

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Bredde
og dybde

4/15



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.

Bredde og dybde

Michael 2015; 12: 367–8.

Dette – og andre – *Michael*-hefter er satt sammen ut fra en redaksjonell grunntanke om at medisin, helse og helsevesen er mye mer enn det man tenker på i første omgang. Det finnes alltid en *kontekst* som gir perspektiv og ettertanke.

Forrige utgave av *Michael*, hefte 3 for 2015, tok opp tidsdimensjonen ved dette og hadde hovedtittelen *Før og nå* (1). Et av de publiserte vitenskapelige arbeidene der var opprinnelig skrevet for mer enn 250 år siden, og viser at logisk tenkning og klar framstilling ikke er noe nytt (2).

Denne gang har vi valgt en annen dimensjon, nemlig vinklingen *bredde og dybde* (3). Det er ofte en nagende konflikt mellom trangen til å lære mer om alt det interessante som viser seg å være omkring det fagfeltet man kjenner best, og en usikkerhet om hvorvidt det man hører er og leser er dekkende, eventuelt representativt. Er den breddekunnskapen man får dyp nok? Skråsikker populærvitenskap er ofte irriterende nettopp på grunn av dette.

I det gamle København sa Nils Stensen (Nicolaus Steno) (1638-1686) i sin legendariske forelesning i Domus anatomica ved Københavns Universitet den 29. januar 1673: «Skjønt er det vi ser, skjønnere det vi vet, aller skjønnest det vi ikke vet.» (4). Denne grunnholdningen, den kildrende nysgjerrigheten overfor verden omkring, dragningen mot det spennende ukjente, er en basis for all kunnskapstilegnelse. Da må man møte verden med en kildekritisk holdning og ikke føres på avveie.

Merethe Roos presenterer i dette heftet ny kunnskap om både medisinsk undervisning og legerolle i Danmark og Norge (5). Hun har gått i dybden og trukket fram nytt materiale som få kjenner.

Av og til er det vi trenger mest, henvisninger til hvor vi skal lete videre for å lære mer, når vi leser eller hører om noe interessant. Da har vi f. eks.

behov for en litteraturoversikt, slik Stein A. Evensen gir om fjerne tiders egyptiske medisin (6). Gunnar Ridderströms artikkel om arkitekten og byplanleggeren Sverre Pedersen (1883–1971) handler om en person som hadde *før og nå* og *bredde og dybde* i tankene i sitt arbeid hele tiden, med varige resultater for de fysiske omgivelsene i store deler av Norge (7).

Eirik Joakim Tranvåg og medarbeideres artikkel handler om et helt moderne medisinsk problem. Det er en analyse av hvordan overordnede prioriteringsprinsipper, satt ut i livet i virkelighetens flora av ulike medisinske spesialiteter, fungerer (8). Ser aktørene egentlig til siden? Har de det fornødne breddesyn?

Hva om man kommer til Norge som utlending og trenger å lære både om *før og nå* og med *bredde og dybde* for å bli skikkelig integrert i det norske samfunnet? I norsk medisin har undervisning for utenlandske leger om *før og nå* og med *bredde og dybde* vært et smertensbarn. Tone Greve Gedde oppsummerer i så måte det nå nedlagte språkkurset i Oslo (9). Dets skjebne er en trist historie. Hvis noen fra ledelsen ved Universitetet i Oslo leser disse linjer og oppfatter dem som kritikk, var det meningen.

Litteratur

1. *Før og nå*. Michael 2015; 12: 253–359.
2. Struensee JF. Om det helseskadelige ved utilpasset kroppsbevegelse. Michael 2015; 12: 329–59.
3. *Bredde og dybde*. Michael 2015; 12: 361–452.
4. Kardel T. *Skønnest er det ukendte*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2002. (Anmeldelse: Holck P. Niels Stensen – en glemte vitenskapsmann. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1729.)
5. Roos M. Universitetsreformatoren, opplysningsmann og politisk rebell – Johann Friedrich Struensee, offentligheten og forslaget til reform av det medisinske fakultet i København 1771. Michael 2015; 12: 369–83.
6. Evensen SA. Praktiseringen av medisin på faraoenes tid. Michael 2015; 12: 404–15.
7. Ridderström G. Arkitekten og byplanleggeren Sverre Pedersen – hans rolle og betydning for en helsefremmende by- og stedsutvikling. Michael 2015; 12: 391–403.
8. Tranvåg EJ, Nygaard E, Norheim OF. Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere? Michael 2015; 12: 416–27.
9. Gedde TG. Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger 1983–2014. Michael 2015; 12: 431–47.

Øivind Larsen

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

Universitetsreformatør, opplysningsmann og politisk rebell – Johann Friedrich Struensee, offentligheten og forslaget til reform av det medisinske fakultet i København 1771

Michael 2015;12: 369–83.

Denne artikkelen tematiserer de såkalte trykkefrihetsskriftene som kom ut under Johann Friedrich Struensees regjeringsperiode i Danmark-Norge (1770–1772), særlig basert på hvordan to tekster fra denne samlingen drøfter legeutdannelsen og legens virke. Skriftene som er gjenstand for studier i artikkelen, kan ses som en respons på Struensees planer om å reformere Københavns Universitet i 1771, slik planene ble forsøkt gjennomført av Johann Ernst Gunnerus og Christian Berger. De aktuelle tekstene trekker dermed et politisk tema inn i en bred offentlighet. Tekstene framstår som tidstypisk dokumentasjon på et allment ønske om opplysning, og de bidrar til å legge grunnlag for debatt om hva legens virke og dermed legeutdannelsen skal være.

For *Michaels* faste lesere vil Johann Friedrich Struensee (1737–1772) nå være et kjent navn, ikke minst takket være interessen som ble rettet mot Struensees medisinske doktoravhandling i tidsskriftets forrige utgave.¹ Struensee kom til København som kong Christian VIIIs livlege i 1768. Han innledet raskt et forhold til dronningen, ble far til deres felles datter, og fungerte som Danmark-Norges reelle politiske leder i femten måneder i 1770–1772. Struensee provoserte mange både gjennom lederstil og politikk, og ble avsatt ved et kupp natten mellom 16. og 17. januar 1772. Etter en seks uker lang intens rettsprosess måtte han bøte med livet: I likhet med sin nærmeste medhjelper Enevold Brandt (1738–1772) fikk han hånd og hode kappet av på Østerfælleds rettersted i København 28. april 1772.

1 Veiersted, K. B., «Synet på fysisk aktivitet i doktoravhandlingen til Johan Friedrich Struensee: «Om det helseskadelige ved utilpasset kroppsbevegelse», *Michael* 2015;12: 317–328. Avhandlingen er også gjengitt i sin helhet i samme utgave av tidsskriftet, oversatt til norsk av Trygve Skomedal. Se *Michael* 2015;12: 329–59.

Struensees liv og virke har fascinert offentligheten helt fra hans samtid og fram til vår egen tid. Han er regnet som både en som misforstod de politiske forutsetningene i staten han tilkjempet seg makt over, og som en som selv har blitt misforstått i sine bestrebelser på å innføre opplysning og politiske reformer som ville komme alle til gode.² Hans liv er filmatisert og skrevet om i skjønnlitteraturen.³ I hans egen samtid ble hans virke diskutert i aviser og tidsskrifter over hele Europa, og hans påståtte omvendelse til kristendommen under rettssaken, ført i pennen av presten Balthasar Münter (1735–1793), oversatt til flere europeiske språk.⁴ Struensee har også lenge vært gjenstand for medisinhistoriske studier, for oss her hjemme nå sist i Kaj Bo Veiersteds artikkel som nevnt over. Veiersted støtter tidligere oppfatninger i det han holder frem Struensees medisinske doktorgradsarbeid som et verk preget av opplysningstiden, og dermed også som et arbeid som foregriper viktige aspekter ved vår egen tid. Forbindelsene til vår samtid er ikke minst gitt ved avhandlingens tema: I avhandlingsarbeidet gjennomgår han de fysiologiske og helsemessige effekter av fysisk aktivitet. Samtidig som at Struensees skriftlige arbeider reflekterer typiske opplysningstidsidéer, har han utvilsomt også, i forkant av at han kom til København, vært en dyktig praktiserende lege. Legevirksomheten i Tyskland i unge år førte ham til slutt inn i de innerste kongelige kretser i den danske helstaten – i rollen som den som skulle kurere kongens langt fremskredne sinnssykdom.⁵

I denne artikkelen skal vi se nærmere på noen av de konsekvensene Struensees tenkning fikk, blant annet for forståelsen av legeutdannelsen i Danmark-Norge. Mye har vært skrevet om Struensee, men mye er fremdeles

2 For eksempel på en som trekker frem hvordan Struensee misforstod den politiske tenkningen i den danske helstaten, se Laursen, J. C., «Spinoza in Denmark and the Fall of Struensee», in *Journal of the History of Ideas*, 61/2 (2000), ss. 189–202. For eksempel på en forfatter som mener Struensee har blitt misforstått, se Winkle, S., *Johann Friedrich Struensee. Arzt, Aufklärer, Staatsmann*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1989.

3 Filmen *En kongelig affære* (regi: Nicolai Arcel) gikk på norske kinoer 2012, mens den mest kjente skjønnlitterære fremstillingen er gitt av Per Olof Enquist i boken *Livlægens besøg* (2007).

4 For omtale av Struensees affære i utenlandsk presse, se for eksempel Roos, M., «Struensee in Britain. The Interpretation of the Struensee Affair in British Periodicals, 1772», i Krefting, E., Nøding, A og Ringvej, M., *Eighteenth Century Periodicals as Agents of Change: Perspectives on Northern Enlightenment*. Leiden: Brill, 2015, ss. 77–92. Når det gjelder Struensees omvendelse til kristendommen, trekker flere nåtidige forskere rettmessigheten av denne historien i tvil. Omvendelseshistorien ble beskrevet i Balthasar Münters *Bekehrungsgeschichte des vormaligen Grafen Johann Friedrich Struensee* (1772). Tvilen omkring denne historiens rettmessighet er relatert til manglende overensstemmelse mellom denne historien og Struensees øvrige uttalelser i forbindelse med rettergangen. I tillegg finnes det ikke andre kilder som støtter under Münters beretninger. Se Amdisen, A., *Struensee – Til nytte og fornøjelse. Helt eller skurk?* København: Lindhardt og Ringhof, 2012. Se også Glebe-Møller, J., *Struensees vej til skafottet. Fornuft og åbenbaring i Oplysningstiden*. København: Museum Tusulanums forlag, 2007, og Roos, M., *Enlightened Preaching. Balthasar Münter's Authorship 1772–1793*. Leiden: Brill, 2013.

5 Se Winkles arbeid som nevnt over, og Egill Snorrasons lille bok, *Johann Friedrich Struensee. Læge og Geheimstatminister*. København: Mölnlycke A/S sygehusavdelingen, 1968.

uskrevet, ikke minst relatert til det store kildematerialet knyttet til de såkalte trykkefrihetsskriftene. Disse ble samlet av juristen, historikeren og embetsmannen Bolle Willum Luxdorph (1716–1788) og utgitt i Struensees egen samtid. En av Struensees radikale politiske idéer var å oppheve sensuren, noe som førte til at en stor mengde ulike skrifter – om forskjellige temaer og i ulike formater – kom ut i det offentlige rom.⁶ Luxdorph, som selv var aktiv i prosessen med å få Struensee avsatt, utga svært mange av skriftene, til sammen over 900 pamfletter og små bøker, samlet i 46 bind.⁷

Trykkefrihetsskriftene diskuterte gjerne aktuell tematikk og var forfattet av skribenter fra mange lag av samfunnet. De er svært interessante som objekter for forskning, blant annet på grunn av tekstenes form. Ofte ble de skrevet som sarkastiske eller ironiske innlegg, og ofte hadde de også et vesentlig tilsnitt av humor.⁸ Andre igjen kunne holde en resonnerende og saklig stil på linje med det man kan forvente fra innlegg i offentlige debatter.⁹ Skrivefriheten ble også en av grunnene til Struensees fall. Det er en etablert forestilling innen historisk forskning at den åpne offentligheten som var en realitet under Struensees politiske maktperiode var noe av det som bidro til å velte ham som politisk leder. Ikke minst synliggjorde åpenheten anklager mot Struensee, hans idéer og hans virke.¹⁰

Uansett hva man måtte mene om Struensee og hans politikk, er det hevet over en hver tvil at han gjorde betydelige forsøk på å reformere offentlige institusjoner, herunder helsevesen, sykehus og universitetet. Alt skulle forbedres i henhold til opplysningstidens idealer og idéer: Folk flest skulle få et bedre liv, de skulle på alle måter bli mer selvstendige og uavhengige, og jevnt over skulle de også få økt kunnskap. Hva universitetsreformene angikk, ble denne ledet av den norske teologen og vitenskapsmannen Johann

6 Reskriptet som tilkjente borgerne full trykkefrihet ble undertegnet 14. september 1770.

7 Se Horstbøll, H., «Luxdorphs samling af trykkefrihetens skrifter 1770–1773, Bibliografi over samlingens 46 bind», i *Fund og Forskning*, bd. 44/2005, ss. 397–440, og Laursen, J. Ch., «Luxdorph's Press Freedom Writings: Before the Fall of Struensee in Early 1770s Denmark-Norway», i *The European Legacy*, Vol. 7, No. 1 (2002), ss. 61–77. I bibliografien gir Horstbøll en oversikt over mulig navn på forfatter, trykkeri og utgivelsesår for den aktuelle teksten. Tekstene fra Luxdorphs samling kom for øvrig i tillegg til artikler som var trykket i periodika som allerede eksisterte før Struensee kom til makten, og tekster som Luxdorph ikke fant verd å ta med inn i samlingen.

8 Se for eksempel teksten «Samtale imellem Kaffekanden og Thepotten samt Kammerpotten, Skrevet i Fryse-Maaneden», der kaffekannen, tepotten og kammerpotten diskuterer noe av det de har hørt blitt snakket om rundt bordene, og teksten «En splinter nye Samtale imellem Vindues-Ruden og Blyet til deres Nytte og Fornøjelse som kan læse og tænke», hvor vindusruten og blyet drøfter aktuelle filosofiske spørsmål. Begge er trykket i bind 15.

9 Eksempler på dette finner man i bind 10–12, ikke minst i de skrifter som angår etableringen av et universitet i Norge.

10 Se Laursen, J. Chr., «Spinoza in Denmark and the Fall of Struensee, 1770–1772», i *Journal of the History of Ideas*, 61.2 (2000), ss. 189–202. Trykkefriheten ble da også innskrenket av Struensee selv mot slutten av 1771. I et reskript av 7. oktober 1771 fratar Struensee skribentene retten til å være anonyme, enten gitt ved at boktrykkerens navn eller forfatterens navn står på tittelbladet.

Ernst Gunnerus (1718–1773), nært assistert av legen Christian Johan Berger (1724–1789). Struensee og Berger hadde, sammen med Georg Christian Oeder 1728–1791), stått sammen om å få Gunnerus til København sommeren 1771 for å utarbeide en plan for å endre universitetet. Berger var professor i obstetikk ved Københavns Universitet og legen som forløste dronningens barn, mens Oeder, som også var legeutdannet og som kjente Gunnerus fra før, hadde viet seg til botanikken og utarbeidet klassifiseringsverket *Flora Danica* (påbegynt 1761).¹¹

Potensielle endringer av universitetet ble også diskutert utenfor det politiske maktapparat, slik det går frem i flere skrifter trykket i Luxdorps samlinger. Det er nettopp noen av disse skriftene vi skal studere her, og da spesielt to tekster som angår legens funksjon og legeutdannelsen. Skriftene fra Luxdorps samlinger setter på en måte de politiske temaene fra Struensees maktperiode på offentlighetens agenda; de blir en opinion som øker presset i forhold til makthavere og myndighet. Tekstene åpner et offentlig rom som på mange måter i praksis aldri blir lukket igjen, selv om strenge sensurbestemmelser gjeninnføres etter at den konservative teologen Ove Høegh-Guldberg overtar makten.¹² Samtidig synliggjør de at reformene ikke bare er av akademisk interesse. Reformene gjennomføres også for å heve levestandard og for å komme samfunnsproblemer i møte. De er tidstypiske tekster som speiler opplysning, og som bringer opplysningen ut til et lesende og debatterende publikum.

Artikkelen skal heretter følge i tre deler: I en innledende del vil jeg gi et kort *sammendrag av universitetsreformen*, og legge særlig vekt på reformen av det medisinske fakultet. Dernest vil jeg se på *offentlighetens reaksjoner* på dette, slik disse er gitt i trykkefrihetsskriftene. De to tekstene som vil bli gjenstand for nærlesing, tematiserer på hver sin måte hva en god lege skal være. Gjennom dette retter de også søkelys på legeutdannelsen. Artikkelen avsluttes med en kort *oppsummering* som setter tekstene inn i en bredere opplysningskontekst.

11 I følge J. P. Collett hadde Oeder vært involvert i det innledende arbeidet med universitetsreformen, men stått mer i bakgrunnen når det kom til den endelige utarbeidelsen. Se Collett, J. P. «Johan Ernst Gunnerus as a University Reformer of the Enlightenment», i *Det Kongelige Norske Videnskabs Selskabs Skrifter* 2011 (2), s. 32.

12 Et nytt sensurreskript gjeninnføres 20. oktober 1773. Dette blir juridisk sett gjeldende til 1799, selv om Andreas Peter Bernstorff, som er reell politisk leder i Danmark-Norge mellom 1784 og 1797, praktiserer en svært tolerant politikk i forhold til hva som kommer på trykk.

Struensee som universitetsreformatør

Struensees planer for å endre universitetets struktur kan ses inn i de forsøk på å modernisere universitetsutdannelsene som var påbegynt av den danske stat noen tiår før Struensee kom til makten. Disse moderniseringsforsøkene skriver seg tilbake til fundasen av 1732. Dette var den første gjennomgripende reform av Københavns Universitet siden 1539. Fundasen av 1732, som innebar endringer av sentraladministrasjonens funksjon samt tiltak som skulle forbedre universitetets faglige standard, førte til en rekke diskusjoner i de påfølgende tiår.¹³ Imidlertid var det først med Struensees reformplaner i 1771 at man så pretensjoner om omfattende forandringer av universitetet.¹⁴ Disse endringene speilet typiske opplysningsidéer, der fornuft og rasjonalitet dominerte på bekostning av religiøsitet, tro og kirkeliv. Som John Peter Collett har påpekt, omfattet reformplanen en total forandring av universitetets organisasjon, finansiering og læreplaner. I tillegg innebar reformplanene at universitetet også ville innta en ny rolle i samfunnet.¹⁵

Den mest radikale strukturelle endringen i 1771 dreiet seg imidlertid primært om en reorganisering av fakultetene, og sekundært om en endring av universitetets karakter som vitenskapelig institusjon. Etter reformasjonen i 1536 hadde Københavns Universitet blitt organisert i henhold til Philip Melanchtons (1497–1560) prinsipper for et protestantisk universitet, med det teologiske fakultet som organisasjonens midte.¹⁶ Universitetets fremste mål var dermed å utdanne prester, og presteutdannelsen foregikk i henhold til skolastiske prinsipper, med Bibelen som normativ autoritet. Det teologiske fakultet var også overordnet de andre fakulteter, og hadde myndighet til å regulere hva som ble undervist der. I løpet av det 18. århundre ble imidlertid teologiens plass i universitetssystemet, så vel som i samfunnet for øvrig, svekket. Dette var ikke minst forårsaket av bevegelser innenfor den protestantiske teologien selv, der bibelkritisk filologi i økende grad gjorde seg gjeldende som fortolkningsparadigme. Samtidig begynte samfunnet i generell forstand å stille spørsmål ved rettmessigheten av de overleverte trossannheter. I Tyskland så man også en etablering av en ny type universiteter fra slutten av det 17. århundre, der det juridiske fakultet ble tilkjent status på linje med det teologiske. Med dette ble teologien sideordnet med andre fag, og studentene tilkjent økt grad av akademisk frihet.

13 Se Ellehøj, S., Grane, L., og Hørby, K., *Københavns Universitet 1479–1979*, bd. 1: «Almindelig Historie, 1479–1788» København: G. E. C. Gads forlag (1991). Kapittelet om fundasen av 1732 og reaksjonene frem mot 1788 er skrevet av Birgit Løgstrup, ss. 315–539.

14 Forslaget om reform av universitetet ble forelagt kabinettstyret 4. januar 1771. Se Hansen, H. *Kabinettsstyrelsen i Danmark 1768–1772*, vol. 1. København: Rigsarkivet (1916), s. 215.

15 Collett (2011), ss. 23–62.

16 Se Ellehøj, Grane og Hørby (1991), ss. 79–157.

For opplysningsmannen Struensee, som i samtiden ble beskyldt for å være Spinozist og som var en nidkjær beundrer av den franske legen og ateisten Julien Offray de la Mettrie (1709–1751), fortonet tanken om et teologisk fakultet som privilegert i universitetssystemet seg som meningsløs.¹⁷ Teologien kunne ikke lenger dominere de andre universitetsfagene; presumptivt sikker viten måtte erstatte troens domene. I forarbeidene til universitetsreformen, som var utarbeidet av Struensee, Berger og Oeder før Gunnerus ankom den danske hovedstaden, hadde de tre medisinerne derfor sidestilt det teologiske fakultet med de andre fakulteter på nesten alle områder.¹⁸ Teologen Gunnerus aksepterte likestillingen mellom fakultetene, og anførte i tillegg en rekke andre forslag om endringer av universitetets struktur og oppbygning.¹⁹ Blant disse talte en original idé om å gjøre Københavns Universitet om til primært å være en institusjon for utdanning av spesialiserte forskere. Samtidig førte han et i pennen et konkret forslag om et eget universitet i Norge. Utarbeidingen av endringer ved det medisinske fakultet overlot han imidlertid til Christian Berger.

Bergers plan for å reformere det medisinske fakultet ble fyldig omtalt av Jul. Petersen allerede i 1891.²⁰ I sin artikkel henviser Petersen til et promemoria fra Berger til Struensee, som ble skrevet i forbindelse med planene for endringene av fakultetet. I dette promemoriaet redegjør Berger i detalj for hvilke forandringer han ser for seg.²¹ Promemoriaet bærer preg av Struensees utålmodighet i forhold til å få endringer gjennomført, hevder Petersen, og følgelig fremstår de uten en nøye gjennomtenkt plan.²² Ikke desto mindre kan det, slik Petersen fremstiller det, ses inn mot opplysningstidens økte

17 Flere av skriftene i Luxdorphs trykkefrihetsskrifter beskylder Struensee for å være Spinozist, se Laursen (2000). Spinoza var kjent som samtidens største heretiker.

18 Det var kun i to henseende at det teologiske fakultet hadde en privilegert posisjon. Dette gjaldt for det første under seremonier, der det teologiske fakultet skulle lede an. Dernest skulle også *professor primarius* ved teologiske fakultet automatisk tilkjennes rollen som universitetets viserektor, og dermed også den som var oppnevnt av regjeringen for å holde oppsyn med universitetet. Se Collett (2011), s. 39.

19 Blant disse var planene om å opprette et universitet i Norge. Se Andersen, H. W., Brenna, B., et.al., *Aemula Lauri. The Royal Norwegian Society of Sciences and Letters. 1760–2010*. Sagamore Beach. Ma.: Science History Publications (2009), ss. 16–19. Collett ser for øvrig endringsforslagene i relasjon til Immanuel Kants *Der Streit der Fakultäten*, fullført i 1798, men på skissestadiet allerede fra 1770. Som Kant ønsker Gunnerus ikke bare å løsrive de ulike fagene fra teologi, de skal også gis full autonomi som uavhengige kunnskapsfelt og tilkjennes egen intern jurisdiksjon. Se Collett (2011), s. 51.

20 Jul. Petersen, «Om lægen Christian Johann Berger», *Historisk Tidsskrift*, Bind 6. række 3, (1891–1892), 1, ss. 339–432.

21 I følge Petersen er dette promemoria datert 21. november 1771. Collett påpeker imidlertid at dette må være feil, og at det angjeldende promemoria må være skrevet etter at Gunnerus hadde skrevet sin endelige rapport i desember 1772. Se Collett (2011), s. 61.

22 Petersen (1891), s. 396.

fokus på folks sunnhet og helse. Og for å forbedre folks helse måtte man også ha dyktige leger.

Et større offentlig ansvar for borgernes helse hadde vært en del av helstatens politiske program allerede i flere tiår før Struensee kom til makten. Den sosiale situasjonen i København kan synliggjøre behovet for offentlig innsats: Gjennom hele 1700-tallet økte andelen fattige i den danske hovedstaden, og i takt med opplysningens fremvekst økte også de offentlige bestrebelsene på å komme situasjonen i møte.²³ I 1757 ble Det Kongelige Frederiks Hospital opprettet i København på initiativ av Adam G. Molkte (1710–1792).²⁴ Hensikten med opprettelsen av dette hospitalet var å hjelpe ubemidlede syke, samt å forbedre undervisningen i de medisinske fag. København skrev seg dermed inn i det som var en trend for europeiske universitetsbyer. Flere steder på kontinentet hadde man lignende stiftelser som kombinerte sykehusdrift rettet mot fattige og syke med klinisk opplæring av leger. I instruksen for hospitalets første medicus var det da også i detalj beskrevet hvordan undervisningen av legestudentene skulle foregå. Det skulle holdes klinisk undervisning en gang i uken, med opplæring i patologi, sykdommenes etymologi, farmakologi og menneskers temperamenter samt opplæring i hensiktsmessig og økonomisk bruk av de ressurser man hadde til rådighet.²⁵ Etter opprettelsen av Frederiks Hospital fulgte raskt etableringen av andre institusjoner. Som det første av disse ble Almindeligt Hospital, Københavns første kommunale sykehus, stiftet i 1764 og innviet som pleiestiftelse fem år senere. Også her foregikk det klinisk undervisning av leger.

Christian Bergers reformplaner tematiserer først og fremst strukturelle forhold ved det medisinske fakultet. I følge Petersen retter han innledningsvis søkelys på personalets sammensetning og på den medisinske eksamen.

23 Henningsen, P., *Patrioter og fattigfolk. Fattigvesenet i København ca. 1500–1850*. København: Københavns statsarkiv og Københavns kommune (2005), s. 67. Kapittelet om fattigvesenet mellom 1770 og 1840 er skrevet av Keld Mikkelsen.

24 Opprettelsen av dette sykehuset må ses i sammenheng med den kulturelle offensiv og de forsøk på å sette København på det europeiske kartet som ble gjennomført under Johan Hartvig Ernst Bernstorffs (1712–1772) regjeringsperiode mellom 1750 og 1770. Bernstorff og hans nærmeste politiske medarbeider, overhoffmarskalk Adam Gottlieb Molkte, hadde ambisjoner om å gjøre København til en europeisk metropol og å sette Danmark på verdenskartet. De iverksatte derfor en rekke politiske tiltak for å sikre at dette kunne gjennomføres. Blant disse var ideen om å invitere kunstnere til å bosette seg i byen, og å gi de lønn på statens bekostning. Samtidig initierte de vitenskapelige ekspedisjoner, som den store botaniske og zoologiske ekspedisjonen til Arabia i 1761. De tok også initiativer til prosjekter som skulle fremstille Danmarks historie. Dette resulterte i en bok av Paul Henri Mallet i 1755 (*Introduction à l'Histoire de Dannemarc*). Se Fældbæk, O., *Den lange fred 1700–1800*. København: Gyldendals forlag (1998), ss. 155–256.

25 Ellehøj, S., Grane, L., og Hørby, K., *Københavns Universitet 1479–1979*, bd. VII: «Det lægevidenskabelige Fakultet» (Melchior, J. C., Andreasen, E., Brøchner-Mortensen, K., Gjedde, A., Møller-Christensen, V., Trolle, D. (red.)), København : G. E. C. Gads forlag (1979), s. 68.

Dette, hevder han, er forhold som ikke er tatt opp i Gunnerus' reformplaner. Berger foreslår navn på aktuelle kandidater til stillinger ved fakultetet, og kommer med innspill til hvor mye de skulle tjene. Derne st kommer han også med forslag til hvordan den medisinske eksamen skal gjennomføres. Det skulle avholdes to typer eksamener: den sedvanlige medisinske eksamen, samt en eksamen for ikke-akademikere. I tillegg skulle det avlegges en ved Kgl. Frederiks hospitals medisinske og kirurgiske avdelinger.²⁶ Berger omtaler også den nylig gjennomførte fattigdomsforordningen i positive ordelag. Fattigdomsforordningen innebar blant annet en reorganisering og sentralisering av fattigvesenet, hvor en sentral pleieanstalt skulle erstatte de tre eksisterende institusjoner: Vajsenhuset, Opfostringshuset og Almindeligt Hospital.²⁷ Forordningen fastslo at de fattige hadde rett og plikt til å arbeide, og at staten skulle legge til rette slik at flest mulig kom seg i arbeid. Staten skulle også sørge for legehjelp til dem som var arbeidsudyktige på grunn av sykdom, og Berger var selv tiltenkt posisjonen som lege ved den nye pleieinstitusjonen. Utover disse spesifikasjonene for det medisinske fakultet gir Berger uforbeholden støtte til Gunnerus' planer om endringer av universitetet. I tillegg kommer han inn i følge Petersen inn på forhold som ikke angår universitetet overhodet.²⁸

Struensees planer for reform av universitetet, slik disse gjennomføres av Gunnerus og Berger, må i overordnet forstand ses som et prosjekt i opplysningens  nd. Dette prosjektet vil forbedre og modernisere fakultetene, ikke minst slik at kunnskap og sikker viten blir sidestilt med fag som forvaltet religiøs tro og dogmatiske læresetninger. Når det gjelder endringsforslagene for det medisinske fakultet, handler dette primært om forslag til strukturelle forandringer. Ikke desto mindre bidrar de til å synliggjøre samfunnets tiltagende behov for en omfattende og solid legeutdannelse. Legen hadde en sentral rolle i det samfunnsomgreipende opplysningsprosjektet, både i kurativ forstand så vel som en som kunne bidra til å forebygge sykdommer.

De offentlige reaksjoner. Luxdorps trykkefrihetsskrifter

De offentlige reaksjonene i etterkant av forslaget til universitetsreform lot ikke vente på seg. Det er mange av dem, og de fyller over ett bind av Lux-

²⁶ Petersen (1891), s. 399.

²⁷ Engelhardt, J: *Borgerskab og Fællesskab. De patriotiske selskaber i den danske h lstat 1769–1814*. København: Museum Tusulanums forlag (2010), ss. 167–168.

²⁸ Petersen anforer her Bergers støtte til forslaget om å gjøre Langeb k til kongelig bibliotekar, i tillegg til at han anbefaler å gi Gunnerus tillatelse til å omdanne vitenskapenes selskap. Samtidig kommenterer han gasjer til professorer ved andre fakultet ved det medisinske. Petersen (1891), s. 399.

dorphs trykkefrihetsskrifter.²⁹ Skriftene kommer i møte med Gunnerus' forskjellige forslag, derunder ikke minst forslaget om å opprette et eget universitet i Norge.³⁰ De diskuterer også eksamensform, fakultetenes forhold til hverandre, oppbygningen av de ulike studier, en felles innledende eksamen for alle studenter, professorenes arbeidsvilkår og lønninger i tillegg til en rekke andre forhold som Gunnerus har gjort til kjenne i sin plan. Hva angår reformen av det medisinske fakultet og behovet for endring av legeutdannelsen, er det to av skriftene som særlig er interessante. Det ene av disse diskuterer først og fremst konkrete forslag til endringer av det medisinske fakultet, mens det andre drøfter hva en lege skal være og ikke skal være. Med dette drøfter denne teksten også indirekte legeutdannelsens viktigste oppgaver.

Legevitenskapens tilstand

Teksten *Ortophili tanker over Lægevidenskabens nærværende og nødvendige Forbedring i Dannemark og Norge*, er publisert 19. oktober 1771 og i følge Henrik Horstbøll skrevet av Rudolph Buchhave (1737–1796).³¹ I denne artikkelen er forfatterens viktigste anliggende å forklare hvorfor og hvordan legestudiet må endres.³² Han understreker innledningsvis legens nøkkelposisjon i samfunnet: folks helse er det offentliges ansvar, påpeker han, likeledes som at sunnhet og god helse blant folk flest på sin side kan bidra til å sørge for statens velstand. I tillegg til sin kurerende virksomhet er legene også viktige for opplysning av folk flest. De er i stand til å drive med forebyggende arbeid og til å gi råd som vil gavne samfunnet. Legekunsten kunne gi grundige forklaringer på «Skabelsen, Opholdelsen, de Bibelske Sygdomme, aandelige Anfægtninger og Siele-Virkninger», og det kunne også gi gode regler for «Ægte-Standen, Børneopdragelsen, Kirketugt o.s.v.».³³ Legeutdannelsen var dermed svært viktig i universitetssystemet, og også grunnleggende i forhold til alle andre vitenskaper. De medisinske patrioter burde dermed bestrebe seg på å ta ordentlig tak i medisinerutdannelsen,

29 Hele bind 12 er viet universitetsreformen, mens man også finner enkelte pamfletter samlet i bind 10.

30 Av til sammen 20 tekster i dette bindet tematiserer bind seks opprettelsen av universitet i Norge.

31 Skriftet er anonymt utgitt, men det oppgis at teksten er trykket av Paul Herman Höecke. Skriftet følger dermed det to uker gamle reskriptet som pålegger forfatterne åpenhet i forhold til enten å oppgi forfatterens navn eller dets utgiver. Dersom forfatteren er Rudolph Buchhave dreier dette seg om en meget skrivefor lege og spesialist i botanisk medisin. Buchhave, som på dette tidspunktet arbeidet ved Sorø Akademi, blir i samtiden særlig kjent for sine studier om nellikroden, som han mener har febernedsettende egenskaper. Dette fører han etter hvert inn i en litterær strid med Johann Clemens Tode i tidsskriftet *Nye Sundhedstidende* i 1781.

32 Bolle Willum Luxdorph, *Trykkefrihedens Skrifter*, bd. 10. Teksten er relativt omfattende, 48 sider.

33 *Ortophili tanker over Lægevidenskabens nærværende og nødvendige Forbedring i Dannemark og Norge* ss. 4–5.

påpeker han, og for å hjelpe de på vei, vil han selv komme med noen forslag til hvordan dette skal skje.

Skribenten deler deretter opp sin artikkel i to deler, der første del er om den beskuende, altså den teoretiske, legevitenskapen, mens andre del omhandler legens kliniske praksis. Hva den teoretiske legevitenskapen angår, innleder forfatteren med et forslag om å effektivisere studiet. Det er slett ikke nødvendig, mener han, at studentene må oppholde seg ved det medisinske fakultet i åtte til ti år før de avlegger den endelige eksamen. Dette gjør man ikke ved utenlandske institusjoner, og det er dermed ingen grunn til at man ikke også skal kunne korte ned på studietiden i København. Et eksempel på en disiplin hvor man kan gjøre opplæringen mere effektiv er undervisningen i anatomi, som forfatteren definerer som en av grunnpilarerne i legenes utdanning. Her har foreleserne ved Københavns Universitet vist seg å være usedvanlig ineffektive: «ikkuns aarlig høres en til toe af dens Deele, og 3 til 4 Aar gaae bort, inden man med alle Deelene komme til Ende». Det er ingen grunn til å trekke dette over så lang tid, mener han: Undervisningen i anatomi burde effektivt kunne gjennomgås på to år.³⁴

Tekstforfatterens andre forslag når det gjelder den teoretiske legevitenskapen, går ut på å flytte det medisinske fakultet ut av byen.³⁵ Han anfører flere årsaker til at et slikt grep kunne være fordelaktig. For det første ville ikke studentene bli fristet av de mange forlokkende muligheter som fantes i storbyen, som for eksempel Københavns «friere levemaade» og mange selskapeligheter. Dette var distraksjonsmomenter som dro studentenes oppmerksomhet bort fra det de egentlig skulle konsentrere seg om. I København var også lærerne alt for opptatt med eget klinisk virke: «Naar en Lærere bliver fra Morgen til Aften kaldet fra en Syg til en anden; saa er det naturligt, at han enten alldeles maae afstaae fra Forelæsning, eller og, da han i disse Forretninger ikke kan tænke paa andet, end de forekommende Gienstande; saa faaer han megen liden Tiid til at berede sig til Forelæsningen».³⁶ For å hindre et slikt dobbeltvirke burde lønningene for de medisinske professorene ved universitetet være av et slikt omfang at det ville være mulig å underholde en familie for det man tjente. Professorlønnen burde dermed

34 Ibid., ss. 8-9.

35 Dette forslaget gjenspeiler andre innlegg i Luxdorphs samlinger som angår universitetsdebatten, der det foreslås å legge hele universitetet utenfor København. Forfatteren av *Raisonnemens over Københavns Universitet Af Forfatteren af Upartisk Undersøgelse om de Academiske Examina ere Videnskaberne og Lærdommen til Gavn eller Skade*, anfører det at universitetet er anlagt i København for å være en mangel. Han henviser igjen til et av Københavns mange tidsskrift, Jacob Badens anmeldermagasin *Kritisk Journal* for 1771, s. 76, der dette også skal være gjort til et tema. Forfatteren i Luxdorphs samlinger siterer sågar også *Kritisk Journal* i denne sammenheng. Se Luxdorph bd. 12.

36 Ibid., s. 11.

ikke være mindre enn 1000 riksdaler årlig.³⁷ Forfatteren innrømmer imidlertid at det å flytte medisinstudiet ut av byen også vil kunne by på problemer: Den anatomiske vitenskap forutsatte at det var nødvendig tilgang på døde kroppar til studiebruk. Det var dermed om å gjøre at det medisinske akademiet lå i nærheten av et hospital eller et tukthus, som kunne sørge for at tilgangen på legemer til studiebruk var tilfredsstillende.³⁸ Samtidig hevder forfatteren at det vil være mest tjenlig at et slikt akademi ble anlagt i en kystby, og påpeker samtidig at de anførte forhold også vil gjelde for et eventuelt universitet i Norge. Dersom man gjennomfører disse endringene, mener forfatteren at man vil oppleve rik tilstrømming av utenlandske studenter, i tillegg til at man vil se økt søkning av studenter fra Norge og Danmark. Dette kan også forhindre at man er nødt til å hente inn utenlandske leger til klinisk tjeneste i helstatens avsidesliggende strøk.

I forhold til den utøvende legeskunsten er forfatteren mest opptatt av å sikre at leseren får en forståelse av legevitenskapens særegenhet og fortrefelighet. Samtidig vil han forhindre at kvakksalvere av ulike slag får slippe til som behandlere av de sykdommer som måtte ramme befolkningen. Og begrepet kvakksalvere omfatter i denne sammenheng også kirurger. Dette er også kunnskap som må ut til folk flest, påpeker han, og viser til at forskjellen mellom leger og kirurger er ukjent for allmuen. For en kirurg er overhodet ikke en lege, selv om han i mange tilfeller utgir seg for å være det, og til alt overmål også blir behandlet slik av omgivelsene.³⁹

Forfatteren bruker mye plass på å understreke at kirurger ikke må tilkjennes samme status som legen, på å vise at de ofte fremviser lav moral og

37 Dette beløpet er ikke spesielt høyt sett opp mot andre yrker i samtiden. Til sammenligning var Balthasar Münter i følge historieprofessoren Laurids Engelstoft (1774–1851) honorert med 4000 riksdaler for oppgaven med å omvende Struensee året etter at dette skriftet trykkes. Dette beløpet var 1/3 mer enn hva en general i hæren kunne forvente å få i årslønn. Se Glebe-Møller, J.: «To oversete optegnelser om Struensee og Münter», København: *Kirkehistoriske Samlinger* (2009), ss. 303–306.

38 «Der maatte altsaa ved Academiets Anlæg sees paa, at en nødvendig Deel af døde Legemer kunde have til Anatomiekammeret, baade paa den Tiid, da man kan betiene sig af dem, og saa ofte man behøvede dem; thi ellers vilde Akademiet tabe meget, baade af Nytte og Anseelse. Et nærliggende Tugthus og Hospital borttog denne Vanskelighed, naar det tillige var overflødig paa Lemmer». Ibid., s. 14.

39 «Man ser jo Vundlægerne og andre Fuskere i Lægekunsten, at være antagne baade hos smaae og store Folk, Lærde og U lærde, baade i ind- og udvortes Sygdomme, ligesom de hertil havde de største Rettigheder og Privilegier». Ibid., s. 20.

Ved Københavns universitet tas den kirurgiske utdanning tas opp som en del av den medisinske utdanning først i 1837. Se Melchior, Andreasen, Brøchner-Mortensen, Gjedde, Møller-Christensen og Trolle (red.) (1979), s. 92.

at de tar seg til rette og utnytter sine pasienter.⁴⁰ Til støtte for sine argumenter om de to profesjonenes faglige ulikhet viser han til den «lærde Zimmermann» og den «grundige Tissot», hvor man hos disse «vil finde de overtydenste Beviiser af oven anførte». Det er derfor å ønske, fortsetter han, at det «burde sættes Grændser for enhver især, saa at Vundlæger, Lægedomskræmmere, Barberer og Badere kunde blive hver ved det, de havde lært, og ikke ustraffet fornærme Lægerne eller hinanden indbyrdes».⁴¹ Forfatteren tegner deretter opp en liste med grupper av ulike kvakksalvere som han mener fornærmer legen og legekunsten, og som det er viktig at folk flest har kjennskap til. Denne listen er helt klart ordnet etter rang. I den første klasse finner man regiments- og divisjonsfeltsskjærere, i andre klasse finner man stadskirurger, andre typer kirurger og barberere, mens man i den siste klasse finner «Lægedomskræmmere, Badere, Jordemødre, Quakksalvere, Markskrigere, Omløbere, kloge koner og Signekiærlinger». Denne siste gruppen står så langt fra det legevitenskapen driver med at det burde være forbundet med de strengeste straffer dersom disse påberopte seg å drive med den utøvende legeskunst, påpeker forfatteren.

Et viktig bidrag for å forhindre at slike personer kommer til som behandlere i det offentlige rom vil være å forbedre studentenes kliniske utdanning, fortsetter han. På denne måten ville de få innsikt i og kunne behandle en rekke av de sykdommer som nå lå under kirurgenes arbeidsfelt. Den eksisterende praksis ved Kgl. Frederiks hospital må anses for å være for begrenset, og det beste ville være om studentene kunne få være med leger på sykebesøk. Dette ville gi en god innføring i sykdomslære: blant allmuen forekom de «mest mærkverdige Sygdomme», og om legestudentene fikk kjennskap til disse, ville det uten tvil berike den medisinske vitenskap. Samtidig vil det være viktig å offentliggjøre mer fra den behandling som foregår ved Kgl. Frederiks hospital.⁴² Dette er «en offentlig stiftelse til almindelig Nytte», og kunnskap derfra burde kunne brukes i opplysnings-

40 «Ligesom Vundlægerne have taget sig den Frihed at bestyre Folkets Helbred og Liv; saaledes synes de fleste ogsaa at ville herske over deres Pung. Man seer ikke sielden med Beundring deres ublue Regninger paa det, de kan have forrettet, at være af den Beskaffenhed, saa man snart maatte falde paa den Tanke, at Almuen skulde af disse Mennesker tilkiøbe sig Livet». Ibid., s. 38.

41 Ibid., ss. 21-22. Med henvisningen til Tissot og Zimmermann viser forfatteren til to av samtidens mest kjente sveitsiske leger, Johann Georg Zimmermann og Auguste Tissot.

42 «Havde Lægerne meere at forrette iblandt Almuen, hvor de mest mærkverdige Sygdomme forekomme, saa vilde vi uden Tvivl see vores Videnskab aarlig beriiget med vigtige Bemærkelser, som naa bliver skiulte under Vundlægerens Vankundighed, hvilke vel kan see de Syge; men ikke alertiider Sygdommen, hvorpaa det dog egentlig komme an. – Skulde man under den nærværende medicinske Forfatning kunde vente sig noget Viktigt af saadanne lagttagelser; saa maatte man have der fra vores Friedrichs Hospital, som de Syges og Elendiges almindelige Tilflugtsstæd. Hvorfore bliver det da ikke offentlig bekiendtgjort, hvad vigtigt herinde kan forekomme?» Ibid., ss. 33-34.

øyemed. I dette henseende har man kommet vesentlig lenger i nabolandet Sverige, slik som man også har i andre land, påpeker han.

Avslutningsvis i skriftet kommer også forfatteren inn på forhold som ikke angår legeutdannelsen direkte: Det bør for det første innføres en ny medisinalforordning, ettersom den daværende var nesten hundre år gammel, full av mangler og burde forenkles. For det andre bør det opprettes koppe-innpodningsanstalter på landet. Forfatteren kommer i denne sammenheng med konkrete forslag til hvordan dette skal kunne skje: Det bør «bygges eller udsøges tvende Huuse i hvert andet eller tredie Amt i en og samme Bye; dog hver Bygning for sig adskilt: Det ene maatte være Bereedelses-Huset, og det andet Indpodnings-Huuset».⁴³ Til disse husene burde barna komme så tidlig som mulig for å bli innpodet, helst ikke mer enn to-tre dager gamle. Når virkningene av dette blir kjent blant mødrene, antar forfatteren at denne praksis vil bli alminnelig antatt.

Leger og kvakksalvere

Den andre teksten vi skal se på her, *Philantropos om Quaksalvernes Skadelighed i en Stat, Tegn hvorpaa man kan kiende dem fra de Sande Læger, og middel til at utrydde dem*, omhandler ikke direkte legeutdannelsen, men tematiserer forskjellen mellom en lege og en medisinsk sjarlatan. Teksten er skrevet i en latterliggjørende og sarkastisk tone, og den gir i så måte et typisk eksempel på den tonen som ofte preget trykkefrihetsskriftene.⁴⁴ Kvakksalverne i legekunsten kan beskyldes for de fleste samfunnsønder, mener forfatteren, og lister opp noen av dem: misbruk av kaffe og te, fråseri, drukkenskap, veneriske sykdommer så vel som kopper. Mot dette «fuskervæsenet i Lægekunsten» ser forfatteren det som sin oppgave å advare: «Da nu den Skade, som disse Fuskere gjøre, og som Publicum bør tage sig i Agt for, er mig mere end noksom bekiendt, saa befaler Menneskekiærligheden mig, at advare det om den Skade det iler til, i det det overlader helsen og Sundhed til dette Afskum af Læger, ja til den første, som fraaer det Indfald, at give sig ud for en Læge, da dog det samme Publicum giver sig den største Umage for at opspørge den beste Skomager, Skreder eller Skoflikker i hele Byen, naar de behøver den. Livet derimod, Sundheden, de dyrebareste Ting paa Jorden, agte de saa ringe».⁴⁵ Legeutdannelsen gir den

⁴³ Ibid., s. 47.

⁴⁴ I tillegg til å komme med allmenne og generelle råd om hvordan man skal skille en ordentlig utdannet lege fra en sjarlatan, er det klart at forfatteren har en bestemt person i tankene. Denne personen er referert til som «Doctor Zer O***». I Horstbølls bibliografi er for øvrig ikke forfatteren oppgitt, men teksten er trykket hos I. Rudolph Thiele.

⁴⁵ *Philantropos om Quaksalvernes Skadelighed i en Stat, Tegn, hvorpaa man kan kiende dem fra de Sande Læger, og middel til at utrydde dem*, s. 5.

kunnskap som gjør at en lege blir i stand til å behandle en pasient på riktig måte. En lege med ordentlig skolering vet hvordan man skal hjelpe og understøtte den sykes natur. I de tilfeller hvor sykdommen har kostet pasienten livet til tross for at han har vært behandlet av en lege med universitetsutdannelse har sykdommen vært mektigere enn middelet, påpeker forfatteren, med referanse til Ovids *Ex Ponto* (interdum plus valet arte malum). Hos dem som derimot dør under oppsyn av en kvakksalver, har middelet derimot bidratt til å forsterke sykdommen.

Forfatteren angir deretter en rekke tegn hvorpå man kan kjenne en fusker fra en ordentlig utdannet lege. For det første kan man se det. Fuskeren går rundt med «stads og pragt i Klæder, hvorved de søger at forhøye deres Værd», i tillegg til de har latt seg «pine under en Haarskiæreres Tang, for at faae sit Haar opsat». Den legeutdannede ter seg derimot redelig og skikkelig, både i klesveien og i fremtoning for øvrig. For det andre vil en legeutdannet kritisk etterprøve sin vitenskap. Dette står i motsetning til sjarlatanen, som tror han vet alt og er langt dyktigere enn andre, og som skryter og praler av alt han har fått til. Samtidig vil en sjarlatan foreskrive en rekke medikamenter som de lærde vet at ikke har effekt, også medisiner han har funnet opp selv.⁴⁶ I tillegg eier han ikke moral: med makt forsøker han å innynne seg hos syke som ikke har søkt denne såkalte legens råd. For å avsløre slike fuskere bør det medisinske fakultet inn i bildet, mener forfatteren: Man bør «lade ham overhøre af det Medicinske Fakultæt, som dog bør have Omsorg for Menneskenes Sundhed, om han er dyktig til at være Læge, eller ikke, og naar hans Uvidenhed er aabenbaret, rent forbyde ham Praxin».⁴⁷ Samtidig mener han at hovedstadens aviser burde oppgi behandlende leges navn i tilknytning til dødsannonsene. På denne måten ville man, i de tilfeller legen var en ukjent, fordre «Regnskab af ham, for hvad han havde foreskrevet den Afdøde i hans Sygdom, og derefter bekiendtgjøre, om han var dyktig eller udyktig til at udøve Lægekunsten».

Bak sarkastiske vendinger og en latterliggjørende tone i denne teksten ligger det et vesentlig tilsnitt av tidstypisk opplysningstenkning. Forfatteren vil ha leseren til å forstå hva legeskunsten innebærer. Det er en seriøs vitenskap som grundig må etterprøves, i motsetning til overtro, juks og uviten-skapelighet. De som utøver legevitenskapen, ter seg også i henhold til denne

46 I denne sammenheng er personangrepet mot Doktor Zer O*** svært direkte. Forfatteren skriver: «Af dette Slags er vor Zer O***s Opfindelse af et Baand imod Abortum, hans Øyne- og Tandvand, o.a.m. MISUM TENEALIS AMICI! Er det ikke latterligt? Af samme Beskaffenhed er hans medicinske Viin, som er tillavet af lutter hidsige Midler, og et Specificum imod alle Sygdomme, men i Besynderlighed foreskrevet af ham til en ulyksalig svindsottig og et andet af Gigt tærende Menneske». Ibid., s. 13.

47 Ibid., s.15.

vitenskapens seriøse karakter. Det medisinske fakultet og den kunnskap dette fakultetet forvalter, står i motsetning til det sjarlatanen står for. Fakultetet får dermed rollen som de som skal etterprøve og garantere for dem som påberoper seg retten til å utøve legekunsten.

Sammenfatning

Denne artikkelen har rettet oppmerksomheten mot Struensees reformplaner for universitetet, og noen av offentlighetens reaksjoner på dette. Fokuset har særlig vært på legeutdannelsen og forståelsen av hva en lege skal være, slik dette er omtalt i Luxdorphs trykkefrihetsskrifter. På kort sikt skjer det lite med reformplanene for universitetet i København i etterkant av Struensees fall. Gunnerus dør i 1773, året etter at han kommer tilbake til Norge, det medisinske fakultet i København blir gjenstand for en omfattende reform femten år etter dette igjen, og et norsk universitet opprettes ikke før i 1811. Ikke desto mindre er tekstene fra Luxdorphs samlinger viktige for etableringen av en offentlig opinion. De gjør folk flest vant til å mene noe om universitetet, om legeutdannelsen og leger, og de viser at alle har mulighet for å ytre seg. De er typiske vitner for sin egen tid: de løfter frem opplysning og sikker viten, til fordel for irrasjonalitet, spekulasjoner og tro.

Som tekster retter skriftene som er gjennomgått over søkelys mot hva en lege skal være. Dermed tangerer de også spørsmålet om hva slags leger det medisinske fakultet skal utdanne. Den ene av tekstene over diskuterer i direkte forstand en endring av det medisinske fakultet, den andre har klare meninger om hvordan legen skal fungere. Uansett innhold og form bidrar de begge til at et politisk tema kommer frem på en offentlig arena. De foregriper også den folkeopplysning som skjer med den ekspanderende tidsskriftsoffentligheten, som i økende grad og gjennom en rekke utgivelser legger vekt på sunnhet og forebyggende helsearbeid. Tekstene viser på denne måten hvordan Struensees lovgivning og politiske virke åpner opp for opplysning på et allment plan. Et av de politiske grep som bidro til å frata ham makten, den svært radikale trykkefrihetslovgivningen, fikk altså konsekvenser langt utover de femten måneder han selv satt ved makten.

Merethe Roos

førsteamanuensis

Høgskolen i Telemark

merethe.roos@hit.no

Arkitekten og byplanleggeren Sverre Pedersen – hans rolle og betydning for en helsefremmende by- og stedsutvikling

Michael 2015; 12: 391–403.

Sverre Pedersen var utdannet arkitekt og byplanlegger i Norge og Tyskland. Han var en av våre mest betydningsfulle byplanleggere fra begynnelsen av forrige århundre og fram til 1950-tallet. Han virket både som byplansjef i Trondheim, professor i byplanlegging på NTH og som leder for Brente steds regulering frem til 1945. Til tross for både praktisk og teoretisk arbeid finnes det lite dokumentasjon om hvordan Pedersen mente at helseutfordringene innenfor byplanleggingen burde håndteres.

Artikkelen redegjør for Pedersens bidrag til norsk byplanlegging i forhold til samtidens oppfatninger av problemer og løsninger på byenes helseutfordringer. Revisjoner av bygningslovene på slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet ga mulighet for å utforme nye områder etter moderne prinsipper. Å forebygge sykdom og fremme helsen var bærende elementer i den fysiske utformingen av byene i denne perioden.

Selv om Pedersen ikke skrev mye om helseforhold i sine planer og publikasjoner, var hans bidrag i tråd med samtidens prinsipper for en forebyggende og helsefremmende byform. Som planlegger, og senere byplansjef i Trondheim, utviklet han offensive strategier for en forebyggende og helsefremmende byplanlegging.

Introduksjon

Sverre Pedersen (1883–1971) anses som en av våre aller viktigste fagpersoner innenfor byforming og byplanlegging på 1900-tallet. Han var utdannet arkitekt og byplanlegger og var virksom gjennom hele første halvdel av århundret. Pedersen tok eksamen på arkitektavdelinga ved Trondhjems Tekniske Læreanstalt i 1901 og studerte ved den tekniske høyskolen i Hannover 1902–03, deretter ved høyskolen i Charlottenburg ved Berlin.

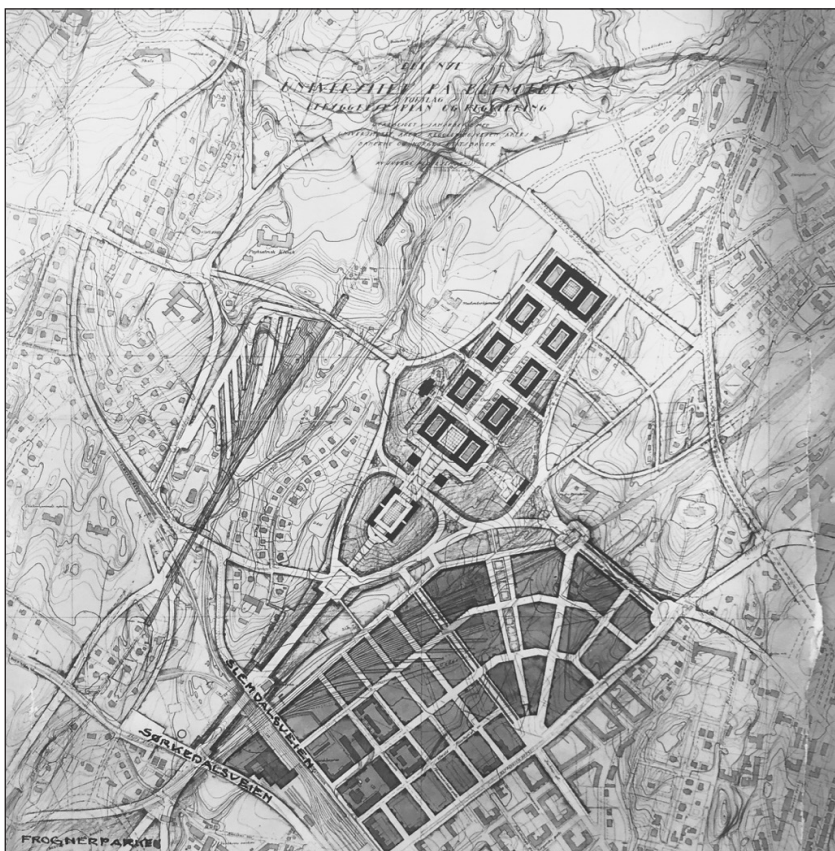


Figur 1: Sverre Pedersen på sitt kontor på NTH. (Tidsskriftet Plan, nr. 4-5 2013.)

En av Pedersens første ansettelse var som assistent for Karl Norum (1852–1911) ved gjenreisningen etter bybrannen i Ålesund 1904. Han ble ansatt i Trondheims kommunale bygningsvesen i 1905. Fra 1908 var han avdelingsarkitekt i Trondheim og i perioden 1914–20 var han byarkitekt. Fra 1913 underviste han ved NTH, og i 1920 ble han professor i bygningskunst og byregulering samme sted. Han satt i stillingen til han gikk av med pensjon i 1954.¹

Den første reguleringskonkurransen i Norge ble arrangert i 1910 i Trondheim. 1. premien gikk til Albert Lilienberg (1879–1967) og Sigfried Ericson fra Sverige. Sverre Pedersens og ingeniøren Fritz W. Bergers forslag ble innkjøpt. Pedersen, som da var ansatt i kommunen, fikk sammen med Berger i oppdrag å utarbeide reguleringsplanen for sør- og østbyen i Trondheim med utgangspunkt i konkurranseutkastene. Planen ble vedtatt i 1913 og var et brudd med reguleringsystemet i bygningsloven som var rette gater anlagt vinkelrett på hverandre og med kvartaler som organiserende prinsipp for bebyggelsen. Planen Pedersen og Berger utarbeidet, var inspirert av den engelske hagebybevegelsen med ideer om klar sonedeling mellom

¹ Norsk biografisk leksikon, https://nbl.snl.no/Sverre_Pedersen. 20.09.2015.



Figur 2: Sverre Pedersens forslag til konkurransen for Blindernutbyggingen og Marienlystområdet. Bebyggelsen på Blindern er organisert med kvartaler som bygger opp om en akse. Det samme er deler av Marienlystområdet, mens det resterende området følger bygningslovens prinsipp om kvartaler i et rutenett. (TOBIAS, Tidsskrift for Oslohistorie, fra Oslo byarkiv nr. 2/2011, s. 3.)

forskjellige funksjoner, utnyttelse av terrengets former og differensiering mellom gjennomfarts- og boligarter.²

Pedersen kombinerte stillingen som professor ved NTH med offentlige og private oppdrag, og han deltok i flere konkurranser. I 1923 vant Pedersen konkurransen om disponering av tomter for det nye universitetet på Blindern i Oslo. Pedersens plan plasserte bygningene langs en akse som gav utsikt til den nye Monolitten i Frognerparken. Bebyggelsen skulle danne

² Norsk kunstnerleksikon: https://nkl.sn.no/Sverre_Pedersen. 19.09.2015.



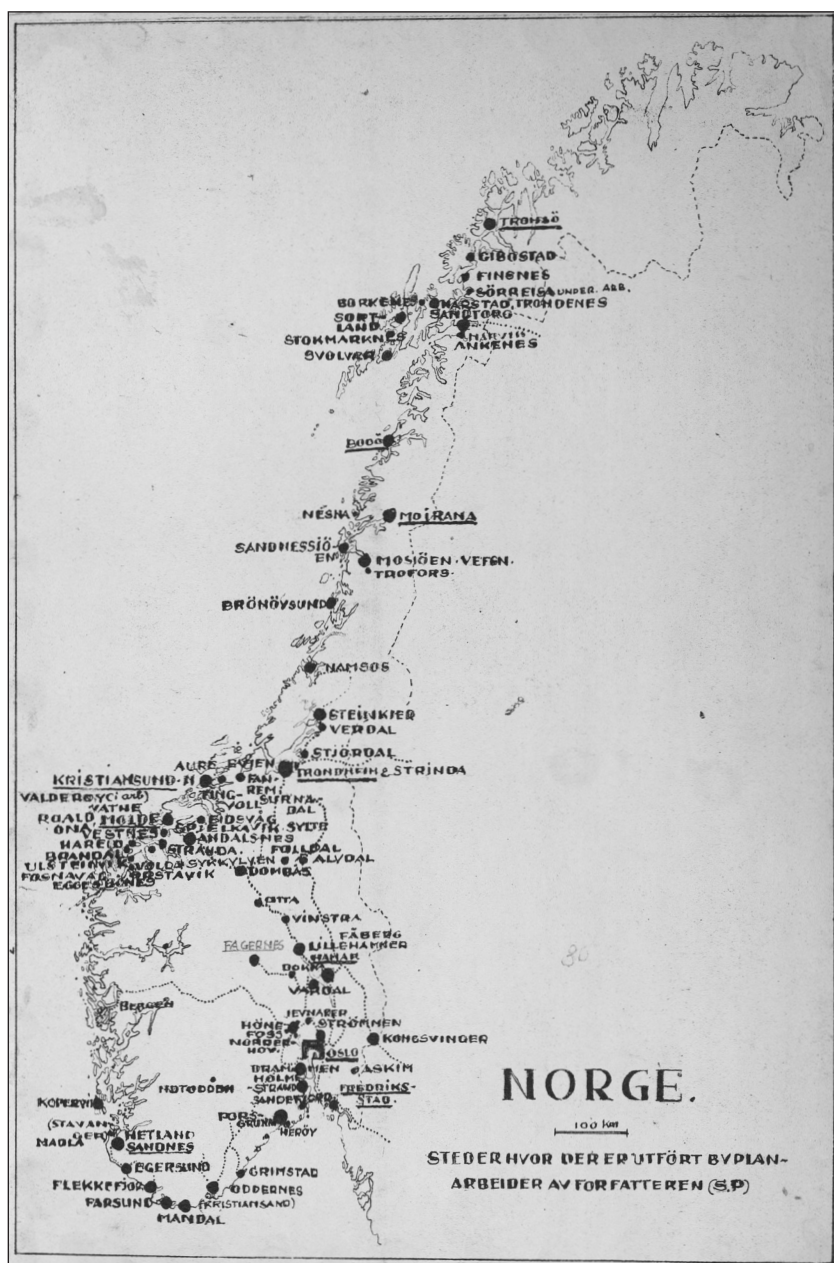
Figur 3: Det praktiske arbeidet i Brente steds regulering foregikk delvis på en tegnestue på NTH. Planleggingen foregikk for fullt fra sommeren 1940. Tilgangen på byggematerialer var fortsatt god og det ble jobbet for å kunne starte gjenoppbyggingen forttest mulig. (Pedersen 1957, bind 3, s. 135.)

kvartaler, men organisert rundt den sentrale aksen, et element i mange av Pedersens planer. (1, 2)

Pedersen ble i 1940 leder av Brente steds regulering (BSR) som ble etablert 1. juli 1940. Organisasjonen fikk ansvaret for planleggingen og gjenoppbyggingen av de 23 byene og tettstedene som ble helt eller delvis ødelagt etter bombingen i 1940. Pedersen hadde allerede laget planer for noen av stedene før krigen. Pedersen ledet arbeidet frem til freden i 1945. Han fikk flere anmodninger om å trekke seg fra arbeidet da tyske fagfolk ble brakt inn i arbeidet høsten 1940, men han argumenterte med at det var viktig at det var norske fagfolk som ledet arbeidet. Pedersen ble etter krigen utestengt fra arkitektforeningen i tre år som straff for sin innsats i BSR. (1)

Planene som ble utarbeidet av BSR, ble i stor grad brukt i gjenreisningen av byene og tettstedene, til tross for kritikken mot Pedersen. Til sammen stod Pedersen i løpet av sin karriere bak mer enn 100 reguleringsplaner for norske byer og tettsteder.

I tillegg til stillingen som professor og praktiserende arkitekt og planlegger (han tegnet også enkeltbygninger) hadde Pedersen en lang rekke til-



Figur 4: Pedersens egen opptegning over steder han hadde hatt oppdrag med by- eller reguleringsplaner. (Fra Pedersens eget verk (1957, upublisert))
Byplanarbeide i de lyse netters land. (3) Pedersen hadde oppdrag helt til slutten av sin karriere.

litsverv og representerte Norge ved kongresser om byplanlegging og arkitektur i utlandet. Han var medlem av Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab og Det Norske Videnskaps-Akademi, æresmedlem av British Town Planning Institute og korresponderende medlem av Østerrikes arkitektforbund, arkitektforbundet i Buenos Aires og Deutsche Akademie des Städtebaues i Berlin. 1936 ble han utnevnt til æresdoktor ved den tekniske høyskolen i Darmstadt i Tyskland.³ Han var også aktiv deltager på kongresser både i Europa og i USA og hadde et stort faglig kontaktnett han benyttet i sitt arbeid.

Pedersen var aktiv fra begynnelsen av 1900-tallet til slutten av 1960-tallet, en periode med store endringer i det norske samfunnet. Som fagmann fikk Pedersen betydning både som professor for norske arkitekter og planleggere, gjennom utvikling av metoder innenfor faget, og gjennom de konkrete planene han laget for norske byer og tettsteder.

Styringen av byplanleggingen

Bygningslovgivningen for de norske byene ble etablert på begynnelsen av 1800-tallet, med bygningsloven for Christiania som den første i 1827. Norge fikk 4 bygningslover – en egen lov for hver av byene Christiania, Bergen og Trondheim, og en bygningslov for resten av landets byer. Bygningsloven var knyttet til byer med bystatus. Det ga begrensninger for hvor effektivt byene kunne kontrollere byveksten. Gjennom en lovendring i 1869 ble det mulig å opprette bygningskommuner – administrative områder hvor bygningsloven ble gjort gjeldende. Utenfor byene og bygningskommunene var det i prinsippet ingen begrensning på byggevirkksomhet ut over brannhensyn. (4)

Bygningslovgivningen ble stadig oppdatert, men hovedelementene i loven forble de samme gjennom hele 1800-tallet. Loven foreskrev rette gater som krysset hverandre i rett vinkel og kvartaler med byggelinje mot gatene. Høyde på bebyggelsen, minste bredde på gatene, størrelsen på kvartalene og gårdsrommene og forbud mot visse typer forurensende virksomhet var viktige elementer som skulle sikre helsen til byboerne. I tillegg ble det gitt stadig mer detaljerte bestemmelser som bygningenes utforming gjennom detaljerte beskrivelser av bygningstekniske detaljer. Bygging av boliger skjedde i privat regi, og med leiekaserner i mur som den vanligste bygningstypen for boliger for arbeiderklassen i de større byene.

Den sterke byveksten som fulgte av industrialiseringen fra midten av 1800-tallet, førte til en sterk konsentrasjon av bebyggelsen. Den konsentrerte

3 Norsk biografisk leksikon, https://nbl.snl.no/Sverre_Pedersen. 20.09.2015.



Figur 5: Den typiske bygningstypen og utbyggingsmønster i de større byene. Leiekasernen oppstod som bygningstype på midten av 1800-tallet og preget utbyggingen i de større byene hvor det var innført murtvang. Mot slutten av 1800-tallet var det stor enighet om at leiekasernene var en form for bolig som en ville bort fra i byene. (Vestbanen i Oslo 1875, Oslo museum, <http://oslobilder.no/OMU/OB.FS0884>.)

karrébebyggelsen med de lukkede kvartalene, som fortsatt preger de større byenes indre deler, ble etablert i denne perioden. De juridiske og teknologiske forholdene la grunnlaget for de konkrete planene og bygningene. I mindre byer og tettsteder var det trehusbebyggelsen som dominerte utbyggingen, men også der var konsentrasjon av bebyggelsen og den sammenhengende eller lukkede kvartalsdannelsen forbilde og ideal for utformingen.

Byene i Norge var derfor dårlig forberedt å takle de endringene som befolkningsveksten på slutten av 1800-tallet krevde. Mangel på boliger, og en utstrakt spekulasjon i eiendom og utleieboliger i de store byene, førte til en økende misnøye og kritikk av boligforholdene. Planlegging og utbygging ble preget av boligmangelen og de dårlige hygieniske forholdene i de større byene. Lokalisering, etablering og utbygging av bedrifter, industrianlegg og boliger skjedde fortsatt i privat regi. I tillegg til bygningsloven og sunnhetsloven, som var de to lovene politikerne kunne bruke for å kontrollere utviklingen, ble det også vedtatt en lov om murtvang i 1904, og etter hvert om boligforholdene i 1917, for å kunne kontrollere utviklingen. Lovene ga

større makt og flere virkemidler for byene i deres forsøk på å forbedre forholdene.

I det siste tiåret av 1800-tallet ble det en betydelig aktivitet med revisjon av bygningslovene. Det kan ha sammenheng med flere faktorer. Industrialiseringen begynte for alvor å gjøre seg gjeldende i byene, og det ble en betydelig urbanisering som førte med seg behov for bygging av infrastruktur og boliger. Særlig situasjonen i Kristiania var dramatisk, der ble det et krakk i byggeindustrien i 1899 som det tok nesten ti år å komme over. Krakket illustrerte de problematiske sidene ved en byutvikling som var basert nesten utelukkende på privat eiendomsutvikling.

Lange arbeidsdager og få muligheter til individuell transport krevde korte avstander mellom boligene og industriarbeidsplassene. I første fase av industrietableringen ble det bygget konsentrerte boligkvarterer inntil fabrikkområdene i de større byene. Det var utviklingen innenfor kommunikasjonssektoren som ga mulighet for en sonedeling av byens ulike funksjoner. Utbygging av sporveier og toglinjer ga mulighet for å skille boligområder fra industri- og næringsområdene i bysentrene. I neste omgang ble industrien lokalisert til egne områder. Økende behov for forretnings- og kontorlokaler i bysentrene førte til bruksendringer fra bolig til næringsformål, og sentrum i de større byene ble overtatt av forretninger og kontorer. Boligene ble i økende grad lokalisert utenfor sentrumsområdene.

Internasjonale idéer

Østerrikeren Camillo Sitte ga i 1889 ut boka *Der Städtebau nach seinen künstlerischen Grundsätzen*. Den var en kritikk av klassisismens byplanprinsipper. Sitte benytter ikke begrepet klassisisme, men kaller tidens planlegging for «moderne systemer». Kritikken i boka var rettet mot klassisismens grunnleggende prinsipper om symmetri og geometrisk orden. Boken ble et av de viktigste innleggene i debatten rundt byformingen på slutten av 1800-tallet.

I siste halvdel av 1800-tallet fikk industrialiseringen betydning også for klassisismens utforming i byplanleggingen. Jernbanelinjer og elektriske sporvogner skapte sammen med nye byggematerialer som jern og stål, nye forutsetninger. Grunntrekkene i byplanleggingen ble likevel opprettholdt, selv om krav til symmetri og rette gateløp etter hvert ble oppløst i en friere utforming av reguleringsplanene. Kollektivtrafikken skapte de nødvendige forutsetningene for gjennomføringen av nye planleggingsprinsipper. Hagebyer og spredt boligbebyggelse vokser fram utenfor den konsentrerte bebyggelsen i byene.

skaper. Arealet byen ble etablert på, og et tilstrekkelig omland til landbruk og rekreasjon, skulle tilhøre byen, og festes bort til innbyggerne og bedriftene. På den måten skulle en unngå spekulasjon i eiendom. Den første hagebyen ble tegnet av Raymond Unwin og Barry Parker som vant konkurransen om utformingen av Letchworth Garden City i 1904. Utformingen av hagebyen ble et forbilde for andre hagebyer i hele Europa og USA. Howards idé om selvstendige byer med eget næringsliv ble ikke virkelighet. I praksis ble hagebyene boligområder hvor beboerne jobbet i nærliggende byer.

Det var den franske arkitekten Tony Garnier (1869-1948) som var først ute med et illustrert forslag som tok opp i seg de konklusjonene som kunne trekkes av erfaringene fra byforskningen på 1800-tallet. Hans forslag ble et viktig bidrag til funksjonalismens gjennombrudd i arkitekturen.

Byen var dimensjonert for 35 000 innbyggere, en størrelse som samsvarer med Ebenezer Howards forslag for hagebyer. Garniers prosjekt var ikke bare tenkt som et arkitektonisk utkast, men også som en sosial modell for forbedrede livs- og miljøforhold, i tradisjonen etter de utopiske sosialistene Charles Fourier (1772-1837) og Robert Owen (1771-1858).

Innenfor planleggingen skjer det i denne perioden en utstrakt grad av profesjonalisering, og byplanlegging etableres som eget fagområde. Arkitektoniske problemstillinger og utforming (materialebruk, estetikk, funksjonelle forhold m.m.) var fortsatt en viktig del av byformingsdebatten, men det etableres etter hvert egne faglige metoder og prinsipper knyttet til byforming. Behovet for kunnskap øker etter hvert som bygningslovene gir mulighet for å utarbeide planer hvor rutenettsprinsippet fravikes. Den raske urbaniseringen og behovet for boliger økte behovet for en rasjonell utbygging. Større områder ble planlagt under ett, både for å rasjonalisere utbyggingen, men også for å muliggjøre formgivning etter nye prinsipper.

Kunnskapen om de faktiske helseforholdene i befolkningen bedret seg gjennom 1800-tallet. Endringene ble dokumentert gjennom innsamling av statistikk og det forelå etter hvert en langt bedre helsestatistikk enn tidligere. Det la grunnlaget for mer målrettede forebyggende tiltak. Samtidig dreide debatten innenfor planleggingen seg bort fra detaljerte bestemmelser for leiegårdene, som var den vanlige bebyggelsestypen i byene, over til en debatt om bygningstyper mer generelt og deres betydning for befolkningens helse. De sosiale årsakene til sykdom og uhelse ble etter hvert vektlagt i debatten rundt bygningslovene, og det forebyggende arbeidet ser ut til å bli intensivert etter at smitteveiene var identifisert. Prinsippene i bygningslovene videreføres, men det oppstår en debatt om byform og bygningstyper basert på innsikten om de sosiale forholdenes betydning for helsen.



Figur 8: Toni Garniers Une Cité Industrielle. Et forslag til utforming av den moderne byen. Planen viser en by beliggende ved en elv hvor byområdet er inndelt etter funksjoner. Jernbanen skiller det sentrale byområdet med boliger og offentlige institusjoner fra industriområdet som ligger til høyre på tegningen. Sykehuset ligger for seg selv på oversiden av byen. Planen er basert på klassisistiske prinsipper med akser og rutenett, men med åpne plasser og akser for å markere retning og underdeling av byområdet. (Illustrasjon fra De Bruyn 1992.) (5)

Det var to hovedstrategier for endring av boligforholdene: Å revidere eksisterende bestemmelser i bygningsloven for å få en bedre utforming av kvartalsbebyggelsen – og en strategi hvor det ble bygget mindre, frittliggende hus utenfor byene. Målsettingen for arbeiderbevegelsen var klar – de ønsket egne boliger utenfor byene. Det etablerte borgerskapet så ut til å ville sikre egne investeringer og inntekter fra leiekasernene og ønsket en høyere utnyttelse av arealene i byene. Legene bidro både som fagfolk i sunnhetsskomisjonene og som representanter i debattene i Stortinget til å sette spørsmålet om bygningstyper på dagsordenen.

Rammene for planleggingen endres, fra en fastlagt byform (rutenett med åpne og rette gater) til reguleringsplaner hvor byformen kunne fastlegges i det enkelte tilfellet. Kravet om at det skal utarbeides en plan for byområdet ble skjerpet, og både kapasiteten og kompetansen innenfor planleggingen bedret seg etter hvert. Muligheten til å fravike rutenettsplanleggingen og

leiekasernen som bebyggelsestype ga muligheter til å utvikle byformer og bygningstyper som var mer i tråd med forventninger og ønsker, særlig knyttet til arbeidsklassens boliger.

Samtidig lå flere av virkemidlene for å få bygget billigere og bedre boliger utenfor planleggingens ansvarsområde. Særlig finansiering og tilgang på arealer var en utfordring, ettersom det ikke var etablert effektive virkemidler for dette innenfor bygningslovgivningen. Byutviklingen var fortsatt basert på privat initiativ og finansiering, og det ble ikke aksept for at det offentlige skulle engasjere seg direkte i boligbyggingen før etter århundreskiftet.

Hensynet til helsen var et viktig, kanskje det viktigste argumentet, når bygningslovene ble revidert. Samtidig var konflikten mellom økonomisk fortjeneste og krav for å sikre helsen og brannsikkerhet enda tydeligere i debattene i Stortinget. Forholdet mellom økonomi og kvalitet ble stadig vurdert, og det ble forsøkt å redusere kravene til bebyggelsen for å stimulere til mer boligbygging, særlig etter århundreskiftet. Særlig kjellerleiligheter og høyden på boligbygg, dvs. utnyttelsesgraden på tomtene, var et sentralt tema i debattene. Mangel på boliger, høye leiepriser, overbefolkning og losjerende var faktorer som ble tillagt vekt i debatten om bygningstyper. Leiekasernene ble omtalt som en svært problematisk bygningstype i forhold til befolkningens helse. (4)

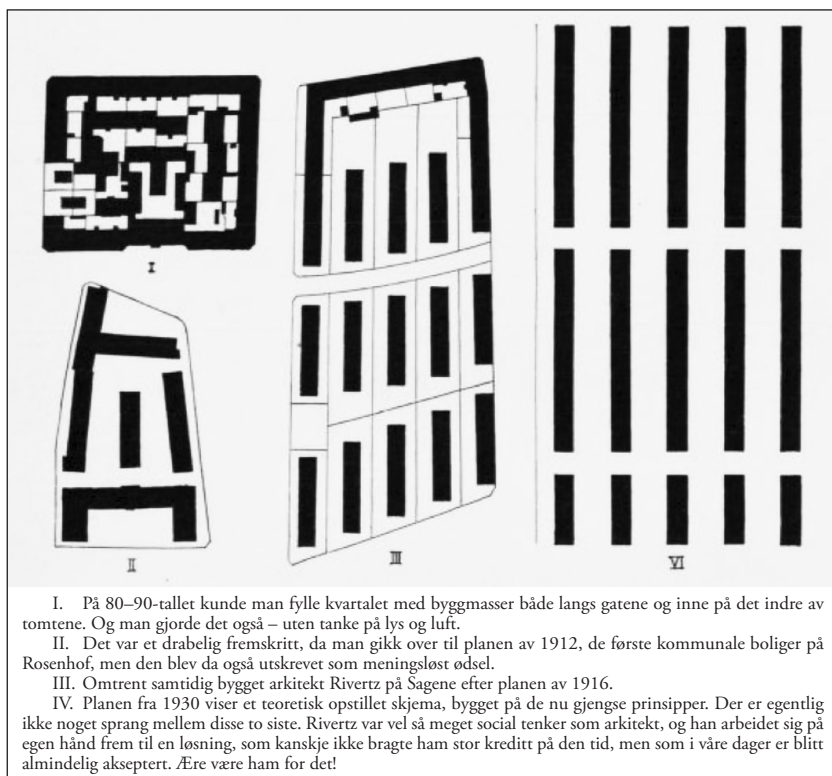
Bygningslovene fikk flere og flere detaljbestemmelser om utforming, og etter hvert også funksjonskrav. Funksjonskrav innføres kanskje som en strategi i loven da utviklingen av konstruksjoner, funksjoner og arkitektoniske løsninger åpenbart gikk raskere enn lovgiverne kunne takle gjennom nye lovbestemmelser.

Prinsippene for en sunn by på begynnelsen av 1900-tallet

Hovedprinsippene for en sunn bebyggelse ble diskutert både i forbindelse med revisjon av bygningslovene og når det skulle utarbeides byplaner. Bygningslovene påla byene å utarbeide en plan for hele byområdet. Dette var en stor og omfattende oppgave som krevde mye ressurser og kompetanse. Byplanen skulle omfatte alle relevante spørsmål for den fremtidige bruken av arealer og utforming av bebyggelsen, herunder hvordan sykdom kunne forebygges og helsen i befolkningen styrkes. (4)

Hovedtemaene knyttet til helseforholdene i byene var tettheten i bebyggelsen, bebyggelsesform, sonering av ulik arealbruk, tilgangen til lys og luft og utbygging av infrastruktur knyttet til vannforsyning og avløp.

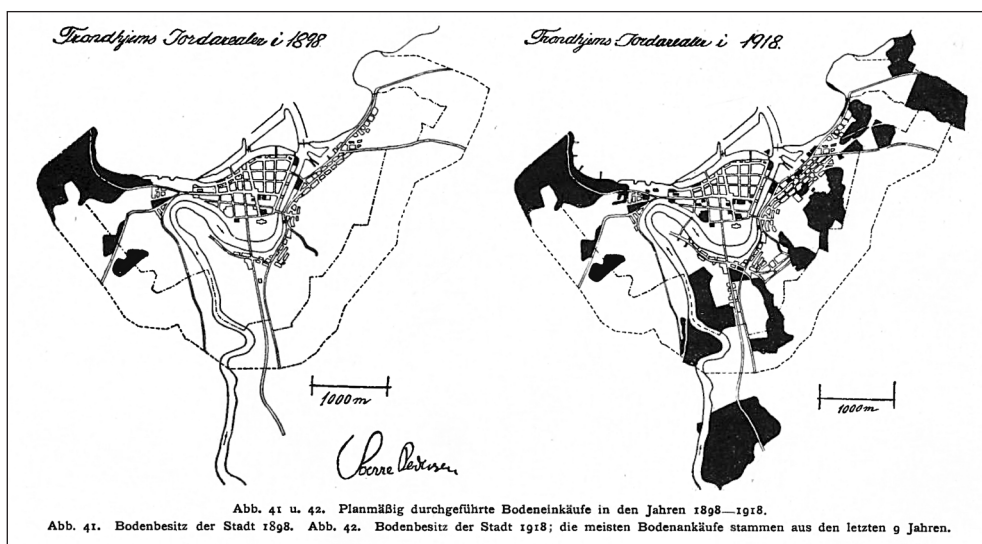
Lav tetthet i bebyggelsen skulle sikre så mye åpent areal som mulig pr. kvadratmeter bebyggelse. Overbefolkning hadde blitt et stadig alvorligere



Figur 9: Illustrasjon fra Harald Hals' bok Byen lever fra 1933 (6) hvor utviklingen av kvartalsbebyggelsen mot en bebyggelse som ivaretok behovet for lys og luft er illustrert. Pedersen beholdt nok kvartalene som sluttende enheter av estetiske og ideologiske grunner – de gjorde det mulig å forme plasser og akser i bebyggelsen. Det var elementer som Pedersen brukte for å understreke landskapet og skape visuell forbindelse til omgivelsene.

problem i mange byer på slutten av 1800-tallet. Diskusjonene dreide seg i stor grad om bebyggelsestype. Vanlig bebyggelsesform i byene var kvartaler med byggelinje mot gaten og gårdsrom. Frittliggende hus eller lamellbebyggelse ga lavere tetthet og større andel ubebygget areal. Grunneiernes ønske om høy utnyttelse var et gjennomgående tema i debattene både i tilknytning til bygningslovene og planene for byene. Grunneiernes interesser ble vurdert i forhold til ønsket om lavere tetthet for å sikre lys og luft til boligene.

Bebyggelsesformen i byene var på 1800-tallet i hovedsak karrébebyggelse med sluttende kvartaler. Bygningslovene tillot etter hvert åpen bebyggelse i form av eneboliger i utkanten av byene. Eneboligen var fra slutten av



Figur 10: Kommunalt oppkjøpte arealer mellom 1898 og 1918 i Trondheim. Kommunens kontroll over arealene ga mulighet for en helhetlig planlegging og styring av eiendomsprisen i byen. (Der Städtebau 1921.)

1800-tallet «gullstandarden» for en sunn bolig. Utbygging av offentlig transport i byene gjorde det etter hvert mulig å etablere seg lenger borte fra arbeidsplassen enn tidligere. Nye låneordninger gjorde det mulig også for arbeidere å få lån til bygging av egen bolig, selv om antallet var lite.

Blanding av funksjoner (boliger, handelsvirksomhet, industri, kontorer m.m.) var vanlig i byene. Forbud mot virksomheter som forurenset gjennom lukt eller røyk var blitt tatt inn i bygningslovene allerede i første halvdel av 1800-tallet. Kvartalene hadde en blanding av formål, med butikker mot gaten, verksteder og småindustri i bakgårdene og kontorer og boliger i de øvre etasjene. Etter hvert ble det innført flere bestemmelser for å unngå forurensning og lukt, og boligene ble forsøkt skjermet fra påvirkningen fra industri og forurensende virksomhet. Å skille funksjonene i egne områder ble først vanlig etter århundreskiftet.

Tilgang til lys og luft var viktig for alle deler av boligbebyggelsen. I karrébebyggelsen ble dette forsøkt sikret gjennom bredden på gatene, høyden på bebyggelsen og gårdsrommenes størrelse. Frittliggende boliger ble ansett som den helsemessig beste bebyggelsesformen, men krevde også mer areal og var økonomisk utenfor rekkevidde for de fleste arbeidere.

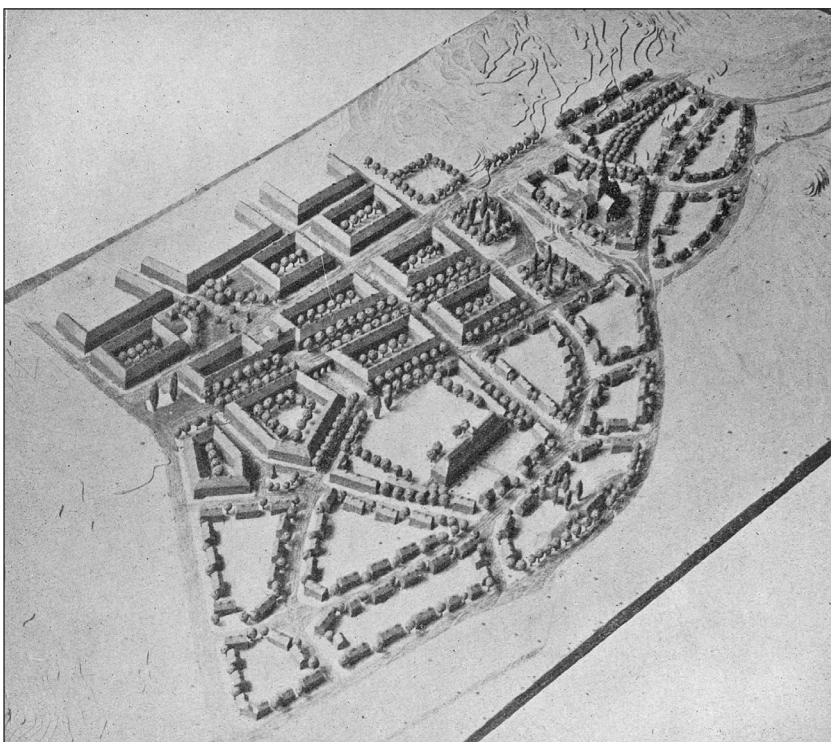


Figur 11: Forslag til hageforsteder rundt Trondheim. Planforslag utarbeidet av Sverre Pedersen. (Pedersen 1957 (3), bind 3, s. 5.)

Infrastruktur i form av vannforsyning og kloakk ble utviklet utover slutten av 1800-tallet. Utbyggingen gikk sakte fordi det kostet mye å etablere infrastrukturen i de allerede bebygde områdene i byen. I nye områder kunne utbygging av infrastruktur, vegsystem og bebyggelse ses i sammenheng. I områdene utenfor byenes byggebelte og i bygningskommunene ble det etablert bebyggelse uten en koordinert utbygging av infrastruktur og veier. Det førte til uhygieniske forhold og vanskelig og kostbar etablering av infrastruktur hvis områdene senere ble innlemmet i byen.

Pedersens arbeidsmåte og metoder

Pedersen fikk raskt anledning til å ta i bruk nye metoder og prinsipper i planleggingen i sin stilling i Bygningsvesenet i Trondheim kommune. Han skrev selv om planleggingen i Trondheim i *Der Städtebau*, som var det førende tidsskriftet innenfor byplanlegging fra slutten av 1800-tallet. (7,8) Å få bygget tilstrekkelig antall og kvalitetsmessig gode boliger var en oppgave som opptok planleggere over hele Europa på begynnelsen av 1900-tallet,

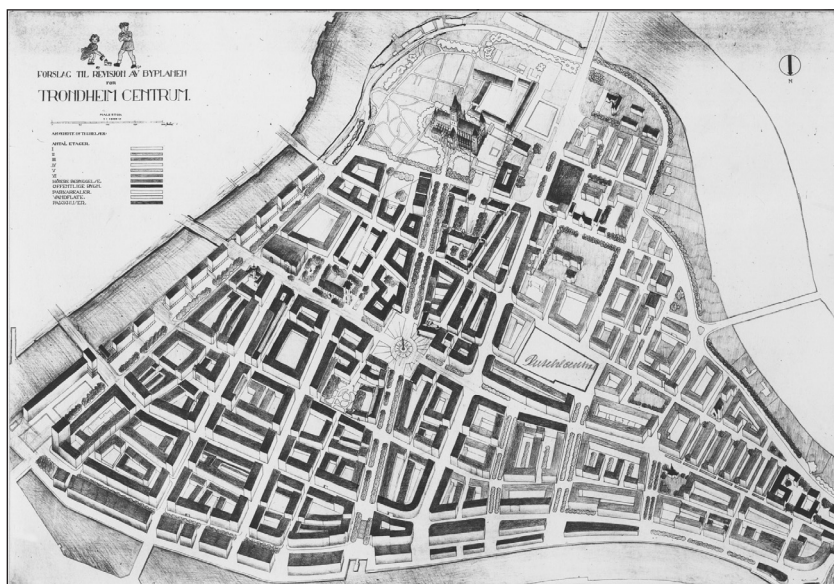


Figur 12: Forslag til utforming av boligområdet Rosenborg terrasse fra 1919. Området ble foreslått som en blanding av karrébebyggelse og småhus. Gårdsrommene i karréene består av åpne arealer med vegetasjon som et fellesareal for boligene. Småhusene er lagt i rekker for å markere kvartaler med store åpne arealer innvendig. Organiseringen av bebyggelsen gjorde også vannforsyning og avløp rasjonelt å bygge ut. (Pedersen 1957 (3), bind 3, s. 10.)

og Pedersen beskrev i en artikkel i 1921 hvordan Trondheim jobbet med utfordringen.(4)

Byggingen av boliger hadde tidligere vært basert på private utbyggere som i hovedsak bygget leiegårder. Det var til dels stor motstand mot at kommunene skulle engasjere seg i utbyggingen av boliger. Trondheim tok et offensivt initiativ og gikk til innkjøp av arealer. Gjennom en helhetlig planlegging av større områder kunne bebyggelsen organiseres i forhold til solforhold, bevaring av grøntarealer og for å sikre en rasjonell utbygging.

Planen som Pedersen utarbeidet for byen, la opp til at størrelsen på bykjernen skulle begrenses med et grøntbelte. Det skulle anlegges spesielle områder til industri, og ytterligere vekst skulle skje gjennom flere små hage-



Figur 13: Planforslag for Midtbyen fra 1936. Bebyggelsen er omformet til en blanding av kvartals- og lamellbebyggelse orientert for å sikre maksimalt med solinnfall (nord er mot bunnen av aksonometrien). Sjøbodene er foreslått revet og erstattet med moderne lamellbebyggelse. (Pedersen 1957 (3), bind 3, s. 111.)

byer, eller én stor hageby på østsiden av byen. Jernbanen som skulle betjene hagebyene på vestsiden av byen, var allerede under bygging da planen ble utarbeidet, skriver Pedersen artikkelen i *Der Städttebau*. (7) Stjørdalshalsen skulle bli en ny hageby som skulle begrense veksten i den eksisterende byen. Den lå en times reise fra byen og hadde i følge Pedersen spesielt gode forutsetninger for etablering av industri. Det var altså tidlig snakk om et regionalt perspektiv som ble lagt til grunn for planleggingen. Tankene var helt i tråd med de nyeste prinsippene for en helsemessig gunstig utvikling av byen og regionen.

De nye boligområdene ble anlagt som rene boligområder (hageforsteder) og ikke som selvstendige byer slik Ebenezer Howards tanke hadde vært. Utformingen fulgte i hovedsak prinsippene for hagebyer som ble utviklet i England på slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet. Områdene er preget av store åpne områder og bebyggelse i en og to etasjer, enten i form av frittliggende småhus, eller med åpne kvartaler.

Pedersens planer omfattet ikke bare nye områder, men også forslag for utvikling av Trondheim sentrum. Den eksisterende bebyggelsen ble ansett

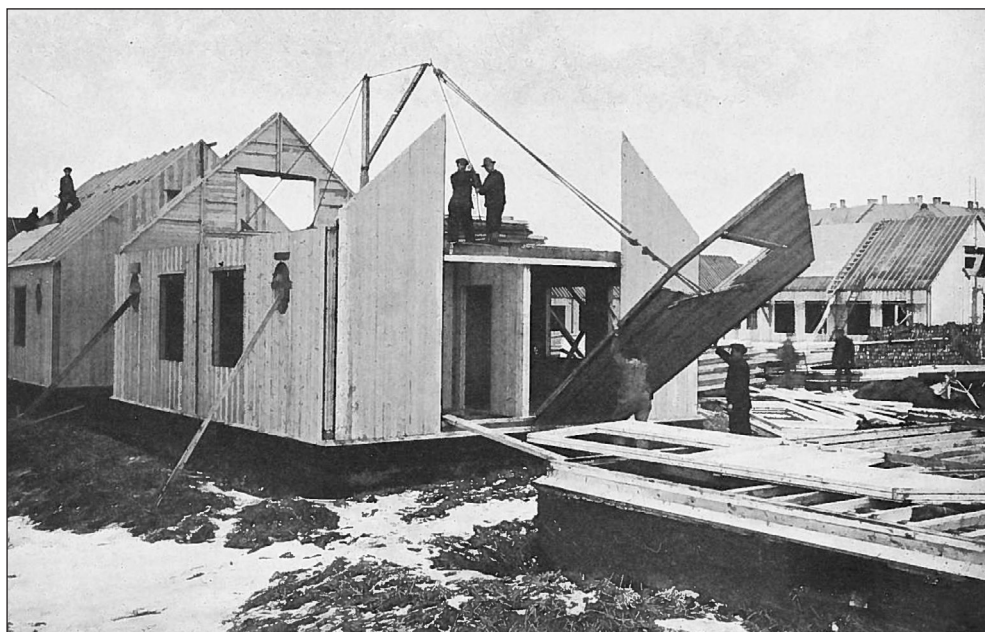


Figur 14: Analyse av solforholdene i et planforslag. Forskjellige utkast testes gjennom fotografering av modeller i friluft. Modeller av Trondheim sentrum, antagelig planforslag for Midtbyen fra 1936. (Pedersen 1957 (3), bind 3, s. 125.) Ukjent fotograf og tidspunkt.

som hygienisk svært problematisk med sine trange gater og veiter, gårdsrom med minimalt med lys og luft, og dårlig sanitær og bygningsmessig forfatning. Pedersen utformet i 1936 en plan for Midtbyen basert på de moderne prinsippene for planlegging. Planen finnes i flere versjoner, med ulike prinsipper for den nye bebyggelsen. Kvartalsstrukturen er i hovedsak beholdt, men gårdsrommene er gjort større og bebyggelsen er avtrappet i forhold til solinnfall. Viktige historiske bygninger og landemerker er beholdt, mens store deler av tre- og murbebyggelsen er forutsatt revet.

Bebyggelsen ble organisert etter en kombinasjon av solforhold, terrenget og strukturerende akser og plassdannelser i bebyggelsen. Tilgang til lys og luft var et bærende element innenfor de nye prinsippene for planlegging og Pedersen gjennomførte analyser av solforholdene som utgangspunkt for utforming av bebyggelsen.

Kostnadene knyttet til byggingen var alltid en utfordring. Arealkostnadene ble redusert gjennom kommunale oppkjøp. For å redusere kostnadene knyttet til selve bygningene ble det etablert en kommunal fabrikk for byg-



Figur 15: Produksjon av hus. Ferdige elementer monteres på byggeplassen – det reduserte både kostnadene og byggetiden. Der Städttebau 1921.

ging av prefabrikkerte hus. Det reduserte både kostnadene og byggetiden. Sannsynligvis ble også kvaliteten bedre. Husene som ble produsert var ment å være midlertidige, men står fortsatt.

Oppsummering

Hovedprinsippene for en helsemessig gunstig byutvikling var relativt avklarte på begynnelsen av 1900-tallet. Hovedelementene var lav tetthet i bebyggelsen, en åpen bebyggelsesform, sonering av ulike arealbruk for å skille boligbebyggelsen fra støyende og forurensende virksomhet, tilgangen til lys og luft og utbygging av infrastruktur knyttet til vannforsyning og avløp. Pedersen benyttet alle prinsippene i sin planleggingsvirksomhet.

At helse ikke drøftes mer eksplisitt i Pedersens egne skrifter kan skyldes at helsespørsmålet var så grunnleggende innenfor byplanleggingen at det ikke var nødvendig å argumentere for, eller drøfte temaet. Pedersens bidrag i utviklingen av sunnere byer er kanskje først og fremst kombinasjonen av planprinsipper og gjennomføring. Trondheim var tidlig ute med et kommunalt engasjement i boligsaken gjennom oppkjøp av arealer og bygging av boliger, tiltak som senere ble aktive strategier også i andre byer.

Gjennom sitt virke som professor og rådgiver for en rekke byer og tettstedskommuner var Pedersens påvirkning på norsk planlegging sannsynligvis betydelig. Hans innsikt såvel i juridiske, økonomiske som bygningstekniske forhold gjorde det mulig for ham å utvikle helhetlige strategier innenfor byplanleggingen. Dette var strategier som sannsynligvis ble formidlet videre til hans studenter, og som var utgangspunkt for hans planer og råd til sine oppdragsgivere. At planene som ble utarbeidet av Brente steds regulering ble gjennomført nesten uten endringer etter krigen kan tolkes som et tegn på deres robusthet i gjenoppbyggingsarbeidet, praktisk, funksjonelt og estetisk. Både boligområdene Sverre Pedersen planla og byplanene han utarbeidet, står i dag som eksempler på god norsk arkitektur og byplanlegging.

Litteratur

1. Tvinnereim H. *Sverre Pedersen – Pioner i Norsk byplanlegging*. Oslo: Kolofon forlag AS, 2015.
2. *Wasmuth Monatsheft für Baukunst*. Sverre Pedersen. Ein Stadtbaumeister des Zwanzigsten Jahrhunderts. Heft 2, 1925.
3. Pedersen S. *Byplanarbeide i de lyse netters land*. Trondheim: Upublisert manus, 1957. Tilgjengelig digitalt i Nasjonalbiblioteket: <http://www.nb.no>.
4. Ridderström G. *Helse og fysisk planlegging i Norge 1814-2008*. Ås: PhD NMBU, 2015.
5. De Breyen G. *Utopie und Fragment. Tony Garniers Cité Industrielle und ihre Folgen*. Darmstadt: Technische Hochschule, 1992.
6. Hals H. *Byen lever. Drømmen om en storstad*. Oslo: H. Aschehoug & Co (W Nygaard), 1933.
7. Pedersen S. *Etwas über ältere und neuere Städtebauliche Arbeiten in Trondhjem (Norwegen)*. Berlin: Ernst Wasmuth A.-G., 1921.
8. Pedersen S. *Eine Aufgabe des Norwegischen Städtebaues*. Berlin: Ernst Wasmuth A.-G., 1925.

Gunnar Ridderström
gunnar.ridderstrom@nmbu.no
førsteamanuensis, siv. ark. PhD
Institutt for landskapsplanlegging
Norsk universitet for miljø- og biovitenskap
Postboks 5029
N-1432 Ås

Praktiseringen av medisin på faraoenes tid

Michael 2015; 12: 404–15.

Fragmenter av hva egyptere ble tilbudt av medisinsk behandling i de 30 dynastiene forut for år 343 f.Kr. er emnet for denne artikkelen. Kildematerialet er meget sparsomt. Færre enn 10 papyruser med overveiende medisinsk innhold er bevart. De fleste som i dag omtaler medisin i oldtidens Egypt, presenterer medisinsk behandling i ptolemeisk tid og under romersk okkupasjon. Diagnostikk og behandling i faraonisk tid må sees i sammenheng med egypternes forestillinger om anatomi og fysiologi. Hjertet som det sentrale organ og «metu»-begrepet styrte forståelsen av kroppens funksjoner. Behandling med legemidler utvunnet fra mennesker, dyr, mineraler og planter kombinert med magi og besvergelses var dominerende. Kirurgi var lite utviklet med unntak for skadebehandling.

Byggekonsten og elegansen i det kulturelle uttrykk i oldtidens Egypt slutter ikke å fascinere tusener av år senere. Men hva hadde egypterne å tilby innen medisin? Dette spørsmålet er vanskeligere å besvare enn man i første omgang kanskje ville tro. Viktigst er at mye av den dokumentasjon som står til rådighet, ikke gjenspeiler egypternes medisin, men medisin praktisert av Egypts okkupanter. Dels Alexander den stores arvtagere – ptolemeerne – som var grekere/makedonere, dels romerne som tok over makten over Egypt i år 30 f.Kr under Octavians ledelse. Vi kjenner mange relieffer og skrifter fra oldtidens Egypt som omhandler medisin, men det aller meste som er bevart, er skapt under 800 års okkupasjon. Hvordan medisin ble praktisert på faraoenes tid, er stort sett skjult i historiens mørke. Som vi skal se er kildene er meget sparsomme. Formålet med denne artikkelen er å se nærmere på hva vi faktisk har av dokumentasjon fra en tid som spenner over 30 dynastier og slutter med Nectanebo II's død i 343 f. Kr. Som generell kilde til oldtidens medisin i Egypt har jeg hatt stor nytte av John F. Nunns bok om emnet (1).

Faraoenes tid – når var det?

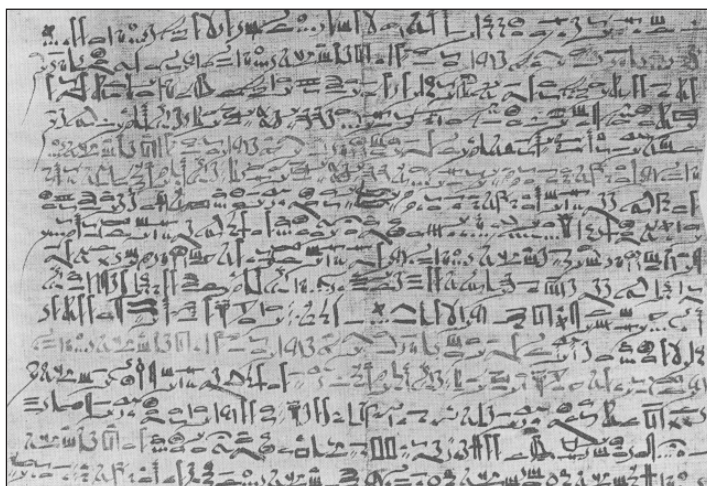
Faraoene regjerte i nesten 3000 år. Senere har man funnet det tjenlig å samle grupper av faraoer i 30 dynastier. Hvert dynasti kunne ha fra en til 15 faraoer. Det 27. dynasti omtales som det persiske og varte i vel 160 år. Noen dynastier har satt mer spor etter seg enn de øvrige. Det 18. dynasti varte fra 1550 til 1295 f.Kr. Her finner vi den kvinnelige farao Hatshepsut som etterlot seg et ruvende gravkompleks åpent i terrenget, Akhenaten som forsøkte å erstatte de gamle guder med soldyrkelse og var gift med legendariske dronning Nefertiti, og sønnen Tutankhamun som ble begravet så snedig at det tok 3200 år før graven ble funnet. I det følgende dynasti regjerte Ramses II fra 1279 til 1213 f.Kr. Han er kanskje den mest imponerende blant faraoene og etterlot seg massive monumenter hvorav tempelet i Abu Simbel er det mest berømte.

Kildene

Innsikt i medisinsk praksis kan man få fra velbevarte mumifiserte kroppar med sykdomstegn, fra relieffer i templer og tilfeldige henvisninger til sykdomsbehandling i ordinære papyruser. Men langt de viktigste kildene er de såkalte medisinske papyrusene som teller færre enn 10 og inneholder lengre passasjer som er like. De stammer fra 1800 til 1200 f.Kr. og er åpenbart kopier av eldre skrifter. Alt tyder på at de bare representerer en fraksjon av kunnskapstilfanget. Mest ble kanskje tapt under brannen i biblioteket i Alexandria i 47 f.Kr. og ellers vet vi at store mengder papyrus ble brent for å holde varmen. Tragisk nok ble også gamle medisinske skrifter i enkelte tilfelle kokt i olje og smurt på magen eller ekstremitetene som medisin.

De gjenværende papyrusene ble nesten uten unntak funnet i det 19. århundre og proveniensen er gjennomgående meget sparsom (1). De har ofte fått navn etter personen som kjøpte skriftet. Noen kan være tatt fra gravene til leger, men vi kjenner ikke navnet på legen. Med bare et unntak er de skrevet på hieratisk som er *forenklet* gammelegypisk hieroglyfskrift lesbart fra høyre mot venstre. De mest omfattende studier av de medisinske papyrusene finnes i en bokserie utgitt av Akademie-Verlag i Berlin (2). Bind 5 inneholder oversettelsene av alle de viktigste skriftene og kommentarene finnes i bind 4.

Edwin Smith papyrus ble kjøpt i 1862 (figur 1) og stammer fra 1550 f. Kr. Den inneholder hovedsakelig kirurgiske problemer og mye kan tyde på at den er skrevet som en slags instruksjonsbok på grunn av den systematiske tilnærmingen til menneskekroppen. Den starter med omtale av skader på skallen og beveger seg nedover med problemer i ansikt, kjeve armer og øvre del av thorax inntil teksten plutselig avbrytes ved overgangen til abdomen.



Figur 1. Starten på Edwin Smith papyrus. Skrevet fra høyre mot venstre på hieratisk.

Andre medisinske papyruser er best karakterisert som samlinger av remedier og råd, sannsynligvis bygget opp av flere forfattere. Smith papyrusen er også unik ved at det ikke finnes like passasjer i noen andre papyruser. Grammatikk og vokabular antyder at originalen kan være så mye som 1000 år eldre (3). Teksten beskriver hvordan legen skal undersøke pasienten, hvordan han nærmer seg en diagnose og deretter anviser behandling. Her er det lite magi. Mest sannsynlig er teksten blitt anvendt som en standard for traumebehandling.

Ebers papyrus ble også kjøpt i 1862, opprinnelig av Edwin Smith, men havnet 10 år senere i George Ebers eie (5). Den er den suverent lengste med hele 110 sider og er lett tolkbar fordi den er i utmerket stand. Den er datert til niende regjeringsår av farao Amehotep, hvilket svarer til år 1534 f.Kr. Det dreier seg om en tilsynelatende rotete samling av generelle medisinske råd som ikke sjelden gjentas opptil flere ganger. Inntrykket er at teksten er blitt samlet av flere forskjellige personer. Særlig omtale gis av innvollsorm og sykdommer knyttet til anus og her finnes også den bredeste omtale av øyesykdommer vi kjenner fra oldtidens Egypt.

Kahun papyrus ble funnet i 1899 i Fayum og stammer fra ca 1825 f.Kr. Papyrusen omtaler vesentlig gynekologiske emner. Bruk av pessar er omtalt og hvordan man sjekker om en kvinne er gravid. Det gis ingen omtale av obstetriske problemer.

Hearst papyrus ble overrakt medlemmer av Hearst ekspedisjon som en gave fra en bonde. Den er på 18 sider og omtaler tarm og urinveisproblemer, tannplager, blod og insektstikk samt diverse besvergelses.

Chester Beatty papyrus synes å stamme fra et privat familiearkiv, siden det er en navngitt skriver som startet teksten en gang under det 19. dynasti. Papyrusen har senere blitt oppbevart i familien i minst et århundre og er blitt tilført nye opplysninger av flere personer. Den endte i et gravkapell der den ble funnet i 1928. Her omtales flere besvergelses brukt mot hodepine og spesielt mot migrene. Hovedvekten er lagt på omtale a sykdommer knyttet til anus som spilte en så sentral rolle i gammelegypisk sykdomsforståelse (se nedenfor).

Berlin papyrus er en svært viktig kilde og ble solgt i 1827 til Fredrik Wilhelm den fjerde av Preussen. Den stammer sannsynligvis fra det 19. dynasti og har en lengde på 24 sider. Her kommer en detaljert omtale av begrepet «*metu*» som står helt sentralt i forståelsen av kommunikasjons-systemene i kroppen (6)(se nedenfor). Brystsykdommer og svangerskaps-tester blir også presentert.

Det finnes ytterligere 6-7 papyruser med overveiende medisinsk innhold, men de er enten sterkt skadet eller av vesentlig mindre interesse enn de seks omtalte.

Hvem praktiserte medisin?

Leger blir omtalt som *sunw* i det hieratiske språk. Utdannelsen skjedde sannsynligvis i eller i nær templene. Gjevest var det naturligvis å ha ansvaret for faraoen og hans familie. Om vanlige mennesker i det hele tatt hadde adgang til legehjelp vet vi lite om, men sikkert er det at leger fulgte hærstyrker og behandlet sårede. Det går også klart frem av kildene at noen leger fungerte som spesialister. Tannleger sto høyt i kurs, fordi tannrâte og sterkt nedslitte tenner var vanlig (figur 2). Det er blitt spekulert på om mye sand i korn og mel kan ha bidratt til slitasjen. Leger som i hovedsak behandlet øyensykdommer og mageproblemer, er også nevnt. Men det mest kulturelt interessante var den høye prestisjen som knyttet seg til å diagnostisere og behandle sykelige tilstander i anus. Så viktig var denne spesialiteten at farao hadde sin egen lege med dette ansvaret hvis tittel best kan oversettes med «vokter av rumpehullet». Å ta syke i kur syntes ikke å være forbeholdt legene. Også prester og magikere tok seg av syke og i flere tilfelle opererte nok legen også som magiker.

Neppe noen i datidens Egypt hadde større praktisk innsikt i kroppens anatomi enn de som balsamerte. Hvilken kontakt hadde disse med legene og skjedde det noen kunnskaps utveksling? Mye tyder på at kontakten var meget begrenset. De som balsamerte hadde lav status og en frastøtende



Figur 2. Hesi-Re, første kjente tannlege, ca 3000 f.Kr, trepanel fra grav i Sakkara (3).

kroppslukt som skyldtes arbeidet med balsameringsvæskene, noe som gjorde dem avskydd.

Forestillinger om anatomi, fysiologi og patologi

Hjertet (*ib*) ble ansett som kroppens viktigste organ og tillagt en sentral plass for tenkning, følelser og kroppskontroll. Hjernen derimot var uviktig og var det eneste organet som aktivt ble fjernet og kastet i forbindelse med



Figur 3. Mynt slått i Alexandria under Hadrians regjeringstid 117–38 e.Kr. Reversen viser et kanopekar med et lokk som viser at innholdet voktes av Osiris.

balsamering. Sentralt for all forståelse av hvordan kroppen fungerte var *metu*-begrepet (5,6). Det omfattet kroppens kommunikasjonssystem – et system av kanaler som mange tror avspeilet i mikro den sentrale rollen Nilen hadde ved å forsyne landet med liv og næring. *Metu* inkluderte blodårer, andre rørsystemer, lange sener og sannsynligvis også nerver. *Metu* transporterte blod, luft, slim, urin, sæd, sykdomsutløsende stoffer og gode/onde ånder. Basert på *Ebers papyrus* mente man at alle *metu* samles i hjertet. Deretter ble innholdet fordelt rundt i kroppen før alt til slutt ble samlet i anus. Blodsirkulasjonen var ikke forstått. For eksempel mente man at arteriene inneholdt luft. Luften ble dratt inn til hjertet via nesen og så sendt rundt i kroppen. Dette manifesterte seg som pulsen. I tråd med dette inn gikk palpering av puls i legeundersøkelsen.

Organenes innbyrdes verdi syntes å avspeile seg i hvordan de ble ivaretatt etter døden. Mens hjernen ble fisket ut gjennom nesen med haker og kastet, ble lunge, lever, magesekk og tarm lagt i atskilte kanopekar og satt under guddommelig beskyttelse (figur 3). Nyrer og ovarier omtales ikke i papyrusene, mens testikler ble omtalt som «de som er nedenfor». Sædens rolle i forplantning var godt forstått.

Forestillinger om sykdom

Traumer og frakturer er bredt omtalt. Infeksjoner mente man skyldtes at et toksisk prinsipp som via hjertet ble spredt rundt i kroppen via *metu* for til slutt å samle seg i anus. Begrepet «*wekhedu*» dekker muligens mye av det samme, men syntes å ta utgangspunkt i at forråtnelse av lik starter i tarmen (2,7). Symptomer ble ikke sjelden samlet i grupper, men vanligvis var symptomet sykdommen, for eksempel hoste eller utslett. At tarmrensning ble

Tabell 1. Sykdommer beskrevet i medisinske papyruser som lar seg identifisere

- Hjertesvikt, forstørret hjerte, angina pectoris
- Bronkiektasier,
- Fekal oppkast
- Tarmobstruksjon
- Sykdommer rundt anus som infeksjon, hemorroider og rektumprolaps
- Cystitt, hematuri, polyuri
- Hernier
- Migrene

mye brukt (opp til tre ganger pr måned) er ikke overraskende tatt i betraktning at sykdom ble oppfattet å stamme fra maten. Avstemt balanse i det som samlet seg i rektum og kom ut i anus var særlig viktig.

I *Smiths papyrus* forekommer en detaljert fremstilling av hvordan man bør tilnærme seg den syke (3). Prinsippene følger langt på vei fremgangsmåten i en moderne legeundersøkelse. Viktigheten av å undersøke grundig inkludert kjenne på pulsen understrekes, samt vurdere spytt, urin, avføring og andre utsondringer. Deretter formuleres en diagnose og samtidig overveies

prognosen. Er dette en lidelse jeg vil behandle, overveier å behandle eller ikke vil behandle? Forfatteren i papyrusen anbefaler legen å ikke behandle håpløse tilfelle.

Tekstene inneholder enkelte beskrivelser som ikke levner tvil om hvilke sykdommer det er tale om (tabell 1). Det finnes også interessante eksempler på at sykdommer fremstilles i relieffer i templer (figur 4).



Figur 4. Roma var dørvokter i det 18. dynasti (1580–1350 f.Kr.). Her vises han på en gravtavle med et forkortet og atrofisk ben. Tilstanden kan dreie seg om en klumpfot eller er mer sannsynlig et resultat av poliomyelitt i barneårene (4).

Tabell 2. Guddommer knyttet til helse eller sykdom

- **Isis:** gudinne for det meste, en slags Moder jord og bla hyllet for sine helbredende evner
- **Thoth:** lege for gudene, beskytter av legene og kilden for medisinsk kunnskap og oppfinneren av skrift og språk.
- **Imhotep:** historisk person som bygget trappepyramidene i Sakkara. Senere gitt guddommelig status og skjøv Thoth til side som viktigste hebredende guddom

Medisinsk behandling

Når det kommer til behandling, blir forskjellene i forhold til moderne vestlig medisin svært tydelige. Selv om behandlingen av frakturer og abscesser er rasjonell, ser man at manglende forståelse av kroppens funksjoner fører til bisarre anbefalinger ved mange lidelser. Men kanskje er det ikke annet å vente når legen er trengt opp i et hjørne og det forventes at han gjør noe. Interessant er det å lese om anbefalinger som vitner om omfattende bruk av placebo. Mer eksotisk er det når legen anvender prinsippet *similia similibus* – at en sykdom lar seg kurere av remedier som produserer effekter eller har egenskaper som ligner sykdommen selv. Eksempler er bruk av skall fra strutseegg for å behandle skallefraktur, eller at det ved behandling av synssvikt anvendes ekstrakt fra katteorganer, fordi katten ble oppfattet som å ha et særlig skarpt syn. Det gis også eksempler på at man trodde det kunne ligge helbredende egenskaper i gamle papyrustekster. Det ga seg utslag i at papyrusark ble kokt i olje og vesken for eksempel smurt på magen til et barn som ikke ville tisse. Veien herfra til bruk av besvergelses og ren magi var kort, spesielt ved tilstander der annen behandling ikke var tilgjengelig og/eller prognosen usikker. Troen på overnaturlige krefter var sterk og helbredende krefter var tillagt en rekke guder. En var *wadjet*, symbolisert ved en hieroglyf som i senere tider er blitt omtalt som Horus øye (figur 5). De viktigste guddommene knyttet til helse eller sykdom er listet opp i tabell 2. Guddommer forsterket besvergelses. Et eksempel finnes i *Smith papyrus*: «Kast ut det onde i blodet, motsatsen til Horus og munnviken til Isis. Dette tempelet faller aldri ned. Jeg er under beskyttelse av Isis og min redning er sønnen til Osiris.» Andre eksempler finnes hugd inn på Metternich-tavlen (figur 6).

Medikamentell behandling utgjør en stor del av tekstmaterialet. Medikamentene ble hentet fra mennesker, dyr, mineraler og planter. Her finnes



Figur 5. Hieroglyf som symboliserer guddommen wadjet, senere kalt Horus øye. Flere hevder at reseptsymbolet Rx er utviklet fra denne hieroglyphen.

et vell av eksotiske forskrivninger. Krokodilleavføring ble plassert i vagina som kontraseptiv. Det kan ha virket befruktningshindrende på mer enn en måte. Bruk av urin fra jomfruer var populært og galle fra skilpadde samt avføring fra fluer inngikk også i armamentariet. Blant mineraler i bruk er det interessant at lasurstein (*lapis lazuli*) for øyesykdommer ble importert fra Afghanistan. Når en medisin skulle løses i vann, ble det ofte spesifisert at det var dugg som skulle brukes. Ellers ble ekstrakter ofte gjort i alkoholholdige væsker som fremmet utvinning av alkaloider. Doser ble uttrykt i volumenheter og nesten aldri som vekt. Legemidler ble administrert peroralt, ofte som klyster og også direkte på huden eller i sår. Typiske midler var rått kjøtt, honning og forskjellige oljer. Damp fra legemiddelet ble også anvendt. For eksempel skulle en kvinne med underlivsproblemer sitte naken



Figur 6. Utsnitt av Metternich-tavlen fra 30 dynasti (360–342 f.Kr) som inneholder en rekke magiske tekster ment som beskyttelse mot bitt av giftige dyr (1).

i damp fra tørt ekskrement fra menneske tilsatt kvae eller harpiks slik at dampen entret hennes vagina. Legemidler fra dyr var blant annet lever anvendt så vel rått som kokt, testikkel fra esel malt og løst i vin for øyensykdommer og mus kokt i olje. Sistnevnte skulle hindre at håret grånet, men ble også brukt mot hoste. Medikamenter fra planter var meget omfattende men det er ikke mer enn 20 % av de 160 registrerte planteproduktene som har latt seg identifisere (8). En fjerdedel av alle anbefalinger gjaldt mage/tarmproblemer. Innvollsorm var vanlig og mye tyder på at avføringsmidler ble brukt som en slags tarmrensning. Opium, cannabis og mandragora var kjent i oldtidens Egypt, men neppe brukt som smertestillende eller rusfremkallende.

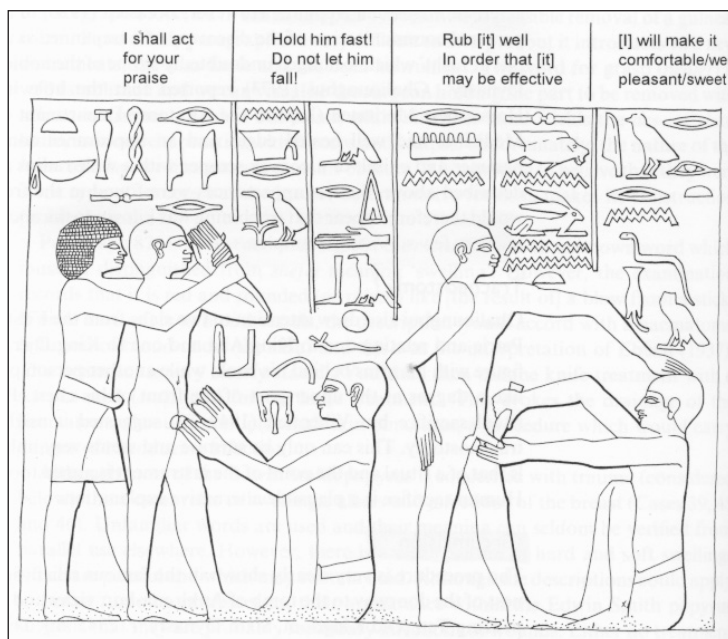
Kirurgisk behandling

Mange vil nok overraskes over hvilken beskjeden rolle kirurgien spilte på faraonisk tid. Forklaringen er nok at omtalen av kirurgi i oldtiden Egypt er preget av hva makedonere, grekere og romere oppnådde på dette feltet. Særlig romerne drev imponerende avansert kirurgi. «Behandling med kniv» ble anvendt bare for de enkleste ting som traumer, evakuering av abscesser og omskjæring. Kniven ble anbefalt varmet opp for å redusere blødning. Funn av suturer på ellers velbevarte kroppar er meget sjelden og vanligvis brukt ved lukking av abdomen etter balsamering (figur 7). Funn av trepanasjon og tracheostomi er også en sjeldenhet og blir knapt omtalt i de medisinske papyrusene. I tråd med dette er det bare enkle kirurgiske instrumenter som er funnet. I *Ebers papyrus* (5) blir kirurgisk behandling av en abscess beskrevet i detalj: «Hvis du undersøker og finner puss i armer eller ben og du finner at huden buler men at kulen er begrenset, så skal du si: Dette



ter som er funnet. I *Ebers papyrus* (5) blir kirurgisk behandling av en abscess beskrevet i detalj: «Hvis du undersøker og finner puss i armer eller ben og du finner at huden buler men at kulen er begrenset, så skal du si: Dette

Figur 7 Suturet insisjon på abdomen etter balsamering, 21 dynasti (1).



Figur 8. Omskjæring på gang. Fra gravkammer for Ankh-ma-hor, 6 dynasti, ca 2200 f.Kr (1).

er en hevelse som skyldes puss og du skal behandle den med kniv. Det kan komme noe ut av den som ligner på voks. Resultatet er en lomme. Hvis noe blir igjen i lommen, vil tilstanden blusse opp igjen» (1).

Fremstillingen av omskjæring som ble funnet i et gravkammer fra 6 dynasti er spesielt interessant (figur 8)(9). Ikke på grunn av omskjæringen i seg selv som etter alt å dømme var rituelt og ikke medisinsk begrunnet, men på grunn av den ledsagende tekst som viser hvordan det ble lagt til rette for at omskjæringen ikke skulle få unødige komplikasjoner.

Litteratur

1. Nunn JF. *Ancient egyptian medicine*. University of Oklahoma Press edition, 1996.
2. *Grundriss der Medizin der alten Ägypter*. 1-9. Berlin: Akademie-Verlag, 1954-1973.
3. Breasted JH. *The Edward Smith surgical papyrus*. Chicago: University of Chicago Press, 1930
4. Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine. An Illustrated History*. New York: HN Abrams Inc, 1978.
5. Ebers GM. *Papyrus Ebers 1-2*. Leipzig: Englemann, 1875.

6. Wreszinski W. *Der Grosse Medizinische Papyrus des Berliner Museums*. Leipzig: Hinrichs, 1909.
7. Steuer RO. Whdw: aetiological principle of pyaemia in ancient Egyptian medicine. *Bulletin of history in medicine*. Supplement 10, 1948.
8. Germer R. *Untersuchung über Arzneimittelpflanzen im alten Ägypten*. PhD thesis, Universität Hamburg 1979.
9. Roth AM. *Egyptian Phyles in the Old Kingdom*. Chicago: Oriental Institute of the University of Chicago, 1991.

Stein A. Evensen
Universitetet i Oslo
s.a.evensen@medisin.uio.no

Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere?

Michael 2015; 12: 416–27.

Sammendrag

Bakgrunn

For å redusere forskjellene i praktiseringen av prioriteringsforskriften er det utarbeidet prioriteringsveiledere for 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten. I denne artikkelen undersøker vi om veilederne bygger på lik fortolkning, gradering og samlet vurdering av prioriteringsforskriftens tre vilkår ved anbefalingene om rett til prioritert helsehjelp.

Materiale og metode

Analysen omfatter alle de 33 veilederne og beskriver totalt 491 tilstander. Veiledernes firdelte graderinger av prioriteringsvilkårene ble tilordnet et poeng fra null til tre. Samlet poengsum, samt graderingen av vilkårene ble analysert opp mot anbefalingen om rett til prioritert helsehjelp.

Resultater

De fagspesifikke veilederne dekker fra to til 90 tilstander. For 378 (77 %) av de totalt 491 tilstandene anbefales det rett til prioritert helsehjelp. Andelen tilstander innenfor hver spesialitet som tildeles rett til prioritert helsehjelp varierer mellom 38–100 %. Kriteriene for alvorlighet og nytte har signifikant betydning for rett til prioritert helsehjelp, mens kostnadseffektivitet ikke har signifikant påvirkning på rettighetstildelingen.

Fortolkning

Prioriteringsveilederne er heterogene i både omfang og anbefalinger, og kriteriene har ulik grad av betydning for retten til prioritert helsehjelp. I lys av den nye pasient- og brukerrettighetsloven er det viktig at de nye prioriteringsveilederne

gir bedre veiledning i områder hvor klinikerens praktisk medisinske forståelse kommer til kort, som i vurdering av kostnadseffektivitet og i harmonisering mellom fagområder.

Bakgrunn

Lov om pasient- og brukerrettigheter og forskrift for prioritering av helse-tjenester danner det lovmessige grunnlaget for prioriteringen av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til at de pasientene som trenger det mest skal komme raskest til den riktige helsehjelpen. Til tross for et slikt felles grunnlag viste det seg at det var store regionale forskjeller i praktiseringen av prioriteringsforskriften. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene fikk derfor i 2006 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle verktøy som skulle bidra til likere praktisering av lov og forskrift. Innenfor prosjektet «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten» ble det i perioden 2008–2012 gitt ut prioriteringsveiledere for 33 fagområder. Veilederne ble utarbeidet av spesialister fra de regionale helseforetakene, fastleger og brukerrepresentanter og er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider (1). I juni 2013 vedtok Stortinget endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (2) og prioriteringsforskriften er endret for å være i samsvar med lovendringen (3). Det ble også nødvendig å revidere prioriteringsveilederne. De 33 veilederne var ute på høring våren 2015 og skal publiseres før lovendringen trer i kraft 1. november 2015.

Prioriteringsveilederne er ment som støtte til spesialister i arbeidet med å rettighetsvurdere elektive henvisninger. De beskriver det som anses som god faglig praksis og uttrykker det som helsemyndighetene oppfatter som en rett fortolkning av regelverket. Prioriteringsveilederne består av to deler. I den *generelle* delen informeres det om bakgrunn for og bruk av veilederne, om begrepsbruk og forklaring av lov og forskrift; mens det i de *fagspesifikke* veiledertabellene gis konkrete anbefalinger om rettighet og frist for tilstander innenfor hver av de 33 fagområdene. Tilstandene i veiledertabellene er ment å dekke mellom 75 % og 80 % av henvisningene til et fagområde. Undersøkelser etter at veilederne ble innført tyder på at forskjeller i tildelingspraksis har gått ned, men at det fortsatt eksisterer regionale forskjeller (4, 5).

For hver tilstand i hver av prioriteringsveilederne foreligger det informasjon om aktuell helsehjelp, en firedelt gradering av de tre prioriteringskriteriene, anbefaling om rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, frist i uker til start av helsehjelp, samt individuelle forhold ved enkeltpasienter som skal vurderes før det konkluderes om rett og frist. (Figur 1 gir et eksempel på anbefalingene for multipel sklerose.) Ved ut-

Tabell 1. Antall og andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp, ordnet etter andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp.

	Antall tilstander	Andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp
Geriatri	4	100 %
Habilitering av barn	10	100 %
Hjertemedisin	4	100 %
Nevrokirurgi	4	100 %
Nevrologi	8	100 %
Onkologi	7	100 %
Smertetilstander	5	100 %
Sykelig overvekt	2	100 %
Infeksjonssykdommer	23	91 %
Barnekirurgi	10	90 %
Psykatri barn	18	89 %
Psykatri voksne	13	85 %
Fordøyelsesykdommer	18	83 %
Lungesykdommer	12	83 %
Ortopedi	29	83 %
Barnesykdommer	90	82 %
Tverrfaglig spesialisert rusbeh.	12	83 %
Blodsykdommer	10	80 %
Habilitering av voksne	10	80 %
Nyresykdommer	5	80 %
Hud- og veneriske sykd.	9	78 %
Øre-nese-hals	38	76 %
Urologi	14	71 %
Endokrinologi	17	71 %
Gastrokirurgi	10	70 %
Revmatologi	9	67 %
Øye	21	67 %
Fysikalsk medisin	19	63 %
Karkirurgi	7	57 %
Kvinnesykdommer	16	50 %
Thoraxkirurgi	6	50 %
Oral kirurgi og –medisin	10	40 %
Plastikkirurgi	21	38 %

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten Andre effektive behandlingsmetoder kan være aktuelle	Gradering av vilkårene i prioriterings- forskriften	Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører	Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den enkelte pasient Listen er ikke uttømmende
Multippel sklerose (MS)	Utredning	Tilstanden anses å være alvorlig	Som regel:	• alder (yngre prioriteres høyere, fordi man kan oppnå mer med behandling i denne gruppen) • type symptom • rask progresjon av symptomer • gjentatte symptomer
		Helsehjelpen anses å være nyttig	Rett til prioritert helsehjelp	
		Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv	Maksimumsfrist: 12 uker	

Figur 1. Eksempel på veiledertabell for fagområde neurologi, tilstand multippel sklerose (MS). Fra Prioriteringsveileder – Neurologi.

arbeidingen av veilederne ble det brukt egne vurderingsskjemaer hvor hver av de tre prioriteringskriteriene for hver enkelt tilstand ble beskrevet i flere dimensjoner. Graderingen av vilkårene skulle baseres på denne beskrivelsen.

De tre vilkårene for prioritering er gradert fra alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, via sannsynligvis alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv og under tvil alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, til ikke alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv. Det forelå klare kriterier for denne graderingen da veilederne ble utarbeidet. Det ble også understreket at de tre kriteriene skulle vurderes samlet til slutt. Det kunne være tre utfall av vurderingene: 1) pasienten gis rett til prioritert helsehjelp og får en juridisk frist for når helsehjelp senest skal starte; 2) pasienten har behov for spesialisthelsetjenester, men får ikke en juridisk frist for start helsehjelp; 3) pasienten har ikke behov for spesialisthelsetjenester. Den siste kategorien er ikke med i prioriteringsveilederne.

I denne artikkelen vil vi se på prioriteringsveilederens anbefalinger om rett til prioritert helsehjelp. Hensikten er å undersøke i hvor stor grad veilederens rettighetsanbefalinger bygger på gradering og samlet vurdering av prioriteringsforskriftens tre vilkår. Vi vil presentere bakgrunnsinformasjon og statistikk fra veilederne for å synliggjøre fortolkning og bruk av kriteriene på tvers av fagområder. Vi vurderer ikke fastsettelsene av frist for start av helsehjelp. Dette er nylig studert i en rapport fra Kunnskapssenteret (6).

Materiale og metode

For å kunne bruke graderingene av prioriteringskriteriene i videre analyse har hver av graderingene (alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, sannsynligvis alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, under tvil alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, og ikke alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv) blitt tilordnet poeng fra tre til null.

En tilstand som ansees som både alvorlig, nyttig og kostnadseffektiv får ni poeng, mens en tilstand som verken er alvorlig, nyttig eller kostnadseffektiv får null poeng. Begrepet 'poengsum' betegner summen av poeng en tilstand har fått etter dens respektive gradering av kriteriene. 'Gjennomsnittlig poengsum' betegner gjennomsnittet av alle poengsummene til tilstandene innenfor et fagområde. Vi presenterer alle de 491 tilstandene i tabell 1, mens vi i de videre analysene har fjernet én tilstand da den i veilederen vurderes til ikke å medføre behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten.

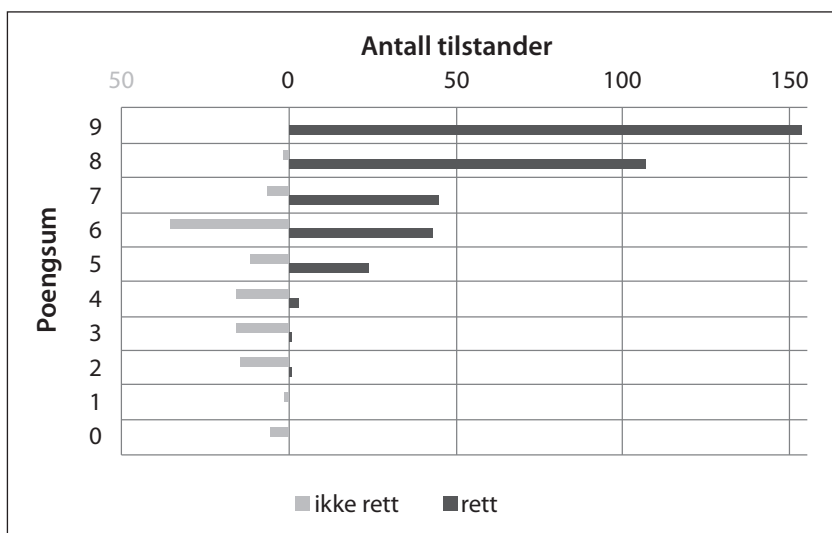
For å teste sammenhengen mellom alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet mot tildelt rett til prioritert helsehjelp gjorde vi en binær logistisk regresjon, hvor rett/ikke rett er den avhengige variabelen og de tre graderte prioriteringskriteriene er de uavhengige variablene. Kriteriene alvorlig, nyttig og kostnadseffektiv ble valgt som referanseverdier. Først gjorde vi adskilte regresjonsanalyser for hver av de tre prioriteringskriteriene. Disse presenteres som ujusterte effekter. Deretter er alle kriteriene analysert sammen for å justere effektene av de ulike kriteriene på hverandre. Vi har også analysert korrelasjonen mellom poengsum og rettighetstildeling. Analysen ble gjort i Stata 14. I arbeidet er det ikke brukt persondata og analysene er gjort på allerede publisert materiale, så det er derfor ikke vært behov for å søke etisk godkjenning.

Vi bruker begrepet «prioritert tilstand» om tilstander som blir anbefalt rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med ordlyden i prioriteringsveilederne. I lovteksten omtales dette som «nødvendig helsehjelp». Tilstander som ikke blir anbefalt rett til prioritert helsehjelp, blir omtalt som «ikke-prioriterte». Disse ble likevel vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjenester (da omtalt som «behovstilstander eller behovspasienter»). Vi har forkortet og forenklet navn på fagområder for å få ryddigere og mer lesbare tabeller.

Resultater

Av de 491 tilstander som det er gitt anbefalinger for, ble 378 (77 %) gitt rett til prioritert helsehjelp. Antall tilstander som dekkes i de ulike veilederne varierer mellom to og 90. I åtte fagområder får alle tilstandene nevnt i veilederen rett til prioritert helsehjelp. Dette gjelder geriatri, habilitering av barn, hjertemedisin, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, smertetilstander og sykelig overvekt. Lavest andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp har fagområdet plastikkirurgi, med 38 %.

I figur 2 er 490 tilstander i veilederne ordnet etter antall poeng og delt i prioriterte og ikke-prioriterte tilstander. Vi ser at det er en klar overvekt av prioriterte tilstander i gruppene med høyest poengsum. For tilstander



Figur 2. Antall tilstander for hver poengsum, delt i ikke-rett og rett til prioritert helsehjelp.

med noe lavere poengsum er det både prioriterte og ikke-prioriterte tilstander, mens det i hovedsak er ikke-prioriterte tilstander i gruppene med de laveste poengsummene. Korrelasjonen mellom total poengsum og rett til prioritert helsehjelp er 69,7 % ($p < 0,05$).

Tabell 2 viser at 99 % av alle tilstandene som ble gradert til å være alvorlige, blir anbefalt rett til prioritert helsehjelp. Tilsvarende andel for nytte og kostnadseffektivitet er hhv. 85,9 % og 86,5 %. Tilsvarende anbefales 97,6 % av alle tilstander som sannsynligvis er alvorlig rett til prioritert helsehjelp, mens andelen for nytte og kostnadseffektivitet her er hhv. 78,7 % og 71,2 %.

Tabell 3 viser relativ risiko (RR) for tildelt rett til prioritert helsehjelp, samt 95 %-konfidensintervall og tilhørende p-verdi for de tre prioriteringskriteriene. Alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er valgt som referanseverdier, og følgelig er den relative risikoen for tildelt rett til prioritert helsehjelp lavere når kriteriene er svakere. Vi ser at når variablene er justert for hverandre, er kriteriene alvorlig under tvil, ikke alvorlig og nyttig under tvil statistisk signifikante.

Diskusjon

Det er stor variasjon mellom de ulike prioriteringsveilederne både når det gjelder antall tilstander og andelen tilstander som gir rett til prioritert hel-

Tabell 2. Antall og andel tilstander med rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp inndelt etter kriterier.

Kriterium		Totalt	Rett til prioritert helsehjelp	
		Antall	Antall	Andel
Alvorlighet	Alvorlig	197	195	99,0 %
	Sannsynligvis alvorlig	165	161	97,6 %
	Alvorlig under tvil	55	21	38,2 %
	Ikke alvorlig	73	1	1,4 %
Grad av nytte	Nyttig	326	280	85,9 %
	Sannsynligvis nyttig	122	96	78,7 %
	Nyttig under tvil	34	2	5,9 %
	Ikke nyttig	8	0	0,0 %
Kostnadseffektivitet	Kostnadseffektiv	312	270	86,5 %
	Sannsynligvis kostnadseffektiv	104	74	71,2 %
	Kostnadseffektiv under tvil	61	32	52,5 %
	Ikke kostnadseffektiv	13	2	15,4 %

sehjelp. Prioriteringsveilederen for barnesykdommer har 90 ulike tilstander, mens sykelig overvekt bare har to. Fagområdet sykelig overvekt er begrenset, men ser vi på store fagområder som hjertemedisin, nevrokirurgi og nyresykdommer har disse bare hhv. fire, fire og fem tilstander i sine veiledere.

Det er også stor variasjon mellom fagområdene i andel tilstander som gir rett til prioritert helsehjelp. Innenfor åtte fagområder har alle tilstandene i veilederne rett til prioritert helsehjelp. Plastikkirurgi har lavest andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp, fulgt av oral kirurgi og –medisin, thorakskirurgi og kvinnesykdommer (hhv. 38 %, 40 %, 50 % og 50 %). Fagområdene som det finnes prioriteringsveiledere for, er svært forskjellige, og det er derfor naturlig at det er ulike andeler av rettighetspasienter i de ulike fagområdene. Men når store fagområder som hjertemedisin, geriatri og nevrokirurgi gir alle tilstandene rett til prioritert helsehjelp, kan det stilles spørsmål om hvilken nytte prioriteringsveilederne har for rettighetstildelingen innenfor disse fagområdene.

Vi finner at kriteriene alvorlighet og nytte har signifikant innvirkning på rettighetstildelingen, mens kriteriet kostnadseffektivitet ikke har det. En mulig forklaring kan være at det er lettere for klinikerne som leser henvisningen å vurdere alvorlighet og nytte enn kostnadseffektivitet. Det tyder

Tabell 3. Relativ risiko for tildelt rett til prioritert helsehjelp, justerte og ujusterte effekter.

Variabel	ujusterte effekter			justerte effekter		
	RR	95% KI	p-verdi	RR	95% KI	p-verdi
Alvorlighet	Alvorlig (referanse)	1,0		1,0		
	Sannsynligvis alvorlig	0,41	0,07	0,31	0,02	0,14
	Alvorlig under tvil	0,01	0,00	<0,05	0,00	<0,05
	Ikke alvorlig	0,00	0,00	<0,05	0,00	<0,05
Grad av nytte	Nyttig (referanse)	1,0		1,0		
	Sannsynligvis nyttig	0,61	0,36	0,06	0,53	0,36
	Nyttig under tvil	0,01	0,00	<0,05	0,00	<0,05
	Ikke nyttig*	–		–		
Kostnadseffektivitet	Kostnadseffektivt (referanse)	1,0		1,0		
	Sannsynligvis kostnadseffektivt	0,38	0,22	<0,05	0,18	0,42
	Kostnadseffektivt under tvil	0,17	0,09	<0,05	0,06	0,25
	Ikke kostnadseffektivt	0,03	0,01	<0,05	0,07	0,59

* tatt ut av analysen da ingen av de åtte tilstandene klassifisert som ikke nyttig gir rett til prioritert helsehjelp.

også på at det er en felles forståelse og tolkning av disse to vilkårene på tvers av ulike fagdisipliner. Et tiltaks kostnadseffektivitet kan derimot være vanskeligere å vurdere, noe som gir større spredning i fortolkningen. Skjemaet som ble brukt ved utarbeidingen av veilederne og ved graderingen av vilkårene, skulle begrense vilkårligheten i vurderingene og bidra til en viss grad av samstemthet i gradering og anbefalinger. Likevel var det rom for skjønn og ulike tolkninger av dimensjonene av vilkårene, noe som kan være med på å forklare variasjoner mellom veilederne.

En annen mulig forklaring kan ligge i selve tilstandene. Noen presenteres som symptombilder som krever videre utredning og avklaring, mens andre er ferdigdiagnostiserte tilstander klare for behandling. Det er da ulik grad av usikkerhet knyttet til de ulike tilstandene, både hva gjelder potensiell alvorlighet og eventuell nytte av behandlingen. Klinikere kan i møte med tilstander preget av usikkerhet vurdere dem opp mot et 'worst case-scenario'. Dette omtales i veilederne generelle del og betegnes som 'verste-fallsvurdering'. Det påpekes her at det er graden av risiko for en alvorlig tilstand som skal påvirke vurderingen, noe som blant annet avhenger av tilgjengelig tilleggsinformasjon i hvert enkelt tilfelle.

I følge den nye pasient- og brukerrettighetsloven skal alle pasienter som oppfyller kravene om nytte og kostnadseffektivitet tildeles rett til prioritert helsehjelp (2). Disse endringene er også inkludert i den nye prioriteringsforskriften (3). Alvorlighetskriteriet skal altså ikke lenger ha noen innvirkning på rettighetstildelingen. I stedet skal alvorlighet, sammen med hastegrad, ligge til grunn for fastsettelse av frist for start av helsehjelp til de pasientene som har fått tildelt rett til helsehjelp. Alvorlighetskriteriet vil fortsatt være relevant, men ikke for selve tildelingen av rett til helsehjelp. Våre funn viser at kostnadseffektivitet ikke har noen signifikant påvirkning på rettighetstildelingen, noe som betyr at uten et bedre vurderingsgrunnlag for et tiltaks kostnadseffektivitet, vil nytte stå igjen som det eneste reelle kriteriet for rettighetstildeling.

Figur 2 viser, uavhengig av fagområde, at det er en viss grad av enighet om hvordan en samlet gradering av de tre prioriteringsvilkårene skal være for å tildele rett til prioritert helsehjelp. I analysen finner vi en korrelasjon på 69,7 %. I figur 2 ser vi at en tilstand som bare skårer to poeng («kortvoksthet hos barn, sannsynligvis med genetisk årsak, aktuell høyde under 2,5-persentilen og med normal tilvekst») gis rett til prioritert helsehjelp, mens andre tilstander som skårer åtte poeng (for eks. «bløtdelslidelse og femoroacetabulær impingement») ikke gis rett til prioritert helsehjelp. Dette viser at det er behov for harmonisering av fortolkning, gradering og den samlede vurderingen av kriteriene.

Vår analyse har begrensinger og bør fortolkes med forsiktighet. For det første har vi kun analysert anbefalingene i veilederne og ikke studert hvordan de faktisk har vært praktisert. Vi mener likevel analysen kan ha verdi som et første steg på veien til å forstå prioritering på tvers av fagområder. For det andre kan prioriteringsveilederne ses som betydelig forenklinger av komplekse, skjønnsmessige faglige vurderinger. Det foreligger ingen omforent kvantitativ standard for alvorlighetsgrad, nytte, og kostnadseffektivitet som kan brukes på tilstandene i prioriteringsveilederne, og det finnes heller ingen gullstandard for rett prioritering. Kunnskapsgrunnlaget for å kunne gradere prioriteringsvilkårene er også svakt for en del av de undergruppene som omhandles i veilederne. Vurderingene må derfor med nødvendighet baseres på faglig skjønn, uten presis kvantifisering. For det tredje må det understrekes at anbefalingene i veilederne ikke ble ikke harmonisert – noe som har blitt gjort med de nye veilederne. Våre funn er derfor ikke overraskende, men viser at det er rom for betydelig forbedring ved revisjon av veilederne.

Det er vanskelig å sammenligne våre funn med studier fra andre land, men det finnes flere metoder som benytter lignende tankegang. Lange ventelister er en utfordring i mange land (7-12). I New Zealand og Canada er det forsøkt utviklet poengbaserte systemer for prioritering av pasienter i kø til enkelte elektive kirurgiske inngrep (13, 14). Poengsystemet er tilpasset hver enkelt tilstand og er derfor ikke egnet til å gjøre sammenligninger på tvers. I multikriterie beslutningsanalyser (Multi-Criteria Decision Analysis, MCDA) kan ulike helsetilstander og intervensjoner rangeres ved hjelp av vektete poengsystemer (15, 16). Disse analysene er ofte mer sammensatte og innebærer en preferansevektning av de ulike kriteriene for å gjenspeile den relative viktigheten de har, noe vi ikke har gjennomført.

Konklusjon

For at prioriteringsveilederne skal kunne bidra til likeverdige beslutninger for pasienter med ulike tilstander, bør faggruppene ha en likest mulig forståelse av prioriteringsvilkårene. I denne artikkelen finner vi at den samlede vurderingen av de tre prioriteringskriteriene til en viss grad predikerer tildelt rett til prioritert helsehjelp, men at denne vurderingen ikke er konsekvent. Når vi ser på de tre kriteriene, er det bare alvorlighet og forventet nytte som har signifikant påvirkning på rettighetstildelingen. Et tiltaks kostnadseffektivitet har ut fra våre funn ikke signifikant påvirkning på rettighetstildelingen. Vi mener derfor at det er rom for forbedring både når det gjelder forståelse og bruk av de tre prioriteringskriteriene. Harmonisering på tvers av fagområder er et hovedmål i den pågående revisjon av veilederne og vi

håper at de nye veilederne vil kunne bidra til en likere og mer rettferdig praksis for rettighetstildeling, noe som igjen kan gi et likere og mer rettferdig helsetilbud.

Litteratur

1. Helsedirektoratet. *Prioriteringsveiledere* [25.08.14]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/prioriteringsveiledere>.
2. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven), (LOV-1999-07-02-63).
3. *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften), (FOR-2015-04-10-339).
4. *Prioriteringer i helsesektoren: verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. 150 s. p.
5. Karstensen A, Håndlykken E, Andreassen GI. *Ventetider og pasientrettigheter 2014*. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
6. Lund Håheim L. *Evalueringsveiledere – en systemintervensjon for å redusere ventetiden til elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra Kunnskaps-senteret nr. 17 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester; 2015.
7. Askildsen J, Holmås T, Kaarboe O. Monitoring prioritisation in a public health care sector. The case of Norway. *Health Econ* 2011;20:958-70.
8. Dimakou S, David P, Devlin N, Appleby J. Identifying the impact of government targets on waiting times in the NHS. *Health Care Management Science* 2009;12:1-10.
9. Januleviciute J, Askildsen J, Holmås T. The impact of different prioritisation policies on waiting times: Case studies of Norway and Scotland. *Social Science & Medicine* 2013;97:1-6.
10. Noseworthy T, McGurran J, Hadorn D. Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn, DC. Waiting for scheduled services in Canada: Development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clinic Pract* 2003;9(1):23-31.
11. Propper C, Sutton M, Whittall C, Windmeijer F. Did “Targets and Terror” Reduce Waiting Times in England for Hospital Care? *Journal of Economic Analysis & Policy* 2008;8(2).
12. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health policy* 2014;118(3):292-303.
13. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ* 1997;314(7074):131.
14. Naylor C, Baigne R, Goldman B, Basinski A. Assessment of priority for coronary revascularisation procedures. *The Lancet* 1990;335(8697):1070-3.
15. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2006;4:14.
16. Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health Econ* 2006;15(7):689-96.

*Eirik Joakim Tranvåg**

Seksjon for forskning og utvikling. Helse Bergen

Haukeland Universitetssykehus

Jonas Lies vei 65

5021 Bergen

eirik.tranvag@uib.no

Eirik Joakim Tranvåg er lege og arbeider ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Elizabeth Nygaard

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St. Olavs plass

0130 Oslo

elizabeth.nygaard@helsedir.no

Elizabeth Nygaard er cand.oecon. og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Ole Frithjof Norheim

Seksjon for forskning og utvikling. Helse Bergen

Haukeland Universitetssykehus

Jonas Lies vei 65

5021 Bergen

ole.norheim@uib.no

Ole Frithjof Norheim er lege og professor i medisinsk etikk ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

** kontaktforfatter*

Bredt og dypt om helse



Lingaas EM (red.)

Helse

arr – Idehistorisk tidsskrift

nr. 2–3 2015

ISSN 0802-7005

208 s. ill.

Pris: NOK 150,-

Bestilles fra utgiver:

bestilling@arrvev.no

Michael 2015;12: 428–30.

Michaels lesere vil ganske sikkert være interessert i det sist utkomne nummeret av *arr – Idehistorisk tidsskrift*, der helsespørsmål settes inn i et bredt perspektiv gjennom en serie artikler. Det er f. eks. et opptrykk av et foredrag om seksualhygiene av Karl Evang i Studentersamfundet i 1932 fra *Po-*

pulært tidsskrift for seksuell opplysning (4/1932), og det er nye, fagfelleverderte artikler som drøfter aktuelle problemstillinger, ofte i historisk perspektiv. Forfatterlisten er lang i tillegg til Evang: Ole Georg Moseng, Bjørn Godøy, Marthe Glad Munch-Møller, Espen Schaaning, Siv Frøydís Berg, J. Rasmus Brandt, 1600-talls-dikteren Johannes Six van Chandelier (!), Ronny Spans, Kristine Lillestøl, Terje Finstad, Ellen Lange, Bjørn Hofmann, Ulla-Britt Lilleaas, Lars Fredrik Janby, Reidar Aasgaard og Ida Skjelderup (anmelder Lona Franks bok om mennesket og hjerneforskningen).

Ole Georg Moseng har innledningsartikkelen med tittelen *Ingen enkle veier til helse – Om måter å forstå historisk utvikling på*. Han bruker bred penn, men det er likevel dybde som gir ettertanke. Bruken av Frederik Holsts tilnærming til koleraen i 1832-1833 er velvalgt.

Deretter følger artikler av spesialemner, f. eks. Godøys artikkel om spedalskhet som politisk sak midt på 1800-tallet. Munch-Møllers innlegg om klær og helse ved slutten av 1800-tallet er både om kvinnehelse og kvinnesak. Schaanning ser på helseaspektet i speiderbevegelsen. Legenes rolle var der blant annet å sikre speidernes helse ved hjelp av kontroller m.v. Men dette gjaldt ikke bare speiderne – bedriftsleger som har levd en stund vil huske den nærmest patetiske helsegodkjenningen som lenge trengtes for å være med på bedriftsidrett!

Siv Frøydis Berg er en velkjent forsker og forfatter som har gått i dybden om Karl Evang – her skriver hun om Evang og utvidelsen av helsebegrepet. J. Rasmus Brandt går riktig langt tilbake i historien når han ser på helse, sykdom og helbredelse i antikken i et arkeologisk perspektiv.

Johannes Six van Chandelier (1620-1695), poet fra nederlandsk gullalderlitteratur, har fått et av sine dikt gjengitt og kommentert av Ronny Spaans, med vinkling mot eksotiske medisiner, begjær og helse på denne tiden. Selv om temaet kan synes meget gammelt, har det overføringsverdi til vår tid, fordi det illustrerer hvordan det var når man tenkte helt annerledes enn vi gjør.

Kristine Lillestøl skriver om det gamle begrepet nevrasteni, et felt hun er hjemme i og som har fått fornyet medisinhistorisk oppmerksomhet i det siste, blant annet sammenholdt med andre, nyere «motesykdommer». Terje Finstads artikkel om antibiotikaresistens tar opp et annet høyaktuelt tema, men her kunne det gjerne vært mer henvisninger til de etter hvert omfattende historiske studiene som for tiden foregår om dette, blant annet på europeisk nivå.

Ellen Lange fra Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum skriver om psykisk sykdom på norske museer. Utgangspunktet er psykiatrihistoriske samlinger ved ti norske sykehus. Norsk rettsmuseum i Trondheim kunne gjerne vært med her, ettersom både Kriminalasylet og Reitgjerdet er stikkord når vanlige nordmenn tenker på psykiatri og historie.

Bjørn Hofmann drøfter helse fra et filosofisk utgangspunkt og bidrar til å rydde i begrepene. Hans budskap er at det kan være klokt å sette nye helseforståelser inn i rammen av tidligere helsebegreper. Ulla-Britt Lilleaas fra Senter for tverrfaglig kjønnsforskning ved Universitetet i Oslo skriver om kvinners helse og kvinners sykefravær – et tema som fortsatt er aktuelt, selv i vår mer og mer kjønnsutviskede tid.

Heftet har også noen få, men også interessante innlegg om andre temaer (eksempel Lars Fredrik Janby om vitenskapssyn i antikken), bokanmeldelser m.v., herunder en høyst lesverdig drøfting av den nye salmeboka ved Reidar Aasgaard, der anmelderen grunngir hvorfor han ikke er helt fornøyd med den.

Arr-heftet er illustrert med fotografier fra Helsesenteret for papirløse migranter. Dette kommer fra et dokumentasjonsprosjekt ved Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk museum, og det er en kort innledning ved Håkon Bergseth. Fotografiene er talende og treffende, men dessverre er ikke fotografen(e?) skikkelig kreditert i tilknytning til bildene.

Denne anmelder synes dette *arr*-heftet er både lærerik og hyggelig lesning og anbefaler det varmt. Er det da intet som kunne vært bedre? Et lite hjertesukk som har med bredde og dybde å gjøre: Helse, helsens historie og sosiologi m.v. er temaer som opptar mange. Problemkretsen har stor bredde. Det er forskjellige grupper og «skoler» som arbeider med disse emnene, men det er ofte liten kontakt dem i mellom. Dette sees blant annet av arbeidsmåter, litteraturlister og temavalg. Å tilstrebe bredde bør også være å tilstrebe samarbeid med miljøer som er opptatt av det samme. Dybde kan også være å se bakover i tid, til det andre har gjort tidligere. I 1970-årene var f. eks. synet på sykdom et stort tema i tiden, både i Norden og internasjonalt. Møter og konferanser ble holdt og mange publikasjoner ble trykket. F. eks. ved universitetene i Uppsala og Linköping var viktige og toneangivende prosjekter i gang. I dette heftet av *arr* er det bare noen få henvisninger til det som ble gjort da og som la grunnlaget for det som gjøres i dag.

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

Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger 1983–2014

Michael 2015; 12: 431–47.

I 2015 er det mer enn tretti år siden Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger, opprinnelig kalt Kurs i norsk for utenlandsk medisinsk personell, ble avholdt første gang. Fra høsten 1983 til og med høsten 2014 ble det gitt et stort antall kurs med deltakere fra svært mange land i verden. Det er det eneste kurset i sitt slag som har eksistert i Norge. I vårsemesteret 2015 ble det ikke holdt kurs, og om denne virksomheten kan tenkes å bli tatt opp igjen, er pr. høsten 2015 høyst uvisst.

Bakgrunn

I 1950-årene økte antall leger som hadde studert medisin og tatt eksamen i et annet land enn Norge, Sverige og Danmark. Disse ble etter hvert pålagt å følge et tilleggskurs i regi av Det medisinske fakultet i Oslo. Deltakerne var i første rekke nordmenn som hadde studert i andre land, og kurset var derfor først og fremst beregnet på personer med norsk som morsmål. Det var ingen spesiell tilrettelegging, språklig eller på andre måter, for kandidater med andre morsmål. Kursinnholdet omfattet disipliner som man ikke kunne forutsette at deltakerne hadde studert i sine respektive studieland, det vil si fag som var regulert av norsk lovgivning eller som ble spesielt vektlagt i Norge. Det dreide seg om sosialmedisin, forebyggende medisin, rettsmedisin, rettspsykiatri, røntgen-diagnostikk, blodtypebestemmelse og reseptlære (1).

I begynnelsen av 1980-årene var det hvert semester 10–15 utenlandske kandidater som meldte seg til dette medisinske tilleggskurset. For disse kandidatene var det et krav for å følge tilleggskurset og gå opp til eksamen at de skulle ha bestått universitetenes norskundervisning trinn III med karakter 3,0 eller bedre. Mange av de utenlandske kandidatene besto ikke eksamen på tilleggskurset, men det var ikke alltid klart i hvor stor grad dette hadde faglige eller språklige årsaker.

I januar 1982 ble det nedsatt en arbeidsgruppe under Det medisinske fakultet i Oslo som skulle vurdere hvordan man best kunne sikre seg at det økende antall utenlandske kandidater som ønsket å praktisere medisin i Norge, hadde tilstrekkelige faglige og språklige ferdigheter til å fungere som leger her i landet. *Arbeidsgruppen for vurdering av utenlandsk medisinsk utdanning* la i november 1982 fram en 20 siders innstilling med forslag til *Reglement for godkjenning av utenlandsk medisinsk eksamen som faglig jevn god med norsk medisinsk embetseksamen* (2). I § 2 heter det at utenlandske statsborgere i tillegg «må ha bestått en prøve i norsk» og i forslaget til utfyllende regler at fakultetet også kan «kreve gjennomgått kurs i norsk medisinsk fagspråk».

Det ble deretter tatt kontakt med *Utvalget for norskundervisning for utenlandske studenter* ved Universitetet i Oslo med forespørsel om det ville være mulig å utvikle et kurs i norsk medisinsk fagspråk for helsepersonell som skulle arbeide i Norge. Bak initiativet sto Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, Helse- og sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Amanuensis (senere professor) Anne Hvenekilde, som da var leder for utvalget for norskundervisningen, var allerede medlem av en gruppe som hadde fått i oppgave av Kommunal- og arbeidsdepartementet å utarbeide undervisningsmaterieell for tolkeopplæring, herunder medisinsk tolking. Fakultetets arbeidsgruppe laget sammen med Anne Hvenekilde et forslag til fagspråkkurs for utenlandske leger, som eventuelt også skulle kunne tilbys fysioterapeuter og sykepleiere. Et slikt felles kurs ble imidlertid ikke realisert.

Arbeidsgruppens ønske var at fagspråkkurset skulle avholdes i ukene umiddelbart før tilleggskurset, dvs i januar og august, og at det skulle være obligatorisk for alle leger med utdanning utenfor Norge, Sverige og Danmark.

Etter forslag fra Anne Hvenekilde ble Else Ryen og Tone Greve Gedde, den gang hjelpelevere ved *Norskundervisningen for utenlandske studenter*, engasjert til å utarbeide kurset.

Kursene kom i gang

Det første kurset ble avholdt fra 1. til 12. august 1983 med 12 deltakere. Det var et intensivt kurs med fire timer per dag fem dager i uken. I tillegg til disse ti kursdagene var det to timer per uke i de fem ukene det medisinske tilleggskurset varte. Dette siste viste seg snart å være vanskelig å gjennomføre. Tilleggskurset krevde så mye av kandidatene at de ikke hadde mye tid til å forberede norsktimene. Kurset ble derfor justert til 2,5 uker. Fra 2003 ble kurset utvidet til fem uker med undervisning fire timer per dag (en periode fem timer) fire dager i uken og eksamen over to dager.

Kursdeltakerne

Deltakernes opprinnelsesland har variert over tid. Blant de første kandidatene var et ganske stort antall leger fra det daværende Vest-Tyskland, og det kom mange leger fra Polen og andre østeuropeiske land. Som følge av innvandringen til Norge fra Pakistan, India og Bangladesh kom det jevnlig leger fra disse landene. Både før og etter Berlinmurens fall i 1989 har mange av deltakerne hatt bakgrunn i det tidligere Sovjetunionen, særlig Russland, Hvite-Russland og Ukraina.

Etter at det ble inngått avtaler med EU om godkjenning av utdanning, ble det overlatt til arbeidsgiver (oftest sykehusene) å bedømme legenes nivå i norsk. Leger fra EU/EØS-land var ikke lenger pålagt å følge fagspråkkurset. Etter hvert som stadig flere land ble medlemmer av EU, ble det også færre europeiske leger på våre kurs.

Legenes nasjonalitet har vært preget av hvor i verden det til enhver tid har vært krig og konflikter. Med Balkan-krigen i 1990-årene kom det mange fra landene i det tidligere Jugoslavia, og leger fra Bosnia og Serbia har fortsatt å komme i ganske stort antall. Ganske mange har kommet fra Irak, Palestina og Afghanistan. Enkelte land i Afrika og Latin-Amerika har også vært representert.

Noen leger har meldt seg på kurset ikke fordi de skulle praktisere i Norge i nærmeste framtid, men fordi de var i gang med en doktorgrad ved et norsk universitet og skulle ha pasientkontakt og lese journaler under dette arbeidet.

Opptakskrav og kursinnhold

Det fantes altså allerede før 1983 et krav om norskkunnskaper for utenlandske leger. Kandidater som kunne en del norsk, kunne avlegge en test i norsk umiddelbart før starten på tilleggskurset, den såkalte «Fakultetsopptaksprøven», som testet om kandidatene hadde norskkunnskaper tilsvarende trinn III med karakter 3,0 eller bedre. Denne prøven ble senere erstattet av *Test i norsk, høyere nivå*, populært kalt «Bergenstesten», som er utviklet av Norsk språkttest i Bergen (3). Testen er beregnet på alle som ønsker å få dokumentert sine norskkunnskaper, og kan avlegges en rekke steder i landet. Den forutsetter ikke at kandidaten har fulgt noe spesielt kurs. *Test i norsk, høyere nivå* er ekvivalent med trinn III ved universitetenes norskkurs.

I målbeskrivelsen for trinn III på norskundervisningen for utenlandske studenter ved Universitetet i Oslo heter det i 1983:

«Etter trinn III skal studentene

- kunne forstå forelesninger på norsk innenfor forskjellige fagområder og følge samtaler og programmer i TV og radio om forholdsvis vanskelige emner
- kunne holde innlegg på seminarer blant norske studenter og delta i faglige diskusjoner
- kunne lese norske fagbøker, tidsskrifter og aviser
- kunne skrive semesteroppgaver o.l. og ta forelesningsnotater i fagstudier
- ha et aktivt ordforråd på 3500–4000 ord og kjennskap til de vanligste idiomene i norsk, beherske formånen og kjenne til setningstyper og en del viktige språkfunksjoner.»

I målbeskrivelsen for trinn III i norsk for internasjonale studenter i 2015 er dette utvidet til:

«Man legger stor vekt på evnen til å oppfatte ulike muntlige uttrykksmåter, så muntlig trening står sentralt. I grammatikk arbeides det blant annet med leddstilling, logiske relasjoner, modalitet, passiv og partisipper. Vi arbeider med ulike tekster innen sakprosa og skjønnlitteratur; det leses også et større litterært verk på dette trinnet. En del temaer for dette trinnet hentes fra tekster innen historie, politikk og interkulturelle relasjoner. Det arbeides med abstrakt ordforråd og fagrelatert språk, både muntlig og skriftlig. Studentene skriver en oppgave over godkjent tema.

Studentene skal kunne følge forelesninger på norsk og forstå andre typer muntlige framstillinger. De skal kunne lese sakprosa og annet autentisk stoff uten særlige vansker. De skal uttrykke seg godt forståelig og selv forstå andre i samtaler og diskusjoner. De må kunne uttrykke seg godt skriftlig i refererende, beskrivende og argumenterende framstillinger og beherske hovedreglene i norsk grammatikk.» (4)

Dette er ganske ambisiøse mål. Alle som består trinn III, når ikke alle disse målene. Denne eksamen måler dessuten generelle språkferdigheter og dekker ikke noe spesielt fagområde, selv om studentene oppfordres til å skrive kvalifiseringsoppgave på trinn III om et fagrelatert emne.

Studenter som begynner på et fakultet, vil kunne lære det aktuelle fagspråket gjennom studiene. En ferdig utdannet lege som skal ut i jobb, trenger å ha mye av fagspråket inne på forhånd. De færreste vil ha store vanskeligheter med å kommunisere med andre leger, men i pressete situasjoner vil tydelighet og presisjon være helt avgjørende. Språket kan faktisk være den faktoren som avgjør liv eller død.

Når legene skal kommunisere med pasienter og pårørende, er det helt vesentlig at de behersker norske ord og uttrykk for sykdom, legemsdeler, organer og følelsesreaksjoner, og at de kjenner normer for atferd og høflighet.

Det er ikke alltid like lett å forstå hvorfor man misforstår eller blir misforstått. I tillegg til å bedre de kommunikative ferdighetene, kan et kurs i språk og kommunikasjon øke kandidatens språklige bevissthet og bidra til at de lettere kan unngå eller bøte på slike misforståelser. Et fagspråkkurs

kan gjøre kandidatene mer oppmerksom på hvilke fenomener som skiller fagspråket fra andre språkbruksområder, og dermed bidra til at de bedre behersker sin rolle som lege.

Kursbeskrivelsen for fagspråkkurset har vært modifisert opp gjennom årene. I de siste årene har den vært som følger:

«Mål for kurset er at kandidatene skal ha så god skriftlig og muntlig kompetanse i norsk at de uten nevneverdige vansker kan kommunisere med pasienter, pårørende og kolleger, og at de kan utføre de ulike oppgavene en lege stilles overfor, uten at det oppstår kommunikasjonssvikt eller misforståelser.

Tekstforståelse og vokabular styrkes ved at kandidatene til hver dag skal lese tekster om en rekke ulike medisinske og helserelaterte emner, og ved at disse tekstene danner utgangspunkt for oppgaver og samtaler.

Det gis skriftlige oppgaver hver dag for at kandidatene skal få rikelig trening i å uttrykke seg skriftlig. Med utgangspunkt i tekstene som leses, blir det fokusert på grammatiske og tekstlige faktorer som er frekvente i det språket kandidatene møter i sitt arbeid som leger, og som kan by på vanskeligheter for språkbrukeren.

Det arbeides spesielt med krevende genrer som journal og lovtekster slik at kandidatene skal bli fortrolige med uttrykksmåtene i slike tekster, og slik at de skal kunne forstå og forklare innholdet i journaler og lover og selv skrive journal.

Det arbeides systematisk med innøving av korrekt uttale av norske vokal- og konsonantlyder samt viktige uttalefaktorer som vokallengde, trykk og intonasjon. Det arbeides med forståelse av muntlig norsk gjennom ulike typer lytteøvelser. Kandidatene kan få øving i å uttrykke seg muntlig ved at de blant annet må redegjøre for begreper, legge fram gruppearbeid og holde små foredrag.

Kommunikasjon øves gjennom samtaler og rollespill. Det legges spesiell vekt på å trekke inn kulturelle aspekter relatert til de ulike temaene som tas opp.

Kandidatene får individuell tilbakemelding på muntlige og skriftlige prestasjoner gjennom hele kurset.» (5)

Eksamen

Kurset avsluttes med eksamen hvor karakteren er *bestått/ikke bestått*. Skriftlig eksamen er på fire timer. De første semestrene ble kandidatene prøvd i diktat, men relativt snart ble diktaten erstattet av en lytteprøve.

Fra starten av var eksamen bare skriftlig, men fra 2004 ble det i tillegg innført en 30 minutters muntlig eksamen med en lege som sensor. Innføring av muntlig prøve ble gjort for å legge tydeligere vekt på betydningen av uttale, muntlig uttrykksevne og evne til å kommunisere om medisinske og helsemessige emner på norsk.

Sensorer har vært: Leif Henry Andersen, Håvard Sommernes, Eric Rinvik, Jan C. D. Frich, Ingegerd Frøyshov Larsen (fra juni 2007), Øivind Larsen til februar 2014) og Frøydis Langmark (desember 2014).

Muntlig eksamen

Den muntlige eksamenen består av tre komponenter:

1. *Kort presentasjon av temaet fra selvvalgt foredrag på kurset.*

Kandidaten vil i tillegg til å gi en kort sammenhengende presentasjon også måtte svare på temarelaterte spørsmål fra eksaminator.

Måler: Evne til å gi en fokusert sammenhengende presentasjon av et helsefaglig tema samt evne til å forstå og svare på oppklarende spørsmål.

Tid: ca. 10 minutter.

2. *Presentasjon og samtale rundt et tema som er behandlet i kursheftet.*

Tema er ikke utvalgt på forhånd, men trekkes tilfeldig av kandidaten.

Måler: Evne til presentasjon og samtale rundt et tema med helsefaglig innhold.

Tid: ca. 10 minutter.

3. *Gi råd til pasient og svare på pasientspørsmål.*

Kandidaten skal gi forklaringer og råd til en pasient som har en bestemt sykdom eller lidelse. Temaet trekkes tilfeldig av kandidaten.

Eksaminator skal stille spørsmål og be om oppklaringer knyttet til den aktuelle sykdommen eller lidelsen, evt. be om tilleggsinformasjon.

Måler: Evne til å gi klare og adekvate råd og til å forstå og svare på (uventede) spørsmål fra pasientens side.

Tid: 5–10 minutter.

Krav til bestått muntlig eksamen:

Kandidaten må vise evne til å gi sammenhengende klare framstillinger og til å forstå og svare adekvat på spørsmål om det stoffet som er behandlet i kursheftet, og om sentrale medisinske og helsemessige forhold. Ordforrådet må være variert og ha en bredde som kan forventes ut fra det som har vært gjennomgått på kurset. Kandidaten må være i stand til å forklare medisinske ord og uttrykk slik at de blir forståelige for en pasient. Uttalen må være slik at den ikke hindrer mottakers forståelse, men avvik i uttale og grammatikk aksepteres dersom avvikene ikke vanskeliggjør kommunikasjonen.

Skriftlig eksamen

Den skriftlige eksamenen består av tre deler:

1. *Lytteprøve*

Forelesning 15–20 minutter (tekstlengde ca 1300 ord) over et helsefaglig tema.

Kandidatene tar notater under forelesningen. Spørsmål (vanligvis 10) til innholdet. Spørsmålene utleveres etter at forelesningen er avholdt.

Måler: Lytteforståelse og evne til å kommunisere dette på en akseptabel måte. Leseren skal ikke måtte gjette seg til svaret. Et akseptabelt svar må også være rime-
lig presist, dvs. at det bare skal relatere seg til det som ble formidlet i forelesnin-

gen, og det skal ikke inneholde informasjon som egentlig dreier seg om andre deler av forelesningen enn det som det spørres etter. Krav til bestått: Minst 70 prosent av forelesningen må dokumenteres forstått.

2. *Tekster med oppgaver*

- Tekst på 1–1 ½ A4-side med et helsefaglig tema. Teksten kan være hentet fra tidsskrift, avis eller fagbok. Spørsmål knyttet til ordforråd, til forståelse av større helheter fra teksten og til tekstrelatert grammatikk.
- Lovparagraf eller lignende. Omskriving / forklaring av teksten
- Kort tekst / utdrag fra journal / epikrise. Forklaring av fagtermer.

Måler: Tekstforståelse og evnen til å formidle denne forståelsen. Krav til bestått: En score på ca. 70 prosent.

3. *Skriftlig framstilling*

To stiloppgaver med helsefaglige temaer som begge skal besvares. Lengde minst 300 ord til sammen.

Måler: Evne til sammenhengende logisk skriftlig framstilling.

Merknad: Oppgavene på del 3 av eksamen var formulert slik at svarene ikke kunne være rent beskrivende, men skulle prøve kandidatens evne til å skrive resonnerende og argumenterende.

Krav til bestått skriftlig eksamen:

Tekstopbyggingen må være rimelig god. Leddsetninger må brukes og mestres på adekvat nivå for en som skriver relativt enkel sakprosa innenfor sitt eget fagområde. Ordforrådet må være adekvat og må vise en viss bredde.

Hver av besvarelsene skal være innenfor oppgavens rammer og være adekvat svar på oppgaveformuleringen / problemstillingen. Syntaks og morfologi skal være slik at det ikke hindrer forståelsen og skal heller ikke avvike i påfallende grad fra en norsk norm. Noen feil i bøyning og setningsstruktur kan likevel aksepteres.

Hvis kandidaten stryker i én av de tre delene av skriftlig eksamen, blir karakteren *ikke bestått*. Hvis kandidaten stryker i enten muntlig eller skriftlig del av eksamen, må begge prøvene tas på nytt.

Myndighetenes og fakultetets krav til norskkunnskaper hos utenlandske leger

Da vi ble bedt om å lage et kurs i norsk for utenlandsk medisinsk personell, var det altså på bakgrunn av de utfordringene som viste seg når de utenlandske legene skulle avlegge eksamen etter det medisinske tilleggskurset. Dette er en omfattende og vanskelig eksamen (kalt Fagprøven) som skal sikre at kandidatene har samme kunnskapsnivå som innenlandsk utdannede leger. Strengt tatt står det ikke annet i loven enn det generelle kravet til *forsvarlighet* i Lov om helsepersonell:

«Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» (6)

Hvem som skal være ansvarlig for at leger og annet helsepersonell behersker norsk godt nok, har vært gjenstand for diskusjon. En oppfatning har vært at krav til språk dekkes av forsvarlighetskravet, mens andre vil hevde at språkkunnskapene må prøves. De ansvarlige for tilleggskurset og senere for Fagprøven ved Det medisinske fakultet i Oslo har ment at et nivå lik eksamen fra trinn 3 eller Bergenstesten ikke er tilstrekkelig og har ønsket et kurs som kunne gi kandidatene mer fagspesifikke kunnskaper og ferdigheter i norsk. I et rundskriv fra Helsedirektoratet i juli 1986 til landets sykehus, kommuner, fylkeskommuner, fylkesleger og Stadsfysikus i Oslo heter det om krav til språkkunnskaper:

«For tildeling av lisens til utenlandske leger i andre stillinger enn ved laboratorier, eventuelt i liknende stillinger uten pasientkontakt, kreves at utlendinger må beherske norsk (d.v.s. ha bestått eksamen, trinn III ved norskundervisningen for utenlandske studenter ved universitetene). Fagspråkkurs og tilleggskurs vil bli krevet gjennomgått innen 1 ½ år.» (7)

Så lenge Det medisinske fakultet ved Utvalget og sekretariatet for utenlandsmedisinere var ansvarlig for godkjenning av utenlandske leger, var fagspråkkurset obligatorisk og (delvis) finansiert av helsemyndighetene. Opptaket til Fagspråkkursene ble foretatt av Sekretariatet for utenlandsmedisinere. Fra det tidspunkt i 2008 da søknad om midlertidig lisens skulle sendes til SAFH (SAK), mistet også Det medisinske fakultet bevilgningen til fagspråkkurs, og de utenlandske legene måtte deretter bekoste kurset selv. Utvalget og sekretariatet ble nedlagt, kandidatene meldte seg på kurs direkte til Institutt for lingvistiske og nordiske studier (ILN) ved Universitetet i Oslo, og det løpende samarbeid mellom Det medisinske fakultet og Institutt for lingvistiske og nordiske studier opphørte.

I november 2008 var trinn III med karakter B skriftlig og muntlig eller Norsk språktest høyere nivå (Bergenstesten) med minimum 500 poeng oppført som generelt språkkrav på SAFH (SAK)s nettsider. Om fagspråk het det:

«Kurs i språk og kommunikasjon for utenlandske leger, også kalt Fagspråkkurset, som har vært avholdt ved Universitetet i Oslo, vil for fremtiden ikke lenger være et obligatorisk krav for leger utdannet utenfor EØS-området.» (8)

På Helsedirektoratets nettsider sto følgende:

«Det forutsettes også at man har evne til muntlig og skriftlig kommunikasjon og nødvendige ferdigheter i norsk språk for å kunne utøve legeyrket i samsvar med helsepersonellovens forsvarlighetskrav.» (9)

Hvordan nivået skulle vurderes, var ikke spesifisert. På samme tidspunkt ba Helsedirektoratet om tilbud på fagspråkkurs av 2–3 dagers varighet (sic) (10).

I oktober 2008 sendte Institutt for lingvistiske og nordiske studier en henvendelse til Det medisinske fakultet via Det humanistiske fakultet hvor det ble argumentert for at fagspråkkurset burde opprettholdes (11). Det medisinske fakultet fortsatte i 2008 og senere å kreve bestått fagspråkkurs før kandidatene fikk avlegge Fagprøven, og dette fortsatte altså fram til 2014.

Antall kandidater til Fagprøven har de senere år stadig gått ned, og prøven har blitt avlyst flere ganger. Dermed har grunnlaget for fagspråkkurset også forvitret, ikke fordi legene ikke trenger mer spesifikke norsk-kunnskaper, men fordi myndighetene ikke klart nok har definert hvordan dette skal dokumenteres. Kurset har derfor ikke vært avholdt siden desember 2014 (12).

Å lage et kurs

I 1983 var fagspråk et lite utforsket område. Vi hadde så godt som ingen kjennskap til litteratur på feltet. Det vi kjente til, var først og fremst våre kollegers pågående arbeider, slik som Anne Hvenekildes innspill til forarbeidet til kurset, lagt fram blant annet i møte 14. 4. 1982, og Hvenekilde og Goldenes undersøkelse *Lærebokspråk* utgitt 1983 (13). Senere kom artikler av Golden (14), Hvenekilde (15) og Hvenekilde (16).

I vår første tilnærming til hvordan vi kunne kartlegge det språklige terrenget legene hadde å forholde seg til, tenkte vi langs to linjer:

- kandidatene skulle følge forelesninger og lese pensum på tilleggskurset og avlegge skriftlig eksamen;
- de skulle fungere som leger med ansvar for pasienter og ellers fylle de oppgaver leger har med krav til muntlig og skriftlig bruk av språket.

Av dette følger at det stilles krav til både skriftlige og muntlige språkferdigheter, og at evnen til å kommunisere med ulike typer pasienter og kolleger står sentralt. I alle disse situasjonene er presisjon svært viktig. Leger må beherske norsk ut over det som inngår i grunnleggende språkopplæring, eller det som kreves for å få opptak til et fakultet. Kandidatenes evne til å

kommunisere muntlig med sine pasienter står like sentralt som deres skriftlige kompetanse.

For å få nærmere innsikt i feltet, gjorde vi følgende:

- fulgte forelesninger i forebyggende medisin, sosialmedisin og rettsmedisin og tok notater
- intervjuet forelesere på tilleggskurset om hva de mente var viktig med hensyn til fagstoff og vokabular, og om deres inntrykk av de utenlandske kandidatene og deres eventuelle svakheter språklig
- utformet spørreskjema som vi delte ut til de utenlandske deltakerne på tilleggskurset angående hvilke språklige problemer og behov de selv syntes de hadde når det gjaldt både forståelse og uttryksmuligheter, og analyserte svarene
- intervjuet utenlandske leger som fulgte undervisningen på tilleggskurset om hva de selv syntes var vanskelig
- analyserte pensumtekster med tanke på vokabular og språklige særtrekk ved teksten
- analyserte utenlandske kandidaters eksamensbesvarelser på tilleggskurset fra 1982 og 1983 for å kartlegge kandidatenes nivå i norsk og feiltyper i svarene
- samlet inn et variert materiale til undervisning: kopier av journaler og epikriser, brev, søknader, tekster fra aviser og tidsskrifter, radioprogram om forebyggende medisin fra NRK, opptak av pasientsamtaler, undervisningsvideoer
- utarbeidet terminologilister på grunnlag av leksikonartikler, ordbøker, forelesninger, brosjyrer, innleste bånd fra fagpersoner
- studerte aktuelle lovtekster med hensyn til vokabular og syntaks

Eksamensbesvarelsene

Ved gjennomlesning av eksamensbesvarelser fra det medisinske tilleggskurset fant vi at alle kandidater behersket rent medisinsk terminologi på nokså tilfredsstillende måte, så vidt vi som ikke-medisinere kunne bedømme. For øvrig kunne kandidatene deles i to grupper. En del var generelt gode i norsk og hadde bare mindre språkfeil. Disse uttrykte seg godt, og språkprestasjonene skulle ikke gi grunnlag for misforståelser. Andre kandidater hadde derimot klare mangler i språkbeherskelsen. De strevde med å uttrykke seg faglig på et tilstrekkelig profesjonelt nivå og behersket ikke godt nok en rekke grammatiske strukturer. Det de skrev, var tidvis så uklart at det var umulig å være sikker på hva de faktisk mente, og om de hadde forstått det de hadde lest.

Innenfor disse feiltypene kunne vi skjelne mellom to hovedområder. Det ene var grammatiske strukturer som burde ha vært innlært innenfor rammen av trinn III, altså opptaksgrunnlaget til tilleggskurset. Dette gjaldt substantiv- og adjektivbøyning, bruk av bestemt form av substantiv, bruk av infinitiv og presens, bøyning av vanlige verb og ordstilling i vanlige hel-

og leddsetninger, slik som inversjon og plassering av adverbialer i leddsetninger.

Det andre området var det som berørte fagspråket spesielt. Der gjaldt det mer kompliserte grammatiske strukturer som sannsynligvis ikke har vært øvd i så stor grad i den grunnleggende språkundervisningen. Eksempler var nominaliseringer, prefikser og suffikser, sammensatte verb og substantiv, i det hele tatt prinsippene for ordlagning i norsk, sammensatte tider av verbet, passiv, partisipper, det-konstruksjoner og andre mer kompliserte setningsstrukturer.

Viktige arbeidsområder

Analysen av eksamensbesvarelsene, pensumtekstene og innholdet i forelesningene i tilleggsmedisin sammen med svarene på spørreskjemaene og samtalene med fagpersoner, var bakgrunn for at vi så behovet for å arbeide med følgende områder:

- verbalfrazen (passiv, partisippformer og partisipper brukt som adjektiv og adverb, modalverb, løst og fast sammensatte verb)
- nominalfrasen (nominaliseringer, sammensatte substantiv)
- setningsstruktur (kompleksitet, underordningstyper, særlig vilkår, årsak og følge, det-konstruksjoner)
- generelt norsk medisinsk ordforråd
- spesielle ord og uttrykk, ord brukt med særbetydninger
- fonetikk, uttale og prosodi, forståelse og uttrykksevne, samtaletrening

Dette kartleggingsarbeidet la grunnlaget for et kompendium med tekster hentet fra ulike kilder (17). Innholdet, grammatikken og språket i tekstene tjente som utgangspunkt for arbeidet med å styrke ordforråd, forståelse og uttrykksevne både muntlig og skriftlig hos deltakerne. De måtte delta i plenums- og gruppesamtaler og i rollespill, de måtte holde korte, forberedte foredrag, og de måtte levere skriftlige arbeider hver kursdag. Vi brukte også video- og lyttprogrammer for å øve forståelsen, evnen til å referere og til å samtale og forklare.

Innsendingsoppgaver

For å dekke flere emner enn dem vi kunne rekke over i den tiden kurset varte, utarbeidet vi også en innsendingsdel bestående av tre brev med tekst og oppgaver som skulle sendes inn i løpet av to uker forut for selve kurset. Dette gjorde vi for å få repetert grammatiske emner som kandidatene i prinsippet skulle kjenne fra før, og for å få inn flere medisinske emner enn vi kunne klare å dekke på den tiden vi hadde til rådighet. De innsendte

svarene gav oss også et inntrykk av kandidatenes nivå før kurset og gjorde det mulig å gi dem råd om hva de burde arbeide med før de kom på kurs.

Gode hjelpere

Vi hadde en kontaktgruppe som gav oss en rekke nyttige kommentarer og innspill. Gruppen formidlet kontakt med fagpersoner og hjalp oss med opp-
tak av pasientsamtaler, utskrift av journaler, tilgang til pensumlitteratur m.m.

Gruppen bestod av lege Ola Reiertsen, lege Son Ton-That, fysioterapeut Pernille Svanøe og konsulent Jens Andreas Wold. Ola Reiertsen gjorde opptak av konsultasjoner med pasienter slik at vi fikk tilgang til autentiske samtaler. Son Ton-That var selv lege med eksamen fra et annet land og med et annet morsmål enn norsk. Han kunne derfor gi oss førstehånds informasjon om sine erfaringer som utenlandsk lege i Norge og de språklige og faglige utfordringene han opplevde. Dermed kunne han også gi oss råd og ønsker om hva undervisningen burde inneholde. Jens Andreas Wold ved Sekretariatet for utenlandsmedisinere formidlet kontakt med en rekke ressurspersoner som vi fikk god hjelp av. Professor Eric Rinvik ved Anatomisk institutt leste inn terminologilister med vokabular innen anatomi. Ingeniør Sælid ved Institutt for medisinske atferdsfag gav oss tilgang til nyttige undervisningsvideoer som ble brukt i medisinstudiet, og som vi også kunne benytte oss av.

Kursprogram

Kurset vi laget, var bygget opp av 12 leksjoner. Etter første revisjon i 1991 så programmet slik ut:

Leksjon 1 og 2: Forebyggende medisin. Fonetikk

Leksjon 3: Legerollen. Svangerskap

Leksjon 4: Barn

Leksjon 5: Kosthold og ernæring. Livsstil

Leksjon 6: Smerte. Hudsykdommer. Allergi

Leksjon 7: Kreft

Leksjon 8 og 9: Journaler og språket i journaler

Leksjon 10: Tapsopplevelser og sorg

Leksjon 11: Lover og lovspråk

Leksjon 12: Eldre og eldreomsorg

Nytt i 1991 var materialet om svangerskapskontroll (leksjon 3), livsstil (leksjon 5), smerter (leksjon 6) og eldre (leksjon 12). Det ble også tatt inn flere videoprogrammer for å styrke arbeidet med lytteforståelse.

I arbeidet med revisjonen hadde vi meget god hjelp av en referansegruppe bestående av legene Fathi Bezzouni, Julia Gehberger og Yousif Iraki. Disse hadde sin legeutdanning fra land utenfor Skandinavia og hadde tidligere fulgt kommunikasjonskurset.

Ved senere revisjon ble samtaleene om forebyggende medisin erstattet av en serie lydopptak av samtaler om samfunnsmedisin mellom professor i medisinsk historie Øivind Larsen og fylkeslege Kristian Hagestad. Vi tok også inn kapitler om hjerte og hjerne, skader og psykisk helse.

Foreløpig siste runde: Høring 2014

I november 2014 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et høringsnotat kalt *Forslag til ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS* (18). Forslaget henviser (p. 4.3.2) til at helsemyndighetene i dag ikke stiller noen krav om dokumenterte kunnskaper i norsk språk som vilkår for autorisasjon eller lisens, men det stilles indirekte krav om norskkunnskaper «for helsepersonellgruppene som omfattes av tilleggskravforskriften», blant annet før opptak til kurs i nasjonale fag fordi prøvene gjennomføres på norsk.

Under p. 9 *Forslag til ny forskrift om tilleggskrav* lyder § 3 Språkkrav:

«Bestått språkprøve er et vilkår for å få rett til autorisasjon for alle helsepersonellgrupper etter helsepersonelloven § 48 første ledd. Med språkprøve menes prøve i norsk språk og kommunikasjon (...) som tilsvarende Europarådets nivåskala for språk (CEFR) B2.»

Under p. 4.3.3 viser departementet til at: «CEFR B2 tilsvarende krav om opptak til høyere utdanning ved norske høyskoler og universiteter (...) Test i norsk høyere nivå, også kalt Bergenstesten, tester språkkravet CEFR B2.»

Det vises videre til at Danmark krever B2, mens Sverige krever C1 som er litt høyere, videre at «dagens leverandører (sic) av kurs i nasjonale fag stiller krav om kunnskaper tilsvarende B2», og at det også vil «være nødvendig med språkkunnskaper på dette nivået for å bestå fagprøven».

Under p. 7, *Merknader til de enkelte bestemmelsene*, presiseres at B2 tilsvarende eksamen på trinn 3 i norsk for internasjonale studenter ved universitetene med karakteren C skriftlig og muntlig.

I *Uniforum* 12.11.2014 uttaler dekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Frode Vartdal at han er svært tilfreds med at man vil innføre et språkkrav tilsvarende trinn III eller Bergenstesten for leger fra land utenfor EØS-området, og med at departementet dermed vil kreve at søkerne skal bestå den samme norskprøven som de som søker seg inn til høyere utdanning på høyskoler og universiteter (19). Jeg tolker utsagnet

som en støtte til forslaget om å få nærmere definerte krav til språkkunnskaper inn i forskriften, men i praksis har altså et høyere språkkrav eksistert i flere tiår.

I et innlegg i Uniforum skrev undertegnede blant annet følgende: «*Det som kreves for å påbegynne et studium, er ikke det samme som kandidaten må beherske for å utøve et yrke. De som avlegger Bergenstesten eller trinn 3 på Universitetet, lærer ikke de ordene og språklige strukturene de trenger for å kommunisere med pasienter på norsk. De har heller ikke grunnlag for å skrive journaler.*» (20)

Som innspill i høringsrunden skrev Lasse Johannesen og undertegnede på vegne av Institutt for lingvistiske og nordiske studier blant annet: «*Beskrivelsen av B2 (side 22) kan synes nokså optimistisk når det gjelder hva kandidatene faktisk kan. I opplæring og testing på generelle norskkurs inngår ingen opplæring i norsk medisinsk fagspråk, og kandidatenes uttale er i mange tilfeller langt fra uproblematisk. «Spontan og flytende tale» må forstås i hverdagslige samtaler, ikke i faglige diskusjoner. Kandidatene er ikke trent i å kommunisere med pasienter eller annet helsepersonell på norsk. Vi foreslår karakteren B muntlig og skriftlig fra eksamen i norsk for internasjonale studenter som et minimum. Dette er i tråd med de svenske kravene omtalt på side 23 og noe nærmere CEFR C1.*» (21)

Et (lite) spor av dette tror vi kan ses i høringsuttalelsen fra Universitetet i Oslo: «*Universitetet i Oslo anbefaler likevel Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere om kravet til bestått språktest bør settes tilsvarende strenge krav man har satt i Sverige.*» (sic) (22).

Hvor mange?

Det er ikke bevart tall for perioden høsten 1983 til våren 2002, men det er grunn til å anta at det var minst like mange leger på kurs hos oss i årene før 2002 som mellom 2000 og 2014. Totalt kan det ha vært minst 1800 leger som har fulgt kurset.

Antall deltakere per gruppe hadde lenge et tak på 15. Da ILN overtok arbeidet med opptak og administrering av kursene i 2008, ble antallet begrenset til 12 deltakere per gruppe. Før 2008 krevde vi også at kandidater som ikke klarte eksamen, måtte ta kurset en gang til. Etter at kandidatene selv måtte finansiere kursavgiften, ble dette kravet fjernet, og kandidater som hadde strøket tidligere, kunne melde seg opp til ny eksamen uten å ta kurset på nytt.

Toppår innenfor perioden 2002–2014 var 2003 med 94 deltakere, 2004 med 124 deltakere og 2005 med 100 deltakere. Antall som besto eksamen

samme år, var henholdsvis 70, 101 og 77. År for år ligger antall bestått i hele perioden mellom 73 og 82 % (strykprosent 20–25 %). Andel bestått for hele perioden sett under ett er ca. 75 %.

Tabell 1: Kurs i norsk språk og kommunikasjon 2002–2014

Antall kurs			Antall kandidater	Antall bestått
2002	september	2 grupper	31	29
	november	«	30	25
2003	januar	2 grupper	32	26
	mai-juni		16	10
	aug-sept	«	31	26
	sept-okt		15	8
2004	jan/feb	2 grupper	29	19
	feb/mars	«	27	22
	mai-juni	«	22	19
	aug-sept	«	22	20
	okt		11	8
	nov-des		13	13
2005	jan-feb	2 grupper	26	24
	april-mai	«	18	15
	juni		9	6
	aug-sept		15	12
	sept-okt		15	9
	nov-des		17	11
2006	jan-feb	2 grupper	23	15
	mars-april		14	10
	sept-okt	«	29	?
	nov-des		13	10
2007	jan-feb		14	8
	mars		11	9
	mai-juni		14	13
	aug-sept		15	12
	okt-nov		14	13
2008	jan-feb		11	8
	mai-juni		16	12
	aug-sept		13	13
	okt-nov		15	12

Antall kurs			Antall kandidater	Antall bestått
2009	juni		16	12
	aug-sept	2 grupper	23	21
	nov		16	13
2010	jan-feb		15	11
	feb-mars		17	12
	april-mai		13	8
	aug-sept		15	9
	okt-nov		18	15
2011	jan-feb		15	9
	mai-juni		12	12
	aug-sept		15	11
	okt-nov		15	11
2012	jan-feb		15	10
	april-mai		13	12
	aug-sept		12	8
	okt-nov		11	9
2013	jan-feb		8	5
	okt-nov		12	8
2014	jan-feb		10	8
	nov-des		8	5
Sammenlagt			860	646 (23)

Avsluttende kommentar

Det kan synes som et paradoks at vi i dag er tilbake der det hele begynte. I 1982 konstaterte Det medisinske fakultet at utenlandske leger trengte mer enn trinn III for å fungere godt som lege i Norge, derfor bestemte fakultetene i Oslo og Bergen at kandidatene skulle gjennomgå kurs i norsk medisinsk fagspråk og kommunikasjon før de fikk avlegge fagprøven. Samordningen med EU og godkjenningen av medisinskfaglig utdanning fra et EU-land har imidlertid vært tolket slik at man ikke kunne stille krav til dokumentasjon på språklige ferdigheter. Derfor har leger fra EU/EØS ikke måttet oppfylle spesifikke språkkrav annet enn det arbeidsgiver selv definerte som nødvendig. Og da er det ikke så vanskelig å forstå at et sykehus ansetter en kirurg som ikke kan norsk. Det hender jo at det ikke er andre søkere.

At legene selv kan oppleve dette som en svært vanskelig oppgave, er noe annet, se for eksempel innlegg av Michael Bretthauer i *Tidsskriftet* i 2009 (24), oppslag i *Aftenposten* i 2006 (25) og i *Universitas* i 2003 (26).

Høringsnotatet fra 2014 innstiller på at trinn III skal være språkkrav for leger fra land utenfor EU/EØS. I desember 2014 uttalte dekanen ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo at det var flott at det nå ville bli stilt krav om norskkunnskaper til utenlandske leger i Norge. Dette til tross for at Det medisinske fakultet altså i mange år har krevd fagspråkkurs i tillegg til trinn III av leger som skulle ta fagprøven. Fakultetets argumentasjon har blant annet vært at de ønsker å være litt sikrere på at de som stryker, gjør det av faglige grunner og ikke av språklige. Derfor har søkere som ønsker å få sin utdanning godkjent i Norge, inntil for kort tid siden møtt krav om fagspråkkurs på SAKs nettsider. Dette vilkåret var det altså Det medisinske fakultet selv som stilte.

Etter mange års erfaring som eksaminatorer og sensorer på trinn III, mener vi å ha svært god kunnskap om hva kandidater med karakteren B og C er gode for. Vi som har vært involvert i arbeidet med *Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger*, er ikke et øyeblikk i tvil om at et norskkurs spesielt beregnet på leger både er nyttig og nødvendig for at kandidatene skal fungere godt i sin legegjerning.

Det skal bli interessant å se utviklingen videre!

Litteratur

1. Sekretariatet for utenlandsmedisinere. *Orientering om tilleggsutdanning for utenlandsmedisinere ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo*. Oslo: juni 1999.
2. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. *Innstilling fra arbeidsgruppen for vurdering av utenlandsk medisinsk utdanning*. Oslo: november 1982.
3. <http://www.folkeuniversitetet.no/norsk-spraktest/side-id-10068/>
4. <http://www.uio.no/studier/emner/hf/iln/NORINT0130/>
5. <http://www.uio.no/studier/emner/hf/iln/LEGE/>
6. *Lov om helsepersonell*. Lovdata. Lest juni 2015
7. Helsedirektoratet. *Ansettelse av utenlandske leger – Helsedirektørens innstilling, Lisens, Oppholds- og arbeidstillatelse*. Rundskriv. Oslo: juli 1986.
8. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Dokument datert 20.11.08.
9. Helsedirektoratet. *Viktig informasjon om autorisasjon til medisinerne utdannet utenfor EØS*. Lastet ned 24.11.2008.
10. Helsedirektoratet. *Invitasjon til medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo* av 22.12.2008.
11. Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo. *Ad Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger*. Brev av 7.10.2008. Oslo: 2008.

12. Institutt for lingvistiske og nordiske studier. *Angående kurset «Norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger»*. Brev til Det medisinske fakultet. Oslo; 14.10.2014.
13. Golden, A, Hvenekilde, A. *Rapport fra prosjektet Lærebokspråk*. Oslo: Sentret for språkpedagogikk, Universitetet i Oslo; 1983.
14. Golden, A. Fagord og andre ord i o-fagsbøker for grunnskolen. I Hvenekilde A, Ryen E. *Kan jeg få ordene dine, lærer?* Oslo: LNU/Cappelen, 1984.
15. Hvenekilde, A. Om ord, ordforråd og læring av ord. I Hvenekilde A og Ryen E: *Kan jeg få ordene dine, lærer?* Oslo: LNU/Cappelen, 1984.
16. Hvenekilde, A. Arbeid med fagspråk i yrkesfaglige studieretninger i videregående skole. I Bjørkavåg L I, Hvenekilde A, Ryen E (red.). *Men hva betyr det lærer?* Oslo: LNU/Cappelen, 1990.
17. Gedde, T G, Ryen, E. *Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger*. Oslo: 1983, 1991, 2003, 2006, 2010.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. *Høringsnotat. Forslag til ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS*. Oslo: november 2014.
19. Toft, M. Vil ha strengere krav for helsepersonell utdanna utanfor EØS. Oslo: *Uniforum*; 20.11.2014.
20. Gedde, T G: Lavere språkkrav til leger fra EØS enn fra andre land. Oslo: *Uniforum*; 11.12.2014 (*Uniforums* overskrift).
21. Gedde, T G, Johannesen, L. *Høring – ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS*. Oslo: Institutt for lingvistiske og nordiske studier; januar 2015.
22. Universitetet i Oslo. *Høringsinnspill – ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS*. Helse- og omsorgsdepartementets nettsider, lest 29.09.2015.
23. Tallene er hentet fra deltakerlistene for perioden 2002–2014.
24. Bretthauer M. Forstår du meg? *Tidsskrift for Den norske legeförening* nr. 21, 2009.
25. Hafstad A. Dårlig språk truer de syke. Oslo: *Aftenposten*, 24.08.2006.
26. Husby D S. Turnusleger for dårlige i norsk. Oslo: *Universitas*, 30.04.2003.

Tone Greve Gedde
 pensjonert universitetslektor
 Institutt for lingvistiske og nordiske studier
 Universitetet i Oslo
 t.g.gedde@iln.uio.no

Michael

vol. 12, 2015, innhold

Hefte 1-2015: Da cochleaimplantasjon kom til Norge

Cochleaimplantasjon – hvorfor et teknisk mirakel møtte
kulturell motstand

Stein A. Evensen, Jacob B. Natvig, Øivind Larsen 7

Cochleaimplantasjon (CI): revolusjon og utfordring
for døves identitet, kultur og språk

Aktørseminar i Det Norske Videnskaps-Akademi

Stein A. Evensen, Jacob B. Natvig, Øivind Larsen (red.) 13

Program 13

Deltakere 14

Åpning 20

Presentasjon av deltakerne 22

Hvorfor aktørseminar om CI? 23

De første norske personene som mottok implantater 27

Den tekniske utviklingen av cochleaimplantater 34

Holdningen til CI i Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)

og Norges Døveforbund (ND) 39

Døves identitet, kultur og språk. 52

Hvilke muligheter gir CI for hørselshemmede, og

hvilke forhold kan forklare ulike resultater etter CI? 60

Kan døvhets ha innflytelse på den mentale helse? 69

Hvorfor var jeg mot innføringen av CI? 78

En pedagogs syn på tospråklighet 88

Vi har fått et døvt barn – foreldrenes perspektiv (1) 100

Vi har fått et døvt barn – foreldrenes perspektiv (2) 102

Hvorfor ble reaksjonene i døvemiljøet så sterke? 111

Refleksjoner omkring implantasjon før mottaker

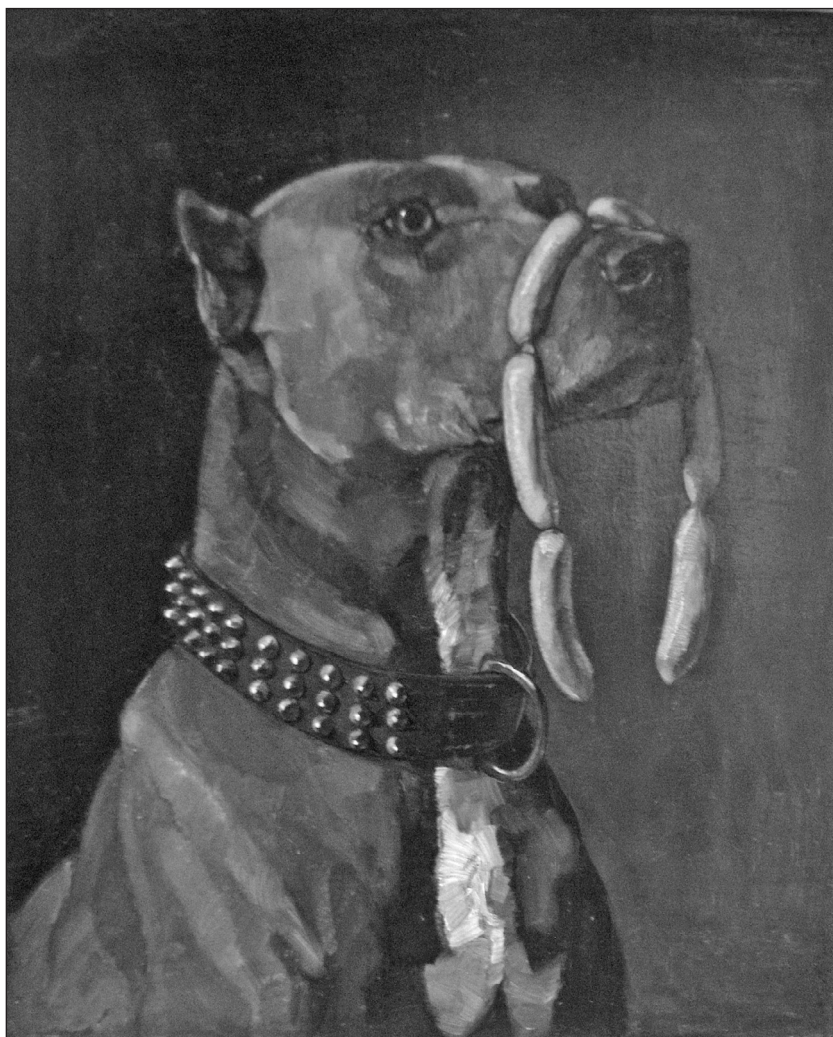
selv kan ta standpunkt til inngrepet 123

Diskusjon og oppsummering 132

<i>Hefte 2-2015: Makt og omsorg</i>	
Makten i helse- og omsorgstjenestene	
<i>Leder – Jan C. Frich</i>	147
Makt og omsorg – til introduksjon	
<i>Frode F. Jacobsen</i>	150
Professioner og verdier i bevegelse – når målet er det aktive patientskap	
<i>Kirsten Beedholm og Kirsten Frederiksen</i>	153
Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?	
<i>Christine Øye</i>	167
Rom, vegger og inskripsjoner i sykehjem: et søkelys på rutiner og makt	
<i>Frode F. Jacobsen</i> ,	180
Pårørendeskole – Marte Meo Metode som magtteknologi	
<i>Nelli Øvre Sørensen</i>	195
Daglege rutinar i sjukeheim – hinder eller pragmatisk skjema?	
<i>Anne Marie Sandvoll og Merete Johnsen Dale</i>	211
Dørmatten og ryddetrangen – tanker om det <i>sedvanliges</i> makt i omsorg på tvers av funksjonsmessige forskjeller	
<i>Thomas Owren</i>	223
Mikroaggresjon og ikke-undertrykkende praksis i demensomsorgen	
<i>Tobba Therkildsen Sudmann</i>	237
 <i>Hefte 3-2015: Før og nå</i>	
<i>Leder – Før og nå</i>	
<i>Øivind Larsen</i>	259
Luseproblem og bekjempelse av lus i Norge gjennom tidene	
<i>Audun Dybdahl</i>	263
Kapasitetsproblemer i helsetjenesten – en kronisk tilstand	
<i>Asbjørn Haugsbø</i>	284
Det norske medisinske Selskab høsten 2014 – våren 2015	
<i>Øivind Larsen</i>	296
Ny giv for samfunnsmedisinsk undervisning?	
<i>Øivind Larsen</i>	306

Fin bok om Baselstudenter <i>Øivind Larsen</i>	311
Historien om helsetjenesten i USA <i>Øivind Larsen</i>	313
Synet på fysisk aktivitet i doktoravhandlingen til Johann Friedrich Struensee: «Om det helseskadelige ved utilpasset kroppsbevegelse» <i>Kaj Bo Veiersted</i>	317
Om det helseskadelige ved utilpasset kroppsbevegelse <i>Johann Friedrich Struensee</i>	329
<i>Hefte 4-2015: Bredde og dybde</i> <i>Leder – Bredde og dybde</i> <i>Øivind Larsen</i>	259
Universitetsreformatør, opplysningsmann og politisk rebell – Johann Friedrich Struensee, offentligheten og forslaget til reform av det medisinske fakultet i København 1771 <i>Merethe Roos</i>	369
Arkitekten og byplanleggeren Sverre Pedersen – hans rolle og betydning for en helsefremmende by- og stedsutvikling <i>Gunnar Ridderström</i>	384
Praktiseringen av medisin på faraoenes tid <i>Stein A. Evensen</i>	404
Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere? <i>Eirik Joakim Tranvåg, Elizabeth Nygaard og Ole Frithjof Norheim</i>	416
<i>Bokanmeldelse: Bredt og dypt om helse</i> <i>Øivind Larsen</i>	428
Kurs i norsk språk og kommunikasjon for utenlandske leger 1983–2014 <i>Tone Greve Gedde</i>	431
<i>Michael</i> vol. 12, 2015, innhold	449
Til ettertanke.	452

Til ettertanke



*Trübner, Wilhelm (1851–1917): Ave, Caesar, morituri te salutant (1877).
(Nationalgalerie, Berlin, foto: Øivind Larsen 2015.)*

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.
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

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