

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



## De langsomme forandringer

4/14



# 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.

# Velferdsstaten under press – ser vi de langsomme forandringene?

*Michael 2014; 11: 495–500.*

Norge høsten 2014. Regjeringen har nettopp lagt fram sitt første statsbudsjett med anvisninger om i hvilken retning Høyre og Fremskrittspartiet vil ta Norge. Mediene preges av meldinger om uro blant velgerne. Noen meningsmålinger tyder på en viss velgerflukt fra regjeringspartiene. Skal det virkelig tas fra de fattige og gis til de rike? Får velgerne noe annet enn det de trodde de stemte for, slik sosiologen Ottar Hellevik antyder (1)?

Slike svingninger er vi vant til. Men de har gitt opphav til nye diskusjoner om hvordan verdimesige og politiske holdninger blant norske velgere endrer seg over tid. Er det fortsatt oppslutning om fellesskapsverdier og likhetsidealer, det mange av oss oppfatter som forutsetninger for velferdsstaten, eller var valgresultatet høsten 2013 et signal om at velgerne ønsker en annen kurs?

Dette heftet av Michael har *de langsomme forandringene* som hovedtema. Bidragene inviterer til undring og refleksjon over det som ligger bak oss, også over prosesser i samfunnet som blir bedre synlig i et langt tidsperspektiv. Det gjelder f. eks. endringer i legerollen, her belyst ved historiker og teolog Merethe Roos. Hun minner oss om at prester på 1700-tallet utførte mye av det vi i dag oppfatter som legeoppgaver (2). Og det gjelder Øivind Larsens betraktninger over hvordan muséer gjennom sin formidling kan pådra seg aggresjon når de med sine fortellinger blander seg i opplevelsen av min og din fortid (3).

Men fortellinger om fortiden kommer vi ikke utenom, aller minst når det gjelder fortellinger om velferdsstaten og helsetjenesten, der oppfatninger om hva som ligger bak oss i særlig grad gir føringer for hvordan veien ser ut framover (4-6). De siste årene har vi sett en skjerpet debatt om nettopp dette, og i disse dager lanserer forskningsstiftelsen Fafo en bredt anlagt rapport om utfordringer for de nordiske velferdsstatene (7). Hvilke krefter

skapte denne samfunnsmodellen som gjennom etterkrigstiden har hatt benevnelsen velferdsstat, og som i vår tid aller mest forbindes med nettopp *de nordiske velferdsstatene*? Med universelle velferdsordninger og gratis, det vil si skattefinansiert utdanning og helsetjeneste for alle?

Riktignok reises det nå tvil om vi i denne sammenheng bør nevne de nordiske landene under ett, ettersom det er tegn til at de i velferdspolitisk sammenheng er i ferd med å avvike mer fra hverandre (8). Men en eller annen forståelse må vi ha av hvilke drivkrefter som skapte de nordiske velferdsstatene, ikke minst fordi denne samfunnsmodellen fortsatt er så særegen i internasjonal sammenheng at vi her til lands gjerne omtaler Norge som «annerledeslandet» (4,6). Er det de hustrige naturforholdene som har tvunget fram samarbeid og det helt særnorske ordet *dugnad*, og dermed har lagt grunnlaget for fellesskapsverdier? Er det kristen kulturarv, humanistiske tradisjoner, eller rett og slett «kloke politikere»? Eller er velferdsstaten et resultat av arbeiderbevegelsens faglige og politiske organisering i vår del av verden? Resultatet av et mislykket prosjekt: «... det ble ingen sosialistisk revolusjon i vår del av verden, men en forholdsvis vellykket velferdsstat»? (6).

Det er mange svar. Utenlandske betraktere er kjappe med å melde at «*it must be the oil*». Til det kan vi si at de grunnleggende strukturene for velferdsstaten var på plass før den første dråpe olje kom opp fra Nordsjøen. Nigeria har også olje. Sverige har det ikke. Det handler først og fremst om sosial organisering, ikke om olje, selv om det hos oss ikke har vært noen ulempe å kunne smøre de årlige statsbudsjettene med en handlingsregel.

Men spørsmålet er likevel om de nordiske velferdsstatene er bærekraftige. Og hvilke politiske krefter som i så fall kan utvikle dem videre. For det er mye som tyder på at de nordiske velferdsstatene er under press, dels innenfra ved «langsomme forandringer» i holdninger og politiske løsninger (7), dels utenfra ved den såkalte globaliseringen, med økende innflytelse fra marked og pengemakt (7-9).

Magne Nylenna utfordrer venstresidens syn på dette i sin artikkel om *raushet*: «Dersom det er viktigere å bevare velferdsstaten enn å drive valgkamp – av og til kan man lure på det – tror jeg at noe av det mest ukloke man kan gjøre, er å gjøre velferdsstaten til et prosjekt som én politisk retning, enn si, ett politisk parti har eiendomsretten til», skriver han (10). Han argumenterer for *raushet* i politikken, og advarer mot å mistro hverandres motiver, «... selv om vi iblant er uenige i midler og kanskje endog i mål.» Også Øivind Larsen reiser slike spørsmål (11).

Å arbeide for å trygge velferdsstaten er ofte ansett som venstresidens politikk, som ”rød” politikk. Det spørs da ikke bare om velferdsstaten er

«rød», men også om selve grunnlaget, samfunnsmedisinen, også er det. Vi kan godt enes om at samfunnsmedisinen er en viktig premisseleverandør for en velfungerende velferdsstat, med alle dens ambisjoner om å fremme god folkehelse og en trygg helsetjeneste når sykdom rammer. Men historisk sett er samfunnsmedisinen bare «rød» når den faller sammen med politiske ideologier som også har samhandling og fellesskap som grunnprinsipp.

Gjennom en tidsperiode med velferdsøkning stiger motivasjonen for samhandling og fellesskap, fordi nytten er åpenbar for alle. Men når effekten er blitt en selvfølge og grensenytten avtar, «synker motivasjonen fordi selvhvedelsen slår gjennom», hevder Larsen (11). De langsomme forandringene, spesielt i *tidsånden*, får dermed en sentral plass i hans resonnementer.

Da er vi tilbake til Ottar Hellevik og spørsmålene om verdimesseige og politiske holdninger blant norske velgere virkelig har endret seg (1). Han viser til lange tidsserier i holdningsundersøkelser som tar opp dette (Norsk Monitor). Han kan overraskende nok melde at oppslutningen om fellesskapsverdier faktisk har vært økende siden årtusenskiftet. Mer presist har det vært et skifte siden 2001, målt ved at ønsker om skattelettelser prioriteres i lavere grad, og at tiltroen til offentlig virksomhet er økende. Når skattelette og privatisering tydeligvis ikke var saker med appell til velgere i 2013, mener Ottar Hellevik at det gjorde seg gjeldende en tro på at Høyre ville være, sitat: «... enda dyktigere enn den sittende rødgrønne regjering til å føre samfunnet videre i samme retning som før, mot en stadig sterkere velferdsstat» (1).

Så spør det altså om det er dette velgerne får, eller om de signaler som gis gjennom statsbudsjettet peker i en annen retning. Igjen kan det være nyttig å se nærmere på *de langsomme forandringene*, og særlig på om de midler som anvendes i velferdens navn kan ha andre langsiktige konsekvenser enn de man umiddelbart ser.

Sosiologer har for lengst sett at det kan være et misforhold mellom oppslutningen om *målene* i velferdspolitikken og de *midlene* som skal til for å oppnå de samme målene (12). To trekk er særdeles synlige i dagens politiske retorikk, nærmest på tvers av partigrenser: Den såkalte «arbeidslinja» understrekes i den grad at den ser ut til å begrunne tiltak som i betydelig grad svekker velferdsytelser for utsatte grupper (13). Og retorikken rundt «de som trenger det mest» har fått nytt liv, slik vi lenge har sett det i England (14) og nå også i Sverige (8).

Et særlig kjennetegn ved de nordiske velferdsstatene har vært at trygder og velferdsordninger er *universelle*, altså gjeldende for alle (14,15). Dette var et av grunnprinsippene i etterkrigstidens sosiale prosjekt for stabilitet

og sosial utjevning, inspirert blant annet av den britiske Beveridge-planen fra 1942 (6, 9). «De rike» bidrar mer til fellesskapet gjennom progressiv beskatning, mens mange av de generelle ytelsene er «flate», like for alle, som f.eks. barnetrygden fra 1946. Det at alle får noe, selv om beløpene betyr mindre for de rike, mente man ville sikre den brede oppslutningen om velferdsstaten i befolkningen. Dertil kunne man for mange ytelser fjerne «fattigdomsstemplet». Ytelsene var rettighetsbaserte, og ikke noe man fikk etter å ha erklært seg som fattig, eller «trengende» (14,15).

Slik var også det engelske velferdssamfunnet organisert, inntil Margaret Thatcher fikk gjennomslag for sine omfattende reformer, med oppstyking av pensjonsordninger og velferdsytelser i stigende grad differensiert etter behov, for «the truly needy» (14). Retorikken kan være besnærende og har tillatt betydelige skattelettelser, men har over tid medført en gradvis glidning fra etterkrigstidens velferdssamfunn til mer av et veldedighetssamfunn, med behovsprøvde ytelser og «more tests of the poor».

Med lignende type retorikk ble det fra tidlig 1990-tall først innført begrensede skolepenger for høyere utdanning, begynnelsen på en utvikling som nå gjør at høyere utdanning i England ikke lenger er skattefinansiert. Men mest overraskende for oss som har sett denne utviklingen utenfra, er at det så åpenbart ser ut som om det går mot en oppløsning og kommersialisering av den engelske *National Health Service*, den offentlige helse-tjenesten som på mange måter har vært modell for de nordiske helsetjenestene. Sjelden har den engelske medisinske fagpressen, med *British Medical Journal* og *The Lancet* i spissen, vært så unisont kritiske til noen helsereform (16-18). Også de engelske legeforeningene på ulike nivåer har advart mot denne «amerikaniseringen» av det tradisjonelle NHS.

Men til tross for advarsler fra faglig hold, prosessen går videre. Raskt blir nå hele det engelske NHS-systemet (fortsatt ikke det skotske) lagt om etter bestiller-utfører-modeller, med anbud, konkurranse og et nytt stort innslag av private aktører. Nå preges riksmidlene der borte av nyheter om et voksende byråkrati, stadige skandaler om misligholdte kontrakter, sykehus som går konkurs, og et helsevesen som i økende grad drives av amerikanske og internasjonale helsekjeder (18). Egenandeler er igjen på dagsordenen. Og politikerne strides igjen om veien videre, hvordan problemene nå skal møtes.

Det er blant annet slike observasjoner som gir næring til den uroen mange av oss i den norske helsetjenesten også føler. I England var det kriser i primærhelsetjenesten og problemer blant overarbeidede allmennleger som først åpnet for privatiseringer. Private selskaper tilbød seg å avlaste allmennlegene for vaktarbeidet om kvelder og netter. I Norge aner vi liknende frustrasjoner blant unge fastleger med høy gjeldsbelastning, stort arbeidspress

og svak sosial trygghet. Vi hører at de ikke ser det som utenkelig at de kunne tenke seg å la seg ansette av et privat firma på fast lønn og med god pensjonsordning, dersom det var et alternativ til å være «næringsdrivende» (19).

Med lærdommer fra England ser vi at langsomme forandringer over tid kan gi grunnlag for større sprang. Globalisering og nedbygging av grenser gir fortsatt en betydelig tyngdekraft i favør av de tunge internasjonale konsernene, «corporate power», som britene kaller det, også når de beskriver de store aktørene i det som er blitt et internasjonalt helsetjenestemarked. Når det skjer store innstramminger i velferdens rammeverk i Sverige, og når den engelske helsetjenesten, «the mother of all public health services», kan endres så radikalt, da låter det som Frank Sinatras hyllest til New York: «... If I can make it there, I'll make it anywhere ...». Så til tross for Ottar Helleviks målinger, noen av oss er urolige for velferdsstatens framtid.

## Litteratur

1. Hellevik O. Mindre skatt tenner ikke velgerne. *Aftenposten*, kronikk 6.11.14.
2. Roos M. Guds hjelpende hånd – presten som lege mot slutten av 1700-tallet. *Michael* 2014; 11: 501–15.
3. Larsen Ø. Museum om hva for hvem – Norsk Teknisk Museum 100 år (Bokanmeldelse) *Michael* 2014; 11: 550–6.
4. Wahl A. *Velferdsstatens vekst – og fall?* Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
5. Westin S. Velferd og helse i folketrygdens århundre. *Tidsskr Nor Legeforen* 1999; 119: 4507-13.
6. Westin S. Er velferdsstaten en av verdens utryddingstruede arter? I: Tellnes G, Claussen B (red). *Folketrygdens framtid*. Oslo: Cappelen Damm, 2014.
7. Dølvik JE, Fløtten T, Hippe JM, Jordfald B. *Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel?* NordMod2030 Sluttrapport. Oslo: Fafo, 2014.
8. Harsvik W. *Blåkopi – Høyres svenske strategi*. Oslo: Res Publica, 2013.
9. Westin S. The beginning of the NHS – and the impact on Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 8: 476-89.
10. Nylenna M. Raushet og velferdsstaten. *Michael* 2014; 11, 537–7.
11. Larsen Ø. Transisjonsbegrepet og velferdsstaten. *Michael* 2014; 11: 516–29.
12. Aalberg T. Norske likhetsverdier i et komparativt perspektiv. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1998; 4: 490-515.
13. Wergeland E. Arbeidslinja ga oss skammen tilbake. I: Tellnes G, Claussen B (red). *Folketrygdens framtid*. Oslo: Cappelen Damm, 2014.
14. Westin S. Welfare for all – or only for the needy? *The Lancet* 2008; 372: 1609-10.
15. Seip A-L. Trygghetspolitikk i et hundreårsperspektiv. I: Kjønsstad A, Hatland A, Halvorsen B (red). *Det norske trygdesystemet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1995: 27-41.
16. Editorial. The end of our National Health Service. *The Lancet* 2011; 377: 353.

17. Pollock A, Price D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. *BMJ* 2011; 342: 801-6.
18. Davis J, Tallis R. *NHS SOS: How the NHS was betrayed – and how we can save it*. London: Oneworld Publications, 2013.
19. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 8: 423-7.

Steinar Westin (f. 1944)  
er fastlege ved Mathesongården legesenter i Trondheim og  
professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).  
[steinar.westin@ntnu.no](mailto:steinar.westin@ntnu.no)



# Guds hjelpende hånd – presten som lege mot slutten av 1700-tallet

*Michael 2014; 11: 501–15.*

*Presten kunne mot slutten av det 18. århundre virke som behandlende lege. Artikkelen analyserer en tekst om dette, skrevet av en prest i Naumburg i Tyskland, basert på en hendelse 28. januar 1788. Teksten er publisert i Johann R. G. Beyers tidsskrift *Allgemeines Magazin für Prediger nach den Bedürfnissen unsrer Zeit*. Teksten demonstrerer hvordan presten viser høy grad av medisinsk og kirurgisk kompetanse, og at han er i stand til å gjennomføre årelating på en pasient med en tilsynelatende livstruende tilstand. Presten er likevel bevisst på sin identitet som prest, og at hans medisinske ferdigheter er et resultat av Guds hjelp. Artikkelen belyser også kort samtidens tidsskrifter som kilde til kunnskap om presters medisinske kompetanse i samtiden.*

Denne artikkelen skal se nærmere på hvordan presten i et lokalsamfunn kunne fungere som praktiserende lege og kirurg mot slutten av 1700-tallet.<sup>1</sup> Utgangspunktet for fremstillingen er en tekst som ble trykket i Johann R. G. Beyers *Allgemeines Magazin für Prediger nach den Bedürfnissen unsrer Zeit*. Dette tidsskriftet ble utgitt i Leipzig mellom 1789 og 1796. Beyer arbeidet som prest i Schwerborn (Erfurt), og magasinet henvendte seg primært til Beyers kolleger.<sup>2</sup> Beyers magasin bestod dermed av ulike typer

- 1 En skal merke seg at legeyrket og kirurgyrket på 1700-tallet tradisjonelt hadde to forskjellige utdannelser. Mens legen var den boklærde akademikeren med universitetsutdannelse, var kirurgen håndverkeren som utførte mye av det praktiske legearbeidet. Mot slutten av århundret var dette i ferd med å endre seg i de fleste europeiske land, og leger og kirurger fikk etter hvert samme utdannelse. Østerrike var i så måte et foregangsland, der det under Maria Theresia og især under hennes sønn Joseph II. ble etablert institusjoner som forenet de to profesjonene.
- 2 Magasinet føyer seg dermed inn i en tidstypisk internasjonal trend der de enkelte profesjoner får sine respektive tidsskrifter. Disse tidsskriftene gir dermed gode illustrasjoner på hvordan man arbeidet innenfor de forskjellige yrker i samtiden. Dette finner også sted i de nordiske land. Beyers tidsskrift ble for øvrig også lest i Danmark-Norge, og enkelte av tekstene ble oversatt til dansk og trykket i Lorentz Nikolai Fallesens *Magazin for religionslærerere med hensyn til vore tider*, som ble utgitt i København mellom 1793 og 1803.

teologiske tekster, og blant disse også tekster som skulle være til hjelp for presten i hans daglige virke i sogn og menighet. I følge forordet til første utgave er tekstene enten skrevet av Beyer selv, eller av en av hans anerkjente kolleger.<sup>3</sup>

Teksten som analyseres her beskriver et konkret tilfelle der presten utøver kirurgi og viser kirurgiske ferdigheter, på bakgrunn av en vurdering av helsetilstanden til ett av sine sognebarn.<sup>4</sup> Dette sognebarnet skal dagen etter vies av presten som utfører inngrepet. Artikkelen, som har tittelen *Eine Pastoralerfahrung bey dem Krankenbette von nicht alltäglichem Inhalte*, er skrevet som et detaljert narrativ der presten beretter i jeg-form om det han har opplevd.

Vielsestalen fungerer som et appendiks til fortellingen om den syke. Presten fremhever pasientens helbredelse i sin preken når paret vies, og understreker her hvordan han må betraktes som et redskap gitt av Gud, og ikke som en profesjonell lege. Dette blir også tatt opp i samtaler med pasienten, så vel som med pasientens nærmeste familie. Gud skal derfor lovprises for sin godhet, og for at han utruker sine tjenere med mot og styrke til å utføre slike oppgaver.

I tematisk forstand er dermed teksten i Beyers tidsskrift en god illustrasjon av tematikken i medisinhistorikeren Robert Hellers artikkel fra 1975. I «Priest Doctors as a rural health service in the age of Enlightenment» viser Heller til prestens rolle som lege mot slutten av 1700-tallet.<sup>5</sup> Denne funksjonen gjaldt særlig for de protestantiske land, og spesielt for prester i landdistriktene.<sup>6</sup> Prestens funksjon som lege i landdistriktene var relatert til praktiske anliggende, hevder Heller: ofte manglet medisinsk utdannet personale i de mest rurale områder. Samtidig kunne dårlig økonomi hindre folk fra å kunne tilkalle en lege med medisinsk skoleing.

---

3 Den gitte teksten som er trykket i Beyers tidsskrift har ingen angivelse av hvem forfatteren er. I tekstforløpet blir imidlertid leseren informert om at presten arbeidet i Naumburg.

4 Teksten er trykket i annet bind, sjette stykke (1790), ss. 51-70.

5 Artikkelen ble trykket i *Medical History* 1976, bind 4, s. 361-83.

6 For en mer generell presentasjon av prekestolen som medium for helseopplysning i Danmark-Norge på slutten av 1700-tallet, se Roos M. «Medisinsk opplysning og sosial mobilisering fra prekestolen. Presten som offentlig helse- og sosialarbeider i Danmark-Norge mot slutten av 1700-tallet», trykkes i *Teologisk Tidsskrift* 1/2015.

Disse forholdene gjorde at man i flere land drøftet om kurser i medisin skulle bli en del av den teologiske utdannelsen.<sup>7</sup> Tematikken rundt presteleger ble også diskutert i medisinske encyklopedier og i ulike tidsskrifter i samtiden.<sup>8</sup> Et stykke på vei hadde da også prester og medisinere felles grunnutdanning: de første årene av universitetsstudiet handlet om å gi studentene en felles kunnskapsplattform. I Danmark-Norge, for eksempel, ser man dette gjennom innføringen av filosofikum i 1775. I artikkelen fra Beyers tidsskrift er den faglige nærheten mellom prester og medisinere dokumentert i praksis: teksten viser hvordan presten kan tilkalles og yte medisinsk hjelp ved behov. Samtidig bidrar den nevnte artikkelen til å bevisstgjøre en profesjonsidentitet hos leserne: presten er amatør i sin utøvelse av legekunsten, han er ikke utdannet medisinere, men hans innsyn, fullmakter og kunnskap er gitt av Gud. Når alt kommer til alt er en lege en lege, og en prest en prest.

Ikke desto mindre demonstrerer denne teksten en allsidighet som er typisk for pretestanden i det sene 18. århundre. Denne allsidigheten strekker seg utover kombinasjonen mellom prestedjeneste og medisinalvesen. I siste halvdel av 1700-tallet innehadde kirkens fremste menn i de protestantiske land en rekke verdslige oppgaver, som bortsett fra medisin og kirurgi blant annet var knyttet til skolevesenet og fattigomsorgen. Flere forskere har også vist til at presten fikk en overordnet funksjon som en administrator av lokalsamfunnet.<sup>9</sup>

Også her til lands fantes velkjente presteprofiler som for eksempel beskjeftiget seg med ulike former for naturvitenskap. Blant disse var Johan Ernst Gunnerus og Hans Strøm, som begge har fått bred oppmerksomhet innen teologiske og kulturhistoriske undersøkelser.<sup>10</sup> Den ikke navngitte

7 Ved universitetene i Uppsala og Lund ble da også slike kurs en realitet i begynnelsen av det 19. århundret. Se «Über den Zustand des Medicinalwesens in Schweden», i *Journal für praktischer Arzneykunde* 1812; 4; 120-24. Svenskenes praksis med hensyn til føring av befolkningsstatistikk gjorde også at prestenes behov for medisinsk kunnskap ble ekstra tydelig. Det svenske tabellverket ble etablert i 1749, og noe av det tabellverket skulle føre, var dødsårsaker. Prestene var involvert i dette arbeidet, og for å forstå dødsårsaker og for å kunne føre de konsistent og riktig, krevdes innsikt i medisin. Se Imhof, A. E. og Larsen, Ø. *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*. Oslo: Universitetsforlaget/Stuttgart: Fischer, 1975, 40.

8 Et eksempel på dette er Johann Peter Franks *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (1817) som diskuterer temaet presteleger over 100 sider.

9 Se for eksempel Elstad, H. «Min praksis er temmelig vidløftig» - Nokre presteprofiler i opplysningstida», i *Norsk Teologisk Tidsskrift* 2007; 2: 95-114 og Hansen, G., *Præsten på landet i Danmark i det 18. aarhundre: En kulturhistorisk undersøgelse*. København: Det danske forlag, 1947.

10 For Hans Strøm, se blant annet Arne Apelseths arbeider, ikke minst i tilknytning til artikkelsamlingen *Tilskueren på landet (1775-1777)*. For Johan Ernst Gunnerus', se Rolv Nøtvik Jakobsens arbeider.

Allgemeines  
**Magazin für Prediger**  
nach den Bedürfnissen unsrer Zeit.

Herausgegeben

von

**Johann Rudolph Gottlieb Beyer,**  
Pfarrer zu Schwerborn bey Erfurt



I. D. MICHAELIS.

Zweyten Bandes, sechstes Stük.

Leipzig, 1790.

bey Siegfried Lebrecht Crusius.

Figur 1: Beyers Magazin, eksemplar i Det kongelige Bibliotek, København.  
(Foto: Øivind Larsen)

presten i Beyers magasin tilkjenne ga dermed en kompetansebredde som mange innen hans stand innehadde mot slutten av det 18. århundre. Hans egen bredde gikk ut på å vise innsikt i medisin og kirurgi, og han viste også hvordan denne innsikten kunne anvendes i det praktiske liv.

Vi vil nå se på den aktuelle teksten fra Beyers tidsskrift med særlig henblikk på å belyse prestens funksjon som behandlende lege, slik det fremgår i artikkelen. Teksten skal også drøfte hvordan presten tar med seg opplevelsen fra sykesengen inn i vielsestalen, og dermed gjør behandlingen av pasienten til et teologisk poeng. Artikler i fagtidsskrifter fra det sene 18. århundre kan demonstrere hvordan presten har innsikt i medisinsk kunnskap i sin samtid, og hvordan dette tilkjenne gir en allsidighet som var tidstypisk for prestestanden.

### „Eine Pastoralerfahrung bey dem Krankenbette von nicht alltäglichen Inhalte“

Den aktuelle artikkelteksten starter *in medias res* ved at presten forteller om hvordan han ble tilkalt til pasientens sykeseng kl. 04 om morgenen.<sup>11</sup> Pasienten, som åpenbart er en yngre mann, er kjent av presten fra før. Det er også hans familie: I forbindelse med forestående vielse dagen etter har presten besøkt familien flere ganger, blir leseren fortalt tidlig i tekstforløpet.

Innledningen fungerer som en slags anamnese: Presten blir fortalt om pasientens sykehistorie av den sykes bror. Pasienten hadde de siste fire ukene slitt med en uproduktiv hoste («Prallhusten ohne Auswurf»). Den aktuelle natten hadde husstanden vært fylt med gjester som var ankommet i forbindelse med bryllupet, og for å slippe å holde resten av huset våkent på grunn av hosten, hadde den syke lagt seg til å sove på en benk i stua kvelden før. Klokkeren 03 om morgenen hadde pasientens bror tilfeldigvis våknet, og observert at den syke hadde ropt om hjelp med svært svak stemme. Tilstanden hadde åpenbart forverret seg i løpet av svært kort tid: da broren ankom prestens hus for å hente ham, kunne han fortelle at pasienten hadde respirasjonsproblemer, og at han stønnet så voldsomt at man skulle tro de siste tider var kommet.<sup>12</sup> Dette siste bekreftes av presten, som i følge narrativet

11 Hendelsen er også datert i selve narrativet, og skriver seg til 28. januar 1788. I likhet med de fleste andre tekster som tematiserer prestens funksjon som lege i samtidige skrifter, omtales også her den syke som *pasient*. Dette bidrar til å skape en klinisk distanse mellom prest og den syke. Se også Roos: *op. cit.* 2015.

12 «Dies alles erzählte mir der Bruder, von dem ich gerufen wurde, unter der Zeit, dass ich mich ankleidet, und sagte noch aus, dass der Patient überaus beschwerlich Athem holete mit einem so furchtbaren und grossen Stöhnen, dass sie sich seines Endes alle Augenblicke versehen müssten». Beyer, *Pastoralerfahrung*, s. 52.

hadde vært seks hus bortenfor og til tross for avstanden hørt pasientens stønning.<sup>13</sup>

Allerede i denne innledningen er det klart at presten fylte legens funksjon på stedet: Han var den man selvfølgelig kalte på ved behov for medisinsk assistanse, og han fungerte slik man forventet at den utdannede lege eller kirurg skulle fungere når folk ble syke. Da presten ankom den syke, synes det også klart at han var vant med å oppsøke pasienter: Han kunne berette at han aldri tidligere hadde opplevd et lignende sykdomstilfelle.<sup>14</sup> Tilsynelatende tilkjenner han også en bevissthet rundt egen rolle som medisinsk kyndig. Dette kan man blant annet se ved at det i teksten ofte brukes latinske uttrykk i forbindelse med beskrivelsen av pasientens symptomer og mulige behandling.

Straks ved ankomst tok presten til å kartlegge pasientens symptomer. Teksten er holdt i en resonnerende stil, der presten beskriver hvordan han prøver ulike teser for hvorfor pasienten har de plager han har. Han observerer øynene, uten å finne at noe er galt. Det eneste han kan se er en flekk på pasientens hals, og bortsett fra det, mener presten at pasienten er «völlig wohl», fordi hans øyne «stråler av liv og sunnhet».<sup>15</sup>

Imidlertid er det klart at tilstanden var alvorlig: pasientens stønning ble stadig mer intens, og han slo om seg med armer og bein slik at de som sto i nærheten måtte være forsiktige for ikke å bli truffet. Ut fra det han så forsøkte presten å analysere seg frem til hva symptomene kommer av: Det kunne, mente han, være en byll i lungene som avga puss som satte seg i luftrøret.

Men presten korrigerer umiddelbart seg selv i artikkelteksten: symptomene er ingen sikker indikasjon på at det er dette som var grunnen til pasientens tilsynelatende livstruende situasjon.<sup>16</sup> Snart kommer han derfor på andre tanker: Det kunne også være en form for «Stekfluss (...), «nach welchem sich das Blut nach der Brust gezogen, und durch seine Anhäufung in der Luftröhr Krämpfe verursache, die der Patient für einen Flek im Halse hielte, den er nicht hinunterbringen konnte».<sup>17</sup> Denne formen for lunge- og

---

13 «Dies war nicht übertrieben. Denn, wie ich noch 6 Häuser von seiner Wohnung entfernt war, hörte ich diesen furchtbaren Klang schon ganz deutlich». Ibid.

14 «Noch nie hatte ich einen solchen Kranken gesehen». Ibid., s. 53.

15 Ibid.

16 «Der erste Gedanke, der mir bey diesem gefahrvollen und noch nie vorgekommenen Zustande einfiel, war der: Sollte etwan dieser Mensch ein Geschwür in der Lunge haben, dass eben jetzt aufgegangen wäre, und durch seinen Eiter die Luftröhre versezte. Ich hatte freylich wider diesen Gedanken noch manches einzuwenden, und die SYMPTOMATA passten nichts weniger, als ganz auf diese Quelle des Uebels. Ibid.

17 Ibid., s. 54. Steckfluss som omtales i samtidig litteratur, kan trolig oversettes til moderne diagnostikk med astma.

luftveisproblematikk kunne gi de plagene pasienten hadde, uten at det var synlige ytre symptomer på at noe var galt.

I løpet av diskusjonen han har med seg selv og refererer i teksten, får også presten minnet leseren på hva hans profesjon egentlig er: Fordi pasientens stønn frembrakte reaksjoner som var så kraftige at han i fysisk forstand slo omkring seg, fastslår presten at tilstanden var så alvorlig at det ikke hadde noen hensikt å be med ham.<sup>18</sup> Bønn krever andektighet, og med sine fysiske reaksjoner var den syke alt annet enn andektig.<sup>19</sup>

Dermed viser prestens tekst også hvordan rasjonalistisk og fornuftsbasert tenkning gjør seg gjeldende i konkrete situasjoner blant kirkens menn: Han anser det for å være viktigere å bistå den syke med medisinsk førstehjelp enn å be om hjelp fra Gud. Denne rasjonalistiske tenkningen er i overensstemmelse med den akademiske teologien i samtiden. I det sene 18. århundrets teologi fremheves mennesket som autonomt, og som et individ som er i stand til å foreta egne vurderinger, uavhengig av overordnede religiøse læresetninger og dogmatikk.

Som det kort går frem av det foregående, var det hele tiden symptomene som ble det primære når presten fra Beyers magasin forsøkte å kartlegge hva som feilte pasienten. Symptomene ble i sin tur utgangspunkt for å finne ut av plagenes årsak. I så måte er det helt åpenbart at presten forholdt seg til samtidens nosologiske skjema. I sin doktoravhandling har Anne Kveim Lie påpekt hvordan det primære innenfor 1700-tallets nosologi var symptomer, og ikke etiologiske faktorer.<sup>20</sup>

Denne forståelsen av nosologi baserer seg på en rekke skriftlige forsøk på å klassifisere sykdommer som ble gjort i det 18. århundre, først Boissier de Sauvages *Classes des Maladies* i 1731, og deretter en rekke andre. Ved sin vekt på det observerbare hadde den samtidige nosologien tydelige fellestrekk med mineralogien og botanikken, noe som ikke minst kommer frem i legen og naturhistorikeren Carl von Linné sine verker. Innenfor alle disse disipliner foregår systematisering- og klassifikasjonsforsøk ut fra observerbare fakta. Presten i Beyers tidsskrift gjør akkurat det den samtidige nosologien lærer: han observerer, og forsøker så å dra slutninger ut fra de observasjoner han gjør.

18 «Mit ihm zu beten, wäre jetzt zwecklos gewesen». Ibid.

19 Det var en uttalt forestilling i samtiden at bønn ble oppfattet som en andektig og innadvendt samtale med Gud. Denne introverte bønningen, som ble et ideal for mange protestantiske prester, ble ofte satt i motsetning til den bønningen man praktiserte blant katolikkenes, som ble oppfattet som repeterende og utvendig. Se Roos, M. *Enlightened Preaching. Balthasar Münster's Authorship 1772-1793*. Leiden: Brill, 2013, s. 93-4.

20 Lie, A. K. *Radeskys tilblivelse: Historien om en sykdom*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2008, s. 90 ff.

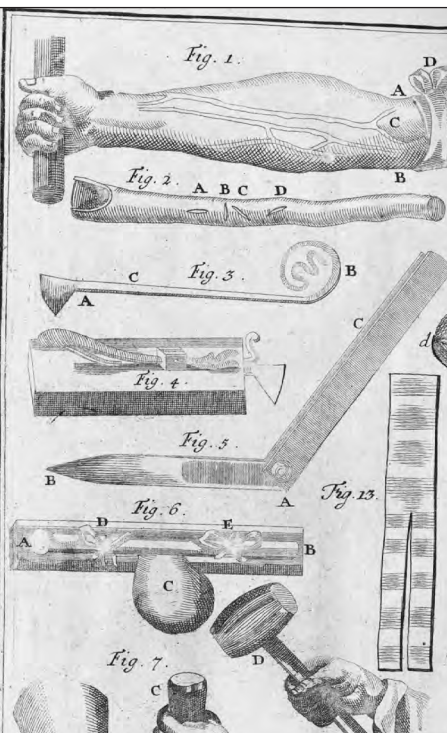


Auslegung der 4. Kupfer Tafel.

um die aufgelegte Sachen damit zu halten.

Vierte Tafel.

- Fig. 1. Die Bindung des Arms vor dem Aderlassen. A. die Haupt-Ader. B. die Basilica oder Leber-Ader. C. die Median oder Mittel-Ader. D. Die Binde, welche über den Ellenbogen um den Arm gebunden wird, damit die Adern daselbst wohl aufschwellen.
- Fig. 2. Zeiget an, wie auf 4. Manieren A. B. C. D. eine Ader kan eröffnet werden.
- Fig. 3. Ist ein Aderlaß-Eisen, deren man sich sonst in Teutschland sehr dazu bedienet hat. A. wird auf die Ader gesetzt, bey B. gehalten, und bey C. gelind darauf geschlagen.
- Fig. 4. Ein Laß-Eisen, das man einen Schnepper nennet, welches heut zu Tage, bey uns das gebräuchlichste ist.
- Fig. 5. Eine Lanzette, deren sich zu dem Ende auch viele bedienen, in der Gestalt geöffnet, wie sie ordentlich bey dem Aderlassen gebraucht werden, A. das Gelenke, B. derselben Spitze, C. die Hand-Hebe.
- Fig. 6. A. B. Eine Schlag-Ader, C. ein kleines aneurysma daran, D. E. wo man die Schlag-Ader binden kan, entweder nur bey D. wenn die Schlagadergeschwulst kleine ist, oder auch zugleich bey E. wenn diese Geschwulst sehr gros ist.



Figur 2: Årelating og instrumenter på 1700-tallet. Fra en av samtidens mest autoritative lærebøker i kirurgi med den omfattende tittel: D. Lorenz Heisters Herzogl. Braunschweig-Lüneburgischen Hof-Raths und Leib-Medici, der Arznei-Kunst und Wund-Arznei auch der Kräuter-Wissenschaft und der Herzogl. Hohen Schule zu Helmstedt vordersten Lehrers, auch der Kayserl. Königl. Engelland. Und Preuß. Gesellschaften der Wissenschaften Mitgliebes Kleine Chirurgie oder Hand-Buch der Wund-Arznei in welcher ein kurzer doch deutlicher Unterricht und Begriff dieser Wissenschaft gegeben, auch nie nöthigste hierzu gehörende Werkzeuge in Kupfer vorgestellt werden. Andere viel verbesserte Ausgabe. Mit allergnädigsten Freyheiten. Nürnberg, In der Raspischen Buchhandlung, 1756. (Foto: Øivind Larsen)

Den behandlende presten viste også høy grad av innsikt i samtidens medisinske kunnskapsregime. Hvis teorien om at det er *stekfluss* som er årsaken til pasientens problemer stemmer, vil den rette behandling være årelating, påpeker presten i teksten. Som førstehjelp, før årelatingen starter, vil det imidlertid hjelpe pasienten å sitte med føttene i varmt vann, fortsetter han. For, skriver han videre, dersom det er *stagnatio sanguinis* som forårsaker symptomene, må blodet ledes fra lungene og ned til kroppens nedre



delers for å gi lindring.<sup>21</sup> Med dette reflekteres humoralpatologisk kunnskap inn i prestens analyser.

Humoralpatologien, som dominerte forståelsen av sykdom frem til vår tids biomedisinske tenkning tok over, fremstår som et kunnskapssystem som går ut fra gitte aksiomer, eller som kan utledes ut fra disse.<sup>22</sup> Denne måten å tenke medisin på gjorde at legene var opptatt av andre sider ved sykdommer og sykdomslære enn hva man er i dag. Sykdom ble oppfattet som en ubalanse mellom de fire kroppsvæskene (blod, svart og gul galle og slim), og legens jobb var å hjelpe kroppen med å gjenopprette likevekten mellom disse væskene. Når presten i denne sammenheng tolker pasientens symptomer som *stagnatio sanguinis*, og deretter foreslår at han skal sitte med føttene i varmt vann for å lede blodet rundt i kroppen, må dette leses som et forsøk på å løse opp en fortetning eller innkapsling av en av kroppens humorer. Slik vil blodet igjen flyte fritt i pasientens kropp.

Ut fra den gitte situasjon, og ut fra prestens vurderinger, er det imidlertid helt åpenbart at pasienten ville ha behov for kirurgisk hjelp. Problemet var imidlertid at distriktets kirurg befant seg en times reisevei borte, og at han dessuten er en gammel sykkelig mann som man ikke kunne forvente at skulle klare å ta seg frem gjennom den mørke natten og på de dårlige veiene, får leseren høre. Familien til den syke spurte derfor om presten selv kan foreta inngrepet, ettersom de visste at han var i stand til å gjøre dette. Presten hadde nemlig selv, helt siden studieårene, vært rammet av *plethora*, som blant annet hadde gitt kraftige feberanfall.<sup>23</sup> Den eneste behandlingen mot dette var årelating, og ettersom presten hadde negative erfaringer med årelating utført av kirurger, hadde han på et tidspunkt i sitt eget liv bestemt seg for deretter å foreta inngrepene selv. Dette var nå 15 år siden.

I tekstforløpet demonstrerer presten innsikt i kirurgi og kirurgiske redskaper, og i en kort ekskurs kommenterer han både instrumentene man åpner årene med, så vel som måter som årene skal åpnes på. Samtidig skulle ikke alle pasienter behandles likt: Ikke minst brukte kirurgene på landet

21 «Denn war *stagnatio sanguinis* in der Brust die wahre Quelle des Uebels, so musste durch das warme Wasser das Blut nach dem unteren Theilen geleitet, folglich von der Brust abgezogen werden, und also zum wenigsten einige Linderung erfolgen». *Stagnatio sanguinis* er i Johann Heinrich Zedlers *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste* (1731-1754) definert som *Verstöckung der Geblutes*.

22 En god oversiktsartikkel over humoralpatologien er: Carstens S. Humoralpatologisk medisin, *Michael* 2014; 1, 101-12.

23 «Schon in meiner Universitätsjahre sahe ich mich durch einen Anfall eines sehr heftigen hissigigen Fiebers genöthiget, meine Zuflucht das erstemal zu einer Veneasection zu nehmen, und habe bis gegenwärtig solches jährlich zu verschiedenmalen fortsetzen müssen, weil alle meine Uebel, die ich erdulde, *plethoram* zu Quelle haben». *Ibid.*, s. 55. *Plethora* ble definert som dominans av en av kroppens humorer. Kroppens reaksjoner, som svette, feber eller oppkast, ble tolket som kroppens forsøk på å igjen å skape balanse. Se Carstens (2014), s. 107.

redskaper som presten mente ikke kan anvendes på alle pasienter: «Denn der sind gemeiniglich Leute von gemeinem Stande, die durch ihre harte Arbeiten auch überaus feste Blutgefässe bekommen, oft auch sehr fleischigt und stark in Muskeln sind, durch welche erst durchgeschlagen werden muss, ehe die Ader erreicht wird, die bey starken Personen allezeit rief liegen. Wird aber dieses nämliche Instrumente auch bey solchen Personen gebraucht, deren Blutgefässe empor liegen und aus weichen und zarten Membranen bestehen, so gehörrt vorsichtigkeit dazu, wenn die Ader nicht durchgeschlagen werden soll (...).»<sup>24</sup> Bruktes slike redskaper på disse pasientene, kunne dette gi grunn til suppurasjon, påpekte presten.<sup>25</sup> Men til tross for sine kunnskaper fastholdt han sin rolle som amatør innen kirurgien. Han påpeker at han kun utførte inngrepet i tilfeller av ytterste livsfare, og understreker at han kun foretok årelating i de tilfeller der en profesjonell kirurg ikke var tilgjengelig. Presten fastholder dessuten i teksten at han aldri har tatt seg betalt for å utføre inngrepene. Derimot insisterer han på at den lokale kirurg skal motta honoraret man normalt betaler for en sãnn type operasjon.<sup>26</sup> For, som han sier, han er jo ikke interessert i å frata kirurgene deres levebrød.

Et slikt alvorlig tilfelle var åpenbart altså dette, og presten utførte derfor inngrepet på pasienten. I tekstkompositorisk forstand fremstår dette som et klimaks i tekstforløpet. Årelatingen er helt klart vellykket, for pasienten viser straks etter tegn til vesentlig bedring.<sup>27</sup> Presten benyttet derfor anledningen til å forkynne for de tilstedeværende at pasientens bedring var et resultat av Guds gode gjerninger, og at Gud også vil hjelpe i lignende situasjoner i fremtiden.

24 Ibid., s. 58. Det dreier seg her om et årelatingsredskap, *Aderlassschnepper*, hvor knivbladet ble ført ned i pasientens åre ved hjelp av kraften fra en fjær. I følge *Encyclopädisches Wörterbuch der medizinischen Wissenschaften* (red. C. F. v. Gräfer, C. W. Hufeland, H. F. Link, K. A. Rudolphi, E. v. Siebold, Berlin, 1828), ble dette først beskrevet av G. Pasch i Nederland i 1699, og fremdeles brukt i Tyskland da nevnte leksikon ble skrevet. Presten i Beyers tidsskrift mente at enkelte samtidige kirurger brukte et redskap med for kraftig fjær, som igjen ga for stor kraft til knivbladet. Dette ga en risiko for å skjære gjennom åren. Han skrev: «Ein anderer Fehler (...) liegt in der Schlagfeder des Schnepfers, die das Lasseisen in die Ader treibt. Gemeiniglich führen die Chirurgen auf dem Lande solche Schlagfedern, die sehr stark sind, folglich einen sehr heftigen Trieb geben». Beyer, *Pastoralerfahrung*, s. 58.

25 «Aber, wenn auch dies alles nicht geschehet, so geben doch die allzustarksten Schlagfedern noch durch einen andern Weg Gelegenheit zur Suppuration». Ibid.

26 «Bey andern thue ich dergleichen niemals, ohne in der äussersten Todesgefahr, wenn kein Chirurgus zu erlangen ist, und da habe ich schon einigen das Leben gerettet. Ich verdiene also kein Geld damit. Denn es ist mein Beruf nicht. Auch wenn Todesgefahr da ist, und ich mich dazu verstehe, so geschiehet es allezeit under der Bedingung, dass dem nächsten Chirurgus dafür bezahlt werden muss, gleich als hätte er die Operation selber verrichtet». Ibid., s. 62.

27 «Nachdem ich den Fuss noch einige Zeit hatte im Wasser stehen lassen, und dadurch ein wenig Gefühl von der Ader erhielt, verrichte ich im namen Gottes die Operation, und hatte de Freude die Ader getroffen zu haben, und das Blut fließen zu sehen. (...) Kaum war dies geschehen, so holte der Kranke freyer Athem, und ehe ich noch die Ader zuband, konnte er wieder etwas sprechen». Ibid., s 63

Prestens rolle som Guds tjener blir også klar i samtalen han hadde med pasienten da han morgenen etter kom for å se til ham. Uten Gud, sier presten, hadde han ikke vært i stand til å utføre inngrepet. Derfor skal også den unge pasienten være takknemlig: Han kan se på seg selv som den fortapte sønn, som Gud har funnet igjen, og som Gud i all ettertid vil kunne glede seg over.

Til tross for prestens beskjedenhet på egne vegne, ble hendelsen straks anerkjent av stedets leger: «Als nachher das Gerüchte von dieser Sache sich in Naumburg ausbreitete, so erfuhr auch der Medicus, der wirklich ein Mann von Kopf ist, mein ganzes Procedere, und dachte edel genug, solches zu billigen und mich dieserwegen lieb zu gewinnen. Der Wundarzt war unter dieser Zeit auch da gewesen, hatte sein honorarium, so wie ich bedungen hatte (...) erhalten, und war mit Dank fortgegangen».<sup>28</sup>

Presten opptrådte også med en slags medisinsk bevissthet i sin omsorg for pasienten senere: ikke nok med at han så til han morgenen etter inngrepet, han oppsøkte ham også midt på dagen samme dag, i frykt for at pasienten skulle ha blitt kald og pådratt seg et residiv av sykdommen.<sup>29</sup>

Den syke skulle også vies til sin kommende brud, og i vielsestalen holdt dagen etter, flettes prestens legegjerning sammen med kristendommens budskap. Snart blir det klart at allusjonen til den fortapte sønn får en dobbel betydning i teksten. I vielsestalen påpeker presten at pasienten inntil dette hendte har levd et liv som på ulike måter har vært klanderverdig. Pasienten har vært fortapt, men er gjenfunnet på to måter: For det første har han vært døden nær og blitt reddet, og for det andre har han gjennom sitt møte med Guds omsorg fått mulighet til å tenke gjennom sitt liv på nytt. Det pasienten hadde vært utsatt for, hadde imidlertid gjort at han hadde endret seg til det langt bedre: han hadde blitt et «stiller, fleissiger und wirtlicher Mensch», hevdet presten.<sup>30</sup> Hendelsen må også karakteriseres som sjelden: Blant tusen tilfeller ville det ikke vært én som har erfart det dagens brudgom har gjort.<sup>31</sup> Men takket være Gud har presten selv kunnet bidra til at brudgommen kan inngå ekteskap i dag. Det er ikke hender som er trent til profesjonelt virke innen legekunsten som har helbredet den syke, men derimot hender som er kalt til virke i kraft av Guds kjærlighet, under-

---

28 Ibid., s. 66.

29 "Um 12 Uhr besuchte ich den Kranken wieder. Die Ursach dieser Wiederholung war die Sorge, dass der Patient sich erkühlen und in eine Recidiv verfallen möchte". Ibid., s. 66.

30 Ibid., s. 69.

31 «Der Fall ist so ausserordentlich dass under Tausenden von eures Gleichen, noch immer nicht einer ist, der das erfährt, was der Herr an euch gethan hat». Ibid., s. 67.

streket presten i vielsestalen.<sup>32</sup> Ikke minst av denne grunn bør paret som nå vies alltid være takknemlig overfor Gud.

Hendelsen som presten beretter om, gjør inntrykk på de tilstedeværende; selv de tøffeste i kirkerommet blir berørt, hevder presten. Presten har også åpenbart fått et nært forhold til mannen han har reddet livet til: mot slutten av sin beretning kan han fortelle at han ønsket å ansette ham til å hjelpe seg med forefallende arbeid, dersom han skikket seg vel og ga opp sin tidligere livsførsel.<sup>33</sup> Dette lovet pasienten at han skulle gjøre: «Ich will Ihnen treu dienen», forsikret han. Så skjedde også: Presten kunne fortelle at han inntil den dagen han skriver sin beretning, hadde holdt det han hadde lovet, og blitt en sann venn av det kristne budskap. Han hadde dessuten også fremstått som en flittig og trofast arbeider.<sup>34</sup>

### Tidsskrifter som dokumentasjon på prestens innsikt i medisin mot slutten av 1700-tallet

Teksten som nettopp er gjennomgått, fremstår som verdifull og sjeldent grundig dokumentasjon på hvordan presten mot slutten av det 18. århundre kunne virke i legens sted. Den beskriver i tittelen at det som berettes ikke må betraktes som en dagligdags hendelse. Ut fra tekstforløpet er det imidlertid litt uklart hva med hendelsen som ikke er dagligdags: Det er klart at presten hadde utført årelatninger før, og det er klart at han også var vant med å se til pasienter. Det virker mer som om det som ikke kan ses eller oppleves til daglig er relatert til medisinske anliggender, og til det faktum at pasienten så kort tid etter en så alvorlig sykdom kunne vies. Uansett later det til å være åpenbart at teksten med sin beskrivelse av hvordan presten fungerer som kirurg viser til forhold som har vært reelle i samtiden, og som heller ikke har vært helt uvanlige. Dette går frem ikke minst i Johann Peter Franks encyklopedi *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (1817), hvor prestens virke som lege diskuteres over 100 sider.<sup>35</sup>

32 «Nicht Hände von Profession, nicht Glieder, die von Jugend auf sich in der Kunst, den Kranken Hülfe zu schaffen, geübt hatten, nein Hände, der dies in die Liebe (...) gemacht hat, und deren Bemühung der Herr segnete, mussten die Werkzeuge seyn, die dich, geliebter Sohn, einem nahen und schmähhlichen Tode entriffen, die dein banges Herz, geliebte Tochter, wieder froh machten, und euch beyde in den Stand setzten, ein Werk zu vollenden, das gestern so gut wie abgebrochen, und aufgehoben war, ja ganz ohnmöglich zu seyn schien». *Ibid.*, s. 68.

33 «Mein Sohn, Gott hat mich zum Werkzeug gebraucht, dir dein Leben wieder zu geben. Ich wünsche, dass er mich auch brauchen möge, dir Brod zu verschaffen. Du kannst solches auch bey mir finden, wenn du anders true und redlich, fleissig und ordentlich seyn, und allen deinen vorigen Wegen absagen willst. Bist du des Sinnes, so sollst du bey mir Scheiter, Drescher und beständiger Tagelöhner werden, und als das ganze Jahr dein Brod finden». *Ibid.*, s. 70.

34 «Ich habe mich darinne auch nicht betrogen. Bis jetzt hat er sein Versprechen redlich gehalten». *Ibid.*

35 Se Heller (1975).

De samtidige tidsskriftene, og ikke minst de som er skrevet for prester og teologer, blir en viktig kilde til å forstå rekkevidden og omfanget av prestens innsikt i medisin i samtiden. Som det går frem av subscriptionslistene til tidsskriftene, leses de av en bred offentlighet, og ikke bare av de med fagteologisk kompetanse. Dermed bidrar de også til å forme en offentlig opinion om hva prestens oppgaver skal være. Selv om det kan være vanskelig å finne tekster som så detaljert går inn i prestens kurative virksomhet som den som nettopp er gjennomgått, finnes det en rekke tekster i teologiske tidsskrifter fra det 18. århundrets siste tiår som belyser hvordan presten virker som lege eller hvordan han er i besittelse av medisinske ferdigheter. Disse tekstene er både gitt som beretninger fra sjelesorgbesøk eller besøk hos syke personer, og i gravtaler eller likprekener. Dette ser man ikke minst i det danske Lorenz Nikolai Fallesens *Magazin for Religionslærere, med hensyn til vore tider* (1793-1803), der en rekke tekster på ulike måter dokumenterer at presten har innsikt i medisin. Fallesens magasin er det første tidsskrift som spesifikt utgis for prester og teologer i Danmark-Norge. Artiklene i magasinet beskriver sykdomsforløp og forsøk på å tolke symptomer, og de inneholder medisinske råd og anbefalinger om hva pasienten skal gjøre for å forsøke å forbedre sin helsetilstand. Fallesen var selv prest, og virket ulike steder på Sjælland i det 18. århundrets siste tiår.

Et eksempel på en slik tekst er en gravtale over «en meget retskaffen, oplyst og virksom Bonde, der døde i sin blomstrende Ungdom af en Gevæxt (maaske Ledesvamp) i sin høire Skulder, uden at nogen Læge kunde hielpe ham, skjønt han Søgde Manges Hielp, og det strax fra Begyndelsen af».<sup>36</sup> Denne teksten er skrevet av Fallesen selv i en periode da han virket som sogneprest i Søborg på Nord-Sjælland, og den avdøde er ett av hans egne sognebarn, en 52 år gammel bonde.<sup>37</sup> Fallesen har åpenbart vært i stand til å følge bonden tett i sykdomsforløpet, for teksten inneholder detaljerte beskrivelser av den syke og hans mange forsøk på å bli frisk. I denne teksten finnes både en generell og tidsriktig oppvurdering og omtale av den profesjonelle legens kompetanse, samt en beskrivelse av den avdødes sykdom, som til slutt hadde fått fatale konsekvenser. Allerede tittelen angir den samme anerkjennelse av den profesjonelle medisiner som også finnes i eksempelet

36 Det ovenfor angitte er tittelen på gravtalen, trykket i Fallesen, L. N. *Magazin for Religionslærere, med hensyn til vore Tider*. København 1796; 4. aargang, 499-510.

37 Bonden opptrer som *Nomen Nescio* i Fallesens tekst, men opplysningene som gis i prekenen er så detaljerte at det kunne vært mulig å spore hans navn, dersom kirkebøkene for Søborg fortsatt hadde vært mulig å oppdrive. Fallesen arbeidet som prest i Søborg mellom 1793 og 1797. Leseren får kjennskap til bondens alder, hans familiære forhold, at han giftet seg for to år siden etc. Fallesen avslutter dessuten ett av avsnittene med følgende proklamasjon: «gid enhver Bonde i Søeborg i det mindste var saa god og retskaffen som N.N., det ville være godt for dem selv!», *Ibid.*, 506.

fra Beyers tekst: Av tittelen kan vi lese at pasienten døde til tross for at han hadde oppsøkt medisinerere allerede fra starten. Denne anerkjennelsen blir også fremhevet i det videre tekstforløpet.

I tekstens forløp demonstreres det også at presten hadde innsikt i medisinske anliggende. En ting er at den avdødes sykdom beskrives forholdsvis detaljert, en annen ting er at Fallesen gir sakssvarende beskrivelser av hva som har forårsaket pasientens plager og til slutt død. Dødsårsaken blir tolket som leddsvamp (*fungus articularis*). Denne har oppstått i skulderen, og ikke i kneet, som var mer vanlig, får vi vite i tekstforløpet. I prekenutlegningen drøfter Fallesen også leddsvampens opprinnelse og årsak, og kommenterer det faktum at det er generell mangel på kunnskap om denne lidelsen, også blant leger.<sup>38</sup> Dette speiler de reelle fakta i samtiden: leddsvamp er sjeldent omtalt i medisinske tidsskrifter i samtiden og beskrives heller ikke som en hyppig dødsårsak i medisinhistoriske oversikter.<sup>39</sup> Som i Beyers utlegning blandes også i Fallesens tekst medisinsk kunnskap sammen med teologi: gravtalen har en klart forkynnende komponent som er vevet tett sammen med opplysninger om avdødes sykdom og helse.

Teologiske tidsskrifter, som Beyers og Fallesens magasiner, fremstår dermed som eksempler på hvordan prester i aktiv tjeneste viste innsikt i medisin og kunne fungere som leger og kirurger i sine lokalsamfunn. Disse tidsskriftene bekrefter dermed teoretiske og akademiske utlegninger i samtiden, som argumenterer for prestenes rolle innen medisin og helse i protestantiske land i siste halvdel av det 18. århundre.

Tidsskriftene ble også lest av en stadig større og mer omfattende offentlighet, og bidro til å forme en mening om at presterollen også skulle omfatte medisinske oppgaver. Imidlertid er det i alle tilfeller klart at presten, med sin kunnskap og utdanning, aldri ville kunne erstatte den profesjonelt utdannede medisiner. Dette gjelder til tross for at det praktiske og teoretiske kunnskapsnivået i enkelte tilfeller – som i eksempelet fra Beyers tidsskrift – helt var på høyde med hva man skal kunne forvente av den profesjonelt utdannede medisiner eller kirurg.

Gjennom sin vekt på prestens virke som praktiserende lege synliggjør dermed de teologiske tidsskriftene prestens allsidige funksjon i det sene 18.

38 «Thi da enhver Ting i Verden har sin Aarsag, saa maatte denne Mands Sygdom naturligviis ogsaa have sin Aarsag.. Og skiønt den vist nok kom fra Gud, ligesom alt kommer fra Gud, saa maae den dog alligevel have havt sin naturlige Aarsag, skiønt jeg ikke veed den, og heller ingen Læge, saavidt mig er bekiendt, veed den. *Ibid.*, s. 504.

39 Lidelsen er ikke nevnt i Øvind Larsens oversikt over 1700-tallets diagnostikk og sykdommer. Se Larsen, Ø. *Eighteenth Century Diseases, Diagnostic Trends, and Mortality*. Oslo: Departement of Medical History, 1979. Sykdommen var imidlertid tema for flere akademiske avhandlinger i samtiden, og den er også kort omtalt i Johann Clemens Todes *Sundhedsjournal* i 1793. Se Roos (2015).

århundre. Denne funksjonen omfattet en rekke viktige oppgaver i samfunnet, og førte til at prester i generell forstand fremstod som menn med allsidige interesser.

*Merethe Roos  
Pilotveien 4  
0770 Oslo  
EFL, Høgskolen i Telemark  
merethe.roos@hit.no*

# Transisjonsbegrepet og velferdsstaten

*Michael 2014; 11: 516–29.*

*Styres utviklingen av helse og velferd – i større grad enn vi er klar over – av langsomme, umerkkelige prosesser som gradvis ser ut til å erstatte kollektiv med individualistisk tenkning?<sup>1</sup> Er dette i så fall prosesser som kan vise seg å bli avgjørende over tid? I Storbritannia reverseres kollektive ordninger og i USA er det vanskelig å få til fellesskapsløsninger innenfor helse og velferd. Vi skimter en «amerikanisering» av helse og velferd også hos oss.<sup>2</sup> Velferdsstaten er tilsynelatende kommet på «rødlista», dvs. den er blitt «endangered species», åpenbart uten at beslutningstakerne har sett konsekvensene tydelig nok.*

*Kan sosialhistoriens transisjonsbegrep bidra til å forklare hva som skjer? Er det trekk ved selve tidsånden og hvordan denne forandrer seg, som kan belyse prosessen bedre? I denne artikkelen drøftes dette på bakgrunn av den historiefaglige tilnærmingen som ser på langtidselementers utvikling, eksemplifisert med den demografiske transisjon, videre på Maslows hierarki for behovsdekning og Goffmanns teorier om utviklingen av selv'et, foruten på Veblens teori om selvmarkerende forbruk som motiverende drivkraft.*

*Det antydes at en slik tenkemåte kan gi ny forståelse og ideer til nye tilnæringer for å bevare en sosial utvikling som det tidligere har vært stor politisk enighet om.*

- 1 Spørsmålet kan stilles på bakgrunn av en økende bekymring for hvordan den heldekkende, universelle og statlig finansierte National Health Service i Storbritannia gradvis og nærmest ubønnhørlig går i oppløsning og dreies mot kommersialiserte tjenester og økende klasseskiller i helsespørsmål, en utvikling som også spores i Norge. De politiske hindringene for å innføre en universell helsetjeneste i USA på 2000-tallet påkaller på samme måte også betydelig interesse i Norge.
- 2 Et seminar ved Institutt for samfunnsmedisin ved Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim 23. oktober hadde temaet «Velferdsstaten på rødlista» og drøftet de bekymringene som omtales her. Denne artikkelen dekker en del av argumentasjonen i forfatterens innlegg «Er samfunnsmedisinen rød» ved seminaret.



Da moderne offentlig statistikk ble innført, var det som om et sceneteppes ble trukket til side. Samfunnet sto fram som et tablå som kunne studeres både på tvers og på langs. I Norden var Sverige først ute med Tabellverket fra 1749, det nåværende Statistiska Centralbyråen. For forståelsen av sammenhengen mellom helse og levekår var registreringen av dødsårsaker meget viktig. Det var prestene som sto for registreringen i den første tiden, basert på detaljerte veiledninger. I Norge kom systematisk statistikk over helseforholdene senere. Men fra 1853 har vi fylldige og dekkende oversikter som følge av at prinsippene for hvordan medisinalberetningene som distriktslegene skulle sende inn skulle være, ble revidert.<sup>3</sup>

I medisinalberetningene leser vi om hvordan helse og levekår var ute i grender og lokalsamfunn. Hvis vi studerer disse beretningene, på lokalt nivå og som redigert, aggregert informasjon på fylkesbasis og nasjonalt, kommer der fram et større tverrsnittsbilde. Studerer vi medisinalberetninger fra år til år, kommer det fram *trender*. Det er kanskje ikke så store forandringer f. eks. fra et enkelt år til det neste, men på lang sikt skjer det mye.

De gradvise omstillingene kan gjelde konkrete samfunnsforhold, økonomi, levekår og folkehelse. Det vil hele tiden være en mengde parallelle prosesser som foregår, mange av dem stille og rolig, men med stor betydning etter hvert.

Det er også *trender* i oppfatninger og holdninger til viktige spørsmål.<sup>4</sup> Hele tiden foregår det tilpasninger i samfunnet, både individuelt og kollektivt, slik at endringer som egentlig er dramatiske, ikke får så stor oppmerksomhet. Dessuten flettes en lang rekke slike *trender* inn i hverandre og påvirker hverandre, slik at man i løpet av en tidsperiode egentlig får et annet samfunn.

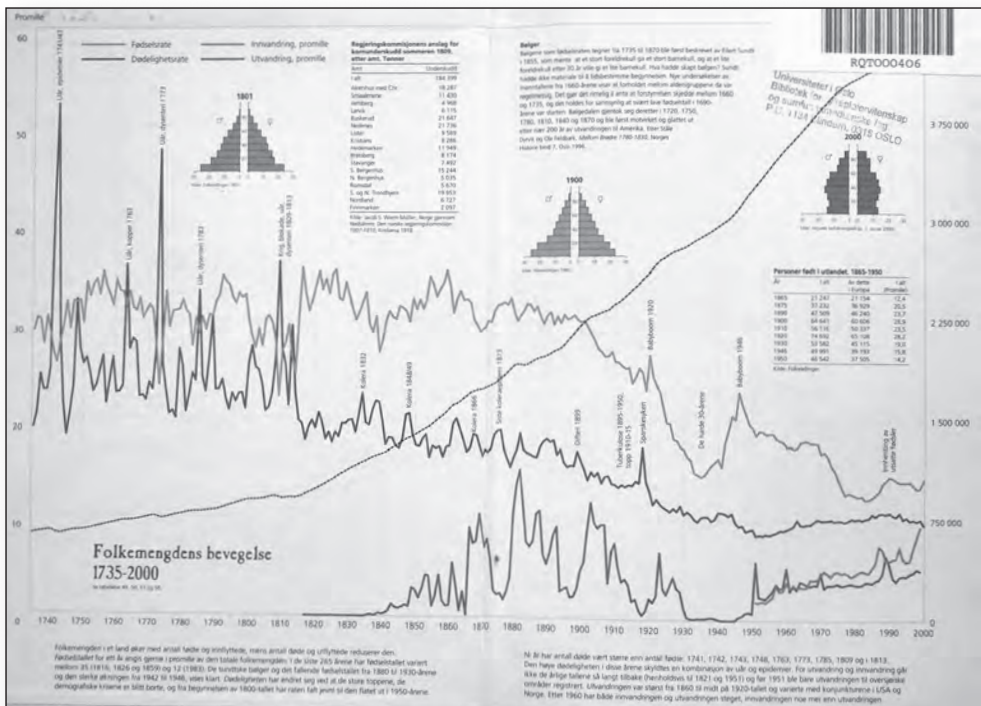
### *Transisjonsbegrepet i befolkningsutviklingen*

Historiens mest typiske og kjente *transisjon*, dvs. overgang fra en type samfunn til en annen, er den såkalte *demografiske transisjon*. Det er rimelig å se om transisjonsbegrepet også kan være nyttig ved studiet av andre slike stille overganger.

Den demografiske transisjon er betegnelsen på det som skjer når en befolkning endrer det demografiske mønsteret fra å ha en svingende dødelighet på et høyt nivå, kombinert med et tilsvarende høyt fødselstall, til å ha en

3 Se: Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin – Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*. Oslo/Stuttgart: Universitetsforlaget/Fischer, 1975.

4 Listen over faktorer som forandres er lang og variert, fra sekulariseringen av samfunnet til hygieniske standarder i hjemmet. I Larsen Ø. *Epidemic diseases in a period of change*. Oslo; Unipub forlag, 2000 er det dokumentert på grunnlag av medisinalberetningene hvordan både sykdomsspekteret og holdningene til sykdommene undergikk store endringer i perioden 1868-1900.



Figur 1: Den demografiske transisjon i Norge er framstilt i en god oversiktsfigur som står på innsiden av permene i Statistisk Årbok for 2000 fra Statistisk sentralbyrå. I Norge tok den demografiske transisjonen ca. 130 år, fra dødelighetsfallet begynte i 1815 til det flatet ut på et nivå rundt en tredel rundt Den annen verdenskrig. Fallet i fødselstall begynte imidlertid ikke før rundt 1890. Vi ser uten videre hvordan det norske samfunnet gradvis forandrer karakter på grunn av befolkningsendringene. I andre land som gjennomgår denne prosessen, f. eks. i utviklingsland på 1900- eller 2000-tallet, kan imidlertid det hele skje på betydelig kortere tid, men med de samme utviklingselementene. Den demografiske transisjon ser ut til å være en universell prosess som en eller annen gang finner sted i de fleste samfunn. Tidspunktet for når den inntreffer, er imidlertid avhengig av en rekke ytre og indre forhold.

forholdsvis stabil dødelighet på et lavt nivå og et tilsvarende lavt fødselstall. Til denne endringen i mønster hører en forskyning i tid, slik at dødeligheten faller først. Deretter faller fødselstallet, noe faseforskjøvet. Følgen av dette blir at man i en periode får en akselerert befolkningsøkning. I 1800-tallets Norge ble denne kompensert med urbanisering og emigrasjon (figur 1).

Innsikt i disse demografiske endringene er nødvendige for å forstå sosiale, økonomiske og politiske prosesser i den samme perioden. Forutsetninger og beslutningsgrunnlag forandres fra tiden før prosessen begynte,

gjennom den, og til tiden etterpå. Men det er også omvendt: Innsikt i andre grunnleggende samfunnsprosesser, også med transisjonspreg, vil være nødvendig for å forstå *når* den demografiske transisjonen fant sted, *hvilken form* den antok, og *hvorfor* det skjedde.

### *Transisjonsbegrepet generelt*

Samme betraktningmåte som for befolkningsutviklingen kan også anvendes på andre prosesser i samfunnet. Også andre trender trer tydelig fram. Innenfor medisinen er det f. eks. naturlig å tenke på den *epidemiologiske transisjon*, dvs. endringene fra et samfunn der både sykkelighet og dødelighet var dominert av infeksjonssykdommene og til en situasjon der disse er blitt trengt tilbake og erstattet med andre sykdommer og dødsårsaker. Dette skjedde i den vestlige verden i løpet av 1900-tallet, først med alminnelig velferdsøkning, forebyggende medisin og hygieniske tiltak som drivkraft, senere også fordi effektiv antimikrobiell behandling ble tilgjengelig.

For Norges vedkommende er det også rimelig å snakke om en *hygienisk transisjon* som pågikk i forløpet av 1900-tallet. Eksempel: Bad og WC ble ikke standard i norske bolighus før etter Den annen verdenskrig. Nå er det selvfølgelig, og vi tenker ikke på at det egentlig ikke er det.

*Utdanningstransisjonen* beskriver det faktum at folk stort sett blir bedre og bedre utdannet, og også lenge slik at barna ofte fikk bedre utdanning enn sine foreldre. Dette har vært en politisk villet utvikling som har gjort det kunnskapsmessige grunnlaget for beslutninger i stort og smått annerledes enn i f. eks. besteforeldrenes generasjon.

*Media- og informasjonstransisjonen* behøves ikke beskrives nærmere, da alle ser de betydelige endringene som skjer her i vår samtid.

*Økonomiske transisjoner* foregår hele tiden og er kan hende noe av det som i størst grad langsomt forandrer vår hverdag. Lønns- og prisutvikling forteller ikke bare om hvordan levekårene endrer seg, men også om hvordan forholdet mellom verdier forandrer seg innbyrdes over tid.<sup>5</sup> Innen økonomien spiller studiet av historiske trender en stor praktisk rolle, blant annet innenfor formuesforvaltning.

Transisjoner behøver ikke være endelige og irreversible. De kan også være midlertidige. Endringene kan gå tilbake. Man kan *en viss tid* ha hatt et annerledes samfunn, men så er endringene blitt reversert. Eksempel: Fra tiden rundt første verdenskrig utviklet Norge seg til å bli et samfunn der bortimot halve befolkningen var sigarettrykere. Hundre år senere har denne trenden snudd og røykehyppigheten er på god vei tilbake. Hvis man har

5 Se blant annet Hodne F. *Norges økonomiske historie 1815-1970*. Oslo: Cappelen, 1981.

sigarettøykingens dokumenterte helseeffekter in mente, sier det seg selv at denne transisjonen fra et lavt alminnelig sigarettforbruk til et samfunn med et høyt forbruk og tilbake igjen, blir en medisinhistorisk forklaringsfaktor på mange plan.

Transisjoner kan ha ulik sosial utbredelse i grupper av samfunn, de kan inntreffe på ulik tid for ulike subgrupper, og de kan ha forskjellig varighet og form.

Innenfor temaene helse og velferd kan det identifiseres transisjoner i f. eks. oppfatningene av menneskeverd, oppfatningene av hva rimelig god helse egentlig er, hva omforent velferd består i, og i hvordan oppfatningene av helse og velferd avveies opp mot andre verdier.

Et viktig felt der det kan være interessant å lete etter trender over tid, og en transisjon, er i synet på *jeg's* posisjon og viktighet i forhold til andre individers *jeg*. Menneskesyn i sin alminnelighet undergår langsomme, men viktige forandringer. Enkeltindividets selvoppfatning går inn under dette, og er kanskje en nøkkel til å forstå mange utviklingstrekk.

En politisk utvikling kan mange ganger forklares bedre ved å se ikke bare på denne i seg selv, men på transisjoner i kontekstfaktorene. Hvordan skal man så hankses et knippe av tråder som må følges over tid?

### *Kontekstens struktur*

Transisjonsbegrepet blir et verktøy i studiet av et historisk fenomenets *kontekst*.

Det er ingen ny tanke. Men det fordrer ofte en egen historisk tilnærming, nemlig å skaffe til veie og bearbeide større mengder komparativt, oftest kvantitativt materiale. Denne historiske retningen utviklet seg spesielt i Frankrike på 1920-tallet,<sup>6</sup> med opprettelsen av det som kom til å hete tidskriftet *Annales ESC*<sup>7</sup> i 1929 som en milepæl. Dette tidsskriftet og gruppen bak det viet seg spesielt til denne typen studier, det ble en *skole*.

Et sentralt punkt i *Annales*-skolens bestrebelser var å se på historiens bakenforliggende, langsgående utviklingstrender, *les éléments de longue durée*.

Etter hvert ble dette også preferansenes, synsmåtenes, eller «tidsåndens» langsgående utvikling, *l'histoire de la mentalité*. I 1960 og 1970-årene kulminerte dette med at historikeren Fernand Braudel (1902-85) og kolleger

6 Innen norsk økonomisk historie var dette også klart. I 1932 opprettet professoren i statistikk i Oslo fra 1927, fra 1937 professor og rektor ved Norges Handelshøyskole i Bergen, sosialøkonomen Ingvar Brynhjulf Wedervang (1891-1961) et arkiv for priser og lønninger som ga forskningsmateriale for langtidstudier av økonomiske trender. Se blant annet artikkel av Preben Munthe i *Norsk Biografisk Leksikon*.

7 *Annales d'histoire économique et sociale*, flere navneskifter, 1946-1993: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations (Annales ESC)*.

lanserte den syntetiserende retningen *l'histoire nouvelle*, en overgripende historieskriving.

Metoden ble også anvendt i Norden og for nordiske materialer. Den sveitsisk-tyske historikeren Arthur E. Imhofs (f. 1939) arbeider om utviklingen av helse, dødelighet og dødsårsaker var noen av de første, nordiske studiene der nye sosiale sammenhenger trådte fram ved kvantifiserende behandling av historisk primærmateriale – for Imhofs del også materiale fra tiden på 1700-tallet før Tabellværket begynte sine systematiske innsamlinger.<sup>8</sup>

Spesielt for å belyse sosialhistoriske problemstillinger viste *Annales*-skolens tilnærminger seg å fungere godt.<sup>9</sup> Men det var én viktig forutsetning som gjorde at denne forsknings- og forklaringsretningen kunne skyte fart fra rundt 1970 – den elektroniske databehandlingen. Kombinert med andre retninger som også vokste seg opp og fram, som «history from below», «oral history» og den sosialt orienterte medisinhistorien, kastet dette nytt lys over fortiden, også i Norge. I historiske tilbakeblikk var nå konteksten for alvor kommet med.

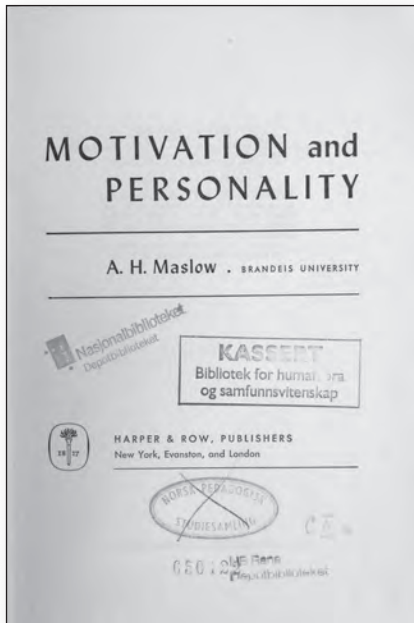
#### *Menneskets natur og de gradvise forandringene*

Transisjonstenkningen behandler fortidens historiske prosesser på *gruppennivå*. Enkeltindividene trer fram som medlemmer av en gruppe og som aktører i en kontekst i forandring. De er imidlertid aktører på en litt spesiell måte. Dels agerer de nok *selv*, men det er ut fra premisser som delvis er *lagt av konteksten*. Fordi transisjonene skjer med små skritt og ikke er dramatisk merkbare i en hverdag som ofte har kort tidsperspektiv både forover og bakover, preges premissene for egen atferd av en kontinuerlig, ofte umerkelig *tilpasning*. Det ville derfor være interessant om man kunne vite noe mer om individenes balanse mellom egen vilje og kontekstilpasning, herunder *motivene* for individuell handling og samhandling. Hvordan svarer disse med menneskenes egentlige natur? I hvilken grad er mennesket et «flokkdyr», og i hvor stor grad er det individualist? Til vårt tema velferdsstaten: Hvordan er drivkreftene for individet til å operere i større eller mindre kollektiver? I hvilken grad står egennyttens i første rekke?

Den amerikanske sosiologen Abraham Maslows (1908-70) behovshierarki fra 1950-årene er blitt kulturelt fellesgods og har gått inn i våre

8 Imhof AE. *Aspekte der Bevölkerungsentwicklung in den nordischen Ländern 1720-1750*. I-II. Bern : Francke, c. 1976.

9 Se en oversikt for den første tiden i Imhof AE, Larsen Ø. *op. cit.* 1975.



Figur 2: Abraham Maslows bok fra 1954.

allmenne oppfatninger av dette.<sup>10</sup> (Figur 2) Først, dvs. nederst i behovshierarkiet, må de fysiologiske behovene dekkes for å opprettholde livet. Da er enhver seg selv nærmest. Dernest kommer dekning av behovet for trygghet, deretter melder oppfyllelse av sosiale behov seg. Her har fellesskap med andre en åpenbar nytteverdi. Så kommer behovet for anerkjennelse, og øverst i pyramiden behovet for selvrealisering.

På alle Maslows nivåer kan det være et behov for samhandling med andre, men på ulike måter. For de nederste trinnene kan den dominerende motivasjonen for samhandling være egen nytte for å opprettholde livet slik man ønsker, mens individet på de neste trinnene agerer og *finner identitet* sammen med andre. Hvem man *selv* er, er man i forhold til *andre*.

På de to øverste trinnene skjer imidlertid behovstilfredsstillelsen ikke nødvendigvis gjennom å samhandle, men gjennom å *markere avstand* til andre. Dette passer sammen med den kanadiske

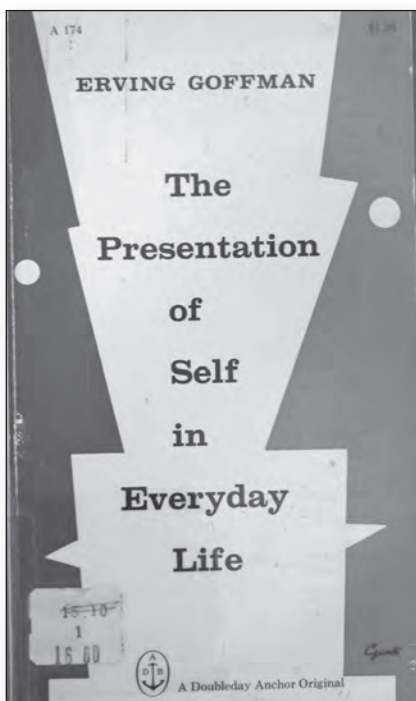
sosiologen Erving Goffmanns (1922-82) studier over selvoppfattelse, også i 1950-årene, om hvordan *selvet* etableres i samspill med individet og de andre.<sup>11</sup> Samfunnet er sammensatt av individer som er *aktører* i forhold til hverandre, ifølge Goffmann, som dermed la ny vekt på rollespill-tenkningen for forståelsen av menneskelig atferd. Igjen fikk man i samfunnsvitenskapene og i allmennheten en ny måte å se på verden på. (Figur 3)

For moderne vestlige samfunn som de er blitt i dag, kan det imidlertid være fruktbart å se på menneskets atferd på behovshierarkiets øverste trinn, der det for mange mest er anerkjennelse og selvrealisering som mangler. Behovene i hierarkiets lavere trinn er allerede dekket, og det er blitt selvfølgelig at det er slik.

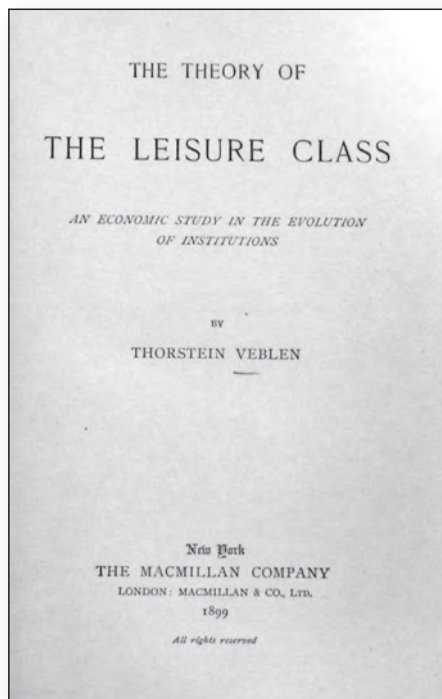
10 Maslow A. *Motivation and personality*. New York, Evanston, London : Harper & Row, 1954. I forordet redegjør han for hvordan dette er en oppsummering av arbeidet som er oppstått over en årrekke. Behovshierarkiet omtales ofte som en pyramide med fem trinn, men i kapitlet *Higher and Lower Needs* s. 146-154 er det en langt mer detaljert gjennomgang, og det vises til denne. (Se forøvrig på stempelen på det eksemplaret som er avbildet her – de viser en viktig boks skjebne før noen reddet den og den kom til Deporbiblioteket i Mo i Rana !)

11 Goffmann E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday Anchor, 1959.





Figur 3: Erving Goffmans bok om selvet (1956), her en utgave fra 1959.



Figur 4: Thorstein Veblens bok fra 1899 la føringer for hvordan sosiologien skulle utvikle seg i århundret som fulgte. En beskjeden liten bok, uten litteraturhenvisninger eller noter, bare med et krystallklart resonnement som trer fram når leseren først er kommet inn i språkbruken.

Når samfunn og livsbetingelser gradvis endres, blir også mulighetene annerledes for at menneskets natur skal kunne komme fram fra trykket av ytre omstendigheter. Men hvordan er egentlig menneskets natur?

#### *Thorstein Veblen og forståelsen av de vestlige samfunn*

Den moderne sosiologiens opphavsmann i USA, den norskættede Thorstein Veblen (1857-1929), skrev om menneskers atferd i forhold til hverandre allerede i 1899.<sup>12</sup> (Figur 3) Hans bok *The Theory of the Leisure Class* bygger

12 Veblen T. *The Theory of the Leisure Class*. New York: Macmillan, 1899.

på observasjoner av nyrike amerikaneres atferd i hans samtid, der trangen til å stikke seg fram, vise seg fram i forhold til andre, syntes å ha vært et kjernepunkt. Han lot begrepet *conspicuous consumption*, det påfallende forbruk, forbruk for å vise seg fram, være en sosial markør. Gjennom det påfallende forbruket, gjennom å vise raus omgang med goder som for andre var sjeldne og ettertraktingsverdige, signaliserte man posisjon og avstand.

Senere har uttrykket «veblenisering» blitt brukt om det fenomenet at mange simpelthen styrer sitt forbruk av varer og tjenester ikke bare av hva som er hensiktsmessig og prisgunstig, men også av at disse varene og tjenestene har en pris som man er villig til å betale, nettopp fordi den er høy. Dermed gir prisen varene eller tjenestene en ønsket verdi som sosial markør.<sup>13</sup> Enklere sagt: En høy pris kan være høy fordi den er høy.

Eksempel: På veiene møter vi i 2014 biler som har en pris som ny fra f. eks. 200 000 kroner til f. eks. fem ganger denne prisen. Det de har felles, er at de bringer fører og passasjerer trygt fra A til B i løpet av omtrent samme tid. Men likevel er det et marked for biler i alle prisleier.

Så vidt man kan tolke Veblen, anså han denne trangen til å hevde seg, ta opp konkurransen med de andre gjennom selvmarkerende atferd, å være et grunnleggende trekk ved menneskenaturen. Og når det gjelder forbruk, mente han at det er en lovmessighet at vi strekker oss etter akkurat der grensen går for hva som er mulig for oss. Det er det som stimulerer mest.<sup>14</sup>

Viljen til å markere seg gjennom forbruk og atferd er avhengig av gruppen man identifiserer seg med. Eksempel: Et dyrt armbåndsur er bare en sosial markør blant dem som har – eventuelt kjenner – de dyre armbåndsur. For andre er det bare en klokke som viser tiden.

I sin argumentasjon penset Veblen også over mot helt andre livsområder. Å ta utdanning, mente han, kunne også være en form for å være *conspicuous*, å stikke seg fram og markere avstand til de andre – kanskje ikke så underlig i et samfunn der det å ta utdanning kunne være en kostbar affære. Å drive sport blir også nevnt i hans bok på samme måte, likeledes det å ikke arbeide som en atferd som i seg selv er *conspicuous* og som markerer avstand til dem som må gjøre det.

Alle trendene i tiden utgjør til sammen *tidsånden*. Hvis vi følger Veblen, er kanskje behovstilfredsstillelsen, «the constitution of self» og selvmarkeringen, f. eks. gjennom økonomisk «veblenisering», en del av menneskets

13 Se f. eks. Bagwell LS, Bernheim BD. Veblen Effects in a Theory of conspicuous Consumption. *The American Economic Review* Jun 1996; 86,3; ABI/INFORM GLOBAL, s. 349-73.

14 Veblen 1899, s. 103 i kapitlet *The Pecuniary Standard of Living*: «...the standard of expenditure which commonly guides our efforts is not the average, ordinary expenditure already achieved; it is an ideal of consumption that lies just beyond our reach, or to reach which requires some strain».



natur, basale krefter som drar i den retningen tidsånden utvikler seg, og i seg selv er *éléments de longue durée*?

*Passer transisjonsbegrepet i en drøfting av velferdsstatens framtid?*

Gitt at velferdsstaten, dvs. den samfunnsmessige samhandlingen som har utviklet seg spesielt i Storbritannia og de nordiske landene for å sikre dekning av innbyggernes alminnelige behov for helse og velferd ved offentlige tiltak, er under press på begynnelsen av 2000-tallet, kan vi resonnerer som følger:

På Maslow-hierarkiets høyere nivåer kan det se ut som om viljen til samhandling sprekker fordi individets selvmarkering blir for sterk.

Det later til å være karakteristisk for velferdsutviklingen i nåtidens vestlige samfunn at helse blir *en verdi* som i større grad konkurrerer med *andre verdier*. Når man har dekket de basale helsebehovene, er det et økende spektrum av ikke-livstruende tilstander som oppfattes som helseproblemer. Fysisk, mental og sosial *uhelse* får uklare grenser mot subjektivt *velvære*. På dette nivået blir imidlertid helseproblemene annerledes, fordi behovet for å dekke dem blir utbyttable med dekning av andre behov som i øyeblikket kan synes mer attraktive å få dekket.

Løsningen av de «nye» helseproblemene går derfor i økende utstrekning inn i et marked som styres av de vanlige markedsmekanismene i samfunnet og i mindre grad av kulturens bleknende normer og helsetjenestens tradisjonelle omsorgstenkning.<sup>15</sup> Men også helsetjeneste *i sin alminnelighet* går gradvis inn i et marked fordi det er egenandeler som skal betales i det offentlige helsevesenet, og også fordi man ser en oppbygging av private helsetjenester, betalt direkte eller gjennom private forsikringsordninger. Denne dreiningen over mot privat dekning av kostnader har skjedd gradvis. Den må derfor antas å ha hatt alminnelig aksept ut fra den tidsånd som til enhver tid har rådet.

Det kan argumenteres med at det er nødvendig med et system som dels synliggjør de reelle kostnadene, dels begrenser unødig bruk, og det er innbygd ordninger av typen blåresepter og utgiftstak som hindrer at de svakeste rammes urimelig. På den annen side kan man også spørre om det finnes en betalingsvillighet i Veblens forstand – at det å betale dyrt på et privat helsesenter istedenfor å gå til fastlegen har en verdi i seg selv?

Veblens kategori å vise status og selvstendighet ved å *ikke arbeide* har en parallell innen vår tids håndtering av helsespørsmål. I Veblens USA i

15 Det er i denne sammenheng et paradoks at i en ellers overveiende offentlig norsk helsetjeneste som er basert på en omforent tenkning om fellesskap og felles ansvar, er bærebjelken i førstelinjetjenesten, fastlegeordningen, stort sett organisert som privat forretningsdrift.

1890-årene ble det å *ikke arbeide* fordi man ikke trengte det i motsetning til andre, status fordi man *viste* dette. Man viste for verden at man kunne la være å arbeide uten at det skjedde noe negativt for en selv. Tilsvarende, på norsk helse- og velferdsnivå, skjer det ikke nødvendigvis noe negativt, i ethvert fall ikke umiddelbart, om man *ikke følger spillereglene i helsesaker*, neglisjerer forebyggende råd om helse, lar være å bruke sikkerhetsutstyr osv.<sup>16</sup> Man styrker eget selvbilde gjennom å bestemme selv, gjennom f. eks. å velge alternative tilbud istedenfor doktorens anbefalinger, gjennom å bygge opp skepsis til autoritetene osv. Men i underbevisstheten ligger som en selvfølgelighet at med samfunnets hittil heldekkende helsevesen og velferds-system blir man tatt vare på når det røyner på likevel.

Denne utviklingen av trendene skjer altså gradvis, dels bare av seg selv, dels *styrt*. Er holdningene til velferdsstaten en slik trend? Er vi vitner til en langsom transisjon som stille og rolig og over tid gjør den kollektivt baserte, universelle helsetjenesten og de allmenne velferdsordningene om til et markedssystem? En langsom utvikling som en dag plutselig er gått over fra å være et dannet opprør mot opplevd autoritet og overmakt til å være blitt alvor, fordi vi selv eller noen av våre medborgere virkelig kommer i klemme? Hvorfor ser det ut som om man nærmer seg et system der hver og en på en synlig måte blir sin egen lykkes smed, et samfunn der *selvet* i Goffmanns forstand også konstitueres gjennom individuelle valg av helsetjenester og velferdstilbud?

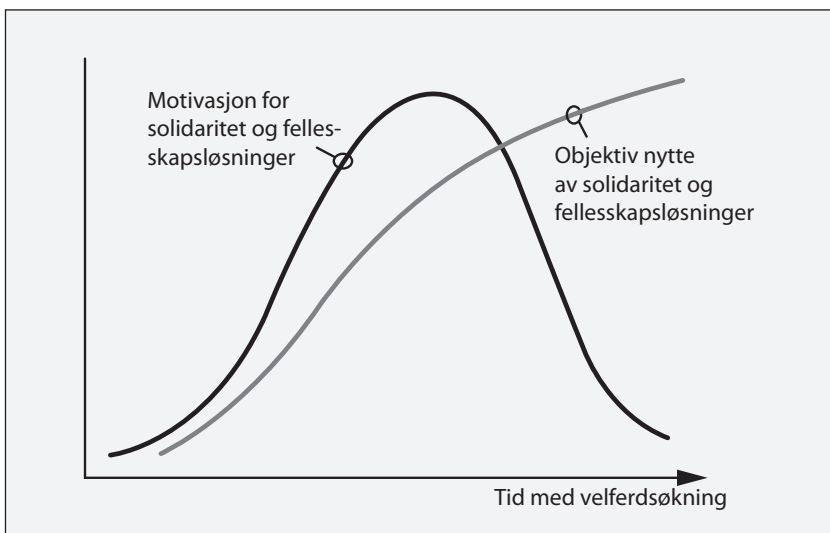
Med en arbeidshypotese om at det som foregår er en *transisjon*, er det grunn til å forsøke å dokumentere utviklingen *i seg selv*. Men det er også grunn til å kartlegge utviklingen av *motivene* for å forlate det kollektive.

#### *Et forsøk på en modell av en mulig transisjon*

Figur 5 viser skjematisk hvordan det kan ligge en *transisjon* av den type vi har beskrevet, bak det som skjer med utviklingen av kollektivt baserte helsetjenester og velferdstiltak.

La figurens horisontale akse representere tiden og en utvikling fra et primitivt nivå lengst til venstre, der det for flertallet var vanskelig å heve seg opp fra subsistensnivået, slik det f. eks. var i 1700-tallets Norge. I et slikt samfunn som hadde et tynt skikt av velstående på toppen og alminnelig,

16 Fenomenet er blant annet velkjent fra norsk bedriftshelsetjeneste. Råd om forebyggende atferd til arbeidstakere blir ofte ikke fulgt fordi det gir status blant arbeidskollegene nettopp å *ikke følge dem*. Mottrekket der har blant annet vært å forankre helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet blant arbeidskollegene på en slik måte at det blir status å følge de råd man har etablert bred enighet om. Eksempel: *Hjelm* er nå en selvfølge på svært mange arbeidsplasser, men slik har det ikke alltid vært. *Hjelm* er blitt til en positiv tilhørighetsfaktor og har fått en positiv ladning utover bare å gi beskyttelse av hodet.



*Figur 5: Forfatterens hypotese er at det foreligger en lovmessig sammenheng mellom graden av behovsdekning og motivasjon for kollektiv atferd, fordi grensenytten av samhandling tilsynelatende avtar på høyere nivåer av dekning av helsebehov, slik at egeninteressen ved fellesskapsløsninger etter hvert avtar.*

jevnt fordelt fattigdom for de fleste av de øvrige, var det et dårlig klima for fellesskapsløsninger, selv om viljen i og for seg var tilstede hos enkelte. Alle måtte simpelthen tenke på seg selv og sine først. Unntaket var når samhandling og fellesskapsløsninger medførte en *merverdi* for den enkelte ut over det man kunne oppnå ved å arbeide hver for seg. Dette var et sosialt bakteppe for f. eks. oppbyggingen av næringsliv og samfunn i Norge på 1800-tallet. For de impliserte ble det da mer og mer den personlige fordel som var drivkraft. Denne fellesskapets merverdi viste seg mer og mer ettersom samfunn og velferd utviklet seg videre.

Mens vi beveger oss mot høyre på figuren, økes motivasjonen for ytterligere samhandling og samfunnsorganisering om felles verdier og felles problemløsninger. Organiseringen av et samfunn basert på fellesskap medfører så tydelig merverdi for den enkelte, at solidaritet også kan tolkes som egen nytte.

Når det gjelder velferd og helse, er det imidlertid flere faktorer som gjør dette feltet annerledes enn mange andre områder av samfunnslivet: Det foreligger kulturelle og religiøse normer om *nestekjærlighet* og *uegennytt* som er viktige langtidselementer. Det forkludrer anvendelsen av markeds-

perspektivet. På den annen side er også disse normene utsatt for en transisjon over tid, oftest slik at de svekkes, litt forskjellig avhengig av hvilke subgrupper av befolkningen det gjelder.

Men så nærmer vi oss midten av figuren: Når folkehelse og velferdstiltak etter noen tid blir oppfattet som en selvfølgelighet, svekkes motivasjonen for fellesskapsløsninger, simpelthen fordi alternativet, en verden uten disse, er dårlig synlig. Vi har ikke noe som er umiddelbart relevant å sammenlikne med. Det spiller også inn at grensenytten oppleves som mindre i forhold til innsatsen. Dette er blant annet fordi helsebegrepet er blitt utvidet og berører randsonene for hva som kan betegnes helse. Dessuten har medisinsk og sosial utvikling gjort at det ofte er de vanskeligste oppgavene som står igjen.

Hvis nå et marked står klart til å dekke opp en gryende misnøye, kan motivasjonen for fellesskapet forminskes og svikte raskere. Man velger heller løsninger der man tilsynelatende selv bestemmer, dvs. føler selvrealisering i Maslowsk og Goffmannsk forstand.

Men Veblens tanker kan også slå inn: Å satse egne midler på egen helse og velferd, og *ikke å tie om dette*, kan være en *conspicuous consumption* som er en markør i posisjoneringen i forhold til andre. Å betale dyrt for en privat operasjon er en sosial markør i forhold til å få gjort inngrepet offentlig. Og – hva har størst «verdi» i Veblensk forstand – en mislykket, selvbetalt, kostbar operasjon, eller den samme mislykkede operasjonen utført på et offentlig sykehus? Ved å ta den private operasjonen har man bestemt *selv*, og det kan være verdt en del.

Motivasjonen for fellesskap synker mot høyre på figuren. Det ser ut som om vi pr. i dag befinner oss der hvor kurven har begynt å gå nedover. Sosiale ordninger reverseres. Vi blir igjen ensomme ulver. Er det en transisjon på gang? Vi har imidlertid ingen empiri for kurvens ytre, høyre del. Så langt er vi ikke kommet. Men la oss forutsette at velferden fortsetter. Et viktig spørsmål er da: Hvis det er en transisjon på gang, er dette en transisjon av det reversible slaget, der man har beveget seg fra en type samfunn til et annet, men hvor det er tegn på at utviklingen går tilbake igjen?

### *Kan vi lære noe?*

Figur 5 skisserer en hypotese. Den må underbygges bedre med fakta for å bli en teori, så foreløpig er det skisserte forløpet altså kun en hypotese.

Men hvis det skulle være slik, og hvis ansvarlige samfunnsaktører ønsker å forebygge en uønsket transisjon, kan da noe gjøres?

Vi kan f. eks. følge Veblens tenkning: Hvis individets personlige interesse og innebygde trang til selvmarkering er en primær drivkraft, vil det være

logisk å vende seg målrettet mot nettopp denne. Hvis trangen til selvmarkering er et underliggende trekk ved menneskets natur, kan den neppe unngås. Man må da spille opp mot selvmarkeringen for å oppnå ønskede resultater.

Det vil trolig fordre en litt annen måte å resonnerer på: Hvis man fikk dreid de offentlige helsetjenestene og de offentlige velferdsordningene slik at det for den enkelte framstår som det gunstigste å benytte nettopp disse ut fra *egennytte*, framfor å bruke de sprikende private tilbud, ville *den personlige interessen* stimuleres og bidra til et positivt selvbilde i Goffmanns forstand.

Dette krever foruten målrettet kvalitetsøkning av de offentlige tjenestene som tilbys, også en ny og bevisst omdømmebygging. Derved kan holdninger gradvis endres over tid. Vi har erfaringer for at langsomme forandringer av denne typen kan *styres*, dersom det er vilje til det. En slik påvirkningsprosess vil først ha nådd målet når det for enkeltindividet er blitt *conspicuous consumption*, en markering av status, å identifisere seg med og å bruke det offentlige systemet – og når man ser det som en positiv selvmarkering å bidra til å vedlikeholde det.

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*

# Raushet og velferdsstaten<sup>1</sup>

*Michael 2014; 11: 530–7.*

*En av forutsetningene for en velfungerende velferdsstat er at befolkningen har evne til å vise omsorg for hverandre. I norsk språk står i denne forbindelse begrepet raushet sentralt. Raushet handler like mye om ikke-materiell toleranse og åpenhet, som om materiell sjenerøsitet. Kollektiv raushet er et fundament for den norske velferdsstaten. Men raushet er også en skjør og undervurdert egenskap som må verdsettes og fremelskes. Raushet er ikke, og skal ikke være, grenseløs. I arbeidet for å bevare velferdsstaten trengs raushet, i holdning og handling, langs mange akser og på alle nivåer.*

*Raushet* er et favorittord, først og fremst på grunn av innholdet og assosiasjonene det gir. Dessuten har ordet, akkurat som *dugnad*, fått en særnorsk betydning. Det kan ikke uten videre oversettes f.eks. med *generosity* på engelsk. Raushet innebærer noe mer enn gavmildhet og sjenerøsitet.

Raushet hos personer handler vel så mye om ikke-materiell, som om materiell sjenerøsitet. Det handler om hjelpsomhet, velvilje og åpenhet, om å være inkluderende og tolerant, også overfor meningsmotstandere, om å kunne glede seg over andres suksess. Derfor er raushet et ideal. Med god rett kan det sies at en diskusjon om velferdsstaten også handler om raushet.

## Hva er egentlig raushet?

Raushet har med mer, ja kanskje først og fremst med andre ting å gjøre enn penger og materielle verdier.

La oss likevel begynne med det materielle. I den forbindelse er selvsagt gavmildhet, det å dele med andre, sentralt, kanskje undertiden synonymt med raushet. I gamle dager hadde vi et ord som het «rundhåndet». «Å gi av

<sup>1</sup> Basert på foredrag ved seminaret «Velferdsstaten på rødlista?» ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim 23 oktober 2014.

sin overflod» er et uttrykk vi ofte bruker i vår del av verden. Mange gir av sin overflod, både individuelt og som grupper, f.eks. i form av nasjonal bistand til andre deler av verden. Alle som har holdt kakeotteri for speideren eller gått rundt på dørene med loddbøker, vet også at det ikke nødvendigvis er de som har mest, som gir mest.

«Vi må alle tenke over hvordan vi kan bli litt fattigere», er et utsagn som er tillagt Pave Frans (f. 1936). Bibelens fortelling om enkens skjerv forteller at materiell raushet ikke bare handler om hvor mye vi gir, men også om hvor mye vi har igjen: «Jesus satte seg rett overfor tempelkisten, og han så på hvordan folk la penger i den. Mange rike ga mye. Men det kom også en fattig enke og la i to småmynter, verdt noen få øre. Da kalte han disiplene til seg og sa: «Sannelig, jeg sier dere: Denne fattige enken har gitt mer enn noen av de andre som la penger i tempelkisten. For de ga alle av sin overflod, men hun ga av sin fattigdom alt hun eide, alt hun hadde å leve av» (1). Enken viste raushet på grensen til det ekstreme.

For å fange begreper, må vi ofte prøve å finne motsatsen, *antonymet*. Før vi forstår hva abduktorer er, må vi vite at det også finnes adduktorer. Vi forstår inflasjon bedre når vi vet at det er noe som heter deflasjon. Det motsatte av gavmildhet er gnienhet, gjerrighet, påholdenhet.

Verdien av det meste fastsettes av tilbud og etterspørsel, enten vi liker det eller ei. Det gjelder ikke bare varer og tjenester, men også andre fenomener. Et eksempel på en mangelvare for de fleste av oss, er tid og oppmerksomhet. Vi har så mye å gjøre, i hvert fall før vi blir pensjonister, at det blir umulig å finne tid til alt vi ønsker. Vi utsettes for så mange inntrykk og bombarderes av så mange budskap i dagens mediasamfunn, også etter at vi blir pensjonister, at konsentrasjonen og oppmerksomheten svekkes. Å gi noe eller noen tid og oppmerksomhet er derfor en verdifull gave. Det er en form for raushet, ofte det viktigste vi kan gi, i hvert fall i omgangskretser der den materielle nød er begrenset.

Janteloven er også raushetens motsats, det å holde folk nede, å uttrykke at «du skal ikke tro du er noe». Vi er verken spesielt flinke til å gi eller til å motta ros her i landet.

Raushet handler om mellommenneskelige forhold, om relasjoner. Hva er raushet oss imellom, i tillegg til å gi hverandre tid og oppmerksomhet? Også her kan vi ha hjelp av å lete etter antonymer, motsatser. Jakten på det motsatte hjelper oss å forstå og sirkle inn begreper. Stikkordet innsirkling leder lett til forfatteren Carl Frode Tiller (2). Tiller har en evne til å beskrive dialoger som gjør at du opplever å være til stede, og dialogene han beskriver er ofte av en type som du nettopp ikke ønsker å overvære. Det han beskriver av personers mistenksomhet, tolkning av andres utsagn og motiver er så nær det motsatte

av raushet som jeg kan tenke meg. Å ta alt i verste mening: når noen er tilfreds og fornøyd, er de det bare for at du skal føle deg ussel, når noen skryter av deg, gjør de det bare for å innynde seg, når noen betror deg noe, gjør de det bare av mulig egennytte etc. Raushet er nemlig å ta ting i beste mening.

Raushet er dessuten det motsatte av egennytte. Det er uegennytte. Noe vi gjør av hensyn til andre, ikke oss selv. Raushet innebærer åpenhet, evnen til å lytte. Med en omskriving kan vi si at tale er sølv, men raushet er gull.

Raushet innebærer også vilje og evne til å lytte til nye ideer. Det kan diskuteres hva «helten» Tomas Stockmann – folkefienden – representerer i *En folkefiende* av Henrik Ibsen (3). Hans bror, Peter Stockmann, byfogd og politimester og formann i badestyrelsen, representerer i hvert fall det motsatte av raushet:

Doktor Tomas Stockmann: «Ja, men er det ikke en statsborgers plikt å meddele seg til almenheten, når han har fanget en ny tanke!» Peter Stockmann: «Å, almenheten behøver slet ingen nye tanker. Almenheten er best tjent med de gamle, gode, anerkjente tanker den allerede har.»

Nye ideer utfordrer ikke bare folks tanker, men ofte også maktstrukturer.

## Ytringsfrihet

Raushet overfor holdninger og meninger er en fundamental del av raushetsbegrepet. Det leder oss inn på en diskusjon om ytringsfrihet og toleranse. Nye medier, og i særdeleshet såkalte «netttroll» som sprer hatske uttalelser og personangrep gjennom avisenes kommentarfelt på nettet, Twitter og Facebook, har aktualisert diskusjonen om hvilke grenser det bør være for ytringer i samfunnet vårt.

En fersk undersøkelse viser at nordmenn flest mener at ytringsfrihet må vurderes opp mot andre verdier (4). Bare en av fire i befolkningen synes at ytringer som håner religion, bør være tillatt. Og tre av fire mener at beskyttelse av svake grupper er viktigere enn ytringsfriheten. Dette har vakt bekymring hos noen, spesielt forfattere og journalister. Mimir Kristjansson kommenterte funnene som «et kraftfullt signal om at folk flest ikke ønsker seg retten til å krenke andre. En uhellig allianse mellom deler av den liberale eliten og hylekoret i nettavisenes kommentarfelt har tvunget fram en ide om at vi må gjøre det lettere å håne religiøse minoriteter eller fremme rasistiske standpunkter i den norske offentligheten» (5).

Grenseløshet er ikke et gode, ifølge folk flest. Det er like viktig å hindre krenkelser som å åpne for all slags ytringer. Den intellektuelle, liberale eliten – som er godt representert i våre akademiske miljøer – er ikke alltid på linje med folk flest.



## Er raushet mangelvare hos intellektuelle?

«Noen, men ikke alle, intellektuelles forhold til totalitære regimer og ideer i det 20. århundret er en trist historie». Slik innleder historikeren Øystein Sørensen boken *Intellektuelle og det totalitære* (6). Boken inneholder artikler om Knut Hamsun og Nordahl Grieg, det fascistiske Italia, flere samtidsforfattere, Johan Galtungs forsvar for Kinas brudd på menneskerettighetene og de som ikke tente lys for USA etter terrorangrepene 11 september 2001.

Fortellingene omhandler til dels ekstreme personer og grupper. Om intellektuelle har en særlig dragning mot det totalitære, kan ganske sikkert diskuteres. Min egen begrensede erfaring har lært meg at det i hvert fall ikke er overflod av raushet i intellektuelle kretser. I forskningsmiljøer er det påfallende mange velpleide fiendskap, og jeg overraskes ofte over hvor skrøpelige kår toleranse for andre synspunkter og evnen til å ta ting i beste mening har. Jeg husker fortsatt da jeg kom til Oslo som stipendiat for over 30 år siden og møtte en akademisk kultur med et meget sterkt selvbilde og svært begrensede akseptrammer for alternative oppfatninger. Sammenlignet med bedehusene på Vestlandet, som jeg kjente godt, falt det intellektuelle Oslo jeg møtte, helt gjennom når det gjaldt raushet.

## Raushetens tid?

Hvordan er så raushetens kår i sin alminnelighet i vårt land i vår tid? Kathrine Aspaas, som har skrevet boken *Raushetens tid*, er optimist (7). «Raushet, vennlighet og omtanke er den nye effektiviteten», skriver hun. Hun finner tegn til en dreining i samfunnet i retning av mer åpenhet, og, som hun beskriver det «fra venstre til høyre hjernehalvdel» – fra IQ til EQ (emosjonell intelligens). Hun beskriver en ny generasjon som innstiller seg på en fremtid der sosial intelligens og selvinnsett er viktigere enn før.

«Vi er på vei mot en økonomisk tenkning som baserer seg på omsorg og tillit»; skriver Aspaas, og beskriver en utvikling mange av oss kanskje håper på mer enn vi observerer. Men hun har gode argumenter, til dels belagt med empiri. Som mangeårig økonomijournalist og kommentator i Aftenposten har hun gode forutsetninger for sin analyse. Hun minner oss om at de sakene som deles oftest og leses mest på sosiale medier, er de som handler om ensomhet, kjærlighet, tilgivelse, skam, sårbarhet og livsglede. Hun beskriver journalisters valg av «brutalitet fremfor ømhet» i møte med mennesker som et utslag av frykt for å bli kalt *naiv* – en av de verste karakteristikkene i vårt samfunn. Hun siterer sosiologen og kriminologen Nils Christie (f. 1928): «Du er så naiv, sier mange til meg. Synes du det – tusen takk. Da blir folk litt forvirret», sier han.

Kathrine Aspaas beskriver, og anbefaler dialog fremfor debatt. Kanskje går det i riktig retning?

Et karakteristisk trekk ved raushet er det å dele. *Wikipedia* løftes fram som et symbol på deling. Aspaas siterer professor Yochai Benkler ved Harvard som mener at et slikt, åpent system for kunnskapsdeling avspeiler «De samme egenskapene vi alltid har hatt som mennesker, men som har vært perifere i økonomisk sammenheng: Sosial motivasjon, samarbeid og vennskap, det å henge rundt eller gjøre noe for nabolaget, som har beveget seg fra å være viktige for hvem vi er som sosiale vesener, til å bli selve kjernen i økonomien til de teknisk og økonomisk mest avanserte samfunnene».

Alle som bruker Facebook, Twitter eller andre sosiale medier, ser hva som deles og hvor mye som deles. Det klages i blant over at det er bare solsiden, og ikke skyggesiden som vises fram. Det er gode ferieminner, vakre barnebarn, prydhager og hvetebakst. Ja visst deles slikt. Men i økende grad deles også tap, savn og sorg. Privatlivet vårt har forandret seg. For igjen å sitere Kathrine Aspaas: «Vi kommer til å bli mer synlige, mer sårbare og må dermed også trene på å bli mer tilgivende og rause. Mindre perfeksjonistiske og mer feiltastiske (som er begrepet hun bruker om det amerikanske *flawsome* – en kombinasjon av flaw og awesome). Mindre dømmende og mer berømmende».

### Raushetens grenser

Er så rausheten total og grenseløs? Skal vi gi og dele i uendelighet? Finnes det grenser for hvor åpne vi bør være? Selvsagt er det grenser, også for raushet. Raushet kan grense både opp mot dumhet og sløsing og det som verre er. Spørsmålet er hvem som bestemmer raushetens grenser – og hvordan og hvorfor.

I diskusjonen om et mulig vinter-OL i Oslo i 2022 har raushetsbegrepet dukket opp. Et innlegg i Aftenposten av Marvin Wiseth hadde tittelen «Hvor tok rausheten veien?» (8). Han argumenterer for en norsk OL-søknad og har «lyst til å vise verden et raust og ambisiøst folk». Flertallet av dette folket mente, og mener nok fortsatt at grensen for raushet, både overfor medlemmene av den internasjonale olympiske komite (IOC) og idrettsledere ville blitt overskredet med et slikt arrangement i Oslo.

Det er definitivt også grenser for hva vi kan og bør dele. Fra mediene kan vi i 2014 hente en delingssak som etter de flestes mening passerer raushetens grense. «Buzzit.no er Norges nye sosiale nettside for saker som du synes er verdt å dele med dine venner» heter det i egenreklame for klipp og kleb-nettstedet som produseres av avisen *Nordlys* og tilhører Amedia-konsernet (9). De deler andres fortellinger og bilder med et kommersielt

motiv, oftest uten kildegjengivelse, og fordømmes av de fleste journalister og redaktører. Deling, men ikke stjeling, må være veilederen for raushet på dette området.

Et annet eksempel på raushetens grenser er allerede gitt i omtalen av ytringsfrihetens dilemma. Folk flest mener at det er viktigere å hindre noen i å bli krenket enn at høyrøstede og meningssterke skal få si akkurat hva de vil, når de vil og hvordan de vil.

Enda viktigere er sannsynligvis grensene for raushet på andres vegne. Her nærmer vi oss også den norske velferdsstaten. Men la oss først ta en visitt innom våre naboland. La oss bruke det minelagte feltet innvandring som eksempel. Vi har lenge trodd at svensk nasjonal identitet skiller seg fra norsk – og for den del dansk – ved å være mer positivt innstilt til innvandring. For eksempel mener færre svensker enn nordmenn og dansker at «det offentlige bruker for mye penger på innvandrere» (10). I motsetning til i Danmark og Norge har man i Sverige behandlet innvandringskritikere nærmest som spedalske, og ført en raus innvandringspolitikk, sannsynligvis rausere enn befolkningen ønsker. I ethvert fall fikk Sverigedemokratarna, et mer innvandrerfiendtlig parti enn nabolandene kan framvise, 12,9 % av stemmene i valget i september 2014. De fleste analytikere mener at dette skyldes at man har undertrykt en åpen debatt om teamet og sannsynligvis vist en raushet på nasjonens vegne som har mobilisert stygge motkrefter.

Raushet på andres vegne er også et tema i forvaltningen av naturressurser. Tiltar vi oss retten til å utnytte ressurser på bekostning av framtidige generasjoner, og på bekostning av vårt eget og klodens miljø? Og i en global sammenheng: er vi raus på andres bekostning i vårt levesett?

Og nå nærmer vi oss den norske velferdsstaten. Hvor raus er den og hvor raus bør den være?

## En raus velferdsstat

Vi har i internasjonal sammenheng en raus velferdsstat i Norge. Vi har gode trygdeordninger som brukes med forstand og respekt – og takknemlighet – av de aller fleste. I motsetning til hva mange tror, er sykefraværet redusert de siste ti årene (11).

Til tross for kritikk av den norske helsetjenesten, er det vanskelig å finne et annet land som balanserer kvalitet av tjenester og likhet i tilbudet bedre enn Norge. Dessuten er det aller meste av både helsetjenester og velferdsordninger bedre nå enn før. Vi har det simpelthen bedre enn noen gang tidligere. Det skulle man ikke tro av den offentlige debatt. Nostalgikere blir yngre og yngre. Det ropes på de «gode, gamle dager» – tider som aldri har eksistert, og som stort sett skyldes en sviktende hukommelse.

Spørsmålet er imidlertid om rausheten totalt sett er bærekraftig rent økonomisk sett, eller om vi er rause på fremtidens bekostning. En joker i det samfunnsøkonomiske regnskapet er hvor mye fritid vi unner oss, med andre ord hvor mye og hvor lenge vi ønsker å arbeide. Erling Holmøy og Birger Strøm ved Statistisk sentralbyrå har nylig beregnet at fortsatt redusert arbeidstid kombinert med høyere standard i helse og omsorg – i tråd med økte forventninger – og ikke minst endret demografi med flere eldre, vil forutsette en betydelig skatteøkning, kanskje ikke de første årene, men fra 2020 (12). Økningen kan bli så stor, fra 37 til 63 % gjennomsnittlig skattesats er antydnet, at det er spørsmål om det er gjennomførbart. Sannsynligvis må begrepet «godt nok» introduseres i helsetjenesten så snart som mulig for å beholde de viktige trykdeordningene vi har.

Det er grenser for alt, sannsynligvis også for folks skattevilje. Derfor må rausheten vi ønsker også på velferdsområdet, diskuteres åpent, og kunnskapsbasert.

### **Hvordan bevare velferdsstaten?**

Den norske velferdsstaten er et felleseie vi alle ønsker å beholde, selv om det er forskjeller i hvor omfattende vi synes den bør være, og hvordan den bør organiseres.

En kollektiv raushet både i holdning og handling er en forutsetning for denne velferdsstaten. En slik raushet behøver tilstrekkelig forankring i enkeltpersoner på tvers av generasjoner, sosioøkonomisk status og politisk oppfatning. Verdien av raushet, så vel i ikke-materiell som i materiell forstand, må fremelskes, formidles og læres.

Dersom det er viktigere å bevare velferdsstaten enn å drive valgkamp – av og til kan man lure på det – tror jeg at noe av det mest ukloke man kan gjøre, er å gjøre velferdsstaten til et prosjekt som én politisk retning, enn si, ett politisk parti har eiendomsretten til. Det er en form for ideologisk arroganse som har mange effekter. En av dem er at velferdsstaten som et ekte fellesprosjekt svekkes. La oss være rause overfor hverandre. La oss ikke mistro hverandres motiver selv om vi iblant er uenige i midler og kanskje endog i mål.

Mer raushet vil gjøre både velferdsstaten og alle andre stater bedre å leve i.  
Mer raushet forutsetter flere rause personer!

## Litteratur

1. *Bibelen*. Markus 12,41-44.
2. Tiller CF. *Innsirkling 3*. Oslo: Aschehoug, 2014.
3. Ibsen H. *En folkefiende*. København: Gyldendal, 1882.
4. Staksrud E, Steen-Johnsen K, Bernard E et al. *Status for yringsfriheten i Norge. Resultater fra befolkningsundersøkelsen 2014*. Oslo: Stiftelsen Fritt Ord, 2014.
5. Kristjánsson M. Pass munnen din. *Klassekampen* 13.09.2014:3.
6. Sørensen Ø, Hagtvet B, Brandal N, red. *Intellektuelle og det totalitære. Pervertert idealisme?* Oslo: Dreyer, 2014.
7. Aspaas K. *Rausbetens tid: fra misunnelse til beundring*. Oslo: Aschehoug, 2012.
8. Wiseth M. Hvor tok rausheten veien? *Aftenposten* Del II 23.10.2014:10.
9. <http://buzzit.no/>
10. Botvar PK. Danmark er annerledeslandet. *Vårt Land* 22.09.2014:18-19.
11. <http://www.ssb.no/sykefratot>
12. Holmøy E, Strøm B. Fritid, forbruk og skatt fremover. *Samfunnsøkonomen* 2014; nr 6:10-18.

*Magne Nylenna*  
*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*  
*Postboks 7004 St Olavs plass*  
*0130 Oslo*  
*magne.nylenna@kunnskapssenteret.no*

## Fint om folketrygden



Tellnes, Gunnar og Claussen, Bjørgulf (red.)

*Folketrygdens framtid*

*Hvor går NAV?*

Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014.

ISBN 978-82-02-47619-9

140 s. Pris: 249,-.

*Michael 2014; 11: 538–40.*

To av seniorene innen norsk trygdemedisin, begge professorer ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, har her redigert en bok der det tas opp grunnleggende problemer innenfor norsk trygdepolitikk og gjennomføringen av den.

Boka har to deler. Først er det sju kapitler om det sosialpolitiske perspektivet, deretter tre kapitler som er mer konsentrert om det trygdemedisinske.

I første del spør Bjørgulf Claussen rett fram og uten omsvøp: Hvorfor forsvare folketrygden slik den er nå? Folketrygden er et gigantisk økonomisk omfordelingsapparat som skal sikre anstendige levekår for hele befolkningen, uansett hvem de er. Alle må bidra til det. Men samfunnet forandrer seg, og dermed også forutsetningene for folketrygden og holdningene til den. Dette betyr at folketrygden er under stadig press fra alle kanter, både fra folk som har god kjennskap til det de snakker om, og fra andre som kanskje heller ledes av mer tabloide politiske meninger. Dette forkludrer det offentlige bildet av hva folketrygden er og gjør.

Claussen ser det sterke presset for å redusere antall uførepensjonister som et alvorlig anslag mot folketrygdens ideologi. «Arbeidslinja» er et begrep

som høres bra ut, men som i virkeligheten forskyver ansvaret over på dem som har det vanskelig. I den forbindelse nevnes planleggingsminister Per Kleppe som i 1978 gikk inn for å legge et markedsliberalistisk syn til grunn for Arbeiderpartiets politikk, og det er det vi nå ser konsekvensene av. Claussen roper et varsko: Det er ikke sikkert folketrygden framover bør være som den er blitt *nå*.

Ebba Wergeland har som oppfølging av dette kalt sitt kapittel «Arbeidslinja ga oss skammen tilbake» – et friskt innlegg der hun beskriver angrepet mot rettighetsprinsippet og forteller om sentrale politikeres omgang med ideologiske verdier. Hun siterer professor Knut Halvorsen på hvordan myndighetene i OECD-landene styrte folkemeningen i retning av et negativt syn på velferdsstaten for å få oppfatningene til å passe med ny økonomisk tenkemåte.

Sentrale spørsmål reises også i kapitlene til Alf Erling Risa, Bjørn Halvorsen og Asbjørn Kjørstad. Hvordan vil vi at velferdsstaten skal være? Ivaretas i så fall målene? Er f. eks. alderspensjonen grunnlovsvernet?

En politisk snakkis når NAV er tema i folkedypet, er innvandrere og trygd. Aksel Hatland har et kapittel om dette. Det sier seg selv at dette trekket ved en ny demografisk situasjon også må diskuteres, men ofte skjer denne diskusjonen uten særlig forankring i hva saken dreier seg om. Kritikk og forferdelse vedrørende eksport av trygdemidler til utlandet, til folk som underforstått ikke fortjener det, er en gjenganger, også på høyeste politiske nivå. Hatland viser at det er knappe to prosent av trygdemidlene som «eksporteres» til andre land. Og pensjonistgruppene som har flyttet, holder for det meste til i Sverige, Danmark, Spania og USA. Halvparten av dem er norske statsborgere. En promille av barn som fikk barnetrygd i 2012, bodde i utlandet. Antallet innvandrere fra fattige land som flytter hjem igjen og medbringer trygd, er tallmessig forsvinnende. Slike fakta går sjelden fram i valgkamper og andre retoriske slag. Der passer de ikke.

Steinar Westins historiske kapittel setter folketrygden i perspektiv. Det bør leses! Kanskje burde det stått først i boka?

Del II som handler om trygdemedisinsk arbeid innenfor folketrygdsystemet, blir mer som en tradisjonell lærebok i sosialmedisin, nyttig for de aktørene som skal forholde seg til folketrygden slik den til enhver tid er. Søren Brage ser på *legenes* plass i dette. Mange avgjørelser med økonomisk betydning for mange, tas på bakgrunn av et mest mulig kvalifisert *medisinsk* skjønn, slik leger er opplært til å utvikle. Her kan det være forskjeller fra den juridiske logikk.

Rehabilitering har vært et nøkkelbegrep og en nøkkelaktivitet i norsk sosialmedisin – å bringe tilbake arbeidsevne og livskvalitet. Tore Norendal Braathen og Gunnar Tellnes drøfter hvordan dette feltet ivaretas nå.

I det avsluttende kapittel 10 tar Tellnes opp et meget viktig, men vanskelig område, nemlig å få helsefremmende tiltak sterkere inn som en del av det trygdemedisinske arbeidet. Her er det ofte en skurring mot tradisjoner. Uvant retorikk kommer inn og mange meninger brytes. Likevel er de fleste til syvende og sist enige om at å forebygge er bedre enn å måtte behandle, i dette tilfelle enn å trygde.

*Langtidsfrisk* er et tankevekkende uttrykk.

Kort summert er dette en bok som fortjener å leses av mange. Den bør gi vekker og aha-opplevelser for lek og lærd på området, samtidig som den gir en god innføring til nykommere på området, f. eks. studenter – og til dem som enten på grunn av alder eller uførhet mottar utbetalings slipper fra NAV i posten.

Et godt sakregister hadde gjort denne boken enda mer brukbar som verktøy i trygdedebatten, egnet for raske oppslag når man trenger fakta og argumenter. Men sakregister har redaktørene dessverre sløffet.

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*



# Lobbyvirksomhet i universitetspolitikken – to syn på samme virkelighet

Brev til *Michael* fra Per Nyborg og Kaare R. Norum

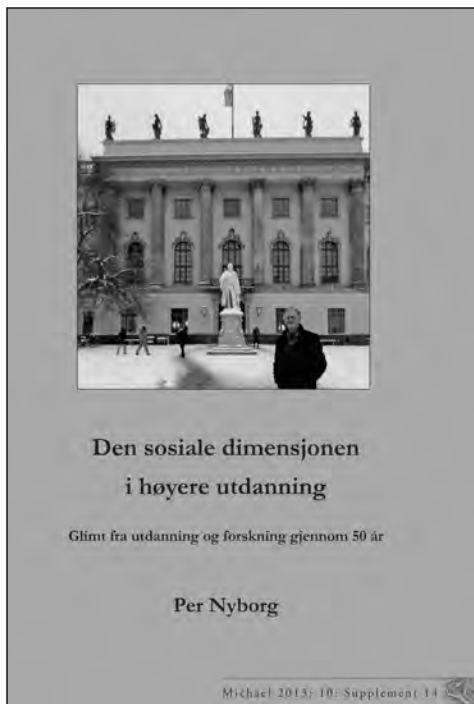
*Michael* 2014; 11: 541–5.

*To av de nyeste Michael-utgivelsene er bøker skrevet av to personer som begge har stått sentralt i de siste årtienes utdanningspolitikk i Norge (1,2). Per Nyborg (f. 1937) har en lang karriere bak seg i administrasjon av forskning og utdanning og var i mange år generalsekretær i Universitets- og høyskolerådet. Professor Kaare R. Norum (f. 1932) var spesielt i sin periode som rektor ved Universitetet i Oslo (UiO) (1999-2001) sterkt opptatt av universitetenes ve og vel og deres utviklingsmuligheter. Blant annet gjaldt dette å sikre adekvat finansiering. Nyborg leste Norums bok og likte ikke alt han så: Her kommer først hans kommentarer, dernest Norums tilsvar:*

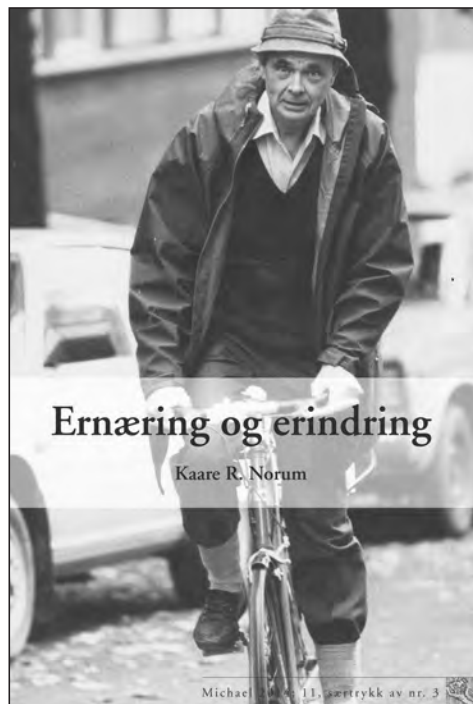
## Lobbyvirksomhet som bare universitetene kan gjøre det

I *Michael* nr. 3/14 (1) forteller Kaare Norum om mange spennende episoder fra sitt liv som forsker og universitetsrektor. I kapitlet *Rektor ved Universitetet i Oslo* beskriver han blant annet hvordan universitetene arbeidet for å påvirke budsjettbehandlingen i Stortinget høsten 2000 (s. 436-447). Lobbyingen var intens. Beskrivelsen med alle dens detaljer er meget interessant lesning, særlig for en som var involvert i de samme budsjettdiskusjonene på vegne av våre universiteter og høyskoler – uten den gang å kjenne til hvilket spill ledelsen for de fire universiteter drev med. Min egen versjon av denne hendelsen kan leses i en tidligere bokutgivelse fra *Michael* (2).

Selv var jeg den gangen generalsekretær for det nyopprettede Universitets- og høyskolerådet (UHR). På UHRs representantskapsmøte 16.–17. oktober 2000 drøftet vi Regjeringens forslag til neste års statsbudsjett. På møtet var universitetene og høyskolene representert ved sine rektorer og direktører. Det var bred enighet om at budsjettet for høyere utdanning og forskning var for dårlig; både sekretariatets vurderinger og et notat som kom på bordet fra Universitetet i Bergen, ga beskjed om det. UHRs styre



Figur 1: Per Nyborgs bok, Michaels supplement 14 fra 2013.



Figur 2: Kaare R. Norums bok, hard-cover-utgave av Michael nr. 3 for 2014.

utformet den endelige uttalelsen fra universitetene og høyskolene til Stortingets kirke-, utdannings- og forskningskomité. I styret satt to av universitetsrektorene. Styret samlet seg om en uttalelse som ble undertegnet av styrets leder, rektor Tove Bull fra Universitetet i Tromsø. Uttalelsen ble umiddelbart oversendt stortingskomiteen.

Det verken generalsekretæren eller høyskolerepresentantene i UHRs styre da visste, var at universitetene, anført av Kaare Norum og universitetsdirektøren i Bergen, Kåre Rommetveit, allerede hadde drevet en omfattende lobbyvirksomhet overfor stortingsrepresentanter fra alle partier, basert på de tallene som Universitetet i Bergen hadde lagt fram. Dette vet jeg nå, etter å ha lest Kaare Norums beretning. Norum skriver også at det var en forutsetning (hans forutsetning?) at UHR skulle bruke de samme tallene i høringen med stortingskomiteen. Det visste ikke jeg. Ingen nevnte det da UHRs uttalelse ble utformet.

I uttalelsen til stortingskomiteen 17. oktober 2000 uttrykte UHR stor bekymring over den nedbygging av universiteter og høyskoler som forslaget

til statsbudsjett for 2001 la opp til. UHR tallfestet også konkrete krav om økte bevilgninger. Men tallene var ikke de samme som de som var kommet fra Universitetet i Bergen. Det var jo også andre meningsberettigede i UHR. Hvorfor sa ikke universitetsrepresentantene i styret (eller i representantskapet) fra om at de hadde et annet opplegg på gang? Det de gjorde, var å gå bak ryggen på sine nye partnere fra høyskolene. Til det møtet UHR hadde avtalt med stortingskomiteen 19. oktober 2000, meldte samtlige universitetsrektorer forfall. Da generalsekretæren påpekte det umulige i denne situasjonen, tilbød likevel én av universitetsrektorene (Kaare Norum) seg å delta i UHRs delegasjon.

I møtet med stortingskomiteen ble det reist spørsmål fra komiteemedlemmene om sammenhengen mellom uttalelsen fra UHR og det notatet om universitetsbudsjettene 2001 som komiteens medlemmer hadde fått overlevert fra de fire universitetene dagen før. Hvilket notat? Var det Bergensnotatet? At universitetene hadde overlevert sitt eget notat, var ukjent for de øvrige representantene som møtte komiteen på vegne av UHR. Men jeg skjønnte jo da hvorfor universitetsrektorene meldte avbud til UHRs møte med stortingskomiteen. Særlig for lederen hadde det vel blitt pinlig å møte komiteen igjen med en annen argumentasjon enn gårdsdagens. Slik det ble, var det UHR som fikk skylda for at det ikke gikk etter universitetenes oppskrift.

Vi som møtte for UHR den gangen, hadde ingen god dag. Hvorfor spilte ikke universitetene med åpne kort innenfor Universitets- og høyskolerådet? Hvorfor spilte de ikke på lag med sine egne? Høyskolerepresentantene spurte – med rette – hva slags samarbeid de var kommet med i. De kan spørre på nytt, hvis de leser Kaare Norums beretning. At han og hans universitetskolleger skulle vise lojalitet til et fellesskap de nylig hadde gått inn i, kan ikke ha falt noen av dem inn. Jeg håper det er bedre i dag.

21. oktober 2014

*Per Nyborg*

*Kaare R. Norum svarer slik:*

### **Svar til Per Nyborg**

Tidligere generalsekretær i Universitets- og høyskolerådet (UHR), Per Nyborg, kritiserer lobbyprosessen de fire universitetene i år 2000 gjorde overfor toneangivende stortingspolitikere. Nyborg henviser til sin meget korte

versjon av det som hendte i hans bok *Den sosiale dimensjonen i høyere utdanning* (2).

I forordet til boken sier Nyborg at han aldri har ført dagbok. Men det har jeg, og spesielt under min rektorperiode førte jeg en detaljert dagbok. Det som skjedde i budsjettssammenheng høsten 2000, er der godt dokumentert. Det som jeg skrev om budsjettpåvirkning i min bok «Ernæring og erindring» (1), ble før trykking forelagt Odd Einar Dørum. Han var enig i min beskrivelse av begivenhetene. Her kommer min fremstilling av hva som hendte:

Budsjettet for 2001, som ble lagt frem av regjeringen Stoltenberg, var meget dårlig for de fire universitetene og for høyskolene. Jeg tok derfor kontakt med universitetene i Bergen, Trondheim og Tromsø for å få til en samlet aksjon for å bedre budsjettet. Dette var mulig fordi regjeringen var en mindretallsregjering, som var avhengig av et flertall i Stortinget.

Den 6.10. 2000 kontaktet jeg Universitetet i Bergen (UiB) ved sin direktør Kåre Rommetveit, og vi laget et opplegg for lobbyprosessen. UiB skulle lage en økonomisk oppstilling som viste hva budsjettene førte til av reduksjoner for de fire universitetene og for høyskolene. De fire universitetene ble enige om å lage et uformelt møte med Stortingets Kirke-, undervisnings- og forskningskomite (KUF). Rektor Tove Bull fra Tromsø var leder av styret for UHR, slik at vi mente at UHR, gjennom henne, var vel informert. Rommetveit og jeg fikk via Odd Einar Dørum avtalt et møte med Stortingets KUF-politikere om kvelden den 18.10.00

Assisterende universitetsdirektør for UiB, Sverre Spildo, utarbeidet et notat, som viste at det foreslåtte budsjettet for 2001 måtte styrkes med 250 millioner til universitetene og 100 millioner til høyskolene. Notatet ble kvalitetssikret og godtatt av de fire universitetene.

Representantskapet for UHR skulle ha et representantskapsmøte og styremøte i Oslo den 16. og 17.10.00. Om morgenen den 16.10 ble Spildonotatet overlevert assisterende generaldirektør i UHR, Vidar Wamb, slik at notatet kunne diskuteres på representantskapsmøtet.

Rektor Tove Bull ledet møtet i UHRs representantskap. Under sin innledning på møtet fortalte hun om det initiativet de fire universitetene hadde tatt overfor stortingspolitikere og KUF-komiteen, og hun spurte om det var noen merknader fra salen - og det var det ikke. Kåre Rommetveit redegjorde for det notatet Spildo hadde satt opp, og sa at notatet skulle brukes overfor politikerne på det uformelle møtet som de fire universitetene hadde med KUF-komiteen om kvelden den 18.10.00. Per Nyborg var som generalsekretær i UHR til stede, men hadde ingen innsigelser eller kommentarer til Rommetveits redegjørelse.

Etter møtet i representantskapet hadde UHR et styremøte, der de diskuterte opplegget for høringen med KUF-komiteen den 19.10.00. Styret utarbeidet et notat om budsjettet. Det ble, som Nyborg skriver, undertegnet av rektor Tove Bull, og umiddelbart oversendt stortingskomiteen. Jeg ble ikke informert om at UHRs styre i sitt notat hadde omtrent halvert de budsjett-kravene fra universitetene og høyskolene som Spildo hadde beregnet. Det gjorde styret i UHR fordi det syntes at de tallene fra Spildo, var for store å komme med til Stortinget!

Høringsmøtet i KUF-komiteen med UHR, omfattet UHRs styre, der to av universitetsrektorene satt, nemlig rektorene Bull fra Universitetet i Tromsø (UiT), og Emil Spjøtvoll fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Det er galt av Nyborg å si at samtlige universitetsrektorer meldte forfall. Rektorene fra UiO og UiB var ikke innkalt, men fordi Bull var uvel og Spjøtvoll forhindret, ble jeg bedt om å møte, uten at jeg hadde fått sett det notatet om budsjettet som UHRs styre hadde utarbeidet, og som avvek sterkt fra det som de fire universitetene hadde gitt KUF-komiteen kvelden før.

Per Nyborg angriper universitetene for ikke å spille med åpne kort overfor UHR, og mener at vi ikke viste lojalitet. Begge disse beskyldninger mener jeg med min fremstilling å ha avvist. Det som gikk feil, skyldtes at jeg ikke hadde fått sett UHRs notat før møtet med KUF-komiteen, og særdeles dårlig kommunikasjon eller samarbeid mellom UHRs generalsekretær, Per Nyborg, og rådets leder, rektor Tove Bull. Jeg håper at samarbeidet mellom leder og generalsekretær i UHR er bedre i dag!

De fire universitetenes lobbyvirksomhet, som ble videreført etter møtet i KUF-komiteen, førte til en påplussing på 2001-budsjettene til både høyskolene og universitetene, og summen var større enn det UHR ba om i sitt notat til KUF-komiteen.

Overskriften til Nyborgs innlegg er derfor riktig.

Oslo, 30.10.2014

*Kaare R. Norum*

### Litteratur:

1. Norum K. Ernæring og erindring. *Michael* 2014; 11: 257-488, særtrykk også utgitt som egen bok.
2. Nyborg P. Den sosiale dimensjonen i høyere utdanning. *Michael* 2013; 10: Supplement 14.

# Forskning i stramme tøyer – fem års erfaringer med Helseforskningsloven

*Michael 2014; 11: 546–9.*

*Helseforskningsloven av 2008 ble innført for å forenkle de formelle prosessene rundt helserelatert forskning. Det overordnede mål var å gjøre forskningen bedre. Ved et debattmøte i Det norske medisinske Selskab 12. november 2014 reiste sentrale aktører fra norsk helseforskning spørsmålet om hvordan det egentlig var blitt. Fem års erfaringer lot stort sett til å være gode, men det er fortsatt en del som henger igjen før intensjonene er oppfylt.*

Da arbeidet ble satt i gang med å forberede det som ble den norske Helseforskningsloven som ble vedtatt i 2008 og trådte i kraft i 2009, var hensikten å rydde opp i det virvaret av byråkrati som slik forskning etter hvert hadde omgitt seg med. Økende krav til ansvarlighet i forskningen hadde gjort at det var blitt slik.

Det måtte gjerne søkes om tillatelser på mange forskjellige steder. Etikk, personvern og andre forhold hadde fått større oppmerksomhet enn før. Mange forskjellige instanser hadde etter hvert fått lovhjemlet rett og plikt til å uttale seg før prosjekter kunne settes i gang, og vurderingene kunne være ulikt begrunnet. Selv om man hadde en regional etisk komite (REK) som skulle vurdere hvert enkelt prosjekt, et organ med betydelig tyngde, hadde disse etiske komiteene likevel bare rådgivende funksjon. Det var andre som hadde myndigheten til å si ja eller nei. Et av målene med nyordningen var at det bare skulle bli én postkasse å sende søknader til. Dessuten ønsket man større faglighet på nivået der endelige avgjørelser ble tatt.

På et debattmøte i Det norske medisinske Selskab 12. november 2014 innledet professor Magne Nylenna. Han hadde i sin tid ledet forarbeidet til den nye loven (NOU 2005:1), der man skulle samle et sprikende knippe av lover i en felles lov, samtidig som viktige forhold skulle ivaretas, som

forutsigbarhet for forskningsmiljøene og presisering av vilkårene for sentrale etiske krav, f. eks. informert samtykke ved studier som omfatter mennesker.

Professor Per Morten Sandset ved Universitetet i Oslo hadde lang erfaring med klinisk forskning før og etter innføringen av den nye loven, og hans hovedbudskap ved debattmøtet var at forholdene var blitt bedre. F. eks. kunne det tidligere være ulik praksis ved de forskjellige REK'ene, slik at utfallet av en søknad kunne være avhengig av hvilken REK som behandlet den. Nå legger en sentral komite på nasjonalt retningslinjer for REK-komiteenes arbeid, og dessuten har REK'ene fått avgjørelsesmyndighet, de gir ikke lenger bare råd. At REK'ene er blitt forvaltningsorganer, gjør det dessuten mulig å klage på vedtakene der.

Men Sandset påpekte også at noen felles postkasse er det ikke blitt. Fortsatt er det flere som skal vurdere prosjektsøknadene. F.eks. må alle legemiddelprosjekter vurderes av Statens legemiddelverk. Det er også gråsoner når det gjelder biobanker, registre og hvordan man skal forholde seg når man gjennomfører flere prosjekter basert på samme materiale – når kan man bruke samme REK-godkjenning?

Professor Geir Jacobsen fra det samfunnsmedisinske miljøet ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim hadde liknende kommentarer, men omtalte også det spesielle ved epidemiologisk forskning. Prospektive undersøkelser medfører at man må følge grupper av individer over tid, ofte mange år. I løpet av denne tiden endrer vanligvis både regelverk og forskningsetikk seg. Han nevnte et eksempel, en oppfølgingsundersøkelse av barn som var født undervektige, og fortalte levende om Datatilsynets gjentatte krav om at dataene måtte slettes av personvern-hensyn.

Jacobsen omtalte også et prosjekt der studieobjektet riktignok var biologisk materiale, men det var ikke menneskene materialet stammet fra som var det egentlige objektet, men mikroorganismer, og derfor ble studien ikke omfattet av godkjenningsordningen. På den annen side måtte man ha en oversikt over personene materialet kom fra, og da ble det godkjenningspliktig.

Godkjenningsordningen med hjemmel i Helseforskningsloven har fått en bieffekt som består i at det oppfattes som et kvalitetsstempel på prosjektet. Dette gjør at i og for seg utmerkede prosjekter som ikke er godkjenningspliktige, kan få problemer, for eksempel når resultatene skal publiseres. Noen tidsskriftredaktører er strengere enn myndighetene i slike spørsmål.

Bernadette Kumar er leder for Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse i Oslo (NAKMI). Hun tok opp endringene som har skjedd i Norge siden 1970, hvis man ser landet som revir for helseforskning. Antallet nord-





*Debattemøte i Det norske medisinske Selskab om Helseforskningsloven: Fra venstre møteleder Magne Nylenna, videre Dag Bruusgaard, Per Morten Sandset, Geir Jacobsen og Bernadette Kumar (Foto: Øivind Larsen)*

menn med innvandrerbakgrunn har steget fra 1% til 15% i løpet av denne tiden. Her gjør kulturelle ulikheter seg gjeldende, for eksempel når man skal rekruttere til epidemiologiske studier, hvilket kan gå tungt. «Brukermedvirkning» er et viktig prinsipp i populasjonsrettet forskning, men da kan det være spesielle hensyn å ta hvis det er store variasjoner i «health literacy» – helserelatert kompetanse. Også i minoritetsbefolkningen finnes det sårbare grupper som helseforskningslovgivningen må være spesielt årvåken overfor.

Professor Dag Bruusgaard har ledet den nye nasjonale forskningsetiske komiteen for medisin- og helsefag (NEM) siden Helseforskningsloven trådte i kraft. Han kunne fortelle at en del saker kanskje vil bli vanskeligere etter hvert, på grunn av nasjonalt og internasjonalt press om personvern. Glidningen mot en – kanskje oftest ubegrunnet – frykt for anslag mot individualismen kan bli problematisk for en god del av helseforskningen. Det sterke søkelyset som hele tiden rettes mot legemiddelforskningen, kan også gjøre denne delen av forskningen mer komplisert.

Bruusgaard var i likhet med de andre deltakerne på møtet opptatt av helserelatert forskning som faller utenfor lovgivningen. Eksempler: Utprø-

ving av redningsutstyr ved å kaste forsøkspersoner ut i kaldt sjøvann, er ikke omfattet av loven, heller ikke å ta muskelbiopsier av idrettsfolk for å studere treningens fysiologi, selv om begge deler kan skade forsøkspersonene. Forskningen faller utenfor loven fordi formålet ikke er «å fremskaffe ny kunnskap om sykdom og helse».

Det ble en ganske livlig diskusjon blant de ca. 30 som var til stede ved møtet i auditoriet på den gamle kvinneklinikken i Oslo. De fleste av dem var folk med betydelig erfaring fra helseforskning. Det ble en god utdyping av de forskjellige betenkelighetene som kom fram, selv om hovedinntrykket var at den nye Helseforskningsloven hadde vist seg å bety en klar forbedring gjennom de første fem år den har eksistert. Likevel mente man at det var potensial for ytterligere tillempninger.

Forskningsbyråkratiet kan fortsatt lage atskillige vanskeligheter. Rundt om i sykehusmiljøene må man fortsatt slite med REK'enes distinksjon mellom hva som er forskning (godkjenningspliktig), og hva som er kvalitets-sikringsprosjekter (mer eller mindre implisitt i driften og ikke godkjenningspliktig). Ofte vil de som utfører begge typer undersøkelser, selv mene at det de driver med må da være forskning, dvs. framskaffelse av ny kunnskap. Derfor vil de gjerne ha godkjenning med alt det som dette medfører.

Flere av senioren i salen bet seg sannsynligvis stille i leppen da de hørte på alt som nå må til for å få godkjent et prosjekt, på tross av forenklingen som har skjedd. De tenkte kanskje med vemod og bekymring på at deres egne prosjekter fra mange tiår tilbake, prosjektene som la grunnlag for deres videre forskningskarriere, neppe hadde blitt godkjent med det nåværende regelverk.

Unge tilhørere kunne begynne å spekulere på om helseforskning med alle dens byråkratiske piggrådgerder egentlig er noe å bruke livet sitt på.

Det var ikke så mange unge i salen. Det var kanskje like greit.

*Øivind Larsen*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

## Museum om hva for hvem – Norsk Teknisk Museum 100 år



Andersen, Ketil Gjørme og Hamran, Olav  
*Teknikk på museum*  
Norsk Teknisk Museum 1914-2014  
Oslo, Pax forlag A/S, 2014.  
ISBN 978-82-530-3727-1  
445 sider. Pris: 449,-.

*Michael 2014; 11: 550–6.*

Den 5. november 2014 var det boklansering i Norsk Teknisk Museums utstillingslokaler på Kjelsås i Oslo. Hundre års virksomhet ble feiret med utgivelse av en jubileumsbok, skrevet av to drevne historikere ved museet, nemlig førstekonservator Ketil Gjørme Andersen (f. 1963) og avdelingsleder Olav Hamran (f. 1966). Mange var møtt fram, og etter servering av sprudlende drikke, slik det sømmer seg ved slike anledninger,

ble det holdt et seminar som var mer enn det som sedvanlig er, både hva angår innhold og form.

Viktigst var selvsagt forfatternes presentasjon av boken. Stoffet var fordelt kronologisk mellom dem, slik at de første 11 av de 20 kapitlene var skrevet av Andersen. Deretter hadde Hamran hatt ansvaret for de siste ni.

Forfatterne kunne være tilfredse med produktet de la fram: Når man leser boken, slås man f. eks. av hvor godt de to samarbeidspartnerne har klart å holde samme stil og intensjonsdybde, slik at teksten står fram som et sømløst hele. Jubileumsboken har tallrike bilder, der utvalget gir en god historiefremstilling i seg selv, uavhengig av bokinnholdet ellers. Dokumen-

tasjonen av den lettleste og fengslende bokteksten er god. Det er et omfattende noteapparat. Litteraturlisten er også fyldig.

Hvorfor man valgte å sløyfe et sak- og personregister, er imidlertid uforståelig, da dette i vår dataalder hadde vært relativt fort gjort å lage. Et godt register gjør en bok langt mer tilgjengelig og nyttig. Dette gjelder i særlig grad her, på grunn av mylderet av interessant informasjon som leseren gjerne vil bla tilbake til.

Boken er annerledes enn mange jubileumsbøker pleier å være. Den er dels forfriskende lesning. Den jubilerende institusjonen skjønnes på ingen måte. Den heller dissekeres slik at leseren får innsyn i livet blant museumsgjenstandene og selv kan trekke sine konklusjoner om hvordan historien har vært.

Museet begynte sin virksomhet som en teknikkutstilling ved den store jubileumsutstillingen på Frogner ved grunnlovsjubileet i 1914. I årtiene forut hadde teknifiseringen av samfunnet vært stor, også i Norge, ikke bare i de veletablerte industrilandene ute i verden. Dette var man stolt av i jubileumsrusen i 1914. Ingeniørfag hadde voksende anseelse og hadde fått status i *vitenskapen* ved nye utdanningsinstitusjoner. Gjennom utstillinger og museumsvirksomhet ble teknikken nå også brakt inn i *kulturen*.

Den store entusiasmen førte til opprettelsen av Norsk Teknisk Museum da jubileumsutstillingen var til ende. Men det alminnelige engasjementet kjølnet. Især pengemangel gjorde at det ikke ble noen permanent utstilling før man flyttet inn i kjelleretasjen på Vikingskipsmuseet på Bygdøy i 1932. Vel var det nå altså blitt egne lokaler, men de var i kjelleren, under de langt mer prestisjetunge vikingskipene.

Visjonene om et eget museumsbygg, først på Frogner, senere og mer konkret tenkt lagt ved Akerselva, ble hele tiden stanset av finansielle problemer. Drømmene forble der, men bare som drivkraft.

Men ikke bare det. Det var også uklart hva museet egentlig skulle være. Møtelederen ved lanseringsseminaret, Dag Gjestland, sa spissformulert at det er tre typer museer av dette slaget: For det første de som vet hva de samler på, for det andre de som ikke vet hva de samler på, og for det tredje de som ikke vet hva de ikke samler på. Historien om Norsk Teknisk Museum viser hvordan man i så måte hele tiden har vekslet tilhørighet mellom Gjestlands grupper, uten at det er klart hvor man vil ende.

I 1959 flyttet museet inn i et nybygg på Helsfyr i Oslo. Dette bygget illustrerte med sin arkitektur både ideologi og pedagogikk, slik man den gang mente tekniske museer skulle være. Det var teknologisk optimisme og tilfredshet. Museet var lyst, minimalistisk, framtidsrettet, med velordnede,



*Utstilling på Helsefyrt. Telefonapparater og telefonsentraler i kontekstløs rekke. (Foto fra boken s. 255.)*

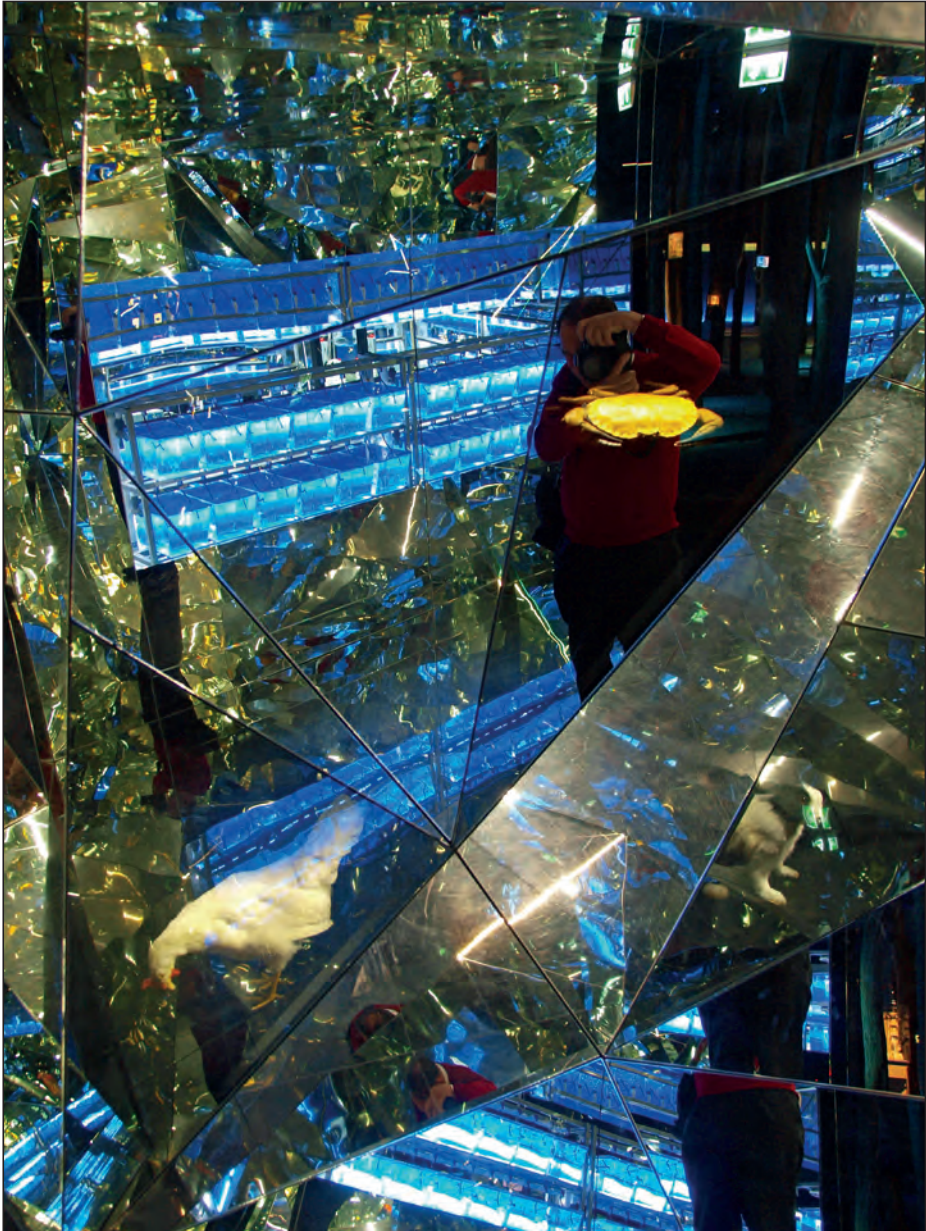
oftest kronologisk oppstilte objekter tatt ut av sin virkelighet, bare med sparsom ledsagende informasjon.

I 1986 flyttet man inn i et nybygg igjen, det nåværende på Kjelsås. Men nå var parolen en annen, nemlig å framstille fortiden i kontekst, med oppbygging av hele miljøer, supplert med rikelig materiale av tekst og bilder. Ofte ble miljøet mer et hovedobjekt i utstillingspresentasjonen enn tekniken som hørte hjemme der.

Var museets virksomhet nå vel etablert i kultursfæren, tok kanskje spesielt utstillingen om hjernen «Mind the gap» fra 2011 skrittet enda videre, nemlig inn i *kunsten* – med kunstnerisk installasjon som formidlingsform.

Målgruppediskusjonen er viktig. På side 281 er gjengitt en plakat fra Helsefyrtiden der lærere bes gjøre elevene oppmerksom på at «Norsk Teknisk Museum *ikke* er en lekestue, men en kulturinstitusjon». Kontrasten er stor til Kjelsåsmuseet idag, og også til tilsvarende institusjoner andre steder: Preget av å være lekeland for barn kan være overveldende. En jordnær unnskyldning kan være at både skoleklasser og skilte fedre som trenger





*Utstillingen om hjernen «Mind the gap» (2011) var anlagt som et kunstprosjekt. De besøkende ble lukket inne i en nærmest psykedelisk utstyrt installasjon med speil, farger, lyd og lys, der man opplevde anatomiske preparater, videoer med kjente hjerneforskere, laboratorieutstyr, trestammer, levende rotter og mye mer. En selsom pedagogisk opplevelse, der det som satt igjen i ethvert fall var at hjernen er mangfoldig. (Foto: Øivind Larsen 2011)*

underholdning for sine barn, såvel betaler for seg som er legitime mål for de kunnskaper museet formidler. Men angående tekniske museers, og for så vidt andre fagmuseers plass blant kulturinstitusjonene, er det noe ideologisk som trenger mer diskusjon. Historien om Norsk Teknisk Museum er en historie om *jakt på identitet*, hele tiden med en slags underlegenhetsfølelse overfor museer med etablerte tradisjoner.

Også Norsk Teknisk Museum er blitt drevet fram av entusiaster og amatører, ofte folk med faglig og yrkesmessig tilknytning til innsamlet materiale. Men når det er blitt mer alvor i samfunnsoppdraget, samtidig med at samlingene har nådd en u håndterbar størrelse, overtar profesjonelle museumsfolk. Det later til å være på dette punktet i utviklingen konfliktene pleier å begynne. Historieboken er forbilledlig i hvordan den ikke skyver slike konflikter inn under jubileumsfeiringens lunende teppe. Eller kanskje gjør den det, slik at bare *litt* stikker fram? Da blir boken enda mer interessant.

Det er fengslende lesning å lære hvordan museet – bortsett fra å huse dyktige og engasjerte fagfolk – tiltrekker seg to typer personer, «samlerne» og «rydderne», gjerne i lederposisjon. De skal forvalte en kontrakt med befolkningen og sørge for oppslutning og interesse. Da er de avhengige av tillit, slik at folk vet at gjenstander og annet materiale kan samles inn, kan vurderes, eventuelt mottas og i så fall komme i trygge hender for framtiden. Denne kontrakten blir tynnslett når «rydderne» slår til, makulerer og kaster på egen hånd. Da blir museets anseelse varig svekket. Særlig farlig er det når slike sterke personer finnes i direktørstolen.

Men en ny direktør kan også bety helomvending i positiv retning. 1970-årene med veteranbiler som trekkplaster og tiltaket Unge Forskere – initiativer for å trekke ungdom – er eksempler.

En løsning på problemet med bevaring av store, tekniske minner, altså gjenstander og anlegg som det var praktisk vanskelig å huse, ble at man også engasjerte seg i bevaring lokalt der de hørte hjemme. Da er historien patetisk om hvordan grunneiere og hyttefolk satte seg imot og ødela restaureringsarbeidet på Engebret-Soot-kanalen. Slikt er lite motiverende.

*Michaels* medisinske lesere bør spesielt lese fra side 393 og utover. Her står det om hvordan Nasjonalt Medisinsk Museum havnet som en avdeling av Norsk Teknisk Museum. Et eget museum for en av Norges største arbeidsplasser, helsevesenet, hadde vært utredet i årevis. Forberedelsene var kommet svært langt. Stortinget hadde gitt grønt lys, mange fagfolk hadde vært engasjert og atskillige offentlige midler hadde vært brukt til planlegging. Museet skulle etter planen stått klart i 2003. Slik ble det ikke. Plutselig ble det bestemt at museet skulle være en avdeling av Norsk Teknisk Museum. Det var muldvarper på ferde, så slik ble det. Norsk helsevesen får





*Boklanseringsseminar om å skrive museumshistorie og om museers selvforståelse. Fra venstre Ketil Gjolme-Andersen, Olav Hamran, Brita Brende, Kirsten Linde, Elisabeth Koren og ordstyrer Dag Gjestland. (Legg merke til utstilling med kontekst i bakgrunnen.) (Foto: Øivind Larsen)*

neppe noe eget nasjonalt museum i overskuelig framtid. Men på den annen side, lagt kort ligger. Den medisin- og helsehistoriske avdelingen ved Norsk Teknisk museum er blitt bemannet med en høykompetent stab av historikere og andre fagfolk som nok vet å markere sine fagfelt og å stå imot interne og eksterne trusler, så det lover bra.

Forfatterne fortjener ros for den bramfrie framstillingsmåten de har valgt i omtalen av de av sine forgjengere ved museet som må ha vært særlig sterke, firkantede, selvhøytidelige og egenrådige, især blant direktørene. Les selv om hva som er blitt kastet av museets samlinger av egenmektige folk! Les også selv om hvordan f. eks. fungerende styreformann Edvard Heiberg må ha hatt en nerveslitende tid i 1960-årene med å rydde opp i et arbeidsmiljø som må ha vært bemerkelsesverdig i sin destruktivitet. Les om direktøren som i 1960 blant annet brente opp store deler av samlingen av gamle filmer og lot verdifulle museale gjenstander gå på dynga – før han selv måtte gå.

Til direktøren som nesten skapte storpolitiske forviklinger i forholdet mellom Norge og Tyskland i 2005 på grunn av oppslitende interne konflikter som truet ferdigstillingen av en utstilling om forbindelsene mellom de to landene – og som fikk sparken på dette. Man kan åpenbart ikke være forsiktig nok når man ansetter en museumsdirektør.

Boklanseringen var altså anlagt som et seminar. Det var innlegg ved Elisabeth Koren fra Norsk Maritimt Museum, fra Kirsten Linde ved Akershus Museum og av professor i museologi ved Universitetet i Oslo, Brita Brenna. Koren og Linde presenterte hvordan deres institusjoner også hadde gitt ut hver sin jubileumsbok og hadde vært gjennom de samme overveielserne som lå bak Norsk Teknisk Museums bok. Det var også egentlig samme historie de fortalte, om *leting etter forankring og identitet*. Og om tilbøyeligheten til konflikter i museumsmiljøene.

Hvorfor er det slik? At det har så lett for å bli identitetsproblemer og opphetet klima der museumsfolk arbeider? Tja. Jeg tror det kan ha med det å gjøre at et museum forvalter folks fortid og deres oppfatning av tiden før dem. De tar mål av seg til å skape *min* forgangne virkelighet, slik jeg ikke nødvendigvis mener at den var.

En anbefaling: Les boken *Teknikk på museum*. Se på overskriften. Den er tvetydig. Du lærer mer enn om teknikk på museum.

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*

## Er du fargeblind?

Hansen, Egill:

*Color Blindness? What to Know if You're Diagnosed With Color Blindness.*

Charleston SC: Amazon-books, 2014.

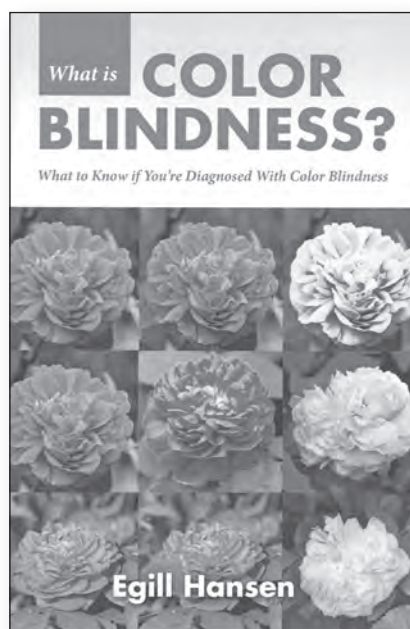
ISBN 978-1492201168

160 s. Pris: USD 28.69

*Michael 2014; 11: 557–8.*

Mange vil kjenne forfatteren av denne boken, den profilerte øyelege med praksis i Oslo sentrum og tidligere seksjonsoverlege ved Øyeavdelingen på Rikshospitalet, Egill Hansen (f. 1929). Han har blant annet fargeblindhet som spesialområde, og ga ut den foreliggende bok på norsk i 2010.<sup>1</sup> Nå er den altså kommet i en amerikansk utgave.

Dette er en bok som er morsom å lese, og man lærer mye. Egill Hansen har lykket med en form hvor han formidler fagstoff slik at det fenger interessen og kan leses med utbytte av folk på hele skalaen fra lek til lærd. Som rød-grønn-fargeblind er denne anmelder naturligvis spesielt interessert, men det er slett ikke nødvendig å ha den tilnærmingen. Her får man vite hvor hyppige vansker med fargesynet er i befolkningen, litt om tilstandens historie, hva fargeblindhet egentlig består i, hvordan fargesynet testes, konsekvenser av fargeblindhet – og om forholdet mellom fargesyn og bildekunst.



<sup>1</sup> Hansen E. *Fargeblindhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2010.

Fargeblindhet har et interessant trekk ved seg, nemlig at det egentlig ikke er noe man bare *har selv*. Fargeblindhet har man *i forhold til andre og til omgivelsene*. Å se og å oppleve farger er subjektivt. Hver enkelt av oss vet ikke nøyaktig hvordan andre opplever f. eks. farger. At jeg åpenbart ser rødt svakere enn andre, hadde jeg vel kunnet leve i lykkelig uvitenhet om, hvis det ikke hadde vært for en lyseslukker av en skolelege som med sadistisk stemme listet opp for meg alle de spennende yrkene som jeg ikke kunne velge når jeg ble stor.

Hansens bok gir her en del å tenke på. Hvor mange som egentlig har vært fargesvake opp gjennom tidene, er vanskelig å vite, fordi det ikke har vært situasjoner der dette har blitt testet. Det er mest menn det dreier seg om, og hvis man regner at det nå er ca. 8% av den norske befolkningens menn som har en fargesvakhet, er dette i Norge ca. 200 000 personer. Det er egentlig svært mange.

Tilstanden har vært kjent nokså bra i ethvert fall godt over hundre år. Likevel fortsetter hele verden å bruke rødt og grønt til å signalisere med. Kabler kommer med fargekoder som 8% potensielle elektromontører får problemer med. Osv.

Gad vite om de unge damer som pynter seg med rosa klær skjønner at de bare virker tiltrekkende på 92% av det annet kjønn, og ser skitne og ufikse ut for de resterende 8%?

Hansens *Color Blindness?* er ikke bare en fagbok, den er en morsom gavebok!

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*

# Nødvendig og grundig bok om helsetjenesten

Nylenna, Magne  
*Helsetjenesten i Norge. Et overblikk.*  
Oslo, Gyldendal Akademisk 2014  
ISBN: 978-82-05-45705-8  
222 sider, Pris: 295,-.

*Michael 2014; 11: 559–61.*

Denne boken fyller definitivt et marked for kunnskap og oversikt om helsetjenesten i Norge.

Ikke minst ligger markedsverdien for boken i det faktum at helsepersonell lenge, og kanskje i økende grad, er deltakere i et globalisert arbeidsmarked for leger og andre helsearbeidere. La oss si du er utdannet lege i Langtbortistan, og etter mye om og men har du endelig bestått eksamen for leger utdannet utenfor EU. Kanskje vil nettopp en bok som dette da være det som gir deg redskapene for å få innpass på et legekontor eller få et turnusvikariat på et mindre sykehus. Jeg tror sjansen er større for det, enn om du lærer deg enda flere detaljer om senefester i skulderen. Det handler om å ha et visst *overblikk over* den virksomheten og det feltet man er en del av. For eksempel er det greit å vite at vi har et Statens mattilsyn og hvilke roller den institusjonen har, i et utvidet overblikk over den norske helsearkitektur.

Man kunne dra dette ennå lenger og foreslå for Gyldendal at de også lagde en bok om skikk og bruk i norsk helsevesen. Snart ville du da være i mål og kan hilse på folk på Rimi som den velintegrete *dåktor'n* fra Langtbortistan.



Det er i den sammenheng Nylennas bok virkelig treffer. Magne Nylenna har i sin karriere vært blant de fremste i Norge til å utvikle fagområdet medisinsk kunnskapsformidling. *Helsetjenesten i Norge. Et overblikk* er et strålende eksempel på det: Konsis og mettete kunnskapsformidling. Den er detaljert og samtidig kompakt.

Også Preben som ikke kom inn på legestudiet i Norge og aldri fikk høre om Karl Evang på studiet i Polen, vil ha nytte av boken. Det er ikke sikkert Preben ville lest Trond Nordbys biografi om Karl Evang, uansett hvor han hadde kommet inn. Da fyller denne boken et hull: Litt fakta og orientering er bedre enn ingenting. Og Wikipedia vil antakelig aldri klare å sammenfatte et så stort felt på en like effektiv måte. Det krever et menneskes ånd å formidle en helhet på denne måten. Derfor er det fortsatt behov for fagbøker som dette om temaer som Google aldri vil dekke. Der Stine fra Hattfjelldal fikk høre ti minutter om Evang på slutten av en forelesning på Rikshospitalet, kan Preben kjøpe denne boken og komme ut i andre enden og være like fornøyd.

Men det er mange andre grupper som også vil ha stor nytte av boken: Den bør kunne inngå i pensum på en rekke av helsefagutdanningene. Jeg vil påstå at det er et problem om helsearbeidere på et visst nivå kommer ut av skolen og ikke kan det stoffet denne boken presenterer.

Boken gir seg ikke ut for å være mer enn det den er: What you see is what you get. Den er et overblikk. Dette kan også være irriterende for en leser som søker mer sammenheng. Spørsmål som hvorfor og hvordan blir fort stående ubesvart når forfatteren tar oss med gjennom landskapet i et forrykende tempo. Denne kritikken skal ikke dras altfor langt her, for Nylenna forsøker likevel på et vis å dra oss gjennom både hvordan og hvorfor, og det er tross alt et spørsmål om prioritering. Det har kanskje også litt med skrivestil å gjøre og med hvem leseren er.

Selv om forfatteren i begynnelsen av boken tar deg gjennom historien og oppgavene til helsetjenesten, og avslutter med utviklingen fremover, er stilen en smule belærende. Vet forfatteren hvor helsetjenesten bærer i fremtiden? Kanskje kunne teksten løftet frem spørsmål og dilemmaer underveis, særlig midtveis i boken, der den har et mer oppramsende preg.

Dessuten kunne boken vært mer stimulerende hvis den hadde lagt noe mer vekt på nyanser, der etablerte sannheter nevnes på en ellers edruelig og fin måte. For eksempel er det et gammelt munnehell i en del miljøer at helsetjenesten ikke har så stor betydning for folkehelsen. Dette er en sannhet med en mengde av modifikasjoner. Hvilke?

Hvis jeg var markedssjef eller sjefsredaktør i Gyldendal, ville jeg anbefalt at boken ble gitt ut i nye opplag i årene som kommer. I tillegg til det som

er nevnt ovenfor, ville jeg selvfølgelig passet på at man hele tiden var oppdatert på hvordan landskapet faktisk ser ut. Endringer kan skje før man aner.

*Øyvind Næss*

*Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

*og*

*Epidemiologisk divisjon, Nasjonalt Folkehelseinstitutt*

*oyvind.nass@medisin.uio.no*



# Michael

## vol. 11, 2014, innhold

<i>Hefte 1-2014: Det nære og det fjerne</i> Det nære og det fjerne – <i>Michael</i> gjennom ti år <i>Magne Nylenna</i> .....	7
Sult eller sykdom? <i>Audun Dybdahl</i> .....	9
«Gjør deres plikt ... Men la all ting skje i stillhet.» <i>Aina Schiøtz</i> .....	28
<i>Bokanmeldelse</i> – Historien om Brundtlandrapporten <i>Hans Chr. Bugge</i> .....	45
<i>Bokanmeldelse</i> – Ensomme dikt <i>Øivind Larsen</i> .....	56
<i>Bokanmeldelse</i> – 1700-talls legepraksis fram i lyset <i>Øivind Larsen</i> .....	58
Tysk okkupasjon og russiske fly – overlege Sverre Sørsdals brev fra Vardø 1942 og 1945 <i>Øivind Larsen og Randi Sørsdal (red.)</i> .....	61
Medisinsk museum med ultralyd <i>Øivind Larsen</i> .....	98
Humoralpatologisk medisin <i>Svein Carstens</i> .....	101

<i>Hefte 2-2014: Kunnskapscenteret ti år</i>	
<i>Berit Mørland (red.)</i> . . . . .	119
Bakgrunn . . . . .	121
Fra idé til etablering . . . . .	124
Ideer og utfordringer . . . . .	124
Etableringsprosjektet . . . . .	127
Senterets fremtidige oppgaver . . . . .	128
Diskusjonene fortsetter . . . . .	129
Fase I: Kunnskapscenteret starter opp . . . . .	131
Organisering . . . . .	132
Administrative og faglige systemer . . . . .	133
Virksomhetsplanlegging og strategi . . . . .	135
Lokalisering . . . . .	137
Fase II: Konsolidering og ekspansjon innenfor de opprinnelige virksomheter	140
Strategien . . . . .	140
Kunnskapshåndtering (kjerneaktivitet) . . . . .	140
Monitorering (kjerneaktivitet) . . . . .	146
Hvordan ble leveransene benyttet . . . . .	148
Forskning og utvikling (understøttende aktivitet) . . . . .	149
Formidling og undervisning (understøttende aktivitet) . . . . .	151
Utvikling av forvaltningsrollen: mellom barken og veden . . . . .	154
Internasjonalt samarbeid . . . . .	157
Fase III: Utnyttelsen av kompetansen på nye områder . . . . .	159
Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk . . . . .	159
Helsebiblioteket.no . . . . .	160
Campbell Collaboration . . . . .	162
Rammeavtale med Norad . . . . .	162
Global helse- Verdens helseorganisasjon (WHO) . . . . .	162
Arbeidet med kvalitet . . . . .	163
GRUK . . . . .	164
Commonwealth Fund . . . . .	164
European Observatory . . . . .	165
Nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten . . . . .	165
Fase IV: Fag og forvaltning . . . . .	167
Nasjonal enhet for pasientsikkerhet . . . . .	167
Sekretariatet for nasjonal pasientsikkerhetskampanje . . . . .	168
Meldeordningene . . . . .	168
Sekretariatet – Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (NR) . . . . .	170
Seksjon for velferdstjenester . . . . .	172
En utvikling preget av vekst . . . . .	173
Utvikling av leveransene . . . . .	174
Personell . . . . .	177
Hvordan har vi selv sett på Kunnskapscenteret . . . . .	178
Intern organisering . . . . .	178

Vår arbeidshverdag; noen ansattes stemme . . . . .	184
Arbeidsmiljø . . . . .	188
Sosiale aktiviteter . . . . .	190
Hvordan har omverdenen vurdert senteret . . . . .	192
Departementet . . . . .	192
Stortinget . . . . .	196
Vitenskapelig råd – Fagrådet . . . . .	196
En formell evaluering . . . . .	199
Omverden for øvrig . . . . .	203
Profesjonene . . . . .	207
Oppsummering og diskusjon . . . . .	210
Hva hadde man ønsket med Kunnskapssenteret? . . . . .	210
Men også motstand mot Kunnskapssenteret . . . . .	211
Dilemmaer underveis . . . . .	211
Alle omorganiseringene . . . . .	212
Samarbeid . . . . .	213
Konklusjon . . . . .	213
Status og veien videre . . . . .	214
Avdeling for kunnskapsoppsummering . . . . .	215
Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet . . . . .	216
Avdeling for formidling . . . . .	218
Kunnskapssenteret er ti år. Er helsetjenesten blitt mer kunnskapsbasert? . . . . .	220
Vedlegg 1 – Bakgrunnsdokumenter . . . . .	225
Vedlegg 1 b) . . . . .	233
Vedlegg 2 – Vedtektskavalkade . . . . .	237
Vedlegg 3 – Sanger . . . . .	248
Ordliste . . . . .	254
Litteratur . . . . .	255
 <i>Hefte 3-2014: Ernæring og erindring</i>	
<i>Kaare R. Norum</i> . . . . .	257
Forord . . . . .	263
Innledning . . . . .	269
 Del I Ernæring . . . . .	
Ernæringsmiljøet ved Universitetet i Oslo . . . . .	269
Johan Throne Holst (1868-1946) . . . . .	269
Asbjørn Følling (1888-1973) . . . . .	272
Ragnar Nicolaysen (1902-1986) . . . . .	272
Dosent – og senere professor – i ernæringsvitenskap . . . . .	281
Avdeling for kostholdsforskning legges til ernæringsmiljøet . . . . .	283
Undervisning og forskning ved Ernæringsinstituttet . . . . .	286
Aksjegaven fra Throne Holst ga nye muligheter . . . . .	289
Endringer – ikke bare til det gode . . . . .	294

Ernæringsforskning og kostholdsundersøkelser i Norge . . . . .	297
Ernæringsforskning . . . . .	297
Noen «norske» medfødte metabolske sykdommer («inborn errors») som kan helbredes eller bedres med et hensiktsmessig kosthold. . . . .	313
Noen tidlige kostholdsundersøkelser i Norge. . . . .	318
Norsk ernæringspolitikk . . . . .	322
Verdens matvarekonferanse . . . . .	327
Stortingsmelding om ernæringspolitikk. . . . .	329
Skolemåltid . . . . .	336
Folkehelsemeldingen . . . . .	340
Internasjonalt ernæringsarbeid. . . . .	345
FN-systemet: kontakter og oppdrag. . . . .	345
Helsearbeid og ernærings- og matforsyningspolitikk i Palestina . . . . .	349
Ernæringsarbeid i Jordan . . . . .	354
WHO's vekststudie . . . . .	355
Global strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse . . . . .	358
Videre arbeid med WHO's globale strategi. . . . .	363
Del II Erindring . . . . .	365
En faglig selvbiografi . . . . .	367
Nord-Norge-minner . . . . .	374
Sørpå igjen . . . . .	386
Seattle . . . . .	394
Kolesterol og hjerte- og karsykdommer . . . . .	398
Andre oppdrag og verv . . . . .	403
Et nytt Rikshospital på Gaustad . . . . .	408
Rektor for Universitetet i Oslo . . . . .	417
Grosch-selskapet . . . . .	428
Observatoriebygget . . . . .	428
Kulturhistorisk museum til Bjørvika . . . . .	429
Kulturskatter lagret i magasiner utilgjengelige for folk flest . . . . .	429
Striden om Universitetsforlaget . . . . .	430
Nytt Universitetsbibliotek – Georg Sverdrups Hus . . . . .	430
Jahre-formuen tilbake til Norge? . . . . .	432
Mjøs-utvalgets arbeid og innstilling og den etterfølgende stortingsmelding . . . . .	433
Budsjettpåvirkning . . . . .	436
Arealer, tomter og lokaler . . . . .	452
Internasjonale kontakter . . . . .	454
Anatomisk institutt og Schreiners samlinger av hodeskaller . . . . .	455
Etikk-programmet. . . . .	455
Daglige rutiner og livet i 9. etasje i Administrasjonsbygget . . . . .	456
Gaustadbekkdalen. . . . .	458
Funksjonell genomforskning – FUGE. . . . .	465

Videre arbeid med Forskningsrådet for å få konkretisert planene om en felles satsning for FUGE . . . . .	469
Møte hos statsminister Jens Stoltenberg 22. januar 2001 . . . . .	471
Møte hos statsminister Stoltenberg 30. januar 2001 . . . . .	472
Omorganisering av Veterinærhøgskolen (NVH) og Landbrukshøgskolen (NLH) . . . . .	475
Oslo Cancer Cluster og Innovasjonsparken . . . . .	478
Etableringen av Oslo Cancer Cluster . . . . .	478
Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI) . . . . .	482
 Velferdsstaten under press – ser vi de langsomme forandringene? <i>Steinar Westin</i> . . . . .	 495
 <i>Hefte 4-2014: De langsomme forandringer</i> Guds hjelpende hånd – presten som lege mot slutten av 1700-tallet <i>Merethe Roos</i> . . . . .	 501
 Transisjonsbegrepet og velferdsstaten <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	 516
 Raushet og velferdsstaten <i>Magne Nylenna</i> . . . . .	 530
 <i>Bokanmeldelse – Fint om folketrygden</i> <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	 538
 Lobbyvirksomhet i universitetspolitikken – to syn på samme virkelighet <i>Kommentarer</i> . . . . .	 541
 Forskning i stramme tøyler – fem års erfaringer med Helseforskningsloven <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	 546
 <i>Bokanmeldelse – Museum om hva for hvem – Norsk Teknisk Museum 100 år</i> <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	 550
 <i>Bokanmeldelse – Er du fargeblind?</i> <i>Øivind Larsen</i> . . . . .	 557
 <i>Bokanmeldelse – Nødvendig og grundig bok om helsetjenesten</i> <i>Øyvind Ness</i> . . . . .	 559
 <i>Michael</i> vol. 11, 2014, innhold . . . . .	 562

# *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