fagenes opptatthet av det autonome selvet og som muliggjør psykisk lidelse som en intrapsykologisk tilstand. Han anså ideen om en unik personlighet som en vrangforestilling over alle vrangforestillinger og som hindrer oss i å forstå våre interpersonelle liv. For Sullivan var individet i konstant interaksjon med andre og han hevder at personlighet er noe som manifesteres i interpersonelle situasjoner. Dette var utvilsomt en radikal idé som ikke var populær i amerikansk psykoanalyse (8).

Sullivan fremmet et perspektiv på psykisk lidelse som noe som springer ut av problemer med å leve og i det å tilpasse seg samfunnet. Personen må leve opp til samfunnets mange foreskrevne måter å gjøre ting på og hvis personen ikke lykkes, eller er ut av stand til å leve etter den sosiale organisasjonen, så kan psykiske lidelser utvikles. For eksempel ble masturbasjon



og homofili ansett som unormalt og skadelig, noe som medfører til at homofile avviser den delen av seg selv. For Sullivan var det troen på at noe var skadelig som gjorde det problematisk (9). Det skadelige oppstår med andre ord i spenningen mellom kulturens normative strukturerende regler og individet og Sullivan tok derfor til ordet for å forene samfunnsfagene inn under psykiatrien.

Sullivan ble også tatt til inntekt for antipsykiatribevegelsen på 1960-70 tallet, der sentrale teoretikere som Szasz og Laing både beundrer og refererer Sullivan. Antipsykiatrien var en kritikk av psykiatriens anvendelse av naturvitenskaplig metode for å forstå psykisk lidelse, dens hensikt, dens reduksjonistiske forestillinger om psykisk lidelse, den økende 'medikalisering' og dens strenge normalitetsgrenser. Selv om Sullivan var kritisk til en sykdomsforståelse av psykisk lidelser, var han slik vi ser det, ikke antipsykiatrisk. Sullivan som var influert av den sveitiske psykiateren Adolf Meyers psyko-biologi, hevdet tvert i mot at psykiatri skulle være kjernefeltet i mentalhygienebevegelsen (2). Derfor vil det være riktigere å si at Sullivan reiser en modernitetskritikk over selve grunnlaget for individualismen og fremveksten av de såkalte psy-fagene, og ikke av psykiatrien i seg selv.

### Vindskjev erfaring

Det er erfaringer som er menneskets kontaktledd mellom den indre og ytre verden, ifølge Sullivan (4). Menneskers vanskeligheter oppstår ved at tidligere erfaringer penetrerer personens nåværende interpersonelle relasjoner. Det er en form for parataxic forvrenging som er en prosess der en persons nåværende erfaringer av andre er sagt å være 'vridd' som følge av hans eller hennes interpersonelle historie. Det vil si en misforstått og feil karakteristikkk av andre personer, basert på tidligere erfaringer som overføres fra fortiden og som delvis er produsert av oss under press fra våre behov for å unngå angst og ensomhet. Farer truer derfor ikke innenfra i det ubevisste, men utenfra i sosiale situasjoner.

Selvet er ikke for Sullivan en intrapsykologisk vedvarende entitet, men noe som varierer og oppstår i samspill mellom den ytre og indre verden. En person har like mange selv som interpersonelle relasjoner. Det vil si at personen har et selv i interaksjon med person A og et annet selv i interaksjon med person B. Sullivan foregriper det postmoderne selvet som ikke er enhetlig i individet, men anses å være desentralisert og distribuert inn i et mangfold av relasjoner (10). Derfor kan, ifølge Sullivan, psykiateren aldri oppnå en fullstendig opplevelse av den andres væren, kun det den andre tar med seg inn i den situasjonen som oppstår der og da i den spesifikke relasjonen mellom terapeut og pasient. Psykiateren må derfor gjøre en innsats

for å bli en del av pasientens kontekst for å kunne gripe pasientens parataxic erfaring. Det vil si at psykiateren forsøker å oppnå en erfaring som er mer eller mindre lik det som vanligvis preger pasientens eksistens (11).

### **Psykiatriens rolle**

Som psykiater etablerte Sullivan en egen spesialavdeling for schizofrene på Sheppard Pratt Hospital i 1922. Den var et nærmest klasseløst samfunn. Han håndplukket mannlige ansatte og tidligere pasienter som personell for avdelingen, og han gjorde alt for å minimere virkningen av sin egen status. Personalet ble opplært til å se schizofrene pasienter som mennesker på lik linje med seg selv og rollefordelingen på avdelingen mellom pasienter og personalet ble til tider ganske uklare. Ifølge Sullivan var det viktig å lytte til pasientenes stemme og utvise empati. Samtidig ville han ha innsikt i personalets respons til pasienten og han foreslo ofte hvordan de skulle prate med pasienter. I samtaler la han vekt på å sitte på samme side som pasienten, for da kunne man se det samme og på den måten skape en felles forståelse av situasjonen (7).

Sullivan tok alltid pasientens parti og angrep alle som forulempet, neglisjerte eller forsømt pasienter. Når en person var sagt å være paranoid, var ikke Sullivan interessert i historiene til de ansatte om pasienten. Han stolte ikke på 'ekspert' beskrivelser og kalte de «wonderful works of clinical fiction» (12, s.129). I stedet spurte han om hva pasienten hadde sagt og hvordan de ansatte hadde reagert. Sullivan ville at schizofrenipasienter skulle få erfaring med intimitet og en forsterket følelse av en delt menneskelighet (13).

Sullivan viste gjennom sin virksomme liv at schizofrenipasienter kan bringes ut av psykoser gjennom interpersonelle relasjoner. Det hevdes at Sullivan hadde stor suksess og det er antatt at 57,5% av de diagnostiserte ved Scheppard-Pratt mot under 40% nasjonalt gjennomsnitt ble vurdert som tilfrisknet (9). Sullivan var uten tvil langt forut for sin tid i måten han omgikk pasienter og var en forløper for det som nå er kjent som miljøterapi, der alle aspekter ved å leve på avdelingen var nøye gjennomtenkt for å minske pasients angst (1).

Et godt eksempel på at Sullivan var forut for sin tid, er at det miljøterapeutiske samfunnet Kingsley Hall i London førti år senere ble sett på som et radikalt sted der 'doktorer' og 'pasienter' levde side om side uten organisatoriske eller symbolske grenser mellom dem (14).

I løpet av de siste årene av sitt liv, ble Sullivan opptatt av verdens statsborgerskap, og han deltok som konsulent i post-World War II International Congress of Mental Health og i UNESCO. Sullivan flyttet med andre ord blikket mot forebyggende psykiatri. Tanken var at psykiatere skulle bidra i

en global innsats for å løse psykiske helseproblemer på alle nivåer av mennesket handlinger. Sullivan oppfordret psykiatere og samfunnsvitere til å lede en kulturell revolusjon mot krig, fattigdom, internasjonale spenninger og rasisme ved å bruke sine intellektuelle evner (15). Han hadde en visjon om at psykiatrisk kunnskap ville fremme gode relasjoner mellom grupper og muliggjøre harmoni mellom forskjellige kulturer og nasjoner.

Sullivans bevegelse fra pasientperspektivet til forebyggende psykiatri viser bredden i hans tenkning, men også at han slites mellom å hjelpe enkeltmennesker og å forebygge de problemer han anså medførte lidelse. Med andre ord, Sullivan ønsket å hjelpe den enkelte pasient samtidig med at han anså psykisk lidelse som forårsaket av sosialhistoriske strukturer (16). I ettertid er det nok hans følsomhet ovenfor brukerstemmer som treffer oss hardest. Han fremmer tanker som ligger langt forut for hans samtid der depersonalisering av pasienter var regelen. Således foregriper Sullivan brukerbevegelsene som mange år senere fortsatt kjemper for at deres stemme skal bli hørt innenfor psy-fagene.

### **Kritikk av Sullivans interpersonelle teori**

I ettertid kan vi se svakheter med Sullivans teorier og en åpenbar berettiget kritikk er at selvet fremstår som et speil av gruppen rundt individet og at individet tømmes for vitalitet og originalitet (17). En slik kritikk har med rimelighet vært rettet inn mot strukturalistiske teorier innenfor samfunnsfagene, men Sullivan er ikke strukturalist der individet blir en marionettedukke i de omsluttende strukturene. For Sullivan var biologi en viktig drivkraft i menneskets utvikling. Mor og barn bindes sammen, moren gjennom et biologisk behov for å gi ømhet, barnet gjennom et biologisk behov for ernæring fra moren (3). Ømhet, ernæring og relasjoner manifesterer seg i interpersonelle situasjoner.

En vanskeligere kritikk av Sullivan å forsvare er at gjennom hans begrep parataxic forvrenging antas det at det finnes en objektiv verden som er forvrent i menneskesinnet (18). Selv om vi kan si at Sullivan så årsaken til lidelsen som konstruert i sosiale relasjoner, antok han at det fantes en form for normalitet og han opprettholdt en dualitet av indre og ytre virkeligheter. Det hevdes derfor at Sullivan blir kontradiktorisk ved at det finnes en normal verden samtidig med at individets personlighet er et produkt av den samme verden. En slik kritikk kan utfordres fra en fenomenologisk tilnærming til psykiatri der pasientens verden blir sett på som like virkelig som andre mennesker sin verden. I van den Berg (19) sin lesevverdige bok *A different existence* som er tydelig inspirert av Sullivan, kan vi finne et slikt perspektiv.

Til tross for kritikken har Sullivans teorier en tendens til å dukke opp igjen som nylig i kontekstuelle teorier innenfor psykologi (20). Noe av grunnen for at Sullivan fortsatt er aktuell, kan være fordi han gjennom å ha følt på kroppen hvordan det var å være annerledes, bringer inn i feltet en rik teori forankret i levd liv og med en sensitivitet for pasienter. For selv om det sen-moderne individualistisk samfunnet gir bedre rom for forskjellighet, er det paradoksalt at jo mer unike vi blir, desto mer vekt legges på å standardisere atferd som avviker fra normalen (21). Som van den Berg sier, samfunnet holder oss fanget, mens det på samme tid utbasunerer at vi kan gjøre som vi vil (22). Sullivan legemliggjorde dette paradoks ved at han stod godt plantet i moderniteten og samtidig fremmet både brukerperspektivet og postmoderne tanker *avant la lettre* om det relasjonelle opphavet til psykisk lidelse.

### Ambivalensen

I dette essayet har vi lagt vekt på å fremme Sullivan sitt perspektiv på psykiatri og psykisk lidelse der biologi og sosialt liv er nært forbundet. I retrospektive fortellinger om personen Sullivan, fremstår hans liv som et eksempel på en ambivalens mellom troen på vitenskapens opplysningsprosjekt og hans strid mot skyggesidene ved moderniteten. Vi skimter en ensom mann som aldri fant seg til rette i samtiden han levde i. Preget av modernitetens iboende kløft mellom selvet og 'de andre' opplevde han hvordan intimiteten i samfunnet var blitt erstattet av krig, rasisme og fattigdom. Sullivan, med sin visjon om en forening av samfunnsvitere og psykiatere som skulle komme til bunns i årsaker til det som forpestet det mellommenneskelige livet, døde ensom og alene på et hotellrom i Paris i januar 1949, etter å ha deltatt på et møte i Verdens helseorganisasjon.

### Litteratur

1. Blechner MJ. The gay Harry Stack Sullivan. Interactions between his life, clinical work, and theory. *Contemp Psychoana* 2005; 41: 1-19.
2. Perry HS. *Psychiatrist of America, the life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge: Belknap Press, 1982.
3. Sullivan HS, Perry HS, Gawel ML. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
4. Rose NS. *Governing the soul: The shaping of the private self*. 2nd ed. London: Free Association, 1999.
5. Benedict R. *Patterns of culture*. Boston: Houghton Mifflin, 1934.
6. Sullivan HS. *The fusion of psychiatry and social science*. 1st ed. New York: Norton, 1964.
7. Sullivan HS, Perry HS, Gawel ML. *The psychiatric interview*. New York: Norton, 1970.

8. Hirsch I. The interpersonal theory of psychiatry. *J Am Psychoanal Ass* 2004; 52: 257-65.
9. Naoko W. «The full story by no means all told»: Harry Stack Sullivan at Sheppard-Pratt, 1922–1930. *History of Psychology* [doi: 10.1037/1093-4510.9.4.325] 2006; 9: 325-58.
10. Hermans HJM, Hermans-Konopka A. *Dialogical self theory: Positioning and counter-positioning in a globalizing society*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
11. Berg JH vd. *Divided existence and complex society: An historical approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1974.
12. Havens L. Seeing Sullivan as part of 20th century developments. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 2000; 63: 127-31.
13. Wake N. On our memory of gay Sullivan: A hidden trajectory. *J Homosexual* 2008; 55: 150-65.
14. Kotowicz Z. *R.D. Laing and the paths of anti-psychiatry*. London: Routledge, 1997.
15. Brody EB. Harry Stack Sullivan, Brock Chisholm, Psychiatry, and the World Federation for Mental Health. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 2004; 67: 38-42.
16. Cushman P. *Constructing the self, constructing America: A cultural history of psychotherapy*. Boston: Addison-Wesley Publishers, 1995.
17. May RE, Angel EE, Ellenberger HFE. *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958.
18. Stolorow RD, Orange DM, Atwood GE. Cartesian and post-Cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanal Psychol* 2001; 18:468-84.
19. Berg JH vd. *A different existence: Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1972.
20. Frie R, Coburn WJ. *Persons in context: The challenge of individuality in theory and practice*. London: Routledge, 2010.
21. Beck U. *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage, 1992.
22. Berg JH vd. *The changing nature of man: Introduction to historical psychology*. New York: W.W. Norton, 1983.

*Børge Baklien*  
 Avdeling for helse- og sosialfag  
 Høgskolen i Telemark og  
 Senter for Omsorgsforskning-Sør  
 3901 Porsgrunn  
 borge.baklien@hit.no

*Rob Bongaardt*  
 Avdeling for helse- og sosialfag  
 Høgskolen i Telemark  
 rob.bongaardt@hit.no

# Levd kropp – en analyse av Anna Luise Kirkengens tenkning

*Michael 2012;9:254–67.*

*Bak begrepet «levd kropp» (lived body) ligger en bevissthet om at mennesket utvikler seg og lever som et integrert, dynamisk hele, der våre biologiske forutsetninger fortløpende veves sammen med våre erfaringer og våre fortolkninger av dem. Som en overordnet forståelse av sykdom og helse har dette perspektivet i mange år vært lite framtrædende, til tross for solide historiske røtter. Viktige funn innen nyere biomedisinsk forskning, og en større åpenhet i samfunnet om krenkende erfaringer i nære relasjoner og hvordan de virker inn på individets helse, har re-aktualisert begrepet. Anna Luise Kirkengen, professor og spesialist i allmennmedisin, har bidratt med vitenskapelige publikasjoner på feltet. Denne artikkelen er basert på en gjennomgang og analyse av deler av hennes produksjon.*

Som vitenskapelig standpunkt vil *levd kropp*-perspektivet kunne forstås som en kritikk som rammer den etablerte framstillingen av hva mennesket er, hva kropp er og hva sykdom er, og dermed de medisinerrelaterte fagene i utdannings- og helsevesenet. Den *delende* og *delt* kunnskapen som disse fagene tradisjonelt sett bygger på, fører til et delt syn på mennesket og menneskekroppen, et todelt helsevesen – det somatiske og det psykiatriske -, og til to adskilte begrepsverdener, fysisk eller psykisk «syk». Det somatiske blir igjen inndelt i organer, i nyere litteratur også omtalt som «siloeer». En slik delt og objektiverende kunnskap bidrar til å viske ut det vi vet om oss selv og andre mennesker, mener Kirkengen, den gjør det vanskelig å *se hele mennesket*, at vi er *unike personer* med «*besjelede*» *kropper* (mindful bodies) (1). Det at mange mennesker erfarer krenkelser, og at slike erfaringer ofte gir vedvarende belastninger på den enkeltes kropp, gjør det nødvendig å kunne forstå syke mennesker ikke bare i en biologisk, men også *i en biografisk ramme*.

Egen forskning innenfor rusfeltet gjorde meg oppmerksom på livs-erfarings betydning (2), og ansporet til litteraturstudier på feltet. Her har jeg valgt å konsentrere meg om deler av Kirkengens vitenskapelige produksjon (1,3,4).

### **Krenkende, skyggelagte erfaringer som «skrives inn» i kroppen**

Hva slags erfaring er det å bli krenket? Krenkelse kommer av det tyske verbet «kränken», som betyr «forringe», «gjøre svak», «skade» eller «fornedre». Denne type erfaringer knytter krenkelse til *misbruk* og *overgrep*, to begreper som gjerne deles inn i tre kategorier; fysisk, emosjonelt og seksuelt. Krenkelse kan kategoriseres som en egenskap ved en *handling* som et menneske gjør overfor et annet, og krenkelses-*erfaringen* hos den andre er alltid sansemesig og/eller følelsesmessig vond eller ubehagelig, dvs. en *smerte*. Av den grunn hører også begrepet krenkelse hjemme i et fenomenologisk perspektiv, der det erfarende subjektet står i sentrum. «Alle former for grensekrenkelser forårsaker smerte hos den krenkede. Det ligger i krenkelsens vesen» (3). Det betyr at krenkelse som erfaring også handler om at grenser blir brutt, noe som igjen forutsetter at grenser finnes.

Krenkelse framstår derfor som en sentral dimensjon både ved fenomenet smerte og fenomenet *traume*, både når det gjelder å bli *fysisk* og *psykisk* belastet, angrepet eller skadet. I sin greske opprinnelse betyr ordet *trauma* «å trenge igjennom», «gjennomhulle» (eng. «*to pierce*»). Noe opprinnelig intakt er brutt i stykker som følge av en viss belastning, med mer eller mindre varige virkninger for organismen. I vid forstand synes det å ha grenser som ikke krenkes eller brytes å være grunnleggende viktig for mennesket og menneskekroppen, da det handler om menneskets selvbevarelse og overlevelse. Uttrykket «krenkelse gjør krank», er vel etablert i det tyske språket, og representerer eldgammel visdom.

Artikkelen «*Inscriptions of violence: Societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health*» fra 2008 (4) gir en sammenfatning av *levd kropp* perspektivet i Kirkengens tolkning. Der møter vi en ung kvinne, «Katherine Kaplan», selv utdannet lege, men ute av stand til å utføre sin legegjerning – og til å hjelpe seg selv. Hun hadde blitt henvist til Kirkengen for «kronisk tretthetssyndrom», ferdig utredet etter gjeldende medisinske anbefalinger. Deler av hennes livshistorie var likevel ikke kjent for helse-tjenesten. Gjennom barndom og oppvekst var hun blitt utsatt for sterk og spekulativ voldsutøvelse av sin eldre bror, og han hadde truet henne til taushet om hendelsene. Også foreldrene hadde brukt psykisk og fysisk vold. Kirkengen dokumenterer hvordan fortiing, hemmeligholdelse og familie-

tabuisering; dvs. *det å måtte være alene med sine smertefulle erfaringer*, bidrar til å gjøre vondt verre og forsterke risikoen for sykdom i voksen alder.

Den begynnende avdekkingen av pasientens erfaringer i det første møtet startet et fire år langt – legende – samarbeid mellom lege og pasient, der hovedtemaene var krenkelsene og hvordan disse hadde preget kroppen; smertefulle *inntrykk* som var blitt omformet til kroppslige *uttrykk*. Gjennom årene hadde det handlet om magesmerter, kvalme, oppkast, utmattelse, residiverende infeksjoner og panikk-angst. Det terapeutiske arbeidet innebar en narrativ rekonstruksjon av historien til en såret person – en omskrivning av pasientens historie som bidro til å minske opplevelsen av skyld og skam og til å styrke «selvet». Pasienten kunne deretter vende tilbake til sin legegjerning.

I artikkelen brukes sykehistorien ikke bare opplysende, men også kritisk som et eksempel på tradisjonell *medisinutøvelses* manglende evne til å se helheten og sammenhengen i menneskers liv. En viktig grunn til at historien til pasienten ikke ble avdekket, var antakelig at hver sykdomsperiode ble diagnostisert som en isolert sykdom, forskjellig fra og uten sammenheng med den som hadde vært før. Ingen av de mange tidligere medisinske hjelpene fikk dermed noen mistanke om de grunnleggende årsakene og *sammenhengene*, om at stor og vedvarende smerte og nød kunne være kilden til pasientens sykkelighet. For Kirkengen kom *pasientens tidligere erfaringer* i fokus. Konklusjonen var derfor at *pasienten ikke led av noen diagnose*, men av «*skjult og fortiet vold i hjemmet*».

### «Kroppsliggjøring» i et filosofisk perspektiv: Hvordan er dagens syn på «kropp-sjel»?

I utviklingen av et alternativt faglig perspektiv for bedre å hjelpe mennesker med en «krenkelseserfaring-sykkelighet-historie», vil en støtte på den klassiske diskusjonen om skillet mellom kropp og sjel. En skulle tro at dette skillet for lengst var opphevet, men selv om det i liten grad er erkjent, dominerer i realiteten – og kanskje sterkere enn noen gang – *dualismen*, det Kartesianske synet (Etter den franske filosofen, matematikeren og vitenskapsmannen Rene Descartes, 1596-1650) om en «sjelløs», reint fysisk-materiell kropp, mener Kirkengen. Videre ser det ut til at *evidensbasert medisin og praksis*, med det idealistiske målet om objektivering og kontroll på alle variabler, er med på å opprettholde og forsterke reduksjonismen i moderne medisin, og dermed gjør det vanskeligere å se hele mennesket i sin kontekst.

Dette synet på mennesket har sine røtter i antikken, i Hippokrates humoralpatologi og Platons filosofi. Hovedstandpunktet i Platons rasjonalistiske epistemologi er sjelen som en annen type «objekt» enn kroppen, på den måten at den ikke er avhengig av kroppen i sin fungering. Da den adskilte



kroppen tilhører den materielle verden, vil den bli «befriidd» fra erfaringen. *Persepsjonens* (sansningens) verden representerer en underordnet «skygge»-realitet, mens «virkeligheten» ankommer sjelen fra de opphøyde tankene og ideene (5).

Kirkengens filosofiske ståsted er nærmest det motsatte: Tanke er ikke overordnet persepsjon, rasjonaliteten i naturvitenskapene er ikke overordnet andre rasjonaliteter, og ikke bare formell, men også perseptuell logikk tillegges dokumentarisk kraft. Her finner hun støtte i fenomenologisk filosofi, hos Merleau-Ponty, som i sin tid lanserte begrepet «*lived body*», og som sier at menneskelig eksistens utfolder seg nettopp i persepsjonens «verden» (6). Grunntanken er at menneskets arts-primitive, primordiale eksistens er *kropp-eksistens*, og at alle former for *sam eksistens* er basert på persepsjon; – en tanke som stod sentralt også hos Husserl og Heidegger. Mennesket vet om og oppfatter verden ved hjelp av sin kropp. Våre liv er «sedimentert» i kroppen. I denne epistemologiske posisjonen plasseres «subjektiviteten» i kroppen, og *den «subjektive kroppen» blir det primære i forhold til «objekt-kroppen».*

Eline Thornquist, professor i fysioterapi, hevder at når en anerkjenner subjektiviteten som «legemliggjort», anerkjenner en samtidig at menneskelig erfaring bare kan bli levd gjennom kroppen, og at mennesket alltid vil bære med seg og uttrykke sin historie i sin kropp. Hvis dette perspektivet imidlertid skal kunne gjøre rede for sosiale og kulturelle aspekter ved «kroppsliggjorte subjekter» og menneskelige *hensikter* og *handlinger*, må fenomenologi suppleres med sosialteori. Først da kan en bli i stand til å forstå kroppen som en «transportør» av liv og historie, både sosialt, kulturelt og personlig (7).

## Historiske røtter i pasientforskningen

Et annet sentralt fenomenologisk begrep er *mening*. Hvilken *mening* har symptomene; sykdommen, lidelsen, rusavhengigheten mm. i den enkeltes liv? Den sveitsiske psykologen Alice Miller har beskrevet sykdom som «kroppens opprør». Kroppen fungerer som en «vokter av sannheten», dvs. at kroppen gjennom sine symptomer «passer på» at den «forbudte» opplevelsen av de tidligere vonde erfaringene holdes skjult, samtidig som det er nettopp i symptomene at nøkkelen til de konkrete hendelsene finnes (8). *Den levde meningen* til hva en person har erfart og *kroppsliggjort* blir derfor viktig for å kunne forstå og hjelpe mennesker som bærer på krenkelseserfaringer.

Her går det viktige historiske linjer tilbake til nevrologene *Pierre Janet*, *Sigmund Freud* og *Josef Breuer*, som alle arbeidet ved det nevrologiske laboratoriet til *Jean-Martin Charcot* ved Salpêtrière-hospitalet i Paris på siste

del av 1800-tallet. Der var en særlig opptatt av pasienter med diagnosen «hysteri», hvordan kroppen reagerte akutt og situasjonsbestemt ved at individet erfarer «uforståelig» fysisk smerte, der indre konflikter, emosjonelle kriser fant sitt uttrykk i voldsomme ukontrollerbare følelsesutbrudd, eller i ulike kroppslige symptomer som plutselige «skader» på kroppen, akutt lammelse og funksjonssvikt. Breuer og Freud oppdaget etter hvert ved hjelp av hypnose og analyse at den nevrotiske atferden og kroppsreaksjonene var *symbolske uttrykk* for fortrenge smertefulle erfaringer i den enkeltes barndom.

De erfaringene som ble avdekket bestod i overveiende grad av seksuelle og fysiske overgrep og langvarig seksuelt misbruk. Særlig fordi handlingene var utført av barnets nærmeste tillitspersoner og derfor måtte hemmeligholdes, ble belastningene så store at individet ikke klarte å inkorporere erfaringene i egen bevissthet, men måtte fortrenge dem, eller «spalte dem av» (Freuds begrep: *Abspaltung*) både i egen kropp og i eget «selv» som forskrudde, «fremmede» personlighetsutslag. Freud og Breuer introduserte begrepet *konversjon* på fenomenets kroppsliggjorte utslag, da de så på det som kroppens *omdanningsreaksjoner*, «hysterisk blindhet», «hysterisk døvhets», osv. Reaksjonene var en kompensasjon for intense fortrenge følelser, *psykogen* smerte (9).

Nyere forskning innen nevrofysiologi kan underbygge de historiske funn av at traume-persepsjoner skaper sanse-motoriske preginger og kognitivt ubevisste (*dissosierte* – Janets begrep) minner, som kan reaktiveres av «tilstrekkelig like» persepsjoner uavhengig av andre kontekstuelle forskjeller (4). Videre snakker vår tids traume-forskere om voldserfaringers «steds-spesifikke preginger på kroppen», *site-specific bodily inscriptions* (10, 11), symptomer/reaksjoner som kan påvises direkte på det stedet der volden eller overgrepet rammet, eller på områder/kroppsdeler som i en beskyttende og livsbevarende hensikt ble overaktivert/overbelastet i løpet av den traumatiske hendelsen.

De mange publikasjonene fra «Adverse Childhood Experience Study» (ACE) i USA i løpet av de siste 20 årene, er en stor og anerkjent dokumentasjon på at skadelige barndomserfaringer kan relateres til våre mest vanlige helseproblemer og tidlig død i voksen alder, både hjerte-kar-sykdommer og ulike avhengighetsproblemer, psykiske lidelser og suicidalitet (12). Kirken framhever ACE-studien som viktig, men kritiserer den også for ikke å legge fram etiologiske analyser. *Hvordan* belaster skadelige barndomserfaringer et individ i en sosiologisk, kulturell, historisk og biografisk kontekst? *Hvordan* er erfaringene knyttet til sykdom og helsefarlig adferd hos den enkelte?

## Støtte fra nyere forskning innen medisinske spesialfag

Det er godt dokumentert at krenkelseserfaringer både kan medføre endringer i hjernestrukturer (13) og forstyrrelser i menneskets fysiologiske systemer. Nyere forskning innen nevrofysiologi, immunologi og endokrinologi dokumenterer at vold- og krenkelseserfaringer i en rekke tilfeller fører *til endringer i kroppens stoffskifte- og immunsystem*, både i naturlige hvite blodlegemer og i det systemet som utgjøres av hypotalamus – hypofyse (pituitary) – binyre (adrenal), den såkalte *HPA-aksen*, kroppens hovedsystem for stressregulering. Denne «avpassingen», modulasjonen i HPA-aksen har en patologisk nedbrytende virkning på kroppen. En sentral konsekvens er *inflammasjon*, med «betennelse»-symptomer som smerte, opphetning, rødhet, opphovning og funksjonssvikt. Inflammasjon er et sentralt fenomen i en rekke sykdomsprosesser, blant annet de mer «uklare» lidelsene som ulike smertetilstander, søvnvansker, utmattelse, depresjon og tarmproblemer (14).

Innen nyere stressforskning har en tatt i bruk begrepet «*allostase*» (15) som er sammensatt av de greske ordene *allos* – «annen» og *stasis* – «posisjon». Tidligere har medisinfaget operert etter en *homeostase*-modell, dvs. kroppens gjenoppbygging av likevekt etter stressende erfaringer, men når gjenoppbygging ikke oppnås i forbindelse med en vedvarende eller sterk belastning, forsøker kroppen over tid å opprette *stabilitet gjennom endring*. Det er dette som menes med *allostase*. Situasjoner oppfattet som truende og farlige utfordrer de *allostatisk mulighetene*, enten som «av-og-på» responser i en tilstand av usikkerhet og av å være konstant på vakt, eller som «konstant på», som representerer en tilstand av konstant «alarm». Begge deler fører til *allostatisk ladning*.

Allostatisk ladning er resultatet av at belastningene har vært så store og/eller har pågått over så lang tid at en ikke klarer å endre seg ytterligere. De adaptive systemene bryter sammen med sykdom som følge. Den allostatisk ladningen virker i HPA-aksen, og vil blant annet føre til forhøyelse av de «utaktiske» stress-respons-hormonene cortisol og ephinephrin (adrenalin), hormoner som både kan ha en beskyttende og en ødeleggende effekt på kroppen. I et kroppslig helhetsperspektiv kan altså krenkelseserfaringer innebære en permanent kjemisk ubalanse i de av kroppens fysiologiske systemer som både setter i gang og akselerer prosessen til en rekke sykdommer.

I historien til pasienten Katherine K., kan følgende fortolkning være aktuell: Hyppige ydmykkelser, gjentatt påført vold og terror fra hennes nærmeste gjennom tiår, mangel på beskyttelse og følelse av maktesløshet, fortiging og tilbakeholdelse av følelser og reaksjoner, førte i første omgang til en *allostatisk ladning*, som kom til uttrykk i nedsatt immunforsvar som igjen gav henne hyppige, varige og alvorlige infeksjoner. Da hennes *adaptive*

*potensiale* seinere brøt sammen, ble det kroppslige resultatet en utmattelses-tilstand som ble diagnostisert som «kronisk tretthetssyndrom» (Fatigue, ME).

### **Kunnskapsutvikling med ubehag og motstand i eget fagfelt som kontekst**

Når en ser på den syke kroppen ut fra en *lived body* posisjon, blir det tradisjonelle skillet mellom «sjel» og «materie» overskredet, og det enkelte menneskets *erfaring og særegenhet blir til relevant kunnskap* for å forstå hvordan levd liv påvirker helse. Da et hovedtema innen dette paradigmet er «*hvordan krenkede barn blir syke voksne*» (1), vil slike (tidlige) erfaringer og hvordan barnet håndterer dem, inneholde mye av den sentrale kunnskapen. På dette punktet vil *levd kropp* som kunnskapssyn være emosjonelt ladet. Forskere som ser viktigheten av åpenhet om barnemishandling og dens konsekvenser, og har mot til å legge fram slik kunnskap, møter andre og større utfordringer enn de som jobber i andre perspektiver. Det viser ikke minst historien.

I 1896 mente Freud, etter mange års arbeid med sine «hysteri»-pasienter, gjennom de relasjonelle årsaksforklaringer og en ny behandlingstilnærming, at han hadde gjort *et avgjørende gjennombrudd innen nevropatologi* (16). Det medisinske og psykiatriske fagmiljøet reagerte imidlertid med ensidig fordømmelse (17, 18), og året etter snudde Freud selv ryggen til sin erfaringsbaserte *traumeteori* (19) og byttet den ut med *drifsteori* og teorien om den «*infantile seksualiteten*». Det er denne siste delen av historien verden kjenner og er betydelig påvirket av. Mange mener at *Freuds teoretiske helomvending* midt i livet kom til å legge avgjørende hindringer i veien for vår evne til forstå og lege menneskers helseproblemer (20–25). Hovedfokus flyttes *fra enheten kropp-sjel* og relasjonelle erfaringers direkte virkning på den, over *til sjelen* og mer eller mindre spekulative teorier om indre psykiske konflikter og fantasier (narsissisme, ødipuskompleks, dødsdrift, osv.).

Den engelske barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby, som selv var åpen om sine egne smertefulle barndomserfaringer (26), fikk merke disse konsekvensene. Da han startet sitt virke som lege i 1933, hadde han et ønske om å arbeide med «foreldres skadelige adferd mot sine barn», men fordi han opplevde dette som et tabu-område innen «analytiske kretser», bestemte han seg for å arbeide med virkningen av andre skjellsettende hendelser i barns liv, de som er knyttet til *tap og adskillelse* i nære relasjoner (27). I dag er Bowlbys *Attachment Theory* allment anerkjent, men det kom til å ta flere tiår fra han lanserte sine sentrale begreper rundt 1940, til de fikk vitenskapelig anerkjennelse og kom til nytte innen psykiatrisk behandling.

Freuds og Bowlbys erfaringer må selvfølgelig også sees i forhold til sin tid. I dag synes samfunnet å ha en langt større åpenhet for konsekvensene av foreldres skadelige adferd mot sine egne barn, men hvordan dette gjenspeiles i fagmiljøene kan diskuteres. I Norge har vi fått opprettet institusjoner som «Barnehusene», traumebehandlingsenhetene og Nasjonalt og Regionale Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS/RVTS). Imidlertid synes forskningsbasert kunnskap om barnemishandling og følgene av den i liten grad å være integrert i helsefagfeltet som helhet som en felles, aktiv kunnskapsbase. Årsaken til dette kan være motstanden mot denne kunnskapen (28).

Negative og avvissende reaksjoner på Kirkengens arbeid har heller ikke uteblitt (29). Hun har opplevd manglende anerkjennelse og blitt sett på som «plagsom», slik som mange andre som arbeider med overgrep og seksualisert vold. At slikt arbeid vil innebære ubehag, ligger i temaene; men i motsetning til de to av hennes «historiske kolleger» nevnt her, har ikke presset fra egne rekker fått Kirkengen til å rokke ved sitt teoretiske perspektiv og faglige standpunkt. Hun gir uttrykk for ydmykhet i forhold til sitt «faglige mandat», men er samtidig tydelig på at hun ikke vil forlate sin kritiske posisjon til fordel for en pragmatisk enighet som hun mener «er i strid med selve akademiets idé og berettigelse» (29).

Forskere og fagpersoner som prøver å etablere kunnskap om konsekvenser av barnemishandling og skadelig foreldreadferd, står likevel ofte i et vedvarende dilemma: Hvordan fremme begreper og perspektiver som fagfeltet vil *tåle* å ta imot, uten at en mister viktige funn som gjøres, og som det samme fagfeltet til syvende og sist vil kunne ha nytte av? Vil det at kjernebegrepet *lived body* er veletablert og har lange historiske røtter i vitenskapsfilosofien kunne være til hjelp?

### «Tingliggjøring» (reifikasjon), fremmedgjøring og maktbruk: Sykdomsdiagnose versus livssituasjon

Ikke bare vår kunnskap og tankegang, men også våre holdninger og følelser, reflekteres i perspektiv- og begrepsvalg. De perspektiver som kjøres fram som en beskyttelse mot eget ubehag, kan samtidig få den konsekvensen at de kan virke fremmedgjørende og undertrykkende på andre. I historien om Katherine K. foretrekker Kirkengen å finne fram til og beskrive det hjelpe-trengende menneskets situasjon som et resultat av *levd liv*, i stedet for å bruke diagnose-merkelappen(e). Fokus på pasientens erfaringer ga muligheter for endring, blant annet ved at det mobiliserte hennes ressurser og førte henne fra avmakt til makt over eget liv.

Her ligger grunnlaget for Kirkengens hovedkritikk av tradisjonell biomedisin og en kunnskapsproduksjon som *fremmedgjør* mennesker fra sin

«levde kropp», ved at den med sine referanserammer og sin metodologi utforsker menneskekroppen som om den var uten sjel og erfaringer. I sin konsekvens blir en slik tilnærming *uetisk*, da den i realiteten vil innebære en *krenkelse* både av menneskets særegenhet, personlighet og verdighet, mener Kirkengen. Om undersøkelsene er aldri så «riktig» utført og resultatet nøye «validert» etter regler som gjelder i forskning, vil resultatet allikevel bli ugyldig så lenge en har en feil oppfattelse av fenomenets natur.

Med henvisning til Foucault (30), mener hun at slik «misforstått» vitenskapelig kunnskap kan få en *instrumentell* funksjon på samfunnsnivå, i den sosiale kontrollen og undertrykking av bestemte «avvik», som i bunn og grunn er en følge av «uregelmessigheter» og misbruk av mellommenneskelig eller strukturell makt. Det maktmisbruket som blant annet kommer til uttrykk gjennom privat eller offentlig marginalisering og stigmatisering representerer en sterk sykdomsfremkallende, patogen faktor. Når medisinfaget *overser* og *fortier* de helsemessige konsekvensene for mennesker som er blitt utsatt for krenkelser og overgrep, dvs. *makt*, blir *medisinen selv et redskap for maktmisbruk* (31).

I en artikkel drøfter sosiologiprofessor Fredric Vandenberghe begrepenes historie i den vestlige verden gjennom de siste par hundre år (32). De to hovedlinjene som trekkes opp er metodologisk og sosial tingliggjøring, det sistnevnte hovedtemaet har fokus på den *kommunikative siden* av kunnskapsutviklingen. Artikkelen ender opp med Jürgen Habermas' «essensielle integrasjon» gjennom språk, der tingliggjøring ikke handler om rasjonalisering som sådan, men om en *kolonialisering av livsverden* (33), som kan forstås som samfunnets maktinstitusjoners invadering av individet. Artikkelen avsluttes slik: «*Når mekanismene til systemisk integrasjon (penger og makt) tvinger tilbake formene til sosial integrasjon fra de områdene som bare kan integreres gjennom språk, er resultatet en tingliggjøring som leder til en patologisk deformasjon av livsverden*» (34).

Slik jeg ser det, kan Kirkengens kritiske synspunkter på medisin- og helsefagene også belyses i dette store perspektivet. Gjennom sin forskning, sitt språk, sin formidling og sitt begrep «levd kropp», forsøker hun nettopp å integrere kunnskap fra andre felt, med det formålet å styrke den kommunikative siden av hjelpeforholdet, og minske «patologi» i et fag som opplever en stor grad av *tingliggjøring (diagnostisering) av de menneskelige livserfaringer*. Jeg oppfatter det som at hun på denne måten forsøker å danne en *motkultur* på et av de mest sentrale områder av samfunnsutviklingen.

## Står faget medisin overfor et paradigmeskifte?

«Tingene» i medisinfaget, de stadig mer avanserte medikamentene og undersøkelsesapparatene sammen med en klokketro på naturvitenskap aleine, har tilrevet seg stor makt i dagens helsevesen. Selv om utviklingen også er til stor nytte, kan fascinasjonen for «tingene» og det fantastiske de kan utføre, gjøre det vanskelig å se mennesket i andre perspektiv; *at menneskekroppen også er erfaringer, historie, livssituasjon og følelser*. Et overdrevent fokus på organisering, behandlingssystemer, teknologi og diagnoser kan gjøre det vanskelig å se, ikke bare betydningen av den situasjonen mennesker står oppe i, men også det viktige potensialet som finnes i den direkte kommunikasjonen mellom mennesker i relasjonen mellom den som skal gi og den som trenger hjelp. Det at mange i helsevesenet, på tross av enorme nyvinninger ofte føler at de kommer til kort overfor mange pasienter med kroniske, langvarige lidelser; gjør at kravene om endring i medisinfaget melder seg fra flere hold (35).

Viktigheten av å *gjenreise subjektet* kan derfor begrunnes både fra et resultatorientert og et etisk ståsted. Her kan en dra nytte av Kirkengens omfattende forskerarbeid. Ikke bare er hennes *levd kropp* teori forklarende, den er også *foreskrivende*, – en «resept» som kan øke helsevesenets evne til å hjelpe og styrke utsatte og oversette grupper i samfunnet.

Kirkengens innspill er også viktig som en inspirasjon til refleksjon og teoretisering i faget, da dagens medisin i følge henne bare i liten grad synes å reflektere over hva som ligger til grunn for fagforståelsen og fagutøvelsen. Faget preges av den reduksjonistiske forståelsen i tradisjonell biomedisin, der «teorien» er blitt løsrevet fra menneskers liv. *Metode* gis stor oppmerksomhet i forskningen, men Kirkengen stiller spørsmål ved om den underliggende forskningsteori yter mennesket rettferdighet.

I dag konfronteres det biomedisinske paradigmet i økende grad «med seg selv». Nyere biomedisinsk forskning har i økende grad kunnet dokumentere det som humanistisk basert medisin og humanistisk psykologi hele tiden har forstått og hevdet, nemlig at belastende erfaringer – særlig i barneårene – øker risikoen for utviklingsskader og sykdom. Denne forskningen går i rette med det tradisjonelle paradigmet fragmentering av menneskets helseproblemer; ei oppspaltning av mennesket som «gjer medisinen, om ikkje alltid medisinen, kraftlaus i møtet med mange pasientgrupper» (36).

Den amerikanske vitenskapsfilosofen Thomas Kuhn (1922-1996) hevdet at når eksisterende paradigmer svikter i å løse viktige problemer og forklare avvik og mangler, gir dette næring til *revolusjonær søken* etter erstatningsparadigmer. Vitenskapen endrer seg derfor ikke på en kontinuerlig

og rettlinjete måte, men i *sprang* over i nye paradigmer som er bedre i stand til å håndtere utfordringene og til å utvikle den nye kunnskapen videre (37).

En annen allmenntilleggsmedisiner, Eli Berg, mener at vi er på vei mot en *integrert teori* for faget medisin, og viser til kolleger som er opptatt av en samlet, helhetlig forståelse, der også filosofi, evolusjon og økologi er bygget inn (38). Med referanse til Kuhn stiller hun spørsmålet om vi står foran et paradigmeskifte i medisin, og tror selv at vi allerede er «i svevet». Hvis det er tilfelle, vil Kirkengens arbeid og «levd kropp» perspektivet måtte få en sentral plass.

## Litteratur

1. Kirkengen AL. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2009. English translation: Kirkengen AL. *The lived experience of violation. How abused children become unhealthy adults*. Bucuresti: Zeta Books, 2010.
2. Eid JT. *Å håndtere sin egen smerte ved hjelp av rusmidler. En studie av rusproblemet i livshistorien til mennesker som har fått hjelp ved Selbu- og Tyrilikkollektivet*. Masteroppgave i rådgivning. Trondheim: NTNU, 2009.
3. Kirkengen AL. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
4. Kirkengen AL. Inscriptions of violence: Societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 99-110. doi: 10.1007/s11019-007-9076-0
5. Riktignok synes Platon selv å være i tvil, eller på sporet av alternativ tenkning, da han et sted også skriver at sjelen eksisterer i legemet og har et kroppslig uttrykk, at «deler» av sjelen finnes i de forskjellige av kroppens deler og organer, men her blir «sjels-delene» sett på som ensidig påvirket av de kroppslige prosesser og ikke omvendt. Fra Platons dialog Timaios, ref. i Hofmann B. Teknologisk medisin i et nytt millennium. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120:94-8
6. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Edition Gallimard 1945.
7. Thornquist E. Face-to-face and hands-on: Assumptions and assessments in physiotherapy clinic. *Med Anthropol* 2006; 25: 65-97. doi: 10.1080/01459740500514489
8. Miller A. *Die Revolte des Körpers*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2004.
9. Freud S, Breuer J. *Studien über Hysterie*, og Freud S. *Zur Ätiologie der Hysterie*. Begge i Freud S. *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet. Band 1: Werke aus den Jahren 1892-1899*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1964.
10. Nijenhuis ERS, van der Hart O. Forgetting and reexperiencing trauma. From anesthesia to pain. In: Goodwin JM, Attias R. (eds.) *Splintered reflections. Images of the body in trauma*. New York: Basic Books, 1999.
11. Rothschild B. *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton, 2000.
12. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric conditions, and sexual behavior: Implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C. (eds.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.



13. Teicher MH, Tomoda A, Andersen SL. Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071: 313-23. doi: 10.1196/annals.1364.024
14. Dantzer R, Capuron L, Irwin MR, Millerd AH, Ollate H, Perry VH et al. Identification and treatment of symptoms associated with inflammation in medically ill patients. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33(1): 18-29. doi: 10.1016/j.psyneuen.2007.10.008
15. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav* 2003; 43: 2-15. doi: 10.1016/S0018-506X(02)00024-7
16. «...die Auffindung eines caput Nili der Neuropathologie...». Freud S. 1964, op.cit., s. 435.
17. Freud S. *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*. Frankfurt am Main: S. Fischer, 1986. s. 193.
18. Schur M. *Freud: Living and dying*. New York: International Universities Press, 1972. s. 104, s. 539.
19. «Ich glaube an meine Neurotica nicht mehr». Freud S. *Aus den Anfängen der Psychoanalyse: Briefe an Wilhelm Fliess: Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887-1902*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1962. s. 186.  
Kommentar: I tråd med Freuds første ståsted fortrekker jeg ordet traumeteori, da den vanlige betegnelsen «Freuds forføringsteori» («Neurotica» – Freuds egen betegnelse etter 1897) innebærer et syn på barnet som (med-)ansvarlig for overgrepene.
20. Rush F. *The best kept secret: Sexual abuse of children*. New York: McGraw-Hill, 1981.
21. Miller A. *Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981.
22. Masson JM. *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1984.
23. Bowlby J. *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge, 1988.
24. Herman JL. *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Pandora, 1992.
25. de Zulueta, F. *From pain to violence. The traumatic roots of destructiveness*. West Sussex: John Wiley & Sons, 2007.
26. «... sufficiently hurt, but not sufficiently damaged». van Dijken S. *John Bowlby: His early life: A biographical journey into the roots of attachment theory*. London: Free Association Books, 1998.
27. «It was, indeed, largely because the adverse behavior of parents toward their children was such a taboo subject in analytic circles when I was starting my professional work that I decided to focus my research on the effects on children of real-life events of another sort, namely separation and loss». Bowlby J. Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *Am J Psychoanal* 1984; 44(1): 9-27
28. «Kunnskapen ingen vil ha». Blålys. Landsforeningen for seksuelt misbrukte. [http://www.blalys.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=143:integrering-av-traumer&catid=136:artikler-synlig&Itemid=382](http://www.blalys.no/index.php?option=com_content&view=article&id=143:integrering-av-traumer&catid=136:artikler-synlig&Itemid=382)
29. Swensen E. Utsøkt upassende. Intervjuet: Anna Luise Kirkengen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006; 126: 2288-9.

30. Foucault M. *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.
31. «Whenever and however medical treatment contributes to concealment of destructive health impact of abuse of power, whether this is acknowledged or not, medicine becomes instrumental to an abuse of power itself». Kirkengen AL. 2008. op.cit., s. 106.
32. Vandenberghe F. Reification: History of the concept. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2002 Jan:1293-6. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/00142-X
33. Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Vol. 1 und 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981.
34. Vandenberghe F. op.cit., s. 12995, min oversettelse.
35. Ulvestad E. Chronic fatigue syndrome defies the mind-body-schism of medicine. New perspectives on a multiple realisable development system disorder. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 285-92. doi: 10.1007/s11019-008-9126-2
36. Ulvestad E. Frampeik frå ei faren tid. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009; 129: 2622-4. doi: 10.4045/tidsskr.09.0889
37. Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
38. Berg E. *Sammenhenger. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.

*Denne artikkelen er en bearbejdet og forkortet utgave av en eksamensoppgave fra et Ph.d. kurs i Vitenskapsteori i samfunnsvitenskap, SFEL8000, ved NTNU høsten 2010; med tittelen: «Levd kropp» som konstruert begrep. En vitenskapsfilosofisk analyse av Anna Luise Kirkengens forskerarbeid». Oppgaven er tilgjengelig, og kan bestilles fra forfatteren.*

### **Takk**

*Jeg takker Irene Hetlevik, Olina Kolbotn, Anne-Lise Knatten samt Morten Schau for konstruktive innspill i arbeidet med artikkelen.*

*John-Tore Eid  
Skjetnemarkveien 30 B  
N-7081 Sjetnmarka  
jteid@loqal.no*

# Elling Kvamme – student fra Østfold, fange i Tyskland, professor i Oslo

*Michael* 2012;9:267–95.

*Elling Kvamme (f. 1918) var studentvikar som sykehuslege i Fredrikstad i 1943. Kanskje tilfeldig takket han nei til et tilbud om å fortsette i denne stillingen, fordi han heller ville fullføre studiet i Oslo. Dette medførte at han ble arrestert og sendt til Tyskland, der han sammen med andre studenter gjennomlevde en skjellsettende tid som krigsfange. Tilbake i Oslo gjenopptok han legestudiet og fikk senere en akademisk karriere som professor i nevrokjemi, et fag der han fortsatt er aktiv i 2012, i en alder av 94 år. I dette intervjuet, som er en lett redigert versjon av lydopptak<sup>1</sup> gjort i hans hjem 7. februar 2012, forteller han om et langt og spennende akademisk liv<sup>2</sup>. Intervjuet inngår som en del av kildematerialet for et historieprosjekt om Det medisinske fakultet i Oslo.*

## Student i 1930-årene

*Øivind Larsen:* Du har vel egentlig hatt med fakultetet å gjøre i en tredjedel av dets levetid. Du begynte å studere i 1938, stemmer ikke det?

*Elling Kvamme:* Ja, det stemmer. Min far var distriktslege i Råde i Østfold. Jeg hadde gått på gymnaset i Fredrikstad, den såkalte «Gule anstalt», en utmerket skole, for øvrig, og flyttet så til Oslo for å studere.

---

1 Turid Jensen takkes for transkripsjon av lydopptak. Der hvor Kvamme bare har nevnt personer med etternavn eller lignende, er fullt navn angitt i fotnoter, for at leseren lettere skal kunne finne nærmere opplysninger. Da mange av de navn som nevnes gjelder leger, vises til *Norges Leger* 1996 (1).

2 Elling Kvamme har fortalt deler av sin historie også tidligere, blant annet i en kort tidsskriftartikkel (2) og i en dokumentarfilm fra 2011 som blant annet har vært vist på NRK-TV (3). Det ble også sendt en video, *Tysklandsstudenter*, på NRK-TV i 1997 (4). Her er det intervjuer med tidligere studentfanger (hvorav mange nå er døde) og også intervju med Obersturmbannführer Wilde. (Kopier kan kjøpes i Filmens hus, Dronningens gate 16, 0152 Oslo.)

*Øivind Larsen:* Hva var det som gjorde at du valgte medisin? Et ledende spørsmål: Det var kanskje at din far var lege?

*Elling Kvamme:* Det er vanskelig å si. Det var flere grunner. Min far frarådet det sterkt. Han hadde opplevd medisin som uhyre slitsomt, og han døde vel også litt for ung, tror jeg nok, nettopp på grunn av det. Så han mente jeg burde velge noe annet. Selv var jeg i grunnen veldig interessert i astronomi, jeg hadde faktisk lyst til å studere det. Fysikk og matematikk var jeg også interessert i. Men så var jeg litt heldig – eller uheldig – ettersom man ser det – med karakterene. Det gjorde at jeg liksom slengte inn en søknad om medisin og kom faktisk rett inn. Den gangen var det ventetid mellom første avsnitt og annet avsnitt i første avdeling. Og karakterene til første avsnitt sammen med artiumskarakterene avgjorde da om du også kom videre og eventuelt etter hvor lang tid. Noen fikk ett år, noen fikk ti år!

*Øivind Larsen:* Så det vi si at opptaket til medisinstudiet i virkeligheten foregikk *etter* at man hadde tatt de første medisinske eksamener?

*Elling Kvamme:* Riktig! Etter første avsnitt, kjemi og fysikk. Og det var jo i grunnen bortkastet hvis man da ikke kom videre.

*Øivind Larsen:* Var det mange som falt fra?

*Elling Kvamme:* Det begynte vel 370 sammen med meg. Og svært mange av dem falt fra.

Da du så kom inn på medisinstudiet – det egentlige medisinstudium – hadde du kanskje professor Schreiner<sup>3</sup> i anatomi?

*Elling Kvamme:* Ja, Schreiner og Mohr<sup>4</sup>, de to.

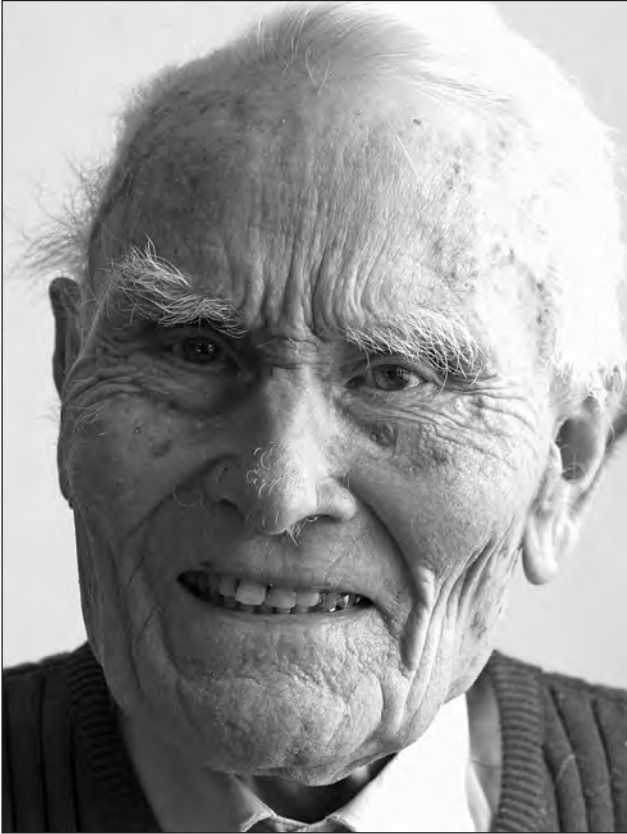
*Øivind Larsen:* Schreiner var visstnok, sier folk som kjente ham, beryktet for at han kunne være farlig til eksamen?

*Elling Kvamme:* På den tiden var det motsatt. Mohr var den farlige, Schreiner var den snille. Han var blitt en gammel senior. Og han hadde noen helt fantastiske forelesninger, husker jeg. Når vi snakker om det, jeg husker

---

<sup>3</sup> Kristian Emil Schreiner (1874-1957)

<sup>4</sup> Otto Lous Mohr (1886-1967)



*Elling  
Kvamme.  
(Foto Øivind  
Larsen 2012)*

spesielt hans forelesning om *nervus olfactorius* – . Og *myxine glutinosa*, slim-ålen, vet du, som han var interessert i. Det var gammel tradisjon. Nansen var også veldig interessert i dette.

*Øivind Larsen:* Nansens doktorarbeid handlet vel om *myxine glutinosa*?

*Elling Kvamme:* Ja, om nervesystemet –

*Øivind Larsen:* Var det mye kurs eller var det mest forelesninger, forut for de første medisinske eksamenene?

*Elling Kvamme:* Da må jeg fortelle en ting: Jeg begynte altså på første avsnitt sammen med tre hundre andre og visste at bare noen ganske få ville komme videre uten lang ventetid. Og så var det loddtrekning for å komme inn på kurs i kjemi, obligatorisk kurs. Da fikk jeg forferdelig høyt nummer, nr. tre

hundre eller noe sånt. Det gjorde at jeg ikke kunne ta den eksamenen samme år. Da søkte jeg på teknisk skole i Bergen, kom inn der og fikk en meget bedre undervisning i kjemi enn vi hadde hatt i Oslo, så det gikk greit! Jeg var seks uker i Bergen. Men jeg opplevde utrolig mye. Jeg kom opp på Fløyen en søndags kveld og så at hele byen flagget på halv stang, da tenkte jeg – hva i all verden var det? Så var det dronning Mauds død.

*Øivind Larsen:* Du har senere hatt kjemi som nokså sentralt i ditt virke, tror du det begynte da, at du fikk sansen for kjemi da du var i Bergen?

*Elling Kvamme:* Nei, i grunnen tror jeg ikke det. For den kjemien – det var altså organisk kjemi, anorganisk kjemi og fysikalsk kjemi, den kjemien var helt annerledes enn den biokjemien jeg kom til å interessere meg for.

*Øivind Larsen:* Da du så kom tilbake til Oslo, var det videre med kurs til første avdeling?

*Elling Kvamme:* Ja, for da hadde jeg fått den eksamen som jeg skulle ha. Og da gled jeg rett inn på «Anatomen» – som det het. Jeg tror nesten jeg kom inn der litt for tidlig, for jeg hadde ikke tatt examen philosophicum for eksempel, og det tok sin tid. Latin hadde jeg heller ikke tatt. Og den gangen var det *latin* og det var et ganske bra pensum –

*Øivind Larsen:* Var det tre semesters latin den gangen?

*Elling Kvamme:* Nei, to semestre var det. Men jeg bodde den gangen i Råde, og så var det latinskole i Sarpsborg. Jeg reiste frem og tilbake til latinlæreren min der. Jeg håpet jo på at jeg skulle slenge igjennom og få en firer, men fordundre meg greide jeg å få én, jeg vet ikke hvorfor! He-he-he!

*Øivind Larsen:* Jeg bøyer meg i støvet for den karakteren! Men eksamen ved første avdeling, hvordan var den? Det fortelles så mye om hvor fryktelig den pleide å være.

*Elling Kvamme:* Første avdeling, der var det altså kjemi og fysikk, og det var første avsnitt. Og når det var bestått, og en hadde unnagjort sin ventetid, gikk man opp til annet avsnitt, som var anatomi og fysiologi. Eksamen bestod da i en skriftlig eksamen og en muntlig i anatomi. Mens i fysiologi var det bare skriftlig.

*Øivind Larsen:* Ved den muntlige prøven, hadde dere både makroskopisk og mikroskopisk anatomi?

*Elling Kvamme:* Både makroskopisk og mikroskopisk.

*Øivind Larsen:* Var det mange som strøk?

*Elling Kvamme:* Det var noen, men det var i grunnen ikke så mange, men noen var det jo, faktisk.

*Øivind Larsen:* Hvilket år tok du avsluttende første avdeling?

*Elling Kvamme:* Skal vi se, jeg begynte i åtteogtredve, ja, det måtte vel være, skal vi se, det måtte være i enøgførr.

*Øivind Larsen:* I 1941 var opptaksreglene blitt forandret, for fra 1940 begynte man med *numerus clausus*, det vil si at studentene bare ble tatt opp på grunnlag av eksamenskarakterene, det har jeg lest meg til. Var det mye diskusjon blant studentene om dette – om disse nye prinsippene?

*Elling Kvamme:* I grunnen ikke. Det var så veldig mye annet som det var mye mer diskusjon om på den tiden. *Politisk*, vet du –

## **Studentliv og krigstid**

*Elling Kvamme:* Studentene – de fleste oss – var mye *med* – med på ett eller annet. Selv hadde jeg en liten jobb i en hemmelig avis. Den var ikke så veldig stor. Jeg ante ikke hvem redaktøren var. Det skulle vi ikke vite heller. Men vi fikk ordre og vi gjorde det vi ble satt til å gjøre – skrive litt og distribuere litt og sånn. Det gjorde de aller fleste studentene. Stemningen i Oslo var den gang helt polarisert. Det var svart og hvitt, det var ingen gråsoner, enten var du for eller så var du i mot. Og nåde deg i det miljøet jeg var, hvis du var i mot!

*Øivind Larsen:* Ja, det kan jeg tenke meg. Var det mange som var, skal vi si på den *gale siden* blant studentene?

*Elling Kvamme:* Meget få. Men det var noen få, da. Jeg husker det var en medisinerstudent som kom inn på en forelesning, ja, ikke bare det, men kom på Rikshospitalet i full mundur, krigsmundur med alt som hørte til, pistol i siden og alt mulig. Det vakte ikke akkurat noen beundring.

*Øivind Larsen:* På Anatomisk institutt var det vel litt splittet blant lærerstabten, for Wagner<sup>5</sup> hadde vel ordet på seg for å være tyskvennlig?

*Elling Kvamme:* Wagner var en meget spesiell type, det husker jeg godt. Og dette var jo før besettelsen, da. Dette var også i 1939 jeg traff Wagner første gangen. Men han kunne være ganske slagferdig. Jeg husker vi hadde en nydelig dame på mitt kull, vi satt og så i mikroskop. Vi studerte et snitt av et eller annet. Så kom Wagner. Vi skulle tegne det snittet, og hun drev og tegnet. Wagner så på tegningen og spurte «Hva skal det være? – penis, ja, -» sa han, « hmmm! – Det var en penis som verken De eller jeg kunne være tjent med.»

*Øivind Larsen:* Ja, ja, det var vel kanskje en litt anløpen bemerkning fra en lærer?

*Elling Kvamme:* Ja, he-he.

*Øivind Larsen:* Det er vel ikke sikkert det hadde gått så bra i dag!

*Elling Kvamme:* Det er ikke sikkert!

*Øivind Larsen:* Var det mange kvinnelige medisinere på kullet ditt?

*Elling Kvamme:* Tja, hvor mange kunne det være, ni-ti stykker eller noe sånt, som kom videre altså. Vi hadde jo Ida Nakling, for eksempel, datter av Olav Hanssen. Rigmor Riddervold var en annen. Hun ble gift med Strand<sup>6</sup>, en annen lege, praktiserte i Bærum.

*Øivind Larsen:* Jeg er litt opptatt av disse studieårene, for da var det jo for eksempel ikke noen lånekasse. Hvordan hadde du inntrykk av at studentene fikk finansiert studiet sitt?

*Elling Kvamme:* Ja, det er et godt spørsmål. Jeg tror nok at de fleste måtte låne det meste, jo, jeg hadde kamerater som jeg visste måtte låne. Men selv var jeg så heldig at min far ville at jeg skulle bo på Blindern Studentterhjem, for han ville jeg skulle ha en annen opplevelse av studiet en han selv hadde.

---

5 Konrad Adolf Wagner (1900-1956)

6 Kjetil Strand (f. 1916)



*Øivind Larsen:* Han hadde kanskje bodd på hybel under kummerlige kår?

*Elling Kvamme:* Ja, han ble ferdig i 1905, og det var nok svært kummerlige kår. Det var en gang, fortalte han, at han manglet penger og handlet lærebøker hos Norli, og Norli så på ham og ga ham kreditt på hans ærlige øyne! Min far betalte det selvfølgelig tilbake i tur og orden. Og siden det kjøpte han aldri bøker noe annet sted enn Norli!

*Øivind Larsen:* Blindern studenthjem hadde kanskje et elitepreg?

*Elling Kvamme:* Ja, det hadde i høy grad det. Det var også det. Det var bare mannlige studenter der. Det var veldig strenge regler for hvordan man skulle oppføre seg. Men skulle for eksempel til middag være pent dresset hver dag. Og særlig søndag middag var det viktig. Man kunne ha damebesøk, men alle damer måtte være ute før klokken ti. Og lederen der, tante Ida som vi kalte henne, en myndig dame, men veldig elskverdig og veldig varm egentlig også, hun kunne stå ute på tunet og nærmest sluse dem ut av døren, ble det sagt!

*Øivind Larsen:* Du snakket for et øyeblikk siden om motstandsbevegelsen på Universitetet, den politiske motstand, mener jeg. Og Blindern Studenthjem var vel ganske sentralt i det?

*Elling Kvamme:* Ja, ja, flere av dem som dro til England, bodde der.

*Øivind Larsen:* Men i den perioden fra krigsutbruddet og i tiden framover – du sa at dere kom med i illegalt arbeid. Hvem var det som tok initiativet, for eksempel da du begynte i en illegal avis, hvem spurte deg om å være med?

*Elling Kvamme:* Det er et godt spørsmål, for det kan jeg ikke si at jeg husker, nei. For det kom på en måte av seg selv. Ned fra luften eller hvor det kom fra.

*Øivind Larsen:* Oppfattet dere selv den illegale virksomheten som farlig?

*Elling Kvamme:* Ja. Men den gangen var vi unge og optimistiske, så det gjorde at vi ikke på noen måte var fryktsomme og redde. Det var vi ikke. Men vi visste jo – ja, vi hadde et eksempel også: Det var en studiekamerat – Bertnes het han for øvrig, og han gikk på laboratoriet sammen med oss.

Han ble hentet ut fra sin søsters bryllup og senere skutt på grunn av illegal virksomhet. Det er derfor jeg husker navnet hans, Bertnes<sup>7</sup>.

*Øivind Larsen:* Men i tillegg til denne virksomheten, forløp selve studiet normalt?

*Elling Kvamme:* Ja, det tror jeg nok jeg kan si. Det gjorde det. Det vil si at det var første avdeling som forløp normalt, for så hadde man obligatorisk ventetid mellom første og annen avdeling, etter første avdelings annet avsnitt. De som hadde laud, fikk ett år. De som hadde haud, fikk halvannet av en eller annen merkelig grunn.

*Øivind Larsen:* Det var da også et prinsipp?

*Elling Kvamme:* Også et prinsipp, ja. Men det året mitt brukte jeg da. Det var et halvt år på patologen på Ullevål, og der ble det da en del patologisk anatomi, for å si det sånn!

*Øivind Larsen:* Var du som hospitant, eller hadde du arbeid der?

*Elling Kvamme:* Hospitant. Så jeg hadde ingen lønn. Og det andre halvåret var jeg på fylkessykehuset i Fredrikstad. Det var egentlig til nytte for meg senere.

### **Legevikar i Fredrikstad**

*Øivind Larsen:* Var du som hospitant i Fredrikstad også?

*Elling Kvamme:* Ja. Man kalte det ventetidsstudent.

*Øivind Larsen:* Så du var i den gamle, lave murbygningen på Østsiden?

*Elling Kvamme:* Ja. I det gamle, lave fylkessykehuset. Og jeg kom dit i 1943. Det året var på en måte et skjebnear for meg, fordi jeg, ja,— det var lege-mangel, og overlegen der var suspendert, overlegen på medisinsk avdeling. Han var suspendert, og det var ikke på grunn av holdninger til nazismen eller sånn. Men på grunn av at han hadde befølt en pasient under røntgenundersøkelse av thorax. Det hadde ikke noe med politikk å gjøre. Og dit kom jeg da. Men heldigvis hadde jeg vært der tidligere, så jeg kunne liksom

---

7 Andreas Bertnes

rutinene. Vi vasset i difteri. Det var en sykdom som tok livet av forferdelig mange. Jeg måtte lære meg å diagnostisere difteri og få hull på og komme under den membranen som ble dannet – å få lagt materialet på objektglass og få farget det med to farger, jeg tror det ene var Löffler og det andre var Neisser. Vi ble for så vidt eksperter i å farge – Gramfarging for eksempel hvor det gjaldt andre bakterier, og Ziehl-Neelsen hvor det gjaldt tuberkelbakterier. Ja, du har vært borti det?

*Øivind Larsen:* Ja, jeg har vært borti det. Men man kan jo lure på, når du sier at disse pasientene hadde difteri og de hadde membraner og sånn, var det da nesten nødvendig å dyrke?

*Elling Kvamme:* Jo, for det hendte at folk kunne ha membraner uten å ha difteri. Så skulle de jo ha serum. Det var i seg selv ikke helt ufarlig. Noen var allergiske. Når de skulle ha serum, husker jeg godt at vi alltid hadde en sprøyte adrenalin ved siden av i tilfelle – og ga dem først litegranne serum for å se om de tålte det. For de fikk jo store mengder. Vi gav dem svære femti kubikkcentimeter av høyrenset antistoff. Og jeg spurte min far, han hadde opplevd difteri første gangen i Jostedalen langt tilbake, kanskje rundt 1911 eller noe sånt. Jeg spurte hvor mye han ga. For da var nettopp serum kommet. Fem tusen enheter, sa han. Det mente han virket. Det gjorde det kanskje også den gangen for den typen bakterier, med det serumet de hadde, veldig urensset serum. Men det virket, det hjalp. Og det er jo interessant. Vi ga altså svære mengder. Men like fullt var det mange som døde. De fikk krupp, membraner som tettet seg. Vi gjorde trakeotomi, men så kom membranene under – Andre døde av myocardit –.

*Øivind Larsen:* Av toksinene simpelthen?

*Elling Kvamme:* Ja. Og poliomyelitt var det masse av. Vi vasset i poliomyelitt. Skarlatina var utbredt. Men den var forholdsvis godartet. Jeg kan ikke huske at noen døde av det. Men tyfoidfeber hadde vi også. En periode var jeg faktisk alene på sykehuset. Jeg var en sånn halvstudert røver som professor Carl Müller pleide å kalle oss, og hadde faktisk ansvaret for den avdelingen på Østsiden, og dessuten et indremedisinsk sykehus på Vestsiden som het Bethesda. Jeg syklet tvers over hver dag og betjente det og tror det gikk sånn rimelig bra. Selvfølgelig, det er ikke godt å si, men de hadde ikke noe valg – hehe –. Og jeg ble da faktisk ansatt som assistentlege, til tross for at jeg ikke var ferdig – på langt nær. Jeg hadde status som assistentlege. Ved sommerferien, da tiden var omme, ble jeg spurt om jeg ville fortsette. Da gjorde

jeg en av mine store brølere i mitt liv, jeg sa nei takk. Jeg ville fortsette å studere. Og det gjorde jeg da også –

*Øivind Larsen:* Og det var høstsemesteret 1943?

*Elling Kvamme:* Med de følger det fikk.

*Øivind Larsen:* Men hvor lenge hadde du vært i Fredrikstad da? Rettere sagt, hvor lang var ventetiden for ditt vedkommende?

*Elling Kvamme:* Ventetiden var ett år. Jeg brukte først halvparten der og var på et slags «lære-nivå». Dette var en stilling jeg faktisk fikk i sommerferien på grunn av at jeg var kjent i forveien, og fordi de ikke hadde noen assistentlege. Så jeg ble med en gang assistentlege og kunne skrive ut resepter og kunne gjøre både det ene og det andre. Og det kan jeg jo ikke lenger!

### **Dramatisk høst 1943**

*Øivind Larsen:* Høstsemesteret 1943 begynte du på igjen i Oslo som student?

*Elling Kvamme:* Ja. Og det var skjebnesvangert. Det skulle jeg ikke ha gjort.

*Øivind Larsen:* Fortell litt mer hva som skjedde utover i høstsemesteret. Det ble jo politisk tilspisset ute i samfunnet.

*Elling Kvamme:* Ja, det ble det – ja, det var veldig polarisert. Hvis vi så en vi visste var nazist på trikken, satte man seg ikke i nærheten av ham, men langt unna. Men det ble oppfattet som forbrytersk. Så man kunne bli tatt for det.

*Øivind Larsen:* Til og med jeg kan huske plakater fra Holmenkollbanen om at så lenge det var ledige seter, var folk forpliktet til å sitte, ikke stå. Jeg lurte på det – og så fortalte de voksne hva som var årsaken.

*Elling Kvamme:* Jaja! Jo, og så var det jo andre historier også da. Det var om den bonden som kom inn på en fullsatt trikk i Oslo og ropte: «Heil, Hitler!» og strakte hånden i været. Så var det ingen som svarte. «Gudskjelov, så er det ingen Quislinger her!» He-he-he.

*Øivind Larsen:* Men da var du i den kliniske delen av studiet? Var du på Rikshospitalet da?

*Elling Kvamme:* Ja.

*Øivind Larsen:* Men – hva skjedde den 30. november 1943?

*Elling Kvamme:* Det var slik at den gangen var det ikke eksamen i neurologi. Men vi hadde en *klinikk* som vi på en måte måtte bestå. Alle besto den, så det var ikke noe problem. Men alle måtte igjennom den. Og akkurat 30. november var det *min* dag til å ha klinikk. Jeg husker godt kasus også, en yngre mann med multippel sklerose. Veldig lite symptomer, men ikke verre enn at vi klarte diagnosen. Vi var to om det. Den andre var Fredrik Lange Nielsen, du husker kanskje ham?

*Øivind Larsen:* Ja.

*Elling Kvamme:* Vi var altså to om det, og vi stilte diagnosen (etter å ha undersøkt pasienten). Og vi kom så til døren (til undervisningsrommet) den 30. november. Og der sto Lundevall<sup>8</sup>, den senere professor, og sa at vi måtte ikke gå inn, for tyskerne ville komme og omringe oss. Han var med i en slags undergrunnsbevegelse og hadde fått informasjon. Jeg fikk en lapp i hånden om det og gikk da opp til professor Monrad-Krohn<sup>9</sup> og fortalte om det, at det ser som om tyskerne vil komme å omringe oss og så videre. Men han bare avfeide det. «Klinikken skal gå sin gang,» sa han. Monrad-Krohn var en eiendommelig type. Pleide alltid ha en sånn spesiell lue over hodet. Du husker ham?

*Øivind Larsen:* Ja, jeg husker ham.

*Elling Kvamme:* Han var veldig glad i unge damer, og alle hans tjenere som kom ut og inn og ga beskjeder – nydelige unge søte sykepleiere, he-he-.

Ja, så gikk klinikken sin gang. Så kom det beskjed, en av disse sykepleierne kom bort og sa til Monrad-Krohn at tyskerne nærmer seg sykehuset. Dette hørte både Lange Nielsen og jeg. Og vi spurte, «Skal vi ikke avbryte klinikken?»

«Nei, klinikken går sin gang.» En gang til: «Ja, nå er tyskerne i døren» – samme spørsmål, samme svar. Plutselig var ikke tyskerne i døren heller. De var inne i rommet. Og dermed ble det slutt på det hele.

Vi ble plassert i to grupper. Vi ble anbrakt i auditoriet slik at alle de mannlige var på en side og de kvinnelige på den andre siden. Og vi mann-

---

<sup>8</sup> Jon Lundevall (1919-1991)

<sup>9</sup> Georg Herman Monrad-Krohn (1884-1964)

lige, vi ble sendt til Aulaen og hørte en tordentale av tyskeren Rediess<sup>10</sup>. Terboven<sup>11</sup> var også innom der. De kvinnelige slapp fri. Så de hadde ikke mer med dette å gjøre.

Vi var 2000 mann som ble arrestert. Jeg var faktisk i min hvite frakk, til og med. Satt på lastebil, og dette var i november. Der satt jeg og frøs så bitterlig på lastebil på vei til Stavern. Der ble vi innløsert i første omgang.

*Øivind Larsen:* Det var jo alle slags studenter blant de 2000, ikke sant? Hvor mange medisinerere? Har du noen oversikt over hvor mange medisinerere det kan ha vært?

*Elling Kvamme:* Det er vanskelig å si, men noen hundre var det nok.

*Øivind Larsen:* Det var såpass, ja.

*Elling Kvamme:* Ja, jeg tror nok det, og til og med ferdige leger.

*Øivind Larsen:* – som var blitt tatt med i – ja, ja –. I Stavern forgikk det en slags utsiling, gjorde det ikke det? Var det noen som ble sendt hjem?

*Elling Kvamme:* Ja, jo. Jeg hadde jo intervju med en doktor Ohm. Han spurte og sa at han var ute etter «unsere Gesinnung» – og den fikk han fort klarhet over! Den var han svært lite fornøyd med. Ja, vi var kongetro – og så videre. Og vi svarte på alt det der. Så han fikk sine rapporter. Jeg tror også at det var innplantet folk blant oss som skulle lytte og høre – altså folk som da hadde nazistisk ideologi. Jeg har ytterligere belegg for det, også fordi det var en masse studenter utover, ingen av oss kjente hverandre egentlig. Men så plutselig en dag var det en som fikk kraftig vondt i magen, og vi halvstuderte røvere hev oss over ham for å finne ut hva dette kunne være. Vi fant ut at vi trodde han faktisk hadde fått en peritonitt som skyldtes at appendiks hadde sprukket eller noe sånt. Så vi fikk tilkalt en skikkelig doktor som var enig med oss. Han ble innlagt. Tilfeldigvis husket jeg navnet hans. Etter krigen så så jeg at han var dømt for unasjonal virksomhet.

*Øivind Larsen:* Javel. Så det var en som var plantet, altså?

*Elling Kvamme:* Antagelig.

---

10 Wilhelm Rediess (1900-1945)

11 Josef Terboven (1898-1945)

## Til Tyskland

*Øivind Larsen:* Og så gikk ferden videre?

*Elling Kvamme:* Så gikk ferden videre, til Stettin. Alle snakker om jødene som var i bunnen av «Donau». Det var selvfølgelig synd på dem, det er ikke tvil om det. Men alle de andre fangene havnet jo også der. Også vi. I bunnen av «Donau». Det var litt spennende, da, om «Donau» greide å komme seg ut gjennom det urene farvannet vi visste det var, fullt av miner og elendighet.

*Øivind Larsen:* Hvor gikk dere ombord hen?

*Elling Kvamme:* I Oslo. På Akershuskaia. Vi måtte gå fra Stavern til Larvik. Der sto Wildenvey og vinket til oss. Så var det tog der som gikk helt til Akershuskaia – og vi kom frem til Stettin. Det var en gråkald natt da vi kom frem – eller tidlig morgen var det kanskje. Stettin – en hyggelig by egentlig. Der ble vi anbrakt i et tog og kjørt til Buchenwald. Dette var i januar måned. Men en gruppe før oss var sendt allerede i desember måned på samme måten. De ble sendt til Sennheim. Det var en gruppe som tyskerne mente kanskje kunne bli omvendt til SS. Det var de kraftige, lyshårede, blåøyde og andre som de mente kunne være egnet. De fikk en helt annen skjebne og behandling enn oss. De fikk bra kost med en gang og sånn. Men hadde psykiske traumer på grunn av at de ville jo ikke inn i SS. Men – du har sikkert hørt den historien –

*Øivind Larsen:* Ja, jeg har jo hørt litt, men du kan jo fortelle så –

*Elling Kvamme:* Jo, altså: De ble fratatt sine klær da de kom dit og iført SS-uniformer med distinksjoner og det hele. Plutselig var de innrullert i SS.

*Øivind Larsen:* Og det var i Sennheim?

*Elling Kvamme:* Ja, det var i Sennheim. De protesterte jo da. Det endte med at de rev av epålettene og klistret plaster over kobbelet midt på beltet. Det var en «majestetsforbrytelse» av de sjeldne, å håne en SS-uniform på den måten. Men så var det at saken vakte internasjonal oppmerksomhet. Tyskland var veldig avhengig av Sveriges goodwill. Sverige var nøytralt, og der ble det protestert mot deportasjonen. Slik at etter mye forviklinger og trusler slapp de da å ha beltet og de slapp å ha distinksjoner, men de måtte

beholde uniformene – det var deres klær, altså. Så de bar uniformer uten noen distinksjoner. De ble opplært militært. Alle måtte synge og marsjere og alt mulig sånt. De spilte forball, og gutta slo de tyske lagene og så videre. Og de syntes det var morsomt. Tyskerne var ikke like begeistret for dette, men tross alt, de var germanere.

*Øivind Larsen:* Du var foreløpig i Buchenwald?

*Elling Kvamme:* Vi hadde altså en helt annen skjebne. Vi ble sendt til Buchenwald, kom dit sent på kvelden – svære lyskastere i mot oss og brølende schäferhunder, «Heraus mit den Judenschlingeln!» – sånne tilrop fikk vi, «ut med oss!» liksom, da. Vi var alle sammen jødeslyngler da. Og opp å marsjere. Så var det å marsjere til avkledningskammeret. Der ble vi fratatt alt vi hadde av eiendeler og barbert overalt hvor det var mulig å barbere oss. Vi ble dyppet i et forferdelig svoelbad. Det skulle være desinfeksjon. Då ble vi iført pyjamaslignende klær og tresko og Mütze, lue på hodet. Så var det ut å marsjere. Det var ikke noen liten kulde, dette var i januar måned. Det var sjetten januar eller noe sånt.

I brakka var det ikke lus, men massevis av lopper. De var til stor plage. Det var veldig lite mat å få. Vi fikk noe som de kalte «Steckrüben». Det var en blanding av kålrabi og turnips. Det tror jeg var en tysk oppfinnelse. Men vi var da så sultne at vi konkurrerte om å få lov til å skrape ut de siste restene av tretønnene det av turnipsen som måtte ha hengt seg igjen langs veggene. Så sultne var vi da.

Men så en dag, det var ikke så veldig lenge vi hadde vært der, et par uker eller noe sånt, så kom da sjefen inn, Hermann Pister, der Standartenführer. Flott, med massevis av gull og på brystet sånn. Så sa han at wir waren nicht gewöhnliche Häftlinge. Vi skulle være i en slags «Sonderlager». Da ble vi anbrakt i en murstensbygning i fire etasjer, A, B, C og D, med en liten luftgård rundt. Fra da av fikk vi SS-kost. Vi fikk også lov til å motta pakker og Røde Kors-pakker og sånn. De kom ikke med en gang, men de kom etter hvert. Brevskriving var det litt verre med. Vi fikk ikke skrive skikkelige brev. Det var i standardiserte former. Men i alle fall, det bedret seg ganske markant for oss.

Vi hadde ikke lov til å ha noen kontakt med fangene utenom. Vi hadde en egen Blockführer som het Langner, en tysk SS-mann som holdt vakt hos oss hver dag. Men han forsvant om kvelden. Vi hadde da en utmerket leder som var leder for oss, han var valgt av tannleger, ingen av oss hadde sett ham før. Men tannlegene hadde gjort et godt valg, det var tannlegestudenten Arnljot Gaare. Han ble en glimrende leder for oss.



Vi fikk kontakter utenfor leiren også. Da vi da begynte å få matpakker og sånn, kunne vi få delt ut mat til barna i leiren. Det kunne skje om natten, fordi om natten var det ingen SS-ere i leiren. Nei, da var det muligheter, for oppasserne var også borte om natten. Da fikk vi anledning til å slippe ut, faktisk, så vi fikk distribuert en del mat der som da vi hadde som over-skudd. Det gjorde at vi også fikk venner der.

Vi var i Buchenwald i flere puljer, inndelt i flere grupper, for tyskernes mening var åpenbar. Den var at de som kom til Sennheim, de var det ikke noe problem med, for de skulle bli omvendt til SS-folk. Og vi skulle være i to puljer i Buchenwald, og vi skulle oppleve den siden av saken, og så skulle vi sendes tilbake i tur og orden. Da var de i Sennheim omvendt, og de som kom, hadde ikke noe valg, selvfølgelig, hvis de var omvendt. Den første puljen ble sendt tilbake i juni 1944. Jeg var i den aller siste puljen, antakelig av dem som de hadde minst håp om – hehe – det var i slutten av oktober 1944.

*Øivind Larsen:* Så da kom du til Sennheim?

*Elling Kvamme:* Da kom jeg også til Sennheim. Den var ikke helt uten farer, den transporten, da. Det er helt utrolig at de ville bruke togmateriell til slike transporter på et tidspunkt da nesten hele Frankrike var besatt. Altså, de allierte stod ved Belfort og Remiremond, det var ikke så langt unna. Og i oktober ble vi sendt dit! Det er aldeles utrolig! Det eneste jeg mener kan forklare det, var at dette var en ordre som var gitt året i forveien som skulle gjennomføres – også (gitt) av underordnede. De kunne ikke si noe til det, det kunne være farlig for dem å protestere.

*Øivind Larsen:* Men Sennheim ligger like ved Mulhouse, altså Mühlhausen, og fronten gikk vel omtrent der?

*Elling Kvamme:* Ja, det var like ved der. Det var Belfort – Remiremond som var like i nærheten. Jeg ble vel der ca. en måned, tror jeg det var, før de allierte brøt igjennom. Vi håpet da at vi skulle bli omringet og tatt til fange. Men det skjedde ikke. Vi ble i nattens mulm smuglet ut og måtte gå i gåse-gang. Det kunne også være farlig, fordi den franske motstandsbevegelsen, Maquis, var ute etter å ta nettopp slike transporter som kunne være mistenkelige. Men våre gutter i Sennheim hadde gjort seg kjent i Maquis-en, motstandsbevegelsen, så de visste om oss, slik at intet skjedde. De fikk smuglet oss over til Tyskland – over Breisach var det at vi kom over Rhinen.

Vi marsjerte da i flere dager og lå i låver og sånt. Så kom vi til et sted som het Burkheim ved Rhinen. En annen gruppe kom til Freiburg. Vi var delt i to grupper. Jeg var i gruppen til Burkheim. Den hadde for så vidt en litt dramatisk historie også. Der i Burkheim ble vi inndelt i flere arbeidskommandoer. Burkheim var for øvrig en nydelig liten by som fremdeles er intakt, ikke bombet. Den bør sees. Der lå vi på loftet i rådhuset, og det kan en fremdeles se.

Men det var altså da forskjellige kommandoer. Jeg kom i en kommando ved fergestedet Jechtigen. Vår oppgave var å bemanne en ferge over Rhinen. Det ble sagt at det var humanitært arbeid, så det var noe vi trygt kunne gjøre. Men vi oppdaget jo fort – vi var i disse uniformene uten distinksjoner, for det var de eneste klærne vi hadde – at vi ble oppfattet som tyske soldater. De vi ferjet over, var såkalte Nachschub. De var slått på flukt i Frankrike. De oppfattet oss som deltagende i krigen. Vi oppdaget jo også at vi plutselig var med i krigen på tysk side. Og hva gjør man da, liksom? Da hadde vi et rabaldermøte på loftet i rådhuset i Burkheim hvor vi diskuterte, for det var altså å velge mellom – ja – det var valg som var nesten umulige, fordi vi visste at den fergen ville bli senket. Den var den eneste adkomst over Rhinen. Alle broer var sprengt. Så det var vi fullt klar over. Og på den annen side visste vi også at vårt valg å streike ville være livsfarlig.

Men selvfølgelig, vi prøvde den diplomatiske vei. Vi hadde utmerkede jurister blant oss som gikk til vår SS-sjef, en ung gutt på vel tyve år, Joachim Wilde. Han hadde mistet en arm i et slag i Russland, og satt som kommandant for oss. Vi forklarte ham at det var mot folkeretten at vi må ferge tyske tropper over Rhinen. Han sa at det var ikke noe problem, så det måtte vi bare fortsette med.

### **En vanskelig avgjørelse**

Da ble det altså rabaldermøte på rådhuskjelleren. «Hva i all verden gjør vi nå?» Men med knapt flertall ble det vedtatt at vi var nødt til å streike. Det var den eneste muligheten. Neste dag da det var oppstilling, ble det kommandert oppstilling til fergekommando. Ingen meldte seg. Wilde går da bort og slår ned en mann «Nehmen sie die Brillen ab!» Det var jo sympatisk – slå ham ned! Horn het han, Jan Horn. Forøvrig ble Horn en meget kjent nevrolog. Men i alle fall, Wilde nøyde seg ikke med det. Han sa: Opp i soverommene! Han skulle til Freiburg. Han sa dette ville komme til å bli ganske ille for oss, at vi hadde nektet. Og han kom til Freiburg.

Men så var det sånn at halvparten av våre var anbrakt der. Og så – Freiburg ble bombet for første gang under krigen. Det var et forferdelig blodbad. En av våre, også en medisinerstudent, ble drept, en medisinerstudent fra

Moss. De norske studentene som var der, så all elendigheten, så de hjalp til det de kunne. Tyskerne var nærmest paralyisert, fordi hovedkvarteret deres var bombardert i stykker og da hadde de ikke noe å forholde seg til. Våre studenter hjalp en god del mennesker ut av ruinene. Faktisk berget dem. En fikk tak i en liten unge, moren og en liten unge som sprang så fortvilet omkring, og transporterte dem ut av Freiburg og i trygghet. Senere har de fått kontakt – senere. Det var veldig touchy, tror jeg man kan si.

Men i alle fall, Freiburg ble bombet og Himmler<sup>12</sup> befant seg like i nærheten. Da Wilde kom til (ham?) for å høre hva som skulle skje med oss, fikk han beskjed om at vi skulle ikke skytes på noe vis, men vi skulle tilbake til Buchenwald alle sammen. Og med «keine Verpflegung».

Wilde kom nå tilbake. Da måtte vi marsjere, da! Heldigvis var vi i relativt god form på den tiden. Så vi marsjerte gjennom Schwarzwald – i flere dager. Jeg husker det var så rart å se – plutselig så kjente jeg en sånn rar følelse under den ene foten. Så skulle jeg se hva det var. Det var at det var ingen ting der. Jeg gikk på selve sålen. Dette var altså i slutten av oktober. Det var forbudt å ta noe frukt og sånn langs kanten. Men så hadde vi noen ukrainere. Det var svært få av dem, de var ikke særlig intelligente heller. Så når de var vel ute av syne, forsynte vi oss med råtten frukt fra veikanten. Det hjalp oss for tørsten blant annet.

Slik var det. Vi marsjerte noen dager gjennom Schwarzwald og kom gjennom Alpirsbach, hvor det der ventet et tog på oss. Der ble vi sendt til Buchenwald. Det tok mange dager dette her og vi fikk halvannen liter tynn suppe med. Da vi kom frem til Buchenwald, var vi temmelig uthungret, for å si det mildt. Vi sto fjorten timer på appell. Det hadde vi neppe greid, hadde det ikke vært fordi at vi hadde venner i Buchenwald fra før av. Danske politifolk var også arrestert kollektivt, og vi hadde hjulpet dem etter beste evne – det var ikke mye vi kunne gjøre, for de var flere tusen mann, og vi var bare noen hundre, men litt kunne vi gjøre. Men de hadde fått nok av matforsyninger, så når vi måtte gå på det såkalte *Abort* – (WC) ja – der fikk vi mat av danskene. Det reddet oss. Da kunne vi stå de fjorten timene på appell. Til stor skrekk og forundring fra Wilde som også var med!

Så ble vi anbrakt i den dårligste delen av leiren, Kleinlager. Der var det fullt av lopper. Der var vi i julen. Der fikk jeg hepatitt. Jeg ble gul som en sitron. Jeg delte seng med en rumensk lege som var glødende kommunist. Og jeg delte ikke hans synspunkter, så vi hadde noen livlige diskusjoner, da. Han hadde blitt utdannet i Moskva. Men vi ble meget gode venner. Vi ble enige om å få kontakt etter krigen. Etter krigen gikk det både år og dag

---

12 Heinrich Himmler (1900-1945)

før jeg fikk høre noe fra ham. Men til slutt fikk jeg det – det var på en befolkningskongress i Oslo. På den måten klarte vi å få kontakt igjen. Han var da medlem av noe som het *Comité International Buchenwald Dora*. Han sa at Norge var det eneste land som ikke var representert der. Jeg prøvde da å få noen av våre tillitsmenn da til å opprette en sånn kontakt, så vi kunne bli medlem. Ingen av dem var villig. Så enden på det ble at jeg måtte gjøre det selv.

*Øivind Larsen:* Men hva skjedde i Buchenwald? Hvordan kom dere dere vekk fra Buchenwald?

*Elling Kvamme:* Det var antagelig Bernadottes<sup>13</sup> forslag, som Himmler gikk med på, at alle nordmenn skulle samles i konsentrasjonsleiren Neuengamme som lå i nærheten av Hamburg. Vi fikk beskjed om å dra. Vi reiste da fra Buchenwald. Det var ganske innviklet. Først reiste vi med eget tog som gikk fra Buchenwald til Weimar, toget er nedlagt nå. Så var det om bord i et tog i Weimar. Der stoppet vi i Erfurt, husker jeg. Det var om natten. Der opplevde vi et bombardement. Vi satt inne i vognene våre. Så hørte vi fra nabotoget, der det også var flyktninger, det ble truffet, og vi hørte skrik. Da sprakk det for SS-vaktene som satt der, så de hoppet ut – åpnet døren og hoppet ut, og vi var ikke galere enn at vi sprang etter. Jeg husker jeg løp gjennom første vogn og et lokomotiv som var i fart, men det var langsomt, for å komme videre, og ut. Og det var kanskje det som berget oss, for jernbanestasjonen ble bombet ganske bra. Så kom vi oss til slutt tilbake og videre.

*Øivind Larsen:* Men fra Neuengamme kom dere videre – ble dere transportert med de hvite bussene?

*Elling Kvamme:* Ja, vi kom (til Neuengamme) etter seks dager, dette var første mars 1945. Vi var i Neuengamme 6. mars 1945. Det er en episode jeg kan nevne der: Da vi dro fra Buchenwald, var det seks jøder, vi hadde jo Leo Eitinger. Og de fikk ikke være med. Nei, for de var jøder. Det syns vi var forferdelig. Vi gjorde hva vi kunne for å få dem med. I ettertid var jeg sjeleglad for at de *ikke* ble med, fordi da vi kom til Neuengamme, var leiren fullstendig dominert av de såkalte *grønne fangene*. Fangene var inndelt i forskjellige kategorier– tidligere kriminelle hadde påsydd grønn trekant, mens de politiske fangene hadde rød. Og i Neuengamme hadde fangene med grønn trekant, altså de kriminelle, ledelsen av fangene. SS folkene var

---

13 Folke Bernadotte (1895-1948)

nådeløse, og jeg er temmelig overbevist om at hadde jødene blitt med dit, så hadde de blitt skutt omgående. Men i alle fall – det var en som het Thumann<sup>14</sup>, «bøddelen fra Lublin», som var sjef der. Vi så ganske mye fryktelig som hendte – og dette var altså før Bernadotte hadde kommet dit.

Så Neuengamme var en ganske ille konsentrasjonsleir – og det var sult. Vi hadde en episode som kunne vært uhyre farlig der. Det var en av «de grønne» som dro til en av våre studenter, en kraftig kar, og han ble sint og dro til han igjen, så han datt. Det var dødsstraff for å slå en vokter, selv om han var fange. Så da ble straks Thumann selv tilkalt for å, ja, avsi dødsdommen over denne studenten. Vi hadde en svært talefør jurist som het Rognlien<sup>15</sup>. Han sa da at «som germaner, herr Thumann, hvordan ville De like å bli slått ned av en slik en som han der?» Nei, det måtte herr Thumann innrømme at det ville han ikke ha likt. Dermed løste det seg! For Thumann oppfattet oss som echt Germaner. Det var snarrådig!

Så gikk det nå en tid. Det gikk en del dager, innen Bernadotte kom. Og da ble det helt annerledes.

## Hjem igjen

*Øivind Larsen:* Ble dere da umiddelbart fraktet ut av Tyskland?

*Elling Kvamme:* Ikke umiddelbart. Men vi fikk det vesentlig bedre i første omgang. Det var vel ikke før i april, tror jeg, at vi først ble fraktet til Danmark. Jeg kom til Møgelkjær, husker jeg – egentlig et gammelt dansk fengsel. Men det var et utmerket oppholdssted for oss. Jeg hadde fått en eller annen form for diaré. Det hadde flere enn jeg fått. Jeg husker, søndag morgen var for så vidt nærmest fri der. Pene borgere vandret langs veien. Vi måtte sette oss i grøften he-he-he – vi måtte det, og tømme oss. Diaré altså, vi hadde fått en eller annen form for – ja, gud vet hva, dysenteri eller hva det kunne være. Men ellers hadde vi det jo godt, bortsett fra at jeg hadde ikke så mye glede av maten av den grunn.

*Øivind Larsen:* Når kom dere tilbake til Norge?

*Elling Kvamme:* Jeg kom vel tilbake 25. mai. Da fikk jeg høre Seips<sup>16</sup> tale da: «Oslo er blitt en vakker by, ikke en tysker er lenger å se.» sa han.

*Øivind Larsen:* Reiste dere da med båt til Norge?

14 Anton Thumann

15 Helge Rognlien (1920-2001)

16 Didrik Arup Seip (1884-1963)

*Elling Kvamme:* Nei, det gjorde vi ikke. Vi reiste fra Møgelkjær, og så reiste vi først til Sverige, vi kom til Höganäs. Og der var vi en stund. Der ble vi også litt overrasket, fordi vi ble omgjerdet av væpnede soldater. Det virket som de var redde oss.

*Øivind Larsen:* Og det var svensker?

*Elling Kvamme:* Svenske, ja. Men allikevel. Men ellers var det jo bra. Vi fikk aldeles utmerket forpleining. Men det var også noe underlig – vi ble undersøkt på kryss og tvers av noen nydelige svenske unge sykepleiere. Vi var splitter nakne, vet du, hadde ikke sett noen kvinnemennesker på år og dag. He-he! Og de pirket på oss overalt for å finne lus.

### **Tilbake til det normale**

*Øivind Larsen:* I Oslo, begynte du umiddelbart på studiene igjen i Oslo? Det ble vel ikke noe før over sommeren, kanskje?

*Elling Kvamme:* Nei. Det ble ikke noe før over sommeren. Da begynte jeg umiddelbart på studiet.

*Øivind Larsen:* Var du fortsatt på Blindern studenthjem?

*Elling Kvamme:* Ja, vi fikk tilgang der, vi som hadde vært på den såkalt «riktige siden».

*Øivind Larsen:* Du tok eksamen i 1947, gjorde du ikke det?

*Elling Kvamme:* I 1947 ja. Det var tre kull da. Da vi kom tilbake, var det innført såkalt trimesterordning. Året ble altså inndelt i tre semestre i stedet for tidligere og senere to. For landet trengte leger, så vi måtte gjennom det samme pensum på mye kortere tider enn de andre. Det var på en måte også en god mentalterapi, for vi måtte fordype oss så fullstendig i studiet. For vi var jo der i klasse med folk som hadde studert i Sverige og studert i England, og gud vet hvor. Og vi hadde ikke akkurat studert det samme!

*Øivind Larsen:* Da du hadde tatt eksamen i 1947, var det fortsatt ikke noen turnustjeneste i Norge. Så da måtte du bestemme deg med en gang for hva du ville gjøre?

*Elling Kvamme:* Du vet at vi som hadde hatt den obligatoriske ventetiden, vi hadde vært på sykehus og til dels også vært i praksis, så vi hadde lært mye av det som man senere lærte i turnus. Så vi var i grunnen nokså brukbart skolerte, tror jeg, da vi kom ut.

*Øivind Larsen:* Hvordan var det med jobbsituasjonen på det tidspunktet, altså i 1947, var det –

*Elling Kvamme:* Det var legemangel, slik at jobbsituasjonen var ikke noe problem. Problemet var at hvis vi selv ønsket en jobb –

*Øivind Larsen:* Ja, en spesiell jobb, altså?

*Elling Kvamme:* Ja, og det gjorde jeg!

*Øivind Larsen:* Hadde du allerede da bestemt deg for hva du ville slå inn på av spesialisering?

### **Inn i nevrokjemien**

*Elling Kvamme:* Jeg må si jeg var veldig interessert i noe jeg hadde lest om i psykiatri, om Rolv Gjessings arbeider om sykdommen *periodisk katatoni*. Som da var en sykdom som skulle kunne ha et organisk grunnlag. Derfor dro jeg av sted og fikk audiens hos Gjessing, dro ut til ham og hadde en meget hyggelig samtale med ham. Jeg fikk jo fortalt ham at min far også hadde vært på Dikemark sykehus og utdannet seg i psykiatri i sin tid. Og det slo han opp og fant ut var riktig, for det hadde de protokoller på.

Det var da snakk om *schizofreni*. Det var en svenske som het Öhrström som hadde funnet at adenosintrifosfat, ATP, i røde blodlegemer var nedsatt hos pasienter med schizofreni i sammenligning med normale. Og det ble jeg satt til å etterprøve. Det gjorde jeg, og fant da ut at Öhrström hadde fullstendig rett. Problemet var bare det at ATP var nedsatt hos samtlige psykotiske pasienter jeg fikk undersøkt. Så det var ikke spesifikt.

*Øivind Larsen:* Så schizofreniens gåte ble ikke løst?

*Elling Kvamme:* Men det var for meg allikevel et springbrett fordi da Gjessing forsvant ut av bildet og dro til Amerika så jeg ble alene, hadde jeg et helt laboratorium alene for meg selv. Det gjorde at jeg fikk publisert flere artikler om dette da faktisk som, tror jeg da, var en viss hjelp senere.

*Øivind Larsen:* Du utdannet deg da videre innen biokjemi?

*Elling Kvamme:* Ja. Nettopp.

*Øivind Larsen:* Du var jo i Amerika også?

*Elling Kvamme:* Ja, i tre år fra 1952 til 1955. Og det var veldig vesentlige år for meg. Jeg fikk amerikanske stipender slik at min kone og datter også kunne være med. Jeg oppholdt meg to år ved Sloan Kettering Institute for Cancer Research i New York o ett år ved instituttet til den verdenskjente biokjemiker Eufraim Racker, også i New York. Det var i USA jeg lærte biokjemi. Oppholdet her var avgjørende for meg, og jeg regner USA for mitt andre fedreland. Men jeg skjønnte jo fort at sykdommen *periodisk katononi* var så uhyre sjelden at jeg opplevde ingen i min tid som virkelig hadde det. Jeg valgte å konsentrere meg om *schizofreni* som sådan.

### **Laboratorielege og universitetslærer**

*Øivind Larsen:* Siden vi har din funksjon ved Universitetet som, skal vi si, sentralt utgangspunkt for det vi snakker om her, tenkte jeg å spørre deg litt om, hvordan det var, du ble jo dosent II ved Det medisinske fakultet i Oslo i 1966. Hvordan opplevde du på det tidspunktet samarbeidet mellom sykehus og fakultet? Var det noe problem forbundet ved det å ha en toerstilling ved fakultetet?

*Elling Kvamme:* Ikke på det sykehuset jeg var ved da. Til å begynne med var Langfeldt<sup>17</sup> overlege, senere Eitinger, og så var det Kringlen<sup>18</sup>. Nei, jeg opplevde aldri det som noe problem.

*Øivind Larsen:* Det var altså ved laboratoriet ved Psykiatrisk klinikk du var?

*Elling Kvamme:* Riktig. Det var det. Jeg var jo på en måte, jeg tror jeg nesten kan si «headhunted» av overlege i psykiatri, Lohne Knudsen<sup>19</sup>, da jeg var i Amerika, for å søke den ledige stillingen som da var for å opprette et laboratorium på Psykiatrisk Klinikk som Langfeldt var veldig interessert i. Jeg selv var litegranne tilbakeholdende, fordi jeg da hadde vært så vidt lenge i Amerika og så den enorme forskjellen det var på utviklingsmuligheter der og her – og jeg kunne ha blitt der. Men så vet du når man har kone og barn

17 Gabriel Langfeldt (1895-1983)

18 Einar Kringlen (f. 1931)

19 Christofer Lohne-Knudsen (1908-1985)



– det ble bestemmende. Min kone ville absolutt hjem. Og så fikk jeg jobb som avdelingslege på Sentrallaboratoriet på Ullevål. Det var jo en jobb som jeg på en måte ikke var kvalifisert for, fordi jeg ikke var spesialist i *klinisk kjemi*. All min biokjemiutdannelse var fra Amerika. Men det ble altså godskrevet meg, merkelig nok. Så kom vi hjem da, med «Oslofjord», en åtte dagers reise. Den gangen var Amerika langt unna.

*Øivind Larsen:* Det er jo gjerne sånn at når man har barn, og barna skal på skolen og alt sånt, så begynner hjemlengselen å – da må man ta viktige valg.

*Elling Kvamme:* Ja!

*Øivind Larsen:* Men i 1980 da ble du professor II?

*Elling Kvamme:* Ja, og jeg var da overlege i klinisk kjemi på laboratoriet på Psykiatrisk klinikk.

*Øivind Larsen:* I denne perioden, 1970 og 1980-åra, det var vel litt radikalt på Psykiatrisk klinikk, var det ikke det?

*Elling Kvamme:* Jo, både og. Det avhenger visst av hvem du spør. Hm-hm. Blant de yngre legene var det nok det. Men de eldre, først Langfeldt og så Eitinger, de var langt fra radikale. I min tid var det jo særlig Eitinger som var der. Kringlen derimot var kanskje mer radikal når han kom til makten! Han ble professor i 1984.

*Øivind Larsen:* Men du gikk ikke av før i 1990?

*Elling Kvamme:* Nei. Jeg gjorde ikke det.

*Øivind Larsen:* Hvordan var samarbeidet mellom laboratoriene? Det har jo vært mye snakk om at man skulle satse på å få store laboratorier. Var dette noe som berørte dere på laboratoriet på Psykiatrisk klinikk?

*Elling Kvamme:* Nei. Det i grunnen gjorde det ikke det. Vi hadde det vi hadde. Og det var sånn at det ble altfor dårlig plass til alt utstyret som vi etter hvert fikk, da. Vi hadde jo faktisk fem medarbeidere, og alle fikk sin doktorgrad. Jeg hadde en som ikke fikk det, men det var fordi hun selv ikke ville. Jeg tror vi hadde et nokså rikt miljø der. Jeg vil si det.

*Øivind Larsen:* Hvordan var forskningsfinansieringen den gangen for en gruppe som den du hadde?

*Elling Kvamme:* Da jeg kom tilbake fra Amerika, visste jeg at vi antagelig ville ha trange bud. Så jeg stilte visse betingelser. Jeg forlangte å få 200 000 til innkjøp av utstyr. Og den gangen, det var i 1955, da var det masse penger. Det fikk jeg – av Lohne Knutsen i Helsedirektoratet, Statens overlege i psykiatri. Direkte underordnet Evang<sup>20</sup>. Da fikk jeg kjøpt det meste av det jeg trengte egentlig. Så jeg hadde det slett ikke dårlig rent økonomisk sett – på «labben» da.

*Øivind Larsen:* Men hvordan var det med stillinger, var de ansatt på Psykiatrisk klinikk eller var de stipendiater som hadde fått finansiering fra daværende Norges Forskningsråd?

*Elling Kvamme:* Nei, jeg hadde fått anledning til å få noen stillinger. Og de fikk jeg besatt, det var – tja – jeg fikk en assistentlegestilling. Og da skrev det en fyr til meg: «I want to join your bandwagon!». Og det var Karl Ludwig Reichelt! Og det gjorde han også! Han ble der og fikk sin doktorgrad. Og Lingjerde<sup>21</sup> var der. Gerd Svenneby var der. Og Elisabeth Wedinger var der, Ingeborg Torgner var der, og vi hadde en lang rad i tur og orden. Vi hadde et par som stipendiater, og så hadde jeg et par faste stillinger.

Gerd Svenneby var en meget god støttespiller for meg. Hun var utdannet som laboratoriesykepleier. Men jeg skjønnte straks at hun kunne være eslet for mer, så jeg fikk da – husker ikke hvordan jeg fikk manipulert det, men hun fikk studere videre realfag og ble cand.real. og tok senere en doktorgrad hos meg.

*Øivind Larsen:* I perioden fram til du sluttet, da blomstret laboratoriet, gjorde det ikke det?

*Elling Kvamme:* Ja, det gjorde det. Det hendte jo noe i mellomtiden også, da. Det at det ble veldig trangt der nede på Psykiatrisk klinikks kjeller. Så da fikk vi anledning til å flytte opp til forskningsbygget ved Universitetet som da var nybygd. Og det var jo fantastisk. Og vi fikk da veldig god hjelp av en ingeniør som var ansatt der – hva hette han da?

---

20 Karl Evang (1902-1981)

21 Odd Lingjærde (f. 1929)

*Øivind Larsen:* Hartvig Dahl? Han var jo som en krumtapp i alt som skjedde er oppe?

*Elling Kvamme:* Ja, riktig! E.: Ja, absolutt en krumtapp! På alle måter, snill og hjelpsom, lagde noen fantastiske – he-he – show da, eller hva en skal kalle det ved juletider. Og det ble litt fuktig etter hvert også!

*Øivind Larsen:* Det var vel mest ved juletider og ikke - - -

*Elling Kvamme:* Det var ved juletider, ja! Vi hadde en stor del av det nyopprettede Preklinisk Bygg til vår disposisjon, veldig god plass.

*Øivind Larsen:* Preklinisk bygg ble åpnet i 1978, så dere kom vel omtrent samtidig?

*Elling Kvamme:* Temmelig samtidig, ja.

*Øivind Larsen:* Hvordan opplevde du medisinstudentene når du underviste?

*Elling Kvamme:* Helt til å begynne holdt jeg vanlige forelesninger for dem, men på slutten gjorde jeg ikke det. Jeg satte meg sammen med dem og pratet med dem og fikk spørsmål og svar og sånn. Og fant ut at det var egentlig mye mer fruktbart enn å holde formaliserte forelesninger.

*Øivind Larsen:* Dette var en del av psykiatriundervisningen?

*Elling Kvamme:* Ja. Det var jo for så vidt det, det var jo da det biokjemiske korrelatet, kan en si. Men jeg hadde jo mange forelesninger for neurologer for eksempel, og holdt en god del seminarer for dem.

*Øivind Larsen:* Hvordan – altså som ansatt ved Det medisinske fakultet – hvordan opplevde du samarbeidet innen fakultetet, administrasjon og de øvrige fakultetsmedlemmene?

*Elling Kvamme:* Jeg opplevde fakultetet som veldig – hva skal jeg si – administrativt og autoritært. Der satt jo dekanen, og der satt hans medhjelpere, og få våget å si dem imot. Jeg var med som fast delegat som dosent, da. Det var i den perioden. Det var to av oss, to dosenter. Og vi satt ved siden av hverandre, og vi mælte sjelden ett ord. Nei. Jeg opplevde fakultetet som svært autoritært styrt. Birger Kaada var en nøkkelperson der.

*Øivind Larsen:* Ja, og han var «far» til videre- og etterutdanningskursene, Birger Kaada. For det var han som begynte med det. Jeg går ut fra at alle dere også var engasjert i sånne kurs for leger?

*Elling Kvamme:* Jada. Jeg ledet en del sånne kurs, særlig for neurologer. Det var de som var mest interessert i det jeg hadde å bidra med.

*Øivind Larsen:* Det var jo Kaadas «baby» det der. Han begynte med det i midten av sekstiåra. Jeg husker selv at ved de første kursene gikk han personlig rundt og hilste på deltakerne og –

*Elling Kvamme:* Akkurat – he he.

*Øivind Larsen:* – og det hendte at kursforedragene ble publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening. Det var en sped begynnelse – nå er det jo blitt så mye kurs at ....

*Elling Kvamme:* Ja, Kaada var et såkalt *flogvit*, for å bruke Vinjes ord. Han fikk medisinsk embetseksamen med *innstilling*.

*Øivind Larsen:* Det jeg er litt ute etter å høre, er om hvordan dere som hadde andre hovedstillinger og var ved fakultetet i bistillinger, følte kontakten med det sentrale fakultetet. For nettopp det du sier om at fakultetet var autoritært, det er noe som jeg egentlig er ute etter å studere litt nærmere i denne historiesammenhengen. Oppfattet du at det var noen forskjell på altså dere som var, skal vi si, deltidsansatt i forhold til dem som var fulltidsansatt ved fakultetet?

*Elling Kvamme:* Nei, det tror jeg ikke jeg kan si at det var. Men det var veldig forskjell på dosenter og professorer! Vi var «underdogs»! Men ingen av dem som var sjefer på Psykiatrisk klinikk la seg noen gang opp i hva vi drev med. Vi inviterte jo alltid sjefene når vi hadde doktorander som skulle ha doktormiddag. Det vil si, jeg inviterte jo ikke, men doktoranden inviterte til doktormiddagen. Og det tror jeg de satte pris på. For alle som var ansatt, på en nær, fikk doktorgrad.

*Øivind Larsen:* Det må det være hyggelig å tenke tilbake på!

*Elling Kvamme:* I grunnen så er det det.

*Øivind Larsen:* Du har vært med på mye internasjonalt. Det står i «Norges Leger», som jeg har her foran meg, en lang liste over ting du har vært med på. Men det har vel vært i egenskap av neurokjemisk fagmann, ikke som universitetsperson?

*Elling Kvamme:* Jo, og jeg ble invitert til Jerevan i Armenia for eksempel, for å holde foredrag der, for det er en kontakt jeg har hatt fra langt tilbake. Armenia var da en del av Sovjetrusland.

### **Inntrykk fra en far**

*Elling Kvamme:* Men ellers vil jeg jo si at jeg har følelsen av at min kontakt med medisinen strekker seg helt tilbake til 1905 da min far ble ferdig lege! Fordi jeg har fulgt liksom med ham, da, kan du si.

*Øivind Larsen:* Jeg har biografien om din far i *Norges Leger* her, jeg. Det står at din far praktiserte mange steder, ved Lyster Sanatorium og hadde praksis i i Hafslo i Sogn, på Marifjøra og Lyster Sanatorium etterpå, og Trondheim og så Dikemark, Valen og så Hafslo i Sogn igjen. Dette er jo de gammeldagse legefamiliers skjebne, det å følge med far i huset?

*Elling Kvamme:* Ja. Det som ikke står, det er mye av det som jeg opplevde ved å ha ham som far. Det at han var på endeløse reiser. Jeg husker han skulle opp i Jostedalen midtvinters, det var sne. Min mor måtte kle på han forskjellige pelser – avisapir innerst, og så flere pelser utenpå hverandre og til slutt opp i sleden. Og så kjøre av gårde til Jostedalen. Han var borte i flere dager.

Og det han senere fortalte at han måtte gjøre og som i dag er utenkelig. Det var jo ikke svangerskapskontroll den gangen. Det var ingen som visste hva som skjedde. Jordmødrene i bygdene, de tilkalte bare legen hvis det var noe de ikke skjønnte. Han kom da ofte til forsømte tverrleier. Det sa han var noe av det aller verste han måtte gjøre. Når det var umulig å få dem ut med vanlig tang og sann. Keisersnitt den gangen var jo ikke aktuelt. Så måtte han altså da partere et levende foster og få det ut. Det var noe av det verste. Så det sier liksom litt om legeyrket den gangen. Og altså veldig slitsomme reiser – opp til Fuglesteg langt opp i lia. Når noen døde om vinteren eller om høsten måtte de ligge der om vinteren, de kunne ikke få dem ned.

*Øivind Larsen:* Jeg skjønner jo nå det du sa innledningsvis i vår samtale, at din far han ville ikke at du skulle bli lege.

*Elling Kvamme:* Nei, han ville ikke det. Det var altfor slitsomt – og jeg tror han slet seg ut. Han ble ikke så gammel, bare et par og sytti år. Å ha de legedistriktene den gangen – under spanskesyken hadde han ansvar både for Luster legedistrikt, Hafslo og også Årdal. Og du vet det var uoverkommelige områder, egentlig.

*Øivind Larsen:* Ja, det er så svært og så vanskelig å komme fram der. Så – dette var omtrent da du ble født, i 1918?

*Elling Kvamme:* Ja. Men han sa, det var én god ting – at det beste av alt som ikke hjalp, det var cognac! Den gangen var det forbudstid, så man måtte ha resept på cognac. Og min far skrev liberalt resept på cognac.

### **Utenfor som pensjonist?**

*Øivind Larsen:* Du gikk altså av i 1990. Det står det i ethvert fall i *Norges Leger*. Og det har du oppgitt selv. Du har nå faktisk nå i 2012 vært pensjonist i 22 år, du? Og du er fortsatt på instituttet. Det må være veldig morsomt!

*Elling Kvamme:* Ja. Jeg har fortsatt hele tiden siden. Min siste publikasjon var vel i fjor.

*Øivind Larsen:* Ja, så du *er* egentlig fortsatt der, ikke sant?

*Elling Kvamme:* Ja.

*Øivind Larsen:* Det var det jeg ville fram til!

*Øivind Larsen:* Det snakkes mye om seniorpolitikk ved fakultetet. Det vil si det snakkes kanskje ikke så veldig mye om det, men det er noen kolleger på Rikshospitalet som føler seg litt avspist og bare får lov å sitte i et lite kontorlandskap i den gamle forvalterboligen. Jeg skjønner at du har aldri følt deg «trakassert» som pensjonist på den måten?

*Elling Kvamme:* Nei, jeg har i grunnen ikke det. Jeg har gjerne sittet der i et eget rom sammen med Anne Carine Østvold, der jeg hadde kontor i gamle dager. Der kan jeg fremdeles sette meg ned!

*Øivind Larsen:* Da tror jeg at jeg vil takke deg for at vi har fått høre så mye om fakultetet – og livet før og etter – fra en som har vært der svært lenge,

for å si det mildt. Så jeg regner med at du fortsatt blir sittende på ditt kontor, og at vi fortsatt ser deg i Det norske medisinske Selskab?

*Elling Kvamme:* Det håper jeg også. Og Medicinsk Selskab er et av lyspunktene i mitt liv, jeg synes det er veldig hyggelig å komme dit. Og jeg synes dere er så flinke til å få til disse møtene på en så konstruktiv måte.

*Øivind Larsen:* Det er hyggelig å høre det. Altså ditt forslag som du kom med for flere år siden, nemlig at vi skulle feire jul og ha julemøte med middag flere ganger i året, det har vi jo tatt opp til overveielse, men selve kalenderen er det ikke så godt å gjøre så mye med. Men vi forsøker å gjøre møtene så hyggelige som mulig likevel!

*Elling Kvamme:* Ja, et junimøte for eksempel.

*Øivind Larsen:* Jeg skal ta det opp med styret!  
Da tror jeg at jeg skal slå av denne mikrofonen.  
Takk skal du ha!

*Elling Kvamme:* Ja, i likemåte!

## Litteratur

1. Larsen Ø. (red.) *Norges Leger 1996 I-V*. Oslo: Den norske Legeforening, 1996.
2. Kvamme E. Norske medisinstudenter i tysk fangenskap. *T Nor Lægeforen* 2005;125: 3503-4.
3. Kvamme Elsa. *Legenes krig*. Dokumentarfilm. (Oslo): Alert Film, 2011.
4. Kvamme Elsa. *Tysklandsstudenter*. Video i to deler, sendt på NRK-TV i 1997.

*Elling Kvamme*  
*ekvamm@ulrik.uio.no*

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

## Et uvanlig «svangerskap»

*Michael 2012;9: 296–300.*

*Stener Severin Heyerdahl (1811-1883) praktiserte som lege i Kristiansand fra 1838 og frem til sin død. Han var en travelt opptatt mann med mange jern i ilden, han var meget populær og han var en ettertraktet fødselslege. I 1847 publiserte han i Norsk Magazin for Lægevidenskab en artikkel med tittelen «Beretning om en Födsel gjennem Endetarmen efter et 13aarigt Svangerskab». Her forteller han om en kvinne som 13 år etter fosterets død fikk fjernet skjelettdele fra et hulrom 2,5 tommer opp i rectums fremre vegg. Dette må ha vært et imponerende inngrep, og kvinnen kom seg trass i dårlige hygieniske forhold under inngrepet. Heyerdahl hadde fulgt denne kvinnen med visse mellomrom i 13 år på grunn av. periodevise abdominalsmerter, og den medisinske behandlingen illustrerer de manglende terapeutiske mulighetene man hadde på den tiden: kalde omslag, «suur Mixtur», klyster, årelating og opium. Også de diagnostiske hjelpemidlene var få på det tidspunktet. Tittelen på Heyerdahls artikkel er etter dagens kriterier misvisende.*

Først litt om forfatteren av artikkelen som er gjengitt i kortform nedenfor: Stener Severin Heyerdahl ble født i Kristiansand i 1811. Han tok medisinsk eksamen i 1837, og fra 1838 og frem til sin død i 1883 var han praktiserende lege i Kristiansand. I følge en meget omfangsrik biografi i «Norges Leger» (1) hadde han i tillegg til sin legepraksis en rekke andre oppgaver og titler: brigadelege, korpsolege, kompanikirurg, fattiglege, epidemilege og batterikirurg (!). Videre var han fra 1850 styrer ved Christiansands Sindssygeasyl. Han var også en tid konstituert som distriktslege i Mandal distrikt. I en periode var han landfysikus i Bratsberg amt og i ett år var han konstituert som stadsfysikus i Kristiansand. Han var en ettertraktet fødselslege som gjerne bisto ved spesielt vanskelige fødsler. Som det fremgår, omfattet Heyerdahls praksis en rekke medisinske disipliner.





*Stener Heyerdahl. (Foto: Rude, Kristiania)*

I ti år satt Heyerdahl i Kristiansands bystyre. Han var en meget populær og avholdt lege i Kristiansand, og da han døde i 1883 meddelte de lokale avisene dødsfallet med sørgeramme. Det ble flagget på halv stang, og det ble anslått at 3-4000 personer deltok i sørgetoget, hvilket må ha vært en betydelig del av byens innbyggere. En gate og en park i Kristiansand bærer hans navn. Han var ridder av St. Olavs Orden og av Dannebrogordenen, den siste mottok han for sin innsats som lege for danske sårede etter slaget ved Helgoland i 1864.

Han hadde ti barn, og én av disse ble lege (Nils Christian), men han døde 28 år gammel av «Lungesvindsot» (1).

Som en meget travel medicus hadde Heyerdahl vel verken tid, overskudd eller muligheter til vitenskapelige aktiviteter. På midten av 1800-tallet var det færre enn 300 leger i landet (2), og selv om terskelen for å oppsøke lege var meget høyere den gangen enn i våre dager, hadde legene på den tiden sikkert mer enn nok å gjøre. Han foretok også lange sykebesøk, blant annet opp i Setesdalen. I sin minnetale over brigadelæge Heyerdahl sa da også professor Ernst Ferdinand Lochmann (1820 – 91) følgende: «Vistnok havde Heyerdahl ikke ydet Bidrag til Videnskabens Fremskridt, men ved sit lange og utrættelige Arbeide havde han kastet Glands over Norges Lægestand» (i Det Medicinske Selskabs Forhandl. 1883, s 278-9). Ikke desto mindre foretok han i årene 1853-54 en vitenskapelig reise til Tyskland.

### **Beretning om en Födsel gjennem Endetarmen efter et 13aarigt Svangerskab**

*En kortversjon av Heyerdahls artikkel*

Heyerdahls eneste publikasjon var en lang og ordrik kasuistikk som ble publisert i 1847 (3). Intet var anonymisert, idet kvinnens navn, alder og

bosted («ydre Flekkeröe») var oppgitt. Hun beskrives videre som «liden, spædlemmet, men velskabt» En kortversjon av kasuistikken følger:

Kvinnen fødte i 1829 i en alder av 32 år sitt første barn, «sin endnu levende Datter uden Kunstens Hjælp». I 1834 ble hun for annen gang «frugtsommelig», men når i 1834 er ikke angitt. Senere i svangerskapet var hun plaget av smerter i underlivet, og dette ble av en jordmor behandlet med årelating og klyster. Hun ble forbigående noe bedre, men etter en tid fikk hun sterke smerter tvers over underlivet, og etter en stund opphørte fosterets bevegelser. I hvilken svangerskapsuke dette skjedde er ikke oppgitt, men svangerskapet må i hvert fall ha vært minst halvgått. Senere var kvinnen periodevis plaget av smerter og hevelse i underlivet, og i februar 1835 fikk hun flere ganger «Blodstyrtning af Födselen», som i følge Heyerdahl ble stanset av «suur Mixtur og kolde Omslag». Våren 1836 kom menstruasjonen tilbake i noen år.

Så gikk det noen år uten legekontakt. I januar 1844 påviste Heyerdahl et utspilt underliv, og hun var palpasjonsømt i høyre regio hypogastrica. Ved vaginal eksplorasjon ble det over «Skedehvælvningen» funnet et rundt hardt legeme, og «gjennem Stolgangen iagttoges fortil et haardt knudret Legeme». Kvinnen klaget over flyvende, stikkene og rivende smerter i nederste del av underlivet på høyre side, og allmenntilstanden var dårlig. Heyerdahl diagnostiserte en «Scirrhus uteri et ovarii dextri», og prognostiserte en «saare kort Levetid», og forskrev opiatier innvendig og utvendig.

I de neste månedene bedret imidlertid tilstanden seg noe, men kvinnen brukte fortsatt opiatier ved smerter og hun hadde fortsatt et temmelig utspilt underliv. Men ifølge Heyerdahl befant hun seg tålelig vel. Vinteren 1845 fikk Heyerdahl høre at hun igjen hadde fått sterke smerter, og «at det under disse skulde være gaaet fra hende 3-4 Been af et Foster» (senere diagnostisert som fibula og femur). Medio januar 1847 kvitterte kvinnen under nesten utålelige smerter «Been af et Foster igjennem Stolgangen». Neste dag reiste Heyerdahl ledsaget av «Hr. Compagniechirurg» Lochmann (se ovenfor) til kvinnen, og via rektum ble det fjernet flere skjelettdeleer fra et hulrom 2,5 tommer opp i rektums fremre vegg. Hullet i tarmens vegg tillot to fingere å passere, og hulrommet var så stort som en knyttneve. Det hadde formen som en sylinder, og det lå i bekkenets tverrvidde. Dets vegger følte læraktig faste og ujevne. Hun ble behandlet med Tinctura thebaica og Naphtha, og legene forlot henne etter å ha årelatt henne, forordnet ro. sparsomt med flytende kost og Oleum ricini.

En ukes tid etterpå (ultimo januar 1847) var Heyerdahl på nytt ute hos kvinnen «for om muligt at anstille nogle nöiaktigere Undersøgelser ved Hjælp af Speculum og for at indhente de nödvendige Data til denne min

historiske Beretning om hendes Tilfælde». Han fant kvinnen oppe av sengen, smertefri og nokså fornøyd. Vaginal undersøkelse var egentlig upåfallende. Undersøkelsen av endetarmen var imidlertid smertefull og ble derfor ufullstendig. Han var ikke i stand til å finne den åpningen hvorigjennom «Fødselen» var foregått. Fra primo mai og to måneder fremover i 1847 hadde kvinnen i forbindelse med veliknende smerter uttømmelse gjennom rektum av «guulaktigt Vand, der ligner Frugtvand af Lukt og Udseende, og undertiden ustrømmer i stor Mængde (indtil 1 Pot)». I dette tidsrommet hadde kvinnen det relativt bra. Hvordan tilstanden videre utviklet seg, er ikke omtalt i artikkelen.

### **Kommentar og konklusjon**

Tittelen på artikkelen er etter dagens kriterier misvisende. I følge Store Norske Leksikon (2005) defineres fødsel som: «prosessen som ved svangerskapets avslutning skiller fosteret fra mororganismen. Livmoren tømmes for sitt innhold: foster, fostervann og etterbyrden (morkaken med hinner)». Heyerdahl anfører videre i artikkelen et «13aarigt Svangerskab», noe som etter min oppfatning må være helt galt! Et normalt svangerskaps varighet er underlagt variasjon på linje med all annen biologisk variasjon, og man regner med at alle født innen svangerskapsvarighet 37-42 uker, for å være født til termin (4).

Det er uklart når i svangerskapet fosteret døde. Det er heller ikke på bakgrunn av femurs eller fibulas lengde gjort noen bestemmelser av fosterets alder. Var dette en ekstrauterin graviditet? Heyerdahl er usikker, og skriver: «den nu nylig indtraadte Udtømmelse av Frugtvand, der skeer under veagtige Trængsler, antager jeg for vist, at Moderen har været Sædet for Svangerskabet. Dog, min litteraire Kundskab er for ubetydelig til at jeg vil inddade mig på Spørgsmaalet».

Om enn Heyerdahl ikke var noen stor vitenskapsmann, så var han en dyktig og samvittighetsfull lege. Han besøkte sin pasient flere ganger, også på eget initiativ. For å komme til Flekkerøya måtte han bruke både karjol og båt. De diagnostiske og terapeutiske muligheter var etter dagens standard meget begrensede, og forholdene ved undersøkelsene og behandlingen sikkert problematiske i et hjem hvor pasienten tilhørte allmuen. Fjerningen av fosterben via rektum var under disse forholdene imponerende, og uten bedøvelse var prosedyren sikkert en stor påkjenning for kvinnen. Hygienen var utvilsomt dårlig, og det er utrolig at kvinnen tilsynelatende ikke pådro seg alvorlige infeksjoner. Opiater virket smertestillende, men ellers var behandlingen med kalde omslag, «suur Mixtur», klyster og årelating i beste fall uten virkning.

## Litteratur

1. Larsen Ø red. *Norges leger*. Oslo: Den norske legeförening, 1996.
2. Myhre JE. *Kunnskapsbærerne 1811-2011*: Tabell 2.2 etter Aubert V et al. *The Professions*: table 1. Oslo: Unipub, 2011.
3. Batteriechirurg S. S Heyerdahl. Beretning om en Födsel gjennom Endetarmen efter et 13aarigt Svangerskab. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1847; 38:583-90.
4. Kiserud T. Hvor lenge varer et svangerskap? *Tidskr Nor Legeforen* 2012; 132: 8-9.

*Knud Landmark*

*Farmakologisk Institutt/Institutt for klinisk medisin*

*Det medisinske fakultet*

*Universitetet i Oslo*

*k.h.landmark@medisin.uio.no*

# Wien – medisinhistorisk intensivinnføring

*Michael 2012;9:301–3.*

*Viktige og sentrale momenter fra medisin-, kultur- og sosialhistorie de siste 250 år lar seg anskueliggjøre på en kompakt og effektiv måte ved hjelp av en målrettet ekskursjon til Wien. 49 personer fra Stiftelsen nasjonalt medisinsk museum og Det norske medicinske Selskab var på en slik utflukt 12.–16. april 2012. Ved hjelp av utvalgte eksempler ble Wien, Wiener-medisinen og relasjonen til kunst og kulturliv demonstrert på en måte som alle så ut til å like.*

I keiserrikets 1700-talls Wien hadde spesielt Joseph II (regjering 1780-1790) stor interesse for befolkningens trivsel og helse. Johann Peter Frank (1745-1821) var engasjert for å utarbeide en omfattende helsepolitikk som la faglige premisser for tilretteleggelse av samfunnet i forebyggende øyemed. Store medisinske institusjoner ble opprettet, f. eks. Narrenturm for de sinnslidende og Wiener allgemeines Krankenhaus, begge åpnet i 1784.

På 1800-tallet, spesielt fra 1850-årene, opplevde Wien en betydelig byvekst med de muligheter og problemer dette medførte, for eksempel blomstrende økonomi, økende classeskiller og økende fattigdom.

De store hospitalene ga muligheter for studier av store pasientmaterialer og medisinsk forskning i tråd med de generelle utviklingstrekkene i internasjonal medisin, f. eks. forståelsen av smitteproblemet ved tidens viktigste sykdommer, og innføring av nye teknikker i forskning og behandling.

Psykiatrien lar seg følge fra den håndfaste isolasjonen i Narrenturm til institusjonskulturen i det pompøse sinnssykeasylet Otto-Wagner-Spital med sine 60 paviljonger, åpnet i 1907, og videre til Sigmund Freuds (1856-1939) psykoanalytiske tilnærming, der psykiaterens arbeidsområde ble dreid over fra mer eller mindre avmechtig innesperring til å lytte til interessante pasienters forbudte tanker.



*Et flertall av ekskursjonsdeltakerne utenfor Narrenturm i Wien (Foto: Øivind Larsen)*

På Freuds sofa kunne det innerste indre slippes løs, slikt som man nok tenkte på, men som det var sterke sosiale sperrer for å snakke om. Dette må sees i lys av den alminnelige kulturelle utviklingen. Også i kunsten tillot man seg nå å provosere ved å framstille motiver som den gang var uhørte, f. eks. Gustav Klimts (1862-1918) erotisk utstrålende kvinneskikkelser eller Egon Schieles (1890-1918) groteske pornografi. De mange Klimt-utstillingene i 2012 på grunn av 150-års-feiringen for kunstnerens fødsel egner seg derfor godt for å illustrere sammenhenger i kultur og kontekst.

Men vakker Jugendstil, der Otto-Wagner-Spital i seg selv er et monument, bærer også med seg dystre minner. Her foregikk nazi-tidens eutnasi-program. Det gir ettertiden alvorlige påminnelser om den medisinske etikks nødvendige plass i samfunnet.

Wien har imidlertid igjen inntatt en førende rolle i medisinen. Ledet av professor Jacob Birger Natvig var det en interessant ekskursjon til Vienna Biocenter, der man befinner seg i molekylærbiologiens forskningsfront.

Stiftelsen nasjonalt medisinsk museum og Det norske medisinske Selskab er to organisasjoner som har omtrent de samme medlemmene. Derfor har man fra tid til annen felles arrangementer.

*Øivind Larsen*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

# Ulykkers historie

*Michael* 2012;9:304–7.



Steensberg J.

*Ulykkelig hændelse*

København: Poul Kristensens Forlag, 2011.

157 s. ([www.poulkristensensforlag.dk](http://www.poulkristensensforlag.dk))

Denne boken kom ut i Danmark i 2011. Undertittelen er: «Personskadeulykkernes kulturhistorie fra de ældste tider til 1800-årene». Forfatteren, Jens Steensberg, var fylkeslege i Danmark i en årrekke, og ble i sitt arbeid opptatt av hvordan man kan forebygge ulykker. Han har publisert tallrike innlegg i dagspressen i Danmark om forekomst og forebygging av ulykker, særlig på trafikkområdet. Senest i 2007 skrev han en avhandling om trafikk og alkoholpolitikken i Danmark og i de øvrige nordiske landene i det 20 hundreåret.

Forfatteren kaster blikket langt tilbake i tiden for å belyse forekomsten av personskadeulykker og hvordan man tidligere søkte å unngå dem. Han har lagt hovedvekten på kildemateriale fra Danmark, og til dels fra de andre nordiske landene. Men for de eldste tider og middelalderen har det vært nødvendig å finne andre kilder, som England i middelalderen og Egypt, Mellomøsten, India, Kina, Hellas og Romerriket i tidligere tider.

Boken er kronologisk bygget opp, med fire hovedkapitler: De eldste tider, Middelalderen, Fra reformasjon til opplysningstid og Industrialismens tid. På slutten av hvert av disse kapitlene er det et omfattende referanseavsnitt, og tilslutt i boken er det et saksregister til ca 50 ulykkestyper, risiko- og kulturfaktorer.



Forfatteren er åpenbart sterkt historisk interessert og har besøkt en rekke biblioteker og institutter i Danmark innen feltet, i forordet er listet opp 15- 20 slike, og det må vel ansees som et utvalg. Forfatteren har altså gjort et stort arbeid med å finne frem til så mange kilder som overhodet mulig. Denne leseren ville imidlertid ha satt pris på å fått en litteraturoversikt på slutten av boken. Som det nå er, drukner kildene i de mange referansenotene etter hvert kapittel. En samlet litteraturoversikt, og kanskje også en understrekning over hvilke som var de viktigste, hadde gitt boken en enda større bruksverdi.

Det tidlige mennesket var omgitt av farer fra naturen, dyr og menneske. Så lenge man ikke hadde noen forståelse av sammenhengen mellom og årsakene til naturfenomener som jordskjelv, vulkanutbrudd, orkaner, flodbølger etc., er det rimelig klart at mennesket søkte til overnaturlige forklaringer og gjennomførte ritualer for å holde seg inne med gudene og maktene for å unngå at de slo deg vrang. Noen av disse ritualene holder vi ennå på med. Denne leser har erfaring med at det fremdeles ofres til gudene, som når et skip døpes. Da er det en kvinne (prestinne) som sender en sjampanjeflaske (offeret) inn i skipets baug slik at den knuser og den gyldne væske flommer nedover skutesiden. Og hun sier: «Må hell og lykke følge deg» (bønnen). Dersom gudene (særlig Neptun) er fornøyd med dette offeret, vil de (han) sørge for at skipet vil forbli lykkelig, slik at ulykken (stormen) holdes tilbake. Men i motsatt fall, vil stormen komme og skipet vil bli et skip uten lykke (ulykke). Det er mulig Neptun vil rynke på nesen dersom det er en dårlig sjampanje som serveres, så her bør vel bare beste kvalitet benyttes?

Forfatteren har funnet frem til mange av fortidens store prosjekter, katastrofer og storulykker og beskrevet disse: pyramidebyggingene i Egypt, kanalbyggingene i Kina og ikke minst storbrannene i byene. Slavearbeidet, for eksempel i de greske sølvgruvene, var ofte umenneskelig med stor faregrad og høy dødelighet. I Middelhavet var det en omfattende skipsvirksomhet fra de tidligste tider. Seilskipene var følsomme overfor plutselig og harde vinder, for eksempel den beryktede nordenvinden – Boreas. Den herjet engang voldsomt med en persisk angrepsflåte og det sies at 300 skip forliste og 20 000 mann mistet livet.

Denne leser savner en omtale av det tidlige forsikringsvesenet. Mellom år 2000 og 750 før vår tidsregning hadde både det babylonske og hellenistiske samfunnet forsikringsystemer som en teknikk for å administrere de store risikoene forbundet med skipsfart.

Det tidlige lovverket blir omtalt (Hammurabi, Mosebøkene) og hvordan man straffet personer som forårsaket andres død ved uforsvarlig håndverk

eller husdyrhold. Her var det ofte øye for øye og tann for tann, og hensikten var jo å forebygge ulykker.

Fra middelalderen beskrives livet på landet, i byene og til sjøs, særlig i Danmark og i England. Grunnen til at vi har mye kunnskap fra England, henger sammen med at det omkring år 1200 ble opprettet en institusjon som kombinerte rettsmedisinske og domstolliknende funksjoner: «The office of the coroner». Denne institusjonen finnes fremdeles i engelsktalende land. Her skal man undersøke alle ikke naturlige dødsfall som er voldelige, plutselige eller skjedd under mistenkelige omstendigheter.

Fra Danmark, som er et land med mange øyer og fjorder, omtales reiser for sikre broer ble bygget. For eksempel forekom det mange ulykker ved Oddesund ved Limfjorden. Når folk kom beruset fra marked, trengte de på for å komme om bord med hester, kuer, sauer og kornsekker. Selv om fergemannen protesterte, ble båten lett overlesset. Enkelte ganger sank ferjen, og det hendte at alle om bord druknet.

Trafikken på landjorden var også farefull. Veien var dårlige, det hendte av vogner veltet og folk omkom. Det var på den tiden ingen skam å være beruset, tvert imot var det et tegn på av vedkommende var flink, sterk og hederlig. Det var ingen som kontrollerte promillen på veiene. Men man fikk etter hvert regler om høyrekjøring. I 1758 bestemte en københavnsk politiplakat at alle brygges, mølles, vognmenns og hyrekuskers vogner skulle ha nummer på begge sidene og kjøre på høyre side. Opprinnelsen til vår høyrekjøring i dag? Men hva er opprinnelsen til venstrekjøringen i England, Sverige og andre land? Henger det igjen fra hvordan ryttere steg på hesten?

Bokens siste kapittel omtaler industrialisering på 1800-tallet, hvor helt nye farer kom inn med maskinene, masseproduksjonen, barnarbeidet og den enorme fattigdommen. Da fikk man også bedre helsesstatistikk og kunne følge utviklingen av ulykkesdødeligheten. Det vokste også frem mer lovverk for å beskytte arbeidere og få sikrere transport til vanns og til lands.

Denne boken er en tankevekkende gjennomgang av hvordan menneskene til alle tider forsøker å verge seg mot synlige og usynlige farer. Denne leser ser frem til en utgave som går enda dypere inn i sammenhenger mellom risikoer og kultur.

Denne anmeldelsen kan bare omtale smakebiter av de mange eksemplene som forfatteren legger frem i denne boken, eksempler som skal belyse personskadeulykkes kulturhistorie. Det er en lang vei fra fortidens overtro, amuletter, bønner og ofre til modernitetens rasjonalitet og årsaksforståelse. Noen av oss vil imidlertid fremdeles skvette til av en svart katt over veien, eller dunke i bordet for å sikre at «lykken» vil fortsette. Det er iblant

en tilfeldighet at man ikke blir et ulykkesoffer. Det gjelder å unngå å være på feil sted til feil tid.

Steensbergs bok viser klart at nåtidens mennesker har skaffet seg mer oversikt over dagliglivets farer som truer oss og har mekanismer for å kontrollere dem enn i tidligere tider. Men det vokser jo frem andre farer som det ser ut til at vi ikke kontrollerer, som klimaendringer, kjernekraftverk, masseødeleggelsesvåpen og liknende. Det får bli opp til fremtiden å beskrive hvordan disse nye farene ble kontrollert eller løp løpsk.

*Johan Lund,  
Institutt for helse og samfunn,  
Universitetet i Oslo  
johan.lund@medisin.uio.no*

# Vern av helsebygg

*Michael* 2012;9: 308–9.

Hammer E (red.):

*Rom for helse – hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie.*

Trondheim: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.

243 sider + CD.



Det mangeårige arbeidet med landsverneplanen for helsebygg ble avrundet med et fagseminar hos Riksantikvaren 16. februar 2012, den dagen de nye verneforskriftene vedrørende fredede eiendommer i Helse- og omsorgsdepartementets verneplan trådte i kraft. På det for øvrig meget interessante seminaret ble det lansert en bok, og det er den som anmeldes her.

*Rom for helse* har en innledning om landsverneplanen, skrevet av Marte Oftedal. Deretter følger en artikkelsamling der sentrale personer i norsk medisinhistorie hver for seg belyser ulike aspekter ved historien om norske helseinstitusjoner: Runar Jordåen, Rolf Grankvist, Leif Anker, Leif Maliks, Halvor Fjermers, Aina Schiøtz, Bjørn Lobben, Olav Hamran, Ingebjørg Hage og Svein Carstens. Til sammen dekkes foruten medisinhistorien også den tilhørende

arkitekturhistorien og rammevilkårene som har ligget til grunn for opprettelse, drift og videre skjebne for institusjonene.

Bakerst i boka er forskriftene trykt som vedlegg, foruten en liste over fredede eiendommer m.v. På innsiden av bakre perm er det en konvolutt med en CD. På denne er det tegninger og andre detaljer over hver eneste av de bygninger vernet gjelder.

*Rom for helse* er en meget grundig gjennomgang av norske helseinstitusjoners historie, spesielt bygningshistorien. Boka er gjennomillustrert med både gamle og nye bilder – blant de nye legger man spesielt merke til Leif Maliks delikate fotografier. Bokutstyret er meget pent.

Denne anmelder er svært begeistret og håper boka får god spredning. Dette er medisinhistorie på sitt beste.

Men det er nok ikke alle som blir like glade, f. eks. de som finner «sine» helsebygg underlagt fredning...

*Øivind Larsen*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

## Akademisk livsløp

*Michael* 2012;9:310.



Langvik-Johannessen K.  
*Fra Villa Retiro til Europa – erindringer*  
Fredrikstad: Faglitterært Forlag, 2012.  
96 s., ill. pris: 349,-  
[www.fagforlag.weebly.com](http://www.fagforlag.weebly.com)

Til kunnskaps- og vitenskapshistorie hører også historien til dem som har arbeidet med kunnskap og vitenskap, fortalt med deres egen stemme, slik de selv har opplevd sitt akademiske livsløp. Særlig interessant er det da hvis man får høre fra folk som har levd en stund og som har selvopplevde erfaringer fra både samfunnsendringer og utvikling innen fag og universitetsverden.

Professor i nederlandsk fra 1972 ved Universitetet i Oslo, Kåre Langvik-Johannessen (f. 1919) er en universitetslærer som har et langt akademisk liv bak seg. I denne sterkt fagorienterte selvbiografien følger leseren hans liv hjemme og ute, fra orgelkrakken i Fredrikstad til det europeiske toppskikt av litteraturforskere. Man behøver ikke tilhøre Langvik-Johannessens fagmiljø for å ha glede av å lese den!

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*

# Det norske medicinske Selskab høsten 2011 – våren 2012

*Michael 2012;9:311–4.*

*Det norske medicinske Selskab har i virksomhetsåret høst 2011–vår 2012 hatt ni medlemsmøter, hvorav ett mer omfattende seminar, foruten en ekskursion til Wien. Selskabets tidsskrift Michael er gitt ut med fem ordinære numre og en supplementsbok.*

## **Det norske medicinske Selskab**

har i virksomhetsåret 2011/2012 hatt aktivitet av samme karakter som tidligere år, se fjorårets innledende oversikt (1). Styret 2011/2012 har bestått av Cecilie Daae, Stein A. Evensen, Arvid Heiberg, Per Holck, Frøydis Langmark, Øivind Larsen (styreleder) og Magne Nylenna. Astrid Marie Nylenna er Selskabets sekretær. Regnskapsfører har vært Hadeland Regnskap BA, Brandbu og revisor Crowe Horwath, Gjøvik.

Selskabets postadresse er Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo (styreleders arbeidssted). Selskabet har ved utgangen av virksomhetsåret ca. 230 betalende medlemmer. Årskontingenten, inklusive tidsskriftet *Michael Quarterly* og supplementshefter, er NOK 250,-. Selskabet har hjemmeside [www.dnms.no](http://www.dnms.no).

Selskabet forvalter legater, hvorav noen imidlertid har vært under omorganisering i virksomhetsåret, begrunnet med at kapitalen er blitt så liten at utgiftene til offentlige gebyrer, forretningsførsel og revisjon er blitt uforholdsmessig store i forhold til avkastningen. De forvaltede legater er *Dr. Alex. Malthes legat til beste for yngre leger*, *Dr. Chr. Sandborg og hustru Fanny f. Delangénières legat*, *Gillums legat*, *Løge Theodor Rolls legat* og *Medicinerkvartettens fond*. Legatene er selvstendige stiftelser og styrene for disse består av de samme personene som Selskabets styre.

Møtevirksomhet m.v. har funnet sted i Domus & Medicus, hvilket er det gamle Rikshospitalets kvinneklinikk i Pilestredet Park i Oslo. Der er

også Selskabets boksamling, malerisamling og flygel. Selskabets eldre arkiv er deponert i Riksarkivet (1), mens nyere arkivsaker av praktiske grunner befinner seg dels i Domus & Medicus, dels ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, dels hos sekretæren, og dels hos regnskapsfører.

### Medlemsaktiviteter

*Onsdag 21. september 2011:* Seminar kl. 1400-1800.: *The end of the National Health Service?* Innledere: Magne Nylenna (Oslo), Sally Sheard (Liverpool), Steinar Westin (Trondheim), Julian Tudor Hart (Glyncorwg, Wales), Cecilie Daae (Oslo), Allyson M. Pollock (London), Charlotte Haug (Oslo). Ved seminaret drøftet man den for tiden (2011) pågående prosessen i Storbritannia, der det tradisjonelle NHS mer eller mindre avvikles til fordel for et mer privatisert system, og den smitteeffekten dette kan tenkes å få internasjonalt. Artikler basert på foredragene foreligger publisert i *Michael Quarterly* (2-6). 60 deltakere.

*Onsdag 26. oktober 2011 kl. 1915:* Medlemsmøte: Trond G. Jenssen: *Diabetes er ikke lenger hva det var.* 28 deltakere.

*Onsdag 9. november 2011 kl. 1915:* Medlemsmøte: *Demens i Norge – alderdommens svøpe.* Espen Bjertness: Forekomst, risikofaktorer og muligheter for behandling. Knut Engedal: Utfordringer ved tidlig diagnostikk og muligheter for behandling. 25 tilstede.

*Onsdag 14. desember 2011 kl. 1915:* Julemøte: Thorstein B. Harbitz: *Aker sykehus – fra opprettelse til nedleggelse.* 40 tilstede. 38 deltok i påfølgende julemiddag i Domus & Medicus' kantine i kjelleren.

*Onsdag 25. januar 2012 kl. 1915:* Medlemsmøte: Jon Storm-Mathisen: *Fra Mangelsgården via Brennerigården og Domus media til Domus medica.* (Anatomisk institutts historie ved Universitetet i Oslo.) 17 tilstede.

*Onsdag 29. februar 2012 kl. 1915:* Ole Didrik Lærum: *Tuberkuloseforskeren Konrad Birkhaug – en bergenser med eventyrlig liv (Vaksinasjonen som ble en kriminalsak.)* 33 tilstede.

*Onsdag 28. mars 2012 kl. 1915:* *Er vårt system for innføring av ny teknologi i helsetjenesten forsvarlig?* Stein A. Evensen: Grensen mellom forskning, utprøving og rutine er uklar. Jan Erik Nordrehaug (Bergen): Innføring av nytt



medisinsk utstyr i kirurgi. Maiken Engelstad: Et nasjonalt system for innføring av ny teknologi i helsetjenesten.

*Onsdag 25. april 2012 kl. 1915: Krisepsykologi – er det et luksusfenomen?* Atle Dyregrov (Bergen). 25 tilstede.

*Onsdag 9. mai 2012 kl. 1915: Kognitiv terapi som behandling og veiledet selvhjelp.* Torkil Berge. 23 tilstede. Årsmøte.

*12.-16. april 2012: Ekskursjon til Wien* (i samarbeid med Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum). 49 deltakere. Se omtale i *Michael* (7).

Selskabet har nært samarbeid med Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum om medisinsk historiske temaer. Det er betydelig overlapping i medlemslistene for de to organisasjoner. Således var Selskabet invitert til Stiftelsens seminar på Norsk Teknisk Museum onsdag 2. mai 2012 kl. 1300-1600, der temaet var *infeksjonssykdommenes nyere historie*, med foredrag av Stig S. Frøland: *AIDS-sykdommen – fra foreløpig seier til nye utfordringer*, Olav Hungnes: *Hvordan vår historiske erfaring påvirker evnen til å verge oss mot influensaepidemier og pandemier*, Gunnar A. Bjune: *Mykobakteriesjukdom – mer enn basiller* og Ellen Lange: *«Jeg fortalte ikke noen at jeg hadde vært sjuk» – om tuberkulosen, behandlingen og tiden etterpå* (med videoer med vitneintervjuer). Dessuten var det besøk på museets tuberkuloseutstilling. 41 deltakere.

## Michael Quarterly

*Michael Quarterly* (kortform *Michael*) er Selskabets tidsskrift. Det sendes ut til medlemmer og abonnenter og finnes i fulltekst på [www.michael-quarterly.no](http://www.michael-quarterly.no).

I virksomhetsåret 2011-2012 er utgitt heftene 3 og 4/2011 og 1-3/2012, der heftetitlene er henholdsvis *Kommunikasjon og språk* (3/11), *Public health services – endangered species?* (4/11), *Erindringer om resistens* (1/12), *Medisinsk metodevurdering* (2/12) og *Globalt og lokalt* (3/12).

I serien av supplementer til *Michael* er gitt ut: Larsen Ø. Administrativ organisering og akademisk virke – Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. *Michael* 2011;8:Supplement 10.

## Litteratur

1. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab i virksomhetsåret høst 2010–vår 2011. *Michael* 2011;8:396-403.
2. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael* 2011;8:423-7.
3. Sheard S. A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS. *Michael* 2011;8:428-41.
4. Hart JT. Which future for the UK National Health Service (NHS)? *Michael* 2011;8:442-59.
5. Pollock AM, Price D. The break up of the English NHS: the new market bureaucracy needs information systems based on members and not geographic populations. *Michael* 2011;8:460-75.
6. Westin S. The beginning of the NHS – and the impact on Norwegian health care. *Michael* 2011;8:476-89.
7. Larsen Ø. Wien- medisinhistorisk intensivinnføring. *Michael* 2012;9:301-3.

*Øivind Larsen*  
styreleder  
[oivind.larsen@medisin.uio.no](mailto:oivind.larsen@medisin.uio.no)

# Det norske medicinske Selskab høsten 2011 – våren 2012

*Michael 2012;9:311–4.*

*Det norske medicinske Selskab har i virksomhetsåret høst 2011–vår 2012 hatt ni medlemsmøter, hvorav ett mer omfattende seminar, foruten en ekskursion til Wien. Selskabets tidsskrift Michael er gitt ut med fem ordinære numre og en supplementsbok.*

## **Det norske medicinske Selskab**

har i virksomhetsåret 2011/2012 hatt aktivitet av samme karakter som tidligere år, se fjorårets innledende oversikt (1). Styret 2011/2012 har bestått av Cecilie Daae, Stein A. Evensen, Arvid Heiberg, Per Holck, Frøydis Langmark, Øivind Larsen (styreleder) og Magne Nylenna. Astrid Marie Nylenna er Selskabets sekretær. Regnskapsfører har vært Hadeland Regnskap BA, Brandbu og revisor Crowe Horwath, Gjøvik.

Selskabets postadresse er Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo (styreleders arbeidssted). Selskabet har ved utgangen av virksomhetsåret ca. 230 betalende medlemmer. Årskontingenten, inklusive tidsskriftet *Michael Quarterly* og supplementshefter, er NOK 250,-. Selskabet har hjemmeside [www.dnms.no](http://www.dnms.no).

Selskabet forvalter legater, hvorav noen imidlertid har vært under omorganisering i virksomhetsåret, begrunnet med at kapitalen er blitt så liten at utgiftene til offentlige gebyrer, forretningsførsel og revisjon er blitt uforholdsmessig store i forhold til avkastningen. De forvaltede legater er *Dr. Alex. Malthes legat til beste for yngre leger*, *Dr. Chr. Sandborg og hustru Fanny f. Delangénières legat*, *Gillums legat*, *Læge Theodor Rolls legat* og *Medicinerkvartertens fond*. Legatene er selvstendige stiftelser og styrene for disse består av de samme personene som Selskabets styre.

Møtevirksomhet m.v. har funnet sted i Domus & Medicus, hvilket er det gamle Rikshospitalets kvinneklinikk i Pilestredet Park i Oslo. Der er

også Selskabets boksamling, malerisamling og flygel. Selskabets eldre arkiv er deponert i Riksarkivet (1), mens nyere arkivsaker av praktiske grunner befinner seg dels i Domus & Medicus, dels ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, dels hos sekretæren, og dels hos regnskapsfører.

### Medlemsaktiviteter

*Onsdag 21. september 2011:* Seminar kl. 1400-1800.: *The end of the National Health Service?* Innledere: Magne Nylenna (Oslo), Sally Sheard (Liverpool), Steinar Westin (Trondheim), Julian Tudor Hart (Glyncorwg, Wales), Cecilie Daae (Oslo), Allyson M. Pollock (London), Charlotte Haug (Oslo). Ved seminaret drøftet man den for tiden (2011) pågående prosessen i Storbritannia, der det tradisjonelle NHS mer eller mindre avvikles til fordel for et mer privatisert system, og den smitteeffekten dette kan tenkes å få internasjonalt. Artikler basert på foredragene foreligger publisert i *Michael Quarterly* (2-6). 60 deltakere.

*Onsdag 26. oktober 2011 kl. 1915:* Medlemsmøte: Trond G. Jenssen: *Diabetes er ikke lenger hva det var.* 28 deltakere.

*Onsdag 9. november 2011 kl. 1915:* Medlemsmøte: *Demens i Norge – alderdommens svøpe.* Espen Bjertness: Forekomst, risikofaktorer og muligheter for behandling. Knut Engedal: Utfordringer ved tidlig diagnostikk og muligheter for behandling. 25 tilstede.

*Onsdag 14. desember 2011 kl. 1915:* Julemøte: Thorstein B. Harbitz: *Aker sykehus – fra opprettelse til nedleggelse.* 40 tilstede. 38 deltok i påfølgende julemiddag i Domus & Medicus' kantine i kjelleren.

*Onsdag 25. januar 2012 kl. 1915:* Medlemsmøte: Jon Storm-Mathisen: *Fra Mangelsgården via Brennerigården og Domus media til Domus medica.* (Anatomisk institutts historie ved Universitetet i Oslo.) 17 tilstede.

*Onsdag 29. februar 2012 kl. 1915:* Ole Didrik Lærum: *Tuberkuloseforskeren Konrad Birkhaug – en bergenser med eventyrlig liv (Vaksinasjonen som ble en kriminalsak.)* 33 tilstede.

*Onsdag 28. mars 2012 kl. 1915:* *Er vårt system for innføring av ny teknologi i helsetjenesten forsvarlig?* Stein A. Evensen: Grensen mellom forskning, utprøving og rutine er uklar. Jan Erik Nordrehaug (Bergen): Innføring av nytt

medisinsk utstyr i kirurgi. Maiken Engelstad: Et nasjonalt system for innføring av ny teknologi i helsetjenesten.

*Onsdag 25. april 2012 kl. 1915: Krisepsykologi – er det et luksusfenomen?* Atle Dyregrov (Bergen). 25 tilstede.

*Onsdag 9. mai 2012 kl. 1915: Kognitiv terapi som behandling og veiledet selvhjelp.* Torkil Berge. 23 tilstede. Årsmøte.

*12.-16. april 2012: Ekskursjon til Wien* (i samarbeid med Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum). 49 deltakere. Se omtale i *Michael* (7).

Selskabet har nært samarbeid med Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum om medisinsk historiske temaer. Det er betydelig overlapping i medlemslistene for de to organisasjoner. Således var Selskabet invitert til Stiftelsens seminar på Norsk Teknisk Museum onsdag 2. mai 2012 kl. 1300-1600, der temaet var *infeksjonssykdommenes nyere historie*, med foredrag av Stig S. Frøland: *AIDS-sykdommen – fra foreløpig seier til nye utfordringer*, Olav Hungnes: *Hvordan vår historiske erfaring påvirker evnen til å verge oss mot influensaepidemier og pandemier*, Gunnar A. Bjune: *Mykobakteriesjukdom – mer enn basiller* og Ellen Lange: *«Jeg fortalte ikke noen at jeg hadde vært sjuk» – om tuberkulosen, behandlingen og tiden etterpå* (med videoer med vitneintervjuer). Dessuten var det besøk på museets tuberkuloseutstilling. 41 deltakere.

## Michael Quarterly

*Michael Quarterly* (kortform *Michael*) er Selskabets tidsskrift. Det sendes ut til medlemmer og abonnenter og finnes i fulltekst på [www.michael-quarterly.no](http://www.michael-quarterly.no).

I virksomhetsåret 2011-2012 er utgitt heftene 3 og 4/2011 og 1-3/2012, der heftetitlene er henholdsvis *Kommunikasjon og språk* (3/11), *Public health services – endangered species?* (4/11), *Erindringer om resistens* (1/12), *Medisinsk metodevurdering* (2/12) og *Globalt og lokalt* (3/12).

I serien av supplementer til *Michael* er gitt ut: Larsen Ø. Administrativ organisering og akademisk virke – Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. *Michael* 2011;8:Supplement 10.

## Litteratur

1. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab i virksomhetsåret høst 2010–vår 2011. *Michael* 2011;8:396-403.
2. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael* 2011;8:423-7.
3. Sheard S. A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS. *Michael* 2011;8:428-41.
4. Hart JT. Which future for the UK National Health Service (NHS)? *Michael* 2011;8:442-59.
5. Pollock AM, Price D. The break up of the English NHS: the new market bureaucracy needs information systems based on members and not geographic populations. *Michael* 2011;8:460-75.
6. Westin S. The beginning of the NHS – and the impact on Norwegian health care. *Michael* 2011;8:476-89.
7. Larsen Ø. Wien- medisinhistorisk intensivinnføring. *Michael* 2012;9:301-3.

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

# Instructions for authors

*Michael* 2012;9:315–6.

## General

*Michael Quarterly* (short name: *Michael*) ([www.michaelquarterly.no](http://www.michaelquarterly.no)) is a publication series by The Norwegian Medical Society (*Det norske medicinske Selskab*, [www.dnms.no](http://www.dnms.no)) presenting high quality papers on topics within the range of interests held by the Society. Such topics include medical history, public health and other general issues on health and medicine of relevance to a wide readership.

*Michael* is published four times a year. Supplementary volumes are published at irregular intervals. Manuscripts are subject to peer review.

*Michael* publishes articles in Norwegian or in English, depending on topic and main readership. Other languages may be considered if found applicable by the editors.

*Michael* is an open access journal published electronically at [www.dnms.no](http://www.dnms.no) and [www.michaelquarterly.no](http://www.michaelquarterly.no). A printed version is available to individual subscribers.

All material submitted should in general conform to the *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* (the Vancouver style: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)). Authors may ask for the editors' consent to publish articles from e.g. history or social sciences in the format often used in these fields, where references and comments are given in footnotes or endnotes. References should then be written in the Vancouver-style and appear only in the notes.

All authors must give signed consent to publication and give the e-mail address of the author to whom correspondence and proofs should be sent. Manuscripts should be named with the first author's family name and a key word/short title and submitted by e-mail to one of the two editors:

[magne.nylenna@helsebiblioteket.no](mailto:magne.nylenna@helsebiblioteket.no)

[oivind.larsen@medisin.uio.no](mailto:oivind.larsen@medisin.uio.no)

## Papers

*Review articles* as well as *original articles* are welcome. Articles should normally not exceed 3 000 words and 30 references. The contents of original articles should be arranged in the customary order: Abstract, Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions, although these chapters may be given other headings for reasons of style. References, Tables and Figures should follow.

The title page should bear the name of the author(s) and the title of the article (brief but comprehensive) (bold). Page two should start with an abstract (italics), not exceeding 200 words. Section titles should be given in bold and, if necessary, a second (paragraph) level of titles should be given in italics. A list of the authors' names, addresses (including e-mail) and affiliations should be given after the references (italics).

*References* should conform to the Vancouver style, being numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Only published and publicly available papers should be included among the references. References to archive material should clearly identify the archive and include a proper document address. Identify consecutive references in text with arabic numerals in parenthesis, starting at (1). List all authors for each source when six or less; when seven or more, give first six et al. Footnotes or endnotes can be accepted under special circumstances, see above. Arabic numbers are used for the notes.

*Figures* should be submitted electronically, preferably in jpeg-format (min 300 dpi), and as separate attachments. They must be professionally drawn and photographed. Letters, numbers and symbols must be clear and in proportion to each other. Colour photographs and graphs may be reproduced in colour, but they should also be fit for being printed in black and white, if so decided by the editors.

*Tables* should be typed double spaced, each on a separate page, with heading and number underneath.

*Figures and tables* should not duplicate information given in the text of the article.

If applicable, short *Acknowledgements* may be added at the end of the article, after *References*.

*Proofs* are sent in PDF-format by e-mail to the corresponding author. Authors are requested to check their proofs carefully for printer's errors and return them within 48 hours.



# *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