

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



## Tidens gang

# 3/16



# 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.

# Tiden

*Michael* 2016; 13: 183–6.

Selv om artiklene i denne utgaven av *Michael* tilsynelatende er nokså forskjellige, har de imidlertid det til felles at de alle har et eller annet med *tid* å gjøre. *Tid* er et vanskelig fattbart begrep, men det dekker denne underlige, upåvirkelige, ubønnhørlige prosess som består i at hendelser skjer etter hverandre, ting forandres og alt blir gradvis annerledes. Man kan bli svimmel av å tenke for mye på fenomenet *tid*, så gjør ikke det. Reflekter heller litt over hvordan vi forholder oss til tiden som flyter av sted med oss. Håndterer vi tiden på beste måte?

Av og til har vi et ønske om å holde tiden fast. Stoppe opp for å kunne se nærmere på noe. *Fotografiet* holder tiden fast. Det tar et øyeblikk å eksponere en filmrute eller en minnebrikke, men da har vi holdt dette øyeblikket fast og kan bruke det som referanse. De hjemlige fotoalbum viser slike øyeblikk som er holdt fast og som er blitt til holdepunkter i livet. Bryllupsbildene, de spennende sommerferiene og annet som vi velger å la forme vår identitet. Det sies at det første folk redder hvis det blir brann, er fotoalbumene. Dette handler om å redde seg selv.

I sin artikkel her i *Michael* presenterer Horgmo & Kjersem (1) faget medisinsk fotografi, slik det drives i Norge nå. Innen medisinsk fotografi holdes tiden fast til nytte for videre medisinsk arbeid. Fotografier tatt før, under og etter en sykdom eller en medisinsk prosedyre er et nyttig hjelpemiddel, både i det praktiske arbeidet og til dokumentasjon og kvalitetskontroll. Artikkelen gir eksempler på det. Vel har fotografiet som sådant 1839 som fødselsår, men det er først i siste halvdel av 1800-tallet fotografiet kommer inn i medisinen for alvor. Jeg har tilfeldigvis på mitt kontor en samling originalfotografier fra The Surgeon General's office av sårede fra Den amerikanske borgerkrig i 1860-årene. Selv om dette nok er skrytebilder for å vise hva datidens militærkirurger kunne oppnå, blir meddelelsen

til ettertiden om krigens grusomhet en helt annen enn om det bare var blitt benyttet tekst eller tegninger. De litt eldre blant *Michaels* lesere vil kanskje huske professor Georg Herman Monrad-Krohn (1884–1964) ved Rikshospitalet. Han hadde brukt «kinematografiske bilder» til å illustrere nevrologiske sykdommer, f. eks. gangfunksjonen, som han var spesielt opptatt av. Ved hjelp av sine smalfilmopptak av pasienter kunne han «holde tiden fast» for å studere fenomenene nærmere. Når han meget gjerne viste opptakene i sine forelesninger, holdt han forgangen tid fast for studentene, både som dokumentasjon og i pedagogisk øyemed.

I våre dager er det å fotografere liksom blitt noe alle kan. Det er ikke slik. Fotografi er et fag som fordrer både teori og trening av den gode utøver. Det sies også at dagens Photoshop og liknende dataprogrammer gjør fotografiet mindre pålitelig som dokumentasjon. Det er neppe riktig. Det meste dataprogrammene kan gjøre, kunne og kan den dyktige fotografen gjøre i sitt mørkerom på gammeldags vis. Derfor er noe av det viktigste ved fotografi i medisin eller i hvilken som helst sammenheng å holde profesjonelle standarder. Å holde tiden fast med profesjonalitet.

Nylennas artikkel om medisinske myter (2) handler også om *tiden*. Myter er meningsbærende og holdningsskapende historier som i prinsippet er udokumenterte. Tenk over dette – hele vår tilværelse vrimler av myter av alle slag. Ting vi synes vi vet, ting vi gjør og ting vi mener er ofte basert på myter. Innenfor moderne medisin kan det hevdes at en av de største forandringer som har skjedd i løpet av ca. hundre år, er overgangen fra å basere seg på udokumentert, eventuelt dårlig dokumentert kunnskap til konsekvent bruk av best tilgjengelig kunnskap. Tidligere hadde den aldrende leges egen erfaring en nimbus av klokskap som trumfet det meste. Det holder ikke lenger, og bra er det. Som barn var undertegnede utsatt for en lege som mine foreldre hadde en merkelig tillit til. Hun hevdet f. eks. med stor tyngde at barn skulle holde sengen tre dager etter at de var blitt feberfri. Hvor hadde hun det fra? Hvilken myte hadde satt seg fast hos henne? Som vilter tiåring utviklet jeg et hevnebehov som sitter der ennå.

Artiklene om Karl Evangs pris (3,4) aktualiserer tidsaspektet ved at en interesseorganisasjon for tater har reist innsigelser mot prisen fordi Karl Evang (1902–1981) som ung mann i mellomkrigstiden var engasjert i datidens befolkningspolitikk. Den gang var imidlertid genetikk og rasespørsmål aktuelle temaer innen forskning, helsearbeid og politikk. Det var først og fremst nasjonalsosialismens misbruk og pervertering av teoriene, med medfølgende uhyrlige konsekvenser, som senere gjorde dem moralsk forkastelige. Derfor må blant annet Karl Evangs engasjement sees i lys av sin *tid*. Det er en historiefaglig grunnregel å drøfte temaer i sin kontekst. Dette

belyser også en egenskap ved tiden – den forvaltes. Det er ikke sikkert at hendelse X var sammenfallende med historien som bringes videre om hendelse X.

Tidens gang gjør imidlertid også at fortid påfallende fort blir til fjern fortid. Dette gjelder også Evang – det er ikke sjelden å treffe folk, selv med tilknytning til helsevesenet, som vet intet eller lite om Karl Evang (5). Historien forvalter, og med mange aktører og agendaer. Fortid er ikke noe man har, men noe som skapes i ettertid.

Samfunnsmedisin (6, 7) er et tema som også går igjen i dette *Michael*-heftet. Mens medisin og medisinsk praksis i sin alminnelighet mer og mer får en stereotypi av å bestå i pasientbehandling og omsorg for enkeltpasienter, gjelder samfunnsmedisinen helse og helsearbeid i tid og rom. Det er ingen selvfølge at norsk folkehelse og helsevesen er blitt som det er. Blikket til siden, til samfunnet og verden for øvrig, er da viktig. Men ikke minst er det viktig å beherske *tiden* på en profesjonell måte, og det er et av faget samfunnsmedisins helt sentrale anliggender (8). Dette er også et kjernepunkt i Det norske medicinske Selskabs målsetting for sin virksomhet (9).

Anmeldelsen av Lepthiens arbeid om Rudolf Virchows (1821–1902) reise i Norge i 1859 illustrerer også forholdet til tiden (10). For det første befant man seg i en tid før flommen av fotografier var blitt en naturlig del av vår hverdag. Det var simpelthen mulig å gi seg ut for å være en annen, i dette tilfelle den store professor, fordi folk i bygdene på Vestlandet ikke visste hvordan han så ut, enn si hadde noen visuell forestilling om hvordan en berømt fra Berlin tedde seg. For det andre er altså Virchows Norgesturné sjeldent dårlig kildebelagt i samtiden. Var det en dårlig idé å invitere ham for å hjelpe til å løse lepra-spørsmålet? Er hans reise blitt bevisst nedtonet, så å si visket ut av tiden av en eller annen grunn? At slikt skjer, at kunnskap forsvinner som man ikke synes det er noen grunn til å gå videre med, er det mange eksempler på.

Da Universitetet i Oslo opprettet undervisning i helseadministrasjon i 1986, var dette et initiativ som sprang ut av sin tid (11). Samfunnsutvikling, økonomi, profesjonskrefter og annet krevde et eget og nytt fagområde. Dagens avdelingsleder, professor Jan Frich forteller om 30-årsjubileet. Det ble holdt et seminar der flere av innleggene viste at datidens initiativ var på sin plass. En faglig forankret helseadministrasjon har kunnet gjøre sin gjerning, om enn kanskje ikke i tilstrekkelig grad, i tiden som er gått.

Les dette heftet av Michael med tanken på *tid* liggende som en grunn-tone. Gi deg gjerne god tid.

## Litteratur

1. Horgmo ØH, Kjersem B. Klinisk fotografi på Rikshospitalet og Haukeland universitets-sjukehus. *Michael* 2016; 13: 187-97.
2. Nylenna M. Medisinske myter. *Michael* 2016; 13: 198-209.
3. Westin S. Karl Evang pris – skifte navn? *Michael* 2016; 13: 210-4.
4. Oma L. Notat om Karl Evangs virke. *Michael* 2016; 13: 215-20.
5. Larsen Ø. Karl Evang – det opplyste eneveldets siste representant? *Michael* 2016; 13: 221-6.
6. Westin S. Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 230-7.
7. Larsen Ø. Moskus som møteplager. *Michael* 2016; 13: 238-9.
8. Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 79-85.
9. Larsen Ø. Det norske medisinske Selskaps virksomhet i driftsåret 2015–2016. *Michael* 2016; 13: 240-3.
10. Larsen Ø. Virchow i Norge. *Michael* 2016; 13: 227-9.
11. Frich JC. Utdanning av helseledere gjennom 30 år. *Michael* 2016; 13: 244-8.

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

# Klinisk fotografi på Rikshospitalet og Haukeland universitetssjukehus

*Michael 2016;13: 187–97.*

*Klinisk fotografi er fotografisk dokumentasjon av kliniske funn, diagnostisering og behandling av pasienter. I denne artikkelen gir forfatterne, som til sammen har over tyve års erfaring fra fagfeltet, en oversikt over historie og gjeldende praksis for sine respektive avdelinger i Oslo og Bergen.*

## Fagmiljø for klinisk fotografi

Kliniske fotografer er en liten yrkesgruppe i Norge. En spørreundersøkelse foretatt i november 2015 viste at 13 fotografer er ansatt ved sykehus i Norge. Av disse er det fem som daglig arbeider profesjonelt med klinisk fotografering (tabell 1). Det er oppsiktsvekkende at det er like mange fotografer som fotograferer sjeldnere enn én dag i uken (1). Til sammenligning har det britiske Institute of Medical Illustrators som organiserer medisinske fotografer, illustratører og videofotografer 316 fotografmedlemmer (2).

I Norge undervises det ikke i medisinsk fotografi. Flertallet av fotografene har svennebrev i fotograffaget. Én har bachelor og postgraduate certificate i medical illustration fra Storbritannia. Fotografene har tilegnet seg kunnskap om medisinsk fotografering gjennom arbeidserfaring og selv-

Fotograferingsdager	Antall fotografer
< 1	6
1	1
2	1
5	5

*Tabell 1: Fotograferingsdager per uke for 13 kliniske fotografer*

studium (3). Det er kun i Oslo og Bergen vi kan snakke om reelle fagmiljø. I Oslo er to fotografer ansatt ved Oslo universitetssykehus (OUS) og tre ved Det medisinske fakultet. I Bergen er to fotografer ansatt ved Haukeland universitetssykehus og tre ved Det medisinsk-odontologiske fakultet. Fotografene på Haukeland er ansatt ved henholdsvis Øre-Nese-Hals-avdelingen og Øyeavdelingen. Denne artikkelen tar for seg de profesjonelle tjenestene innen klinisk fotografi i Oslo og Bergen og omfatter ikke fotografering som gjøres av leger eller annet helsepersonell ute i klinikkene.

### **Rikshospitalet**

Universitetets fototekniske avdeling ved Rikshospitalet ble etablert på 1930-tallet. Eksakt hvilket år er uklart, men de første bildene i avdelingens negativarkiv er datert november 1937 og har pasienter som motiv. Det første bildet i arkivet viser pigmenteringer på en pasient med poliomyelitt. Avdelingen ble opprettet for å yte fotografisk og illustrasjonsmessig service for medisinsk forskning og undervisning. Hvordan avdelingen var organisert i starten vet vi ikke, men fra 1965 var avdelingen underlagt et styre med medlemmer både fra sykehuset og Universitetet i Oslo (UiO) og var bemannet med tre fotografer, to mørkeromassistenter og én tegner, som alle var ansatt ved Universitetet (4).

I 1995 begynte avdelingen også å tilby videotjenester og endret navn til Foto- og videotjenesten. Avdelingen har fortsatt sitt virke i kontaktflaten mellom sykehus og universitet og er nå organisert under Institutt for klinisk medisin. Plastikkirurgisk avdeling opprettet en egen fotografstilling i 1968, og denne ordningen fortsatte etter flyttingen til Gaustad. Fotografen er samlokalisert med Foto- og videotjenesten (4).

Etter etableringen av Oslo universitetssykehus i 2009 betjener avdelingen OUS- og UiO-ansatte ved Rikshospitalet, Ullevål, Gaustad og Aker. I tillegg til Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi på Rikshospitalet har Kreftklinikken på Radiumhospitalet egen fotograf. Foto- og videotjenesten har per 2016 tre fulltidsansatte, to fotografer og en videoprodusent. Det fotograferes pasienter hver dag hele uken. I tillegg til klinisk fotografi og video, utfører avdelingen alle andre typer foto- og video-oppdrag, samt grafisk støtte. På en serviceavdeling er ingen dager like, og en vanlig arbeidsdag kan spenne fra formelle doktorgradsportretter til fotografering på operasjonsstuer og design av vitenskapelige postere.

### *Anvendelse*

Det er en rekke fagområder innen medisin som drar nytte av fotografisk dokumentasjon, både til bruk i undervisning, forskning, diagnostisering og



Avdeling	Typiske diagnoser	Antall foto (alle diagnoser)
Plastikkirurgi og rekonstruksjon	Leppespalte Brystkreft (rekonstruksjon) Facialisparese	ca. 15000
Nevrokirurgi	Kraniosynostose Treacher Collins syndrom Crouzons syndrom	ca. 3000
Hud	Dermatitt Hudkreft Epidermolysis bullosa (EB)	ca. 1000
Øre, nese, hals	Nesedeformitet/-skade Hode-halskreft Vaskulære malformasjoner	ca.800
Barnemedisin	Atopisk eksem Dermatomyositt Vaskulære malformasjoner	ca. 500

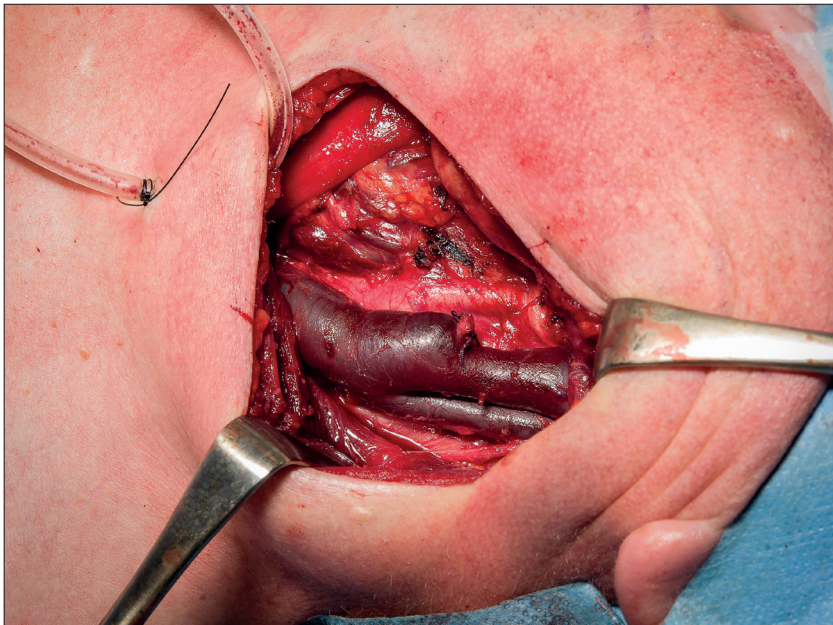
*Tabell 2: De fem største brukerne av klinisk fotografi på Rikshospitalet (2015)*

behandling (tabell 2). Forutsetningen er at lidelsen som skal dokumenteres gir en eller annen form for ytre sykdomstegn eller -forandringer. Mange forbinder klinisk fotografi med de velkjente pre- og postoperative bildene, men det kan være en rekke andre årsaker til at pasienter fotograferes. I dermatologi er foto nyttig for å dokumentere utvikling og variasjon over tid i kroniske hudlidelser. Det tas også ofte bilder før behandling settes i gang for å kunne oppdage hvilke endringer som opptrer etter behandlingsstart. Enkelte medfødte syndromer gir spesielle ansiktstrekk eller strukturer i håndflate og fotsåle. Fotografisk dokumentasjon kan da være en viktig del av utredningen. Video brukes mye til dokumentasjon av nevrologiske lidelser som lammelser, spasmer og anfall.

Nevrokirurgisk avdeling er en av de største brukerne av kliniske fototjenester. Rikshospitalet har landsfunksjon i kraniofacial kirurgi (5). Barn med kraniosynostose som gjennomgår ortose/hjelmbehandling fotograferes etter en bestemt protokoll månedlig det året behandlingen vanligvis varer (figur 1). Endringene er store over kort tid hos spedbarn, og hyppig fotografering gir bokstavelig talt et godt bilde av barnets utvikling under behandlingen. Pre- og postoperative bilder tas også, men dette er mest interessant innen rekonstruktiv og korrigerende kirurgi, som for eksempel ved leppespalte, brystrekonstruksjon, kirurgi ved nesedeforformasjoner og medfødte



*Figur 1: Standard bildeserie for barn som gjennomgår ortose/hjelmbehandling for kranio-synostose. Publisert med foresattes samtykke. (Foto: Øystein H. Horgmo 2016)*



*Figur 2: Abnormal deling av vena jugularis eksterna. (Foto: Øystein H. Horgmo 2012)*

øremisdannelser (mikroti). Vanligvis er de preoperative bildene mest interessante for kirurgen, da disse kan brukes til å planlegge det kirurgiske inngrepet.

Fotografen kan også bli tilkalt til operasjonsstua. Det kan være for å dokumentere et spesielt funn (figur 2), en ny operasjonsteknikk, en prosedyre til bruk i undervisning eller et operasjonspreparat. Fotografering av barn med ganespalte gjøres også på operasjonsstua etter at barnet er lagt i narkose, for å få best tilgang og unngå ubehag for barnet. Både klinisk foto og video tas i avdelingens eget studio på Rikshospitalet eller ute på sengepost



*Figur 3: Plateepitelkarsinom, høyre ytre øre.  
(Foto: Øystein H. Horgmo 2011)*

eller poliklinikk. Det siste gjøres i tilfeller hvor pasienten av ulike grunner ikke kan forflyttes til studioet. Dette kan være på grunn av sterkt nedsatt allmenntilstand, hvis pasienten er smitteisolert eller hvis bildene må tas samtidig med sårstell eller liknende. Å fotografere pasienten i studio gir imidlertid alltid best resultat. Lys er den kliniske fotografens viktigste arbeidsredskap, og i studio har vi full kontroll over lyssettingen. Lysets kvalitet (hardt/bløtt), styrke, retning og farge brukes for best mulig å dokumentere de ulike medisinske tilstandene. (figur 3).

Det er viktig at bildene tas etter fastlagte retningslinjer for å dokumentere pasientens tilstand entydig, korrekt og sammenliknbart. Praksis varierer noe fra land til land, men det internasjonale fagmiljøet følger de samme standarder for forstørrelser, anatomisk orientering av pasienten, utsnitt og bildeserier (6, 7).

### *Spesielle teknikker*

Foto- og videotjenesten har nylig tatt opp igjen teknikken med å fotografere i reflektert infrarødt og ultrafiolett lys. Dette ble tidligere gjort med en kombinasjon av filtre og filmer som var spesielt sensitive for lys med disse bølgelengdene. Nå kreves det spesielle digitale kamera som registrerer bølgelengder utenfor det synlige spekteret (8, 9).

Infrarødt (IR) og ultrafiolett (UV) lys reflekteres og absorberes annerledes enn lys i det synlige spekteret og har derfor flere bruksområder innen medisin. IR trenger dypere ned i huden før det reflekteres og strukturer i underhuden kan derfor visualiseres. Venøst blod absorberer IR, mens oksygenrikt blod reflekterer det, og teknikken kan derfor brukes på en del vaskulære lidelser. UV trenger lavere ned i huden før det reflekteres og overflatestrukturer trer mye tydeligere frem enn i synlig lys (6). Melanin absorberer UV kraftig og selv veldig små forandringer i pigmentering kan dokumenteres (figur 4). Tredimensjonal fotografering vurderes for flere pasientgrupper, blant annet kraniosynostose og brystrekonstruksjon. Med denne teknikken tas flere bilder samtidig fra ulike posisjoner rundt pasienten. Disse sys så sammen til en tredimensjonal modell med en dedikert programvare. Fordelen med denne teknikken er både at man får en mer nøyaktig visuell dokumentasjon og helt nøyaktige mål som kan brukes i behandlingen, for eksempel til produksjon av ortoser og til operasjonsplanlegging (10).

### **Haukeland universitetssjukehus**

Allerede fra 1930-tallet ble medisinsk fotografering utført på Haukeland av profesjonelle fotografer som ble innleid etter behov. På begynnelsen av 1950-tallet ble behovet for pasientfotografering så stort at man i 1952 opprettet det første laboratoriet for medisinsk fotografering på Gades Institutt ved Universitetet i Bergen. I 1957 ble det nedsatt et utvalg ved Haukeland sykehus for å belyse hvordan den fotografiske service ved sykehuset skulle organiseres. Avdelingen ble nå organisert etter mønster fra Rikshospitalet. Den skulle ha ansvar for all klinisk fotografering og ble bemannet med to fotografer, en mørkeromassistent og en kontorassistent (11). På 1970-tallet ble det i tillegg ansatt en tegner/grafisk designer (12).

Til å begynne med sorterte avdelingen under Røntgen- og radiumavdelingen. Dette var for at avdelingens forbruk ikke skulle merkes (11). I 1999 innførte fotoavdelingen fakturering av sine tjenester for å dekke materialutgiftene. Dette førte til færre oppdrag fra sykehuset. I dag utfører avdelingen kun oppdrag for Universitetet.

Sykehusavdelingene må selv sørge for klinisk fotografering, og en stor del av den kliniske fotograferingen ved Haukeland utføres derfor av leger



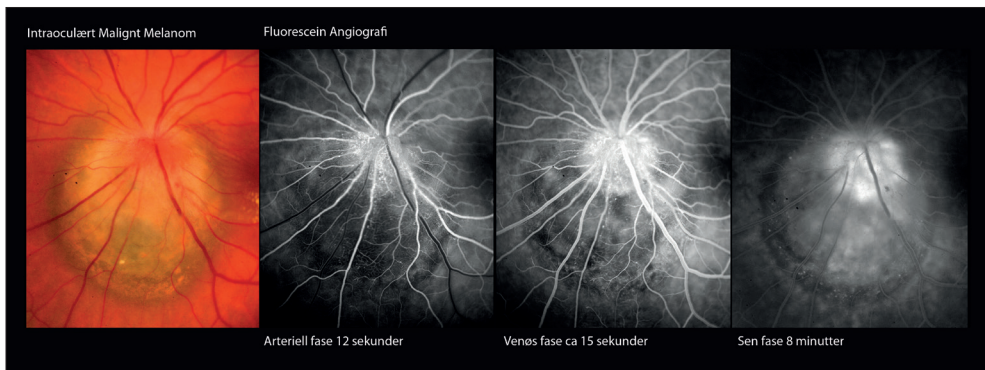
*Figur 4: Bildet tatt i synlig og reflektert ultrafiolett lys. Venstre halvdel av modellens ansikt er smurt med UV-absorberende solkrem. (Foto: Øystein H. Horgmo 2014)*

og sykepleiere. Hudavdelingen fotograferer for eksempel pasienter fem dager i uken. Øyeavdelingen har både en fotograf og en lærling ansatt i full stilling. Her fotograferer pasienter hver dag hele uken. Øre-nese-halsavdelingen har én fotograf ansatt. Fotografen oppgir å fotograferer pasienter to dager i uken. Resten av tiden utføres arbeid som ikke er relatert til fotografering.

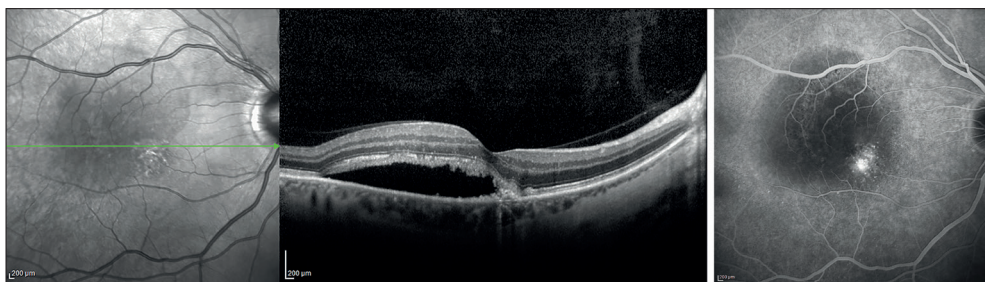
### *Øyeavdelingen*

Ved øyeavdelingen benyttes følgende kamerautstyr:

- Funduskamera til fotografering av retina, fluorescein angiografi (FA) og indocyanine grønn angiografi (ICGA) (figur 5).
- Heidelberg Spectralis brukes til å undersøke strukturen i retina ved hjelp av seks modaliteter: optisk koherenstomografi (OCT), infrarødt lys (IR), blå laser autofluorens, blått reflekterende lys (BR), fluorescein angiografi (FA) og indocyanine grønn angiografi (ICGA) (figur 6).
- Fotospaltelampe brukes til å dokumentere kornea, øyets forkammer og linse (figur 7).
- Digitalt speilreflekskamera brukes til eksterne foto, portretter og dokumentasjon av operasjoner.



Figur 5: Fargefoto og fluorescein angiografi (arteriell, venøs og sen fase) av intraokulært malignt melanom. (Foto: Bård Kjersem 2014)



Figur 6: Infrarødt foto, OCT og fluorescein angiografi av høyre øye hos en pasient med AMD. (Foto: Bård Kjersem 2016)



Figur 7: Spaltelampefoto av kavernøst hemangiom på iris. (Foto: Bård Kjersem 2015)

Type kamera	Antall pasienter
Heidelberg Spectralis	4475
Funduskamera	1950
Fotospaltelampe	250
Digitalt speilrefleks	230

*Tabell 3: Antall pasienter ved Øyeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus (2015)*

I gjennomsnitt fotograferes ca. 30 pasienter daglig (tabell 3). Den største pasientgruppen som blir fotografert er eldre mennesker 71–77 år som lider av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD). Innen 2030 vil denne pasientgruppen øke med ca. 75 % sammenlignet med 2012. I samme perioden vil pasienter med diabetesrelaterte øyelidelser øke med 20 % (13). Begge disse pasientgruppene blir hyppig kontrollert med OCT, fundusfotografering og angiografi. I aldersgruppen 71–77 år er der også mange pasienter med glaukom. Disse blir også kontrollert med OCT én til to ganger i året. Siden det er direkte innsyn til retina gjennom øyets pupille, blir fotografi i stor grad brukt til diagnostisering av intraokulære lidelser. OCT gir et tredimensjonalt bilde av retinas struktur. Ved hjelp av fundusfoto, FA og ICGA synliggjøres skader i øyets vaskulære system.

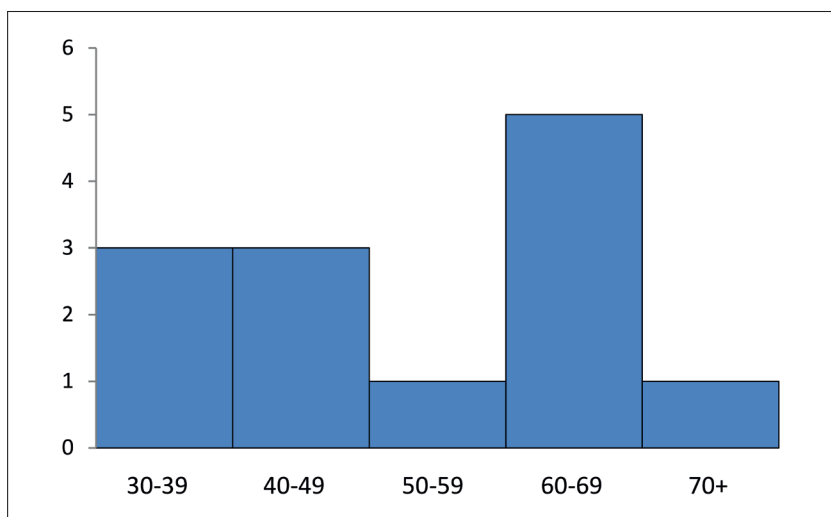
På Øyeavdelingen i Bergen har man også utviklet en teknikk der man bruker fotospaltelampen til transilluminasjon av intraokulære tumorer (14), både med konvensjonell og infrarød belysning (15).

Øyeavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus er den eneste i landet som har ansatt fotograf. Dette fritar leger og sykepleiere fra å bruke tid på fotografering, et fag de i utgangspunktet kanskje ikke behersker.

### **Framtidsutsikter**

I Norge er de fleste kliniske fotografer i aldersgruppen 60 til 69 år, og flertallet har en ansiennitet på mer enn 17 år (1) (figur 8). For å opprettholde og utvikle faget er det viktig å rekruttere yngre fotografer. Dette kan gjøres ved å få godkjent fotoavdelingen på Rikshospitalet som lærebedrift. Videre, i samarbeid med Øyeavdelingen i Bergen å utvikle en læreplan for medisinske fotografer som leder til svennebrevet. Øyeavdelingen på Haukeland universitetssjukehus er allerede godkjent som lærebedrift og tok i mars 2016 inn en lærling.

Bare tre av avdelingslederne som svarte på spørreundersøkelsen om medisinsk fotografering, bruker medisinsk fotograf. Årsaken til at fotograf ikke



Figur 8: Norske medisinske fotografers alder per 2016.

blir brukt, er at man ikke har fotograf tilgjengelig. Dersom avdelingen hadde hatt fotograf tilgjengelig, ville halvparten benytte seg av fotograf ofte eller meget ofte. Den andre halvparten ville bruke fotograf av og til. Halvparten av fotografene ser lyst på framtiden for faget og ønsker å fortsette i faget på samme arbeidsplass som i dag (1).

### Oppsummering

Klinisk fotografi er et lite fag i Norge, men behovet for visuell medisinsk dokumentasjon og kommunikasjon er økende. Der de fotografiske tjenestene før var preget av mye rutinearbeid, er den kliniske fotografen i dag mer en visuell spesialist som anvendes når de virkelig gode eller viktige bildene skal tas. Det vil nok også utviklingen framover være preget av, når flere fotografiske spesialteknikker og nytt utstyr tas i bruk i helsevesenet.

### Litteratur

1. Kjersem B. Careers and Emerging Opportunities in Visual Communication in Medicine: Medical photography in Norway. *J Vis Commun Med.* 2015;38(1-2):114-6.
2. *Annual Report 2014/2015 and Financial Statements for the year ended 31st December 2014.* London: Institute of Medical Illustrators, 2015.
3. Kjersem B. *The Situation of Medical Photography in Norway [doktoravhandling].* Glasgow: Glasgow Caledonian University; under arbeid 2016. Tilgjengelig fra forfatteren.



4. Devik B, red. *Gjennomgang og vurdering av Foto & Videotjenesten, Gaustad og Fototjenesten, Montebello*. Oslo: Rikshospitalet-Radiumhospitalet/Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, upublisert 2006. Tilgjengelig fra forfatterne.
5. Nevrokirurgisk avdeling: Oslo universitetssykehus; 2010 [oppdatert 26.08.14; hentet 03.06.2016]. Tilgjengelig fra: [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/nevrokirurgisk-avdeling\\_](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nevrokirurgisk-avdeling_).
6. Williams AR, Nieuwenhuis G. Clinical and Operating Room Photography. I: Vetter JP, red. *Biomedical photography*. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1992. p. 251-301.
7. *West Midlands Clinical Photographic Handbook*. Shrewsbury: The Shrewsbury Group; 2009.
8. Tetley C, Young S. Digital infrared and ultraviolet imaging. Part 1: infrared. *J Vis Commun Med*. 2007;30(4):162-71.
9. Tetley C, Young S. Digital infrared and ultraviolet imaging part 2: ultraviolet. *J Vis Commun Med*. 2008;31(2):51-60.
10. Williams SK, Ellis LA, Williams G. A 3D digital medical photography system in paediatric medicine. *J Vis Commun Med*. 2008;31(3):91-8.
11. Hokstad I, Waaler E. *Rapport om klinisk fotografering ved Haukeland sykehus*. Bergen: Haukeland sykehus, upublisert 1957. Tilgjengelig fra forfatterne.
12. Herdlevær AS. *Historien om Foto- og Tegneseksjonen ved Universitetet i Bergen*. Bergen: Universitetet i Bergen, upublisert 2015. Tilgjengelig fra forfatterne.
13. Skau A, red. *Konus-rapporten 2012: Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av fremtidig status*. Oslo: Norsk oftalmologisk forening, 2012.
14. Kjersem B, Krohn J. Transillumination imaging of intraocular tumours. *J Vis Commun Med*. 2013;36(2):26-30.
15. Krohn J, Ulltang E, Kjersem B. Near-infrared transillumination photography of intraocular tumours. *Br J Ophthalmol*. 2013;97(10):1244-6.

*Øystein H. Horgmo*

*Fotograf*

*Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo*

*Postboks 1171 Blindern, 0318 Oslo*

*oystein.horgmo@medisin.uio.no*

*Bård Kjersem*

*Fotografmester*

*Øyeavdelingen, Haukeland universitetssykehus*

*Postboks 1400, 5021 Bergen*

*bard.kjersem@helse-bergen.no*

# Medisinske myter

*Michael 2016;13: 198–209.*

*Med medisinske myter mener vi i dag stort sett udokumenterte eller avkreftede utsagn om medisinske emner. Tradisjonelt har myter vært brukt til å forklare de store fenomener i tilværelsen. Både strukturen og funksjonen i disse mytene gjenkjennes i dagens medisinske myter. Langt fra alle medisinske usannheter har mytestatus, og vi kan lære mye om enkle fortellingers kraft ved å studere myter. En analytisk tilnærming til medisinske myter kan være like hensiktsmessig i arbeidet for en kunnskapsbasert praksis som krigsretorikk i bekjempelsen av dem.*

En myte er en fortelling. Selve ordet kommer fra gresk *mythos*, μῦθος, og betyr opprinnelig en muntlig beretning. Ordet gjenfinnes i mange sammensetninger og sammenhenger på norsk både som adjektiv (mytisk, mytologisk), verb (myteskaping, mytologisere) og substantiv (mytologi, mytolog).

Dagens vitenskapelige medisin har lite rom for fortellinger. Men parallelt med den forskningsbaserte medisin finnes en tradisjon som tidvis kalles folkemedisin og som, med professor Per Holcks ord, «svinger mellom det rasjonelle og det magiske, mellom tro og overtro» (1). Bredden i folkemedisinen er stor, fra trylleformularer og trolldomskurer, via «kjerringråd» til medisinsk bruk av planter (2). I denne tradisjonen lever fortellinger om helseforhold og årsakssammenhenger ganske uavhengig av vitenskapelige publikasjoner og statistisk signifikans. Folk flest er opptatt av sykdom og helse, og gjennom tidene er mange forklaringer på hvorfor sykdom oppstår og hvordan sykdom bør håndteres, utviklet utenom den profesjonelle helse-tjenesten. Folkemedisin ble et forskningsfelt omkring forrige århundreskifte, og gjenkjennes som «alternativ medisin» mot slutten av det 20. århundret (3).

Skillet mellom konvensjonelle og alternative helsetjenester er iblant utydelig, og enda mer uklart kan skillet mellom forskningsbasert dokumentasjon og folkelige forklaringer på medisinske fenomener være. Her kommer mytebegrepet inn. Utbredte og vedvarende oppfatninger av en medisinsk problemstilling til tross for vitenskapelig avkreftelse eller manglende dokumentasjon, kalles ofte medisinske myter enten de formidles av lekfolk eller fagfolk.

«Medisinske myter er vanskelige å få øye på og vanskelige å bli kvitt», skriver redaktør Are Brean i *Tidsskrift for Den norske legeförening* (4). Det som kalles medisinske myter, er interessante fenomener som kanskje vurderes annerledes med en samfunnsmedisiners øyne enn fra andre faglige synsvinkler. Uansett er det nyttig å ta utgangspunkt i mytebegrepet i sin alminnelighet.

«Det viktigste kjennetegnet ved en myte er at den fester seg i det kollektive minnet og holdes ved like i gjenfortellinger som varierer med kulturen og samtiden» (5), skriver Terje Nordby (f. 1949) som fikk stor suksess med radioprogrammet *Mytekalenderen* som ble sendt på NRK P2 fra 2005 til 2011.

## To mytebetydninger

Det finnes en rekke definisjoner av ordet myte, men de samler seg om to hovedbetydninger:

1. Symbolsk framstilling eller fortelling overlevert fra førhistorisk tid om skapelsen, guder og viktige hendinger (6). En «fortelling som levendegjør et kultisk innhold» (7) eller «beretning om guders og halvguders liv og skjebne i svunne tider» (8). Store Norske Leksikon formulerer denne betydningen slik: «Myter, i akademisk sammenheng en spesiell sjanger av fortellinger. De er ofte definert som symbolske fortellinger om en fjern fortid, som ofte er opprinnelsen til verden eller samfunnet. Mytene er ofte knyttet til det religiøse systemet og ritualer, og ofte knyttet til sentrale verdier i samfunnet.» (9). Terje Nordby beskriver myter i religionshistorie og litteratur som «en basisfortelling i en kultur, en beretning som uttrykker grunnleggende sannheter» (10).

2. Utbredt falsk oppfatning; oppdiktet hending (6). Denne nærmest nedsettende betydningen karakteriserer gjerne myter som en vrangforestilling, en illusjon eller usannhet. «A person or thing existing only in imagination or whose actuality is not verifiable» heter det i *Websters Dictionary* (11). Denne betydningen betegnes også som «falsk myte», noe som impliserer at betydning 1 kanskje kan kalles «ekte myte»?

## De opprinnelige myter

Den første betydningen beskriver en myte som en tradisjonell hellig eller moralsk basisfortelling som knytter mennesket til noe større enn menneskelivet selv. Når mytebegrepet brukes på denne måten, er det egentlig irrelevant om fortellingen er sann eller usann. Det kan endatil hevdes at disse mytene er sanne ved at de inneholder metaforiske sannheter. Eller, som Nordby uttrykker det: «Mytens sannhetsgehalt ligger på et annet plan. Hva myten uttrykker, kommer an på perspektivet vi anlegger.» (10).

Myter av denne type er opprinnelig fra en tid som i seg selv kan betegnes som mytisk, dvs fra før vår tid. De handler om guder og halvguder (dvs. helter), og skildrer gjerne hvordan viktige ting i verden (ild, løgn etc.) ble til. Det finnes flere klassiske mytetyper, og den mest klassiske er sannsynligvis skapelsesmyten.

«Den aller største historien menneskene til all tid har villet fortelle, er historien om tiden selv, hvordan den begynte», skriver Tor Åge Bringsvær & Jens Braarvig i boken *I begynnelsen*, en samling skapelsesberetninger fra ulike land, kulturer og religioner (12).

En myte er en måte å skape mening på i en meningsløs verden, skrev den amerikanske psykologen Rollo May (1909–94). Han hevdet at «Mytene er som bjelkene i et hus. De er ikke synlige utenfra, men holder huset oppe slik at det er mulig for folk å bo der» (13).

Myter i denne forstand er normative og verdiladede, og har til alle tider vært viktige «fortellinger for å holde samfunnet sammen» (13).

## Struktur og funksjon

Tradisjonelle myter karakteriseres og tolkes ut fra to hoveddimensjoner; deres struktur og deres funksjon.

*Strukturalistene* er opptatt av det vi kan kalle «mytenes anatomi». Det handler om normene som har styrt utforming og oppbygning av myter. Ofte bygger myter på tosidige motsetninger som godt/vondt, liv/død, orden/kaos. Meningen framgår gjerne av rekkefølgen i handlingen. Den franske sosialantropologen Claude Lévi-Strauss (1908–2009) betraktet mytenes strukturer som grunnleggende mønstre i den menneskelige måten å tenke på, og utviklet en universalistisk modell for å forstå menneskelige samfunn og kulturer.

*Funksjonalistene* er opptatt av det vi kan kalle «mytenes fysiologi», dvs. hvilke formål en myte har. Den amerikanske mytologen Joseph Campbell (1904 – 1987) sammenlignet myter fra ulike land og kulturer, og identifiserte fellestrekk med arketyperiske mønstre. Campbell så på myter som noe mennesker trenger for å klare seg gjennom livet. Han var opptatt av myte-

nes betydning for enkeltpersoner og grupper, og beskrev fire hovedfunksjoner (14):

- Den metafysiske: en form for ærefrykt for tilværelsen i sin alminnelighet.
- Den kosmologiske: en forklaring på universets tilblivelse og oppbygning.
- Den sosiologiske: en begrunnelse for og støtte til orden og system i samfunnet.
- Den pedagogiske: en hjelp til mennesker gjennom livets ulike stadier.

### Hvor kommer nye myter fra?

Nye myter oppstår stadig på ulike samfunnsområder, og det er grunn til å tro at de fyller et behov. De påviser ofte sammenhenger og har en slags normerende funksjon. Forenklinger ligger i mytenes natur, og de skaper gjerne en fellesforståelse av et fenomen. Myter karakteriseres blant annet gjennom fravær av en personifisert opphavsperson eller «forfatter».

Nye myter oppstår likevel ikke ut av intet. Mytene avspeiler ofte identifiserbare motiver og interesser og tjener slik sett formål det kan være grunn til å reflektere over. Her er et lite knippe av det vi kan kalle moderne myter, generelle utsagn som høres ofte, men som mangler faktisk grunnlag:

- *På kirkemøtet i Nikea fikk kvinnene sjel.* Dette utsagnet høres ofte som en kritikk av kristendommen og i særdeleshet av kristendommens kvinnesyn. «Kirkemøtet i Nikea i 325 var sammenkalt av keiser Konstantin som ønsket å bevare kirken som samlende fundament for keiserdømmet» skriver Bjørn Are Davidsen i boken *Da Jorden ble flat* (15). Verken i Nikea eller på senere kirkemøter ble kvinners sjel diskutert.
- *Corner er mål!* Slik skapes spenning omkring en dødballsituasjon i fotball. Hjørnesparkets rolle i en fotballkamp er analysert av Chris Anderson & David Sally basert på data fra Premier League i England (16). Statistikken viser at bare hvert femte hjørnespark egentlig ender med skudd på mål. Og ni av ti skudd på mål etter corner ender uten scoring.
- *Vinteren var alltid snørik før.* Ved å forskjønne og romantisere fortiden skapes en felleskapskultur innen en generasjon eller i en nasjon. Det finnes tallrike nostalgiske myter som forteller at «alt var bedre før» eller som beskriver en egentlig ønsket, men ofte savnet situasjon. Dette omfatter også mytene om den lykkelige barndommen, om den idylliske julefeiringen, og at «nordmenn er født med ski på beina».

Agatha Christies (1890–1976) kriminalfortellinger identifiserer ofte den skyldige ved å spørre «hvem har motiv?» og «hvem har alibi?». Slike spørsmål kan også bidra til å identifisere formålet med ulike myter.

## Politiske myter

Politiske myter – ofte med et historisk tilsnitt – er en egen mytekategori. Det er ideologiske forklaringer på politiske eller historiske fenomener, uten nødvendigvis å ha dekning i fakta (17). I politiske myter er helten(e) gjerne grupper med et eller annet fellesskap; sosialt, etnisk, geografisk, ideologisk el.l. Motivene bak politiske myter er åpenbare. I tillegg til å underbygge gruppefellesskap tjener de politiske formål, f.eks. i valgkamper. Nasjoners historie omskrives gjerne for å underbygge et politisk budskap. Dette kan få ekstreme utslag, som *Abnenerbe* («forfedrearv»), Heinrich Himmlers (1900–1945) raseideologiske prosjekt under Den andre verdenskrig. Målet var å vise «den tyske rases» overhøyhet. I antropologiske og kulturhistoriske miljøer ble det produsert myter om germanernes fortid som de opprinnelige herskere over alle folkeslag (18).

Krigsmytene utgjør en helt spesiell sjanger. Krig både skaper og trenger helter. Krigsmyter bygger gjerne på en hendelse som overdrives og generaliseres, for eksempel «den heroiske motstandskampen», der det gode står mot det onde. Professor i folkloristikk Anne Eriksen har analysert kunnskapen om den tyske okkupasjonen av Norge i 1940–45 (19). Hun beskriver fortellingen om krigen som «en kollektivtradisjon av mytisk viten», som noe som «binder nordmenn til hverandre».

## Medisinsk mytologi

Det finnes medisinske beretninger i alle tradisjonelle mytologier. Best kjent er nok de medisinske delene av gresk og romersk mytologi. Asklepios var sønn av Apollon og guden for medisin og helbredelse i gresk mytologi. Asklepios hadde tre sønner og fire døtre. De best kjente døtrene var Hygieia, gudinnen for helse, og Panakeia, gudinnen for universell behandling og botemidler.

Asklepios ble kalt Æskulap i den romerske verden. Haakon Lindekleiv beskriver mytene om hvordan den greske legekunsten ble innført i Romeriket i år 298 f.Kr. da Roma var rammet av pest (20): «På grunn av pesten besluttet senatet å sende en delegasjon for å hente Apollons sønn, legeguden Asklepios, til Roma. Begynnelsen på Hellas' medisinske invasjon av Romeriket er skildret blant annet av den romerske dikteren Ovid: «En grusom pest fylte engang den latinske luft, og skrøpelige kroppene ble dekket av blodløs sykdom. Kraftløse etter utallige begravelser skimtet de døden; ingen forsøk, ingen kunster kunne helbrede, og romerne søkte hjelp fra himmelen. De henvendte seg til Delfi, som ligger i midten av jorden, for å be Apollons orakel om han ville vandre ned og ende all byens ulykke ved å bringe helse til de ulykkelige.»».

Som helteskikkelse har Asklepios tjent som et forbilde for leger. Asklepios-myten er klassisk i den forstand at den omhandler hvordan det gode kan beseire det vonde og at den tjener de sosiale og pedagogiske funksjoner som er tillagt legestanden. Fortellingene om Asklepios understreker medisinsens spesielle ansvar for de trengende uavhengig av status og økonomisk evne. Asklepios framstilles «primarily as a healer, helper and hero of the common people» (21).

### Medisinske myter

Bruken av mytebegrepet i dagens medisin er ganske annerledes. Det er betydningen «uriktig oppfatning» som dominerer. Men også moderne medisinske myter er fortellinger med gjenkjennelighet og allmenngyldighet. Slike fortellinger er basert mer på tradisjon og autoritet enn på forskning og dokumentasjon, og overleveringen skjer som regel gjerne muntlig. En definisjon av medisinske myter lyder slik: «a generic term for popular beliefs in medicine which have proven over time to be invalid, which are maintained in medical culture because of inertia» (22). Om det utelukkende er treghet og sløvheter (inertia) som vedlikeholder myter, er diskutabelt.

Noen allmenn enighet om hvilke oppfatninger som kan kalles medisinske myter, finnes ikke. Dels er det selvsagt et spørsmål om hvor grensene for «det medisinske» trekkes, men i enda større grad er det et spørsmål om hvor utbredte og hvor feilaktige oppfatninger må være for å kunne kalles myter. Spekteret fra «unproved to untrue» er brukt av Rachel Vreeman & Aaron Carroll i to artikler i *BMJ* der de presenterer eksempler på medisinske myter (23,24).

Langt fra alle feiloppfatninger kalles imidlertid myter. Utsagnet «magesår er en stressykdom» oppfattes sannsynligvis mer som en avkrefte sannhet enn som en myte. «Mellomørebetennelse må behandles med antibiotika» er kanskje ikke en tilstrekkelig utbredt feiloppfatning (25) til at det kan kalles en myte. Og at «meniskoperasjoner bør opereres» har neppe vært feil lenge nok (26). Utsagnet «årlig helsesjekk redder liv» er vitenskapelig avkrefte (27), men muligens fortsatt for omstridt til at det kan kalles en myte.

Det kan skilles mellom medisinske myter av allmenn karakter, myter for folk flest, og mer medisinsk-vitenskapelige myter, myter for fagfolk.

### For folk flest....

Som myter i sin alminnelighet, er også medisinske myter ofte knyttet til naturen. Det gjelder ikke bare helseeffekter av ulike vekster og naturfenomener, men også virkningen av døgnrytmer og årstider. Et typisk eksempel er månefasens påvirkning på både psykiske og fysiske forhold. Månens

innflytelse på svangerskap og fødsel, med antatt øket hyppighet av fødsler mot fullmåne er et eksempel. En undersøkelse av over 2 500 fødsler i Trondheim på 1980-tallet viste ingen tendens til at fullmåne framskynder fødsler (28), og antakelsen får derfor mytestatus.

Helsestoff er blant det mest leste på internett, og en av tre amerikanere har søkt etter medisinsk kunnskap på nettet (29). Likevel skjer fortsatt mye av det vi kan kalle helseopplysning i vid forstand, ved hjelp av fortellinger rundt om i de tusen hjem. Dette er en dynamisk gråson mellom tradisjonelle, folkemedisinske overleveringer og forskningsbasert kunnskap. Foreldre lærer sine barn hvordan de kan unngå smitte og sykdom og hvordan de skal håndtere eventuelle helseproblemer. Venner og kolleger gir hverandre velmente helseråd, oppfordret eller uoppfordret. Mange av disse fortellingene er myter i den forstand at de enten er udokumenterte eller vitenskapelig avkrefte. En liste over slike myter er publisert av *Lifespan* (30), en helseinstitusjon på Rhode Island i USA som samarbeider med Brown University (tabell 1).

Vanlige medisinske myter av denne kategorien som er hørt her til lands, er for eksempel at:

- Lesing i dårlig lys ødelegger øynene
- Varm melk gir god søvn
- Beina over kors fører til åreknuter
- Du må ikke bade etter at du har spist
- Vindustrekk gir forkjølelse

Tabell 1. 15 medisinske myter fra det amerikanske nettstedet *lifespan.org* (30)

1. If you read in poor lighting or sit too close to the TV, you will develop eye problems
2. If you handle frogs or toads, you will acquire warts
3. Eating chocolate and fried foods will give you acne
4. Cracking your knuckles often will cause arthritis
5. It is dangerous to go swimming directly after eating
6. If you go outside in cold weather or with wet hair, you will catch a cold
7. Getting a flu shot will result in contraction of the flu
8. Giving a child sugar will cause hyperactivity
9. Drinking coffee will help to sober you up
10. You can catch a STD from a toilet seat
11. Your heart stops beating whenever you sneeze
12. It is perfectly safe, even health promoting, to lick or put saliva on a wound
13. It is best to starve a fever and feed a cold
14. It is unhealthy to drink less than eight glasses of water a day
15. Shaving causes your hair to grow back thicker and darker



Slike myter bygger gjerne på enkeltepisoder, anekdoter, kanskje vandrehistorier som gjerne overdrives eller generaliseres. «Man dør etter det tredje hjerteinfarkt», har jeg hørt folk si. Det er naturlig at dødsrisikoen øker for hvert infarkt, og tallet tre går igjen i mange fortellingstradisjoner. Men fellestrekket er at utsagnene mangler vitenskapelig dokumentasjon.

Vi kan analysere også disse mytene på bakgrunn av struktur og funksjon. Da ser vi at strukturen preges av korte, forenklete budskap, der årsakssammenhenger står sentralt. Funksjonen er åpenbar. Budskapet er forklarende, gir den enkelte handlingsrom og ansvar, og virker atferdsnormerende.

### ...og for fagfolk

- Flagyl må ikke kombineres med alkohol
- Traumatiske hudsår må lukkes innen åtte timer
- Morfin er førstevalg ved behandling av lungeødem

Disse tre utsagnene er ikke tilfeldig valgt: For femten år siden ble det innstiftet en pris for årets beste oversiktsartikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, og på et møte for faglige medarbeidere i 2015 ble prisvinnerne for 2014 kåret. Fellesnevneren for de tre vinnerartiklene var at de alle tok utgangspunkt i velkjente «sannheter» i klinisk praksis og søkte etter kunnskapsgrunnlaget. Alle de tre utsagnene er myter etter definisjonen, og etter de resultater forfatterne er kommet til:

Er det virkelig farlig å kombinere metronidazol (Flagyl) og alkohol, spurte Hilde Fjeld & Guttorm Raknes (31). Etter et omfattende litteratursøk konkluderte de med at advarselen mot en slik kombinasjon synes å bygge på laboratorieforsøk og enkelttilfeller hvor de rapporterte reaksjonene like gjerne kan skyldes etanol alene eller bivirkning av metronidazol.

Knut Steen fra Bergen legevakt har gjennomgått dokumentasjonen for at traumatiske hudsår må lukkes innen åtte timer for å hindre infeksjon (32). Gjennom litteraturstudier fant han at denne tidsgrensen utelukkende bygger på undersøkelser av marsvin på 1800-tallet. Han konkluderte med at det ikke finnes noen absolutt tidsgrense for når sår kan lukkes uten økt infeksjonsrisiko, og etterlyste gode randomiserte, kontrollerte studier.

Hvor god er dokumentasjonen for rutinemessig bruk av morfin ved lungeødem, spurte Christoffer Ellingsrud & Stefan Agewall (33). Ikke bare fant de et manglende kunnskapsgrunnlag. De konkluderte endatil med at det ikke kan utelukkes at morfin gir økt dødelighet ved akutt lungeødem.

Det spesielle ved disse mytene er først og fremst målgruppen, at utsagnene er rettet direkte mot legenes yrkespraksis. En mer systematisk analyse avdekker samme struktur som i de mer folkelige medisinske mytene, med forenklinger og årsakssammenhenger. Utsagnene fungerer som advarsler

med en klar marsjordre til legene og gir dem ryggdekning for sine handlinger.

### Hvem står bak?

Også medisinske myter er normative og verdiladede, og det kan med rette spørres om hvilke verdier, motiver og eventuelle interesser de representerer. Noen flere eksempler:

- *Det er farlig å bruke mobiltelefon i sykehus* (23). Kan utsagnet være skapt av teleoperatører som tjente godt på å selge telefontid til pasienter? Det er ikke lenge siden telefonsalget i sykehus var monopolisert og minuttprisen var forskrekkelig høy.
- *Vitamin B12-mangel må behandles med intramuskulære injeksjoner*. Kan det være kommersielle motiver som gjør at Norge har en slik særegen praksis? I Sverige har vitamin B12 i tablettform vært tilgjengelig siden 1965, og allerede i 2000 ble tabletter brukt av 73 % av dem som trengte B12-behandling. Nå skal det visst være enda flere (34).
- *An apple a day keeps the doctor away*. Dette kanskje mest kjente av alle kreative helseutsagn, er testet vitenskapelig (35). En lavere legesøkningsrate blant amerikanske eplepisere sammenliknet med andre forsvant etter korrigering for annen helseatferd. Selv om det kan stilles spørsmål ved en slik korrigering, kan det også spørres om det er kreative frukt-handlere eller helsemyndighetene som står bak utsagnet.
- *Kontroll om tre måneder*. Uten sikker dokumentasjon virker det som om det vanligste kontrollintervallet for kroniske tilstander som f.eks. hypertensjon er tre måneder i den norske helsetjenesten. Tidligere kan det ha hatt med reseptvarighet å gjøre, men like sannsynlig er motivasjonen praksisvedlikehold. Godt vitenskapelig belegg nettopp for en slik konsultasjonsfrekvens er i hvert fall vanskelig å finne. Og er det igjen noe mytisk ved tallet tre?

### Sant i dag – usant i morgen?

«Alt er i endring» er et utsagn (uten mytestatus!) som tillegges filosofen Heraklit (ca 535–475 f.Kr.) (36). Noen tiår i medisinsk praksis bekrefter utsagnet. I en artikkel om endringer i håndteringen av hjerteinfarkt gjengir Knut Gjesdal en «.. av de neppe sanne anekdoter om Albert Einstein [som] forteller at hans sekretær bekymret sa fra om at årets eksamensoppgaver var identiske med fjorårets. Da mumlet den distré professoren at det ikke gjorde noe, for «svarene er annerledes i år»» (37). «Historien maner til ydmykhet overfor holdbarheten av dagens etablerte sannheter», skriver Gjesdal.

Gjesdal bruker ikke ordet myte i sin artikkel. Det gjør imidlertid psykiatriprofessor David Healy i en lederartikkel om serotonin i *BMJ* i 2015 (38). Healy bruker historien bak de selektive serotoninopptakshemmerne (SSRI) som et utgangspunkt for en diskusjon av mangelen på empirisk dokumentasjon for mye av dagens medisinske praksis. «Does a plausible (but mythical) account of biology and treatment let everyone put aside clinical trial data that show no evidence of lives stored or rested function», spør han, og argumenterer for kunnskapsbasert praksis.

I dagens kompliserte kunnskapssamfunn har ingen kapasitet og kompetanse til selv å granske og vurdere kildene. Vi må alle stole på det vi blir fortalt. Spørsmålet er da hvilke fortellinger vi skal lytte til og stole på (39).

### Trenger vi medisinske myter?

Medisinen har ikke bare et sterkt ønske om rasjonalitet og «sannhet», men også behov for synlig avstand til det irrasjonelle og «usanne». Slik sett blir det å definere noe som myter, et virkemiddel som samler «oss» mot «dem» og vedlikeholder legenes kunnskapsforvaltning og profesjonssamhold. Ved å definere noe som medisinske myter, sorterer vi dessuten gårdsdagens «sannheter» fra dagens. Samtidig må vi huske at morgendagen sannsynligvis vil utfordre mange av dagens «sannheter».

Når vi ser nærmere på det som kan kalles folkelige medisinske myter (tabell 1), er det vanskelig å se at de udokumenterte eller avkreftede utsagnene er særlig skadelige – med unntak for myten om at influensavaksine forårsaker sykdom. Slik sett kan den kraftfulle retorikken som benyttes i kampen mot myter virke påfallende. Det snakkes om å stikke hull på, avlive, og knuse myter (4). Man skal velge sine fiender med omhu også i helseopplysning.

Mytene viser oss først og fremst hvor levedyktige enkle utsagn kan være. Mytene overgår det meste av moderne kommunikasjonsmidler i formidlingskraft. Folkelige fortellinger kan være langt mer effektive enn vitenskapelig dokumentasjon både overfor enkeltpersoner og i samfunnet generelt. Medisinen hører fortsatt til i flere kulturer (40). Både fornuft og følelser er involvert.

«Myths does its work in the heart and can therefore be more powerful than the logic to which it has always been opposed», heter det i innledningen til en artikkelserie om medisinske myter i *Western Journal of Medicine* (41).

Kontinuerlig forbedring forutsetter stadig etterprøving av «gamle sannheter». Veien fra forskningsresultater til praktisk handling kan imidlertid være kronglete. I arbeidet for en kunnskapsbasert praksis kan vi lære mye av mytenes form og funksjon. Kanskje er det like viktig å bruke mytene som pedagogiske forbilder som å bekjempe dem med alle midler?

## Litteratur

1. Holck P. *Norsk folkemedisin. Kloke koner, urtekurer og magi*. Oslo: Cappelen, 1996.
2. Kaspersen A. *Folkemedisin fra hele landet*. Oslo: Landbruksforlaget, 1994.
3. Alver BG, Fjell TI, Ryymin T. *Vitenskap og varme hender*. Oslo: Scandinavian Academic Press/Spartacus Forlag, 2013.
4. Brean A. Myteknuserne. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014;134:1633.
5. Nordby T. *Mytekalender. Vår*. Oslo: Aschehoug, 2008.
6. Caprona YD. *Norsk etymologisk ordbok*. Oslo: Kagge forlag, 2013: 870.
7. Guttu T. *Norsk ordbok*. Ordnett.no
8. Gundersen D. *Fremmedordboken*. Ordnett.no
9. <https://snl.no/myte>
10. Nordby T. *Hva er myter?* <http://dankel.no/mk/?todo=show&cid=367&thismonth=5&Seek=>
11. *Webster's Third New International Dictionary of the English Language*. Chicago, Ill.:Encyclopaedia Britannica, 1981.
12. Bringsvør TÅ, Braarvig J red. *I begynnelsen – skapelsesmyter fra hele verden*. Oslo: De norske bokklubbene, 2000.
13. May R. *Myter og identitet: behovet for myter i vår tid*. Oslo: Aventura, 1992.
14. Campbell J, Moyers B. *The power of myth*. New York, NY: Anchors Books, 1991.
15. Davidsen BA. *Da jorden ble flat*. Oslo: Luther forlag, 2010.
16. Anderson C, Sally D. *Tallenes Tale - Alt du vet om fotball er feil*. Oslo: Libretto forlag, 2014.
17. Tudor H. *Political myth*. New York/London: Praeger Publisher, The Pall Mall Press, 1972.
18. Pringle H. *The Master Plan: Himmler's Scholars and the Holocaust*. New York: Hyperion, 2006.
19. Eriksen A. *Det var noe annet under krigen. 2. verdenskrig i norsk kollektivtradisjon*. Oslo: Pax, 1995.
20. Lindekleiv H. Den greske legekunsten i Roma. *Tidsskr Nor Legeforen* 2005;125:1868–70.
21. Bailey JE. Asklepios: Ancient hero of medical caring. *Ann Intern Med* 1996;124:257–63.
22. Segen JC. *The Dictionary of Modern Medicine*. Park Ridge, NJ: Parthenon, 1992.
23. Vreeman RC, Carroll AE. Medical myths. *BMJ* 2007; 335 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39420.420370.25>
24. Vreeman RC, Carroll AE. Festive medical myths. *BMJ* 2008; 337 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2769>
25. *Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten*. 8.2. Akutt otitis media. Oslo: Helsedirektoratet, 2013. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/%C3%B8vre-luftveisinfeksjoner/akutt-otitis-media>
26. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A et al. Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a Degenerative Meniscal Tear. *N Engl J Med* 2013; 369:2515–2524. DOI: 10.1056/NEJMoa1305189

27. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2.
28. Backe B, Hammervold R, Buhaug H et al. Månefasens innflytelse på fødsler. *Tidsskr Nor Legeforen* 1988;108:3183–5.
29. Fox S, Duggan M. *Health Online 2013*. Washington D.C.: Pew Research Center, 2013. [http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/PIP\\_HealthOnline.pdf](http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf)
30. <http://www.lifespan.org/top-15-medical-myths.html>
31. Fjeld H, Raknes G. Er det virkelig farlig å kombinere metronidazol og alkohol? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014;134:1661–3. <http://tidsskriftet.no/article/3230363>
32. Steen K. Bør traumatiske hudsår lukkes innen åtte timer? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014;134:1657–60. <http://tidsskriftet.no/article/3230349>
33. Ellingsrud C, Agewall S. Morfin i behandlingen av akutt lungeødem. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014;134:2272–5. <http://tidsskriftet.no/article/3267747>
34. Haffner J. Peroral behandling av vitamin B12-mangel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136:108 doi: 10.4045/tidsskr.15.1116
35. Davis MA, Bynum JPW, Sirovich BE. Association Between Apple Consumption and Physician Visits. Appealing the Conventional Wisdom That an Apple a Day Keeps the Doctor Away. *JAMA Intern Med* 2015;175:777–783. doi:10.1001/jamainternmed.2014.5466.
36. <https://snl.no/Heraklit>
37. Gjesdal K. Hjerterinfarkt før og nå – et 50 års perspektiv. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136:83–86 doi: 10.4045/tidsskr.15.0852.
38. Healy D. Serotonin and depression. The marketing of a myth. *BMJ* 2015;350:h1771 doi: 10.1136/bmj.h1771.
39. Miller S. Myth-based medicine. *Br J Gen Pract* 2015;65:313.
40. Nylenna M. De «to kulturer» i medisinen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120:3732–5.
41. King KC. Myths and medicine. *West J Med* 2000;172:208.

*Selv om alle synspunkter er forfatterens egne, skal mange takkes for innspill og hjelp underveis. En spesiell takk går til sokneprest Birger Fossum, professor i folkloristikk Anne Eriksen, professor i sosialmedisin Steinar Westin, professor i medisinsk historie Øivind Larsen, master i statsvitenskap Lotte B Simonsen og forskningsbibliotekar Lien Nguyen.*

Magne Nylenna  
 magne@nylenna.no  
 Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet  
 Postboks 4404 Nydalen  
 0403 Oslo

## Karl Evangs pris – skifte navn?

*Michael 2016; 13: 210–4.*

*«Karl Evangs pris ble opprettet i 1981 som en honnør til den tidligere helsedirektørens sosialmedisinske pionerinnsetning. Hensikten med prisen er å stimulere interessen og arbeidet for folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne.» Slik lyder innledningen til statuttene for denne prisen, som opprinnelig ble innstiftet av Helsetilsynet, men som siden 2014 er overtatt og forvaltet av Helsedirektoratet. De senere årene har bedømmelseskomiteen for prisen fått seg forelagt ulike kritiske merknader. Dels har det vært forslag om å endre betegnelse på prisen til noe mer nøytralt og «forståelig» for dagens yngre generasjoner – ettersom mange ikke lenger vet hvem Karl Evang (1902–81) var. Dels er det kommet innsigelser på prisens tilknytning til nettopp Karl Evang, med henvisning til Evangs syn på eugenikk og sterilisering i sine tidlige år som helsedirektør. Med samtykke fra Line Oma i Helsedirektoratet gjengir vi her hennes skriftlige saksforberedelse til ett av møtene, der bedømmelseskomiteen diskuterte hvordan vi skulle forholde oss til kritikken. Samtidig er dette en god anledning til å minne om at Karl Evangs pris fortsatt henger høyt, vist ved rekken av tidligere prisvinnere. Navnet på selve prisen ble ikke endret.*

Det var med en viss forbauselse at bedømmelseskomiteen for Karl Evangs pris<sup>1</sup> for et års tid siden mottok uformelle forslag om å endre navnet på prisen. Begrunnelsen var på et vis rørende naiv. «Det er så lenge siden Karl Evang levde...», og det er ikke så mange av dagens unge som i det hele tatt vet hvem han var. Kunne vi ikke heller gå inn for noe mer nøytralt – for eksempel «Folkehelseprisen» eller noe slikt? «Helsedirektoratets folkehelsepris» var et seriøst forslag.

<sup>1</sup> Forfatteren er medlem av bedømmelseskomiteen for Karl Evangs pris. De øvrige er Elisabeth Brodtkorb, Mina Adampour, Jakob Linhave, og som leder Anne Kari Lande Hasle.



*Figur 1: Utdelingen av Evangprisen ledsages ofte av stor oppmerksomhet. Dette bildet er fra prisutdelingen i 2010, da Per Fugelli (f. 1943) mottok prisen og kvitterte med å gi en samfunnsmedisinsk forelesning. (Foto: Øivind Larsen)*

Det ble ingen lang diskusjon i komiteen om akkurat dette. Vi minnet hverandre om hvorfor man knytter bestemte navn til priser eller minnebegivenheter. Nettopp for å minnes. Og for å låne den prestisjen og det ethos som fortellinger om personens liv og virke har etterlatt seg. Ville noen i England for eksempel foreslå å endre navn på den årlige høytidelige «Harveian Oration» i regi av The Royal College of Physicians, fordi dagens unge leger kanskje ikke helt vet hvem William Harvey (1578–1657) var? Eller endre navn på Norske P.E.N.s Ossietzkyprisen, fordi det er så lenge siden Carl von Ossietzky (1889–1938) fikk Nobelprisen? Og Alfred Nobel (1833–1896)...? Nei – for ham holder visst fortsatt den kollektive hukommelsen.

Litt mer vrient ble det da det i februar 2016 innløp en mer omfattende henvendelse til komiteen fra Taternes landsforening, «...som stiller seg kritisk til at vi deler ut en pris i Karl Evangs navn», som det het i oversendelsen til komiteen. Kritikken gjaldt hovedsakelig Karls Evangs syn på eugenikk og sterilisering.



*Figur 2: Evangprisutdelingen gir anledning til å arrangere samfunnsmedisinske seminarer om temaer innen prisvinnerens arbeidsfelt, ofte med stor tilslutning. Her sees auditoriet ved daværende Høgskolen i Oslo i 2010. (Foto: Øivind Larsen)*

Selvsagt var vi i komiteen vel kjent med Evangs syn på disse spørsmålene, men det hadde ikke slått oss at det kunne komme opp som en kritikk av navnet på selve prisen. Synspunktene på eugenikk var utbredt både blant politikere og i store deler av det medisinske etablissement til langt inn i etterkrigstiden, og Evangs rolle var sånn sett ikke i utakt med sin tid. Vi mente også at kritikken var basert på en feiltolkning av begrunnelser for mange av Evangs synspunkter, slik det også framgikk av Line Omas notat til komiteen<sup>2</sup>.

Dessuten hadde kritikken allerede vært oppe i dagen da komiteen i 2013 valgte lege Ole Mathis Hetta og Tayyab M. Choudri til prisvinnere for deres innsats for urbefolknings- og minoritetshelse. I sin tale under det årlige Karl Evang-seminaret, der prisen utdeles, gikk Hetta også inn på historien om den norske statens overgrep mot den samiske befolkningen. Som i tidligere tider var det gjerne medisinen og helsetjenesten som leverte faglige argumenter for praksiser som vi i dag vil ta avstand fra, også når det for eksempel gjaldt sterilisering. Som leder av den tids helsevesen var klangen av Evangs navn den gang ikke ubetinget positiv der nord.

<sup>2</sup> Oma L. Notat om Karl Evangs virke. *Michael* 2016; 13: 215-20. opprinnelig oversendt komiteen som et «internt notat», men gjengis her in extenso som egen artikkel med Line Omas samtykke.





*Figur 3: Et eksempel på seminarforedrag i forbindelse med Evangprisutdelingen i 2010: Politidirektør Ingelin Killengreen (f. 1947) drøfter hva godt nok barnevern er for politiet. (Foto: Øivind Larsen)*

På den annen side – fortsatte Ole Mathis Hetta – var den velferds-politikken Evang stod i front for også årsaken til at samebefolkningens kår etter hvert ble dramatisk forbedret, slik at han, som prisvinner, hadde fått sin medisinske utdanning og anledning til å ha sitt fruktbare virke som lege.

Det var altså gode grunner til at bedømmelseskomiteen for Karl Evang-prisen<sup>3</sup> til slutt måtte ta en grundig diskusjon om navnespørsmålet. Det var knapt noen uenighet blant komiteens medlemmer om at prisen fortsatt måtte være knyttet til Karl Evangs navn. Dette var det viktigste budskapet komiteen hadde til sin oppdragsgiver Helsedirektoratet etter diskusjonene i mars 2016. Vektleggingen av nettopp dette poenget fikk muligvis overskygge at flere av komiteens medlemmer underveis hadde uttrykt seg positivt om en eventuell navneendring til «Karl Evangs folkehelsepris», ettersom det kunne bidra til å tydeliggjøre hva prisen tildeles for. Men noen formell

<sup>3</sup> Den «førrige» bedømmelseskomiteen, med Aslak Syse som leder, de øvrige var Marie Rein Bore, Elisabeth Brodtkorb, Steinar Westin og Sidsel Platou Aarseth (avløst av Line Oma da Helsedirektoratet overtok forvaltningen av prisen i 2014).

votering om et slikt mindre tillegg til Karl Evangs navn på prisen ble ikke foretatt da saken var oppe i vår. Det var for eller mot Karl Evangs navn på prisen i fortsettelsen det dreide seg om.

Med samtykke fra vår gode saksbehandler i Helsedirektoratet, Line Oma, presenterer vi her i dette nummeret av *Michael* det saksframlegget hun gjorde for komiteen i mars 2016<sup>2</sup>. Dette er også et godt påskudd til å fortelle mer om Karl Evangs pris, med listen av prisvinnere siden 1981.

Og navnet på prisen? Det ble altså ikke endret.

*Steinar Westin*

*steinar.westin@ntnu.no*

*Institutt for samfunnsmedisin*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

*Trondheim*

# Notat om Karl Evangs virke

*Michael 2016;13: 215–20.*

*Helsedirektoratet overtok Karl Evang-prisen fra Helsetilsynet i 2014. Etter to år med utdeling i Helsedirektoratets regi, gjenstår det å videreutvikle prisen, utpeke ny bedømmelseskomité og avgjøre hvor prisen skal utdeles. Videreutvikling av prisen har vært behandlet i ledermøte, og et av temaene Helsedirektoratet ønsker å utrede er de mer kontroversielle sidene av Karl Evangs virke fra hans tidlige år med uttalelser om eugenikk og tvangssterilisering.*

## «Rasepolitikk og reaksjon» (1934)

I 1933 ble straffelovskomiteéns forslag til steriliseringslov anbefalt av de medisinske sakkyndige, oppnevnt av det medisinske fakultet.<sup>1</sup> På denne tiden var mange opptatt av eugenikk, og i 1930-årene var raseteorier bredt akseptert. Steriliseringsloven hadde overveldende bred politisk støtte. I 1934 var det kun én av representantene i Stortinget som stemte imot den. Karl Evang var blant de mer skeptiske til loven, men endte opp med å støtte den.<sup>2</sup>

Evang skrev boken «Rasepolitikk og reaksjon» (1934) i forbindelse med det norske forslaget til steriliseringslov. Ifølge Espen Søbye skriver Evang at det han kaller «de arvemessig, biologisk mindreverdige» bør steriliseres så ikke de dårlige arveanleggene får vandre videre i slekten.<sup>3</sup> På den annen side skriver Trond Nordby i biografien om Karl Evang at Evang avviste forsøkene på å dele mennesker inn i raser, og at Evang forkastet begreper som medi-

1 Søbye, E. (2011) *Litt mer om rasehygien i Norge*. Innlegg publisert i Morgenbladet 30. september 2011. Tilgjengelig fra: [https://morgenbladet.no/debatt/2011/litt\\_mer\\_om\\_rasehygien\\_i\\_norge](https://morgenbladet.no/debatt/2011/litt_mer_om_rasehygien_i_norge) [lest 10.03.2016]

2 Roll-Hansen, N. (2011) *Steriliseringsloven, rasehygiene og biologien*. Innlegg publisert i Morgenbladet 14. oktober 2011. Tilgjengelig fra: [https://morgenbladet.no/debatt/2011/steriliseringsloven\\_rasehygien\\_og\\_biologien](https://morgenbladet.no/debatt/2011/steriliseringsloven_rasehygien_og_biologien) [lest 10.03.2016]

3 Søbye, E. (2011) *Litt mer om rasehygien i Norge*. Innlegg publisert i Morgenbladet 30. september 2011. Tilgjengelig fra: [https://morgenbladet.no/debatt/2011/litt\\_mer\\_om\\_rasehygien\\_i\\_norge](https://morgenbladet.no/debatt/2011/litt_mer_om_rasehygien_i_norge) [lest 10.03.2016]

sinsk og sosialt «mindreverdige» som grunnlag for tvangsinngrep. Han kunne derimot godta sterilisering dersom det kunne påvises at individene var bærere av arveanlegg for sykdommer som ville bli overført til avkommet, såkalte «medisinske rariteter». Han godtok også kastrasjon av sedelighetsforbrytere. I tillegg ville han åpne for *frivillige* inngrep dersom man av økonomiske og sosiale grunner ønsket å la seg sterilisere. På dette grunnlaget støttet Evang steriliseringsloven.<sup>4</sup>

I 1934 ble Evangs bok omtalt som «et oppgjør med rasevrøvel» fordi han tok et oppgjør med nazismens raseteorier. Ifølge Evang var raseteorien svakt vitenskapelig fundert og han visste hvilke konsekvenser denne «vitenskapen» kunne få for en spesiell folkegruppe – jødene.<sup>5</sup> Ifølge professor ved Universitetet i Oslo, Nils Roll-Hansen, var steriliseringslovens viktigste aspekt å gi myndige personer rett til å sterilisere seg uten å be om myndighetenes tillatelse. Karl Evang var lenge tilhenger av aktiv eugenisk sosialpolitikk, og fortsatte sin eugeniske argumentasjon for sterilisering av visse grupper mentalt tilbakestående langt inn i 1950-årene.

De som tilhørte kritikerne av en vidtgående rasehygiene (blant annet Karl Evang) støttet steriliseringsloven som et humant virkemiddel for å bedre barns oppvekstvilkår. Den ville gi klarere legale rammer for frivillig sterilisering, for eksempel av kvinner i en vanskelig familiesituasjon, og av mentalt tilbakestående personer som ikke hadde forutsetninger for å oppfostre barn. Den norske steriliseringsloven la hovedvekten på en slik sosial begrunnelse og står dermed i rak motsetning til den tyske loven som også ble vedtatt i 1933, like etter at Hitler tok makten. Den tyske loven var biologisk begrunnet, og tillot ikke sterilisering på sosiale indikasjoner. I 1930-årene i Norge var sterilisering bare en liten del av en større sosialpolitisk debatt hvor spørsmål om abort, familieplanlegging og seksualopplysning dominerte.<sup>6</sup>

Etter den andre verdenskrig skjedde det nye endringer både i verdier og kunnskaper. Overgrepene som ble begått under den andre verdenskrig, spesielt av Tyskland og Japan, gjorde stort inntrykk. Individets rettigheter ble styrket og sympatien for eugenikk raskt svekket. Likevel argumenterte Evang så sent som i 1955 for økt eugenisk sterilisering av åndssvake. Han beklaget den nedgangen som hadde skjedd siden 1945. Det samme gjaldt internasjonalt for mange genetikere, psykiatere og sosialpolitikere som hadde vært engasjert i mellomkrigstidens reformeugenikk. Den nye generasjonen

4 Nordby, T. (1989). *Karl Evang: En biografi*. Oslo: Aschehoug.

5 Børdahl, P. E. (2005). Den nordiske rase. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 125: 322. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1142023/> [lest 14.03.2016]

6 Roll-Hansen, N. (2011) *Steriliseringsloven, rasehygiene og biologien*. Innlegg publisert i Morgenbladet 14. oktober 2011. Tilgjengelig fra: [https://morgenbladet.no/debatt/2011/steriliseringsloven\\_rasehygien\\_og\\_biologien](https://morgenbladet.no/debatt/2011/steriliseringsloven_rasehygien_og_biologien) [lest 10.03.2016]

av humangenetikere fra 1950- og 60-årene forlot den populasjonsorienterte eugeniske tankegangen til fordel for en individorientert medisinsk genetik. Hovedmålsettingen ble å hjelpe enkeltindivider og familier med rådgivning og inngrep i forhold til arvelige sykdommer. Fra slutten av 1950-årene skjedde det også en rask utvikling i kunnskapen om menneskets genetik som viste at forutsetningene for Evangs forsiktige eugenikk var uholdbare.<sup>7</sup>

## Omfang

Rundt 44 000 mennesker ble sterilisert i Norge i perioden 1934–77. Størstedelen var frivillig, og det er delte meninger om hvor mye som var under tvang. Noen historikere anslår fem prosent, men mange arkiver er ødelagt, så det er vanskelig å konkludere bastant. Rasehygiene var på den tiden velferd, sosialpolitikk. Kollektivets beste gikk foran hensynet til enkeltmennesket.<sup>8</sup>

## Arven etter Evang

Karl Evang var helsedirektør i over 30 år. Hans arbeid for folkehelse og sosiale forhold utgjorde en betydelig del av hans virke. Her kan nevnes seksualopplysning, engasjement for helsetilstanden til arbeiderkvinner, kosthold blant dårlig stilte familier, universell helsetjeneste, og internasjonalt helsearbeid.

Roll-Hansen skriver at det skaper forvirring å klebe merkelappen «rasehygiene» på personer som Karl Evang, blant annet fordi personer som Evang var med på å kjempe fram velferdsstaten og bidrog til å legge grunnlaget for dagens antirasisme.<sup>9</sup> Som tidligere Karl Evang-prisvinner og same Ole Mathis Hetta uttrykte det i 2013, er velferdsstaten og Karl Evangs arbeid en viktig forutsetning for at minoriteter kan få oppfylt sine rettigheter og behov. Hensikten med Karl Evang-prisen er å stimulere interessen og arbeidet for folkehelse, og sosiale forhold som er av betydning for folkehelse.

Knut Ringen (1990) skriver at det var folk som Karl Evang som på 1930-tallet presset fram konsepter som *retten til helse* og *universell helsehjelp*. Så tidlig som på slutten av 1920-tallet kjempet Evang for retten til abort, mot seksuelt overførbare sykdommer, og han argumenterte for behovet for seksualopplysning og seksuell frigjøring. På 1930-tallet gjennomførte han flere ernæringsundersøkelser, og undersøkelser på betydningen av ernæring

7 Roll-Hansen, N. (1998) *Rasehygiene i historiens lys*. Innlegg publisert i Dagbladet 27. mai 1998. Tilgjengelig fra: <http://www.dagbladet.no/kultur/1998/05/27/101862.html> [lest 10.03.2016]

8 Strømme, K. (2002). *Renhetens pris*. Artikkel publisert i Universitas 6. mars 2002. Tilgjengelig fra: <http://universitas.no/magasinet/1508/renhetens-pris> [lest 10.03.2016]

9 Roll-Hansen, N. (1998) *Rasehygiene i historiens lys*. Innlegg publisert i Dagbladet 27. mai 1998. Tilgjengelig fra: <http://www.dagbladet.no/kultur/1998/05/27/101862.html> [lest 10.03.2016]

for god helse. Han fant ut at dårlig ernæring var en nøkkelfaktor til dårlig helse blant den fattige befolkningen, og at medisinsk intervensjon ikke kunne veie opp for vedvarende fattigdom.

Under krigen tilbragte Evang mye tid i USA. Der bidro han sterkt til å definere målene til to av FNs viktigste organisasjoner, nemlig FNs organisasjon for ernæring og jordbruk, og Verdens helseorganisasjon. Det utvidede helsebegrepet i Verdens helseorganisasjon er ingen tilfeldighet, skriver Ringen. Evang var en av de fremste folkehelsefigurene i etterkrigstida, og har vært sentral i utviklingen av velferdsstaten, medisin og folkehelse (Ringen, 1990).<sup>10</sup>

### **Kommentarer fra bedømmelseskomitéen**

Bedømmelseskomitéen for Karl Evang-prisen har sittet i mange år, over flere perioder. De har fått anledning til å kommentere overnevnte notat.

Leder av bedømmelseskomitéen, professor Aslak Syse, er godt kjent med Karl Evangs historie gjennom sitt doktorgradsarbeid, og har blant annet skrevet artikkelen «Om åndssvakhet og tvangssterilisering på eugenisk grunnlag» i tidsskriftet *Kritisk Juss*.

Syse mener at allmennheten har vært klar over Evangs tidlige meninger, men at det er knyttet så mange positive konnotasjoner til personen Karl Evang og til det pionerarbeidet han har gjort for folkehelsen og sosiale forhold som er viktig for denne. Karl Evang-prisen har derfor hatt høy status siden den ble utdelt første gang i 1981.

Også professor Steinar Westin argumenterer for at prisen skal fortsette å bære Karl Evangs navn. Westin sier at skikkelser som Karl Evang må forstås med bakgrunn i sin tids tenkning, og den sosiale og politiske kontekst. Noe annet vil være «uhistorisk». Hans tenkning om genetik og folkesunnhet var helt vanlig i store deler av det medisinske fagmiljøet. Både Syse og Westin undrer seg over at synspunktene til Evang vedvarte langt inn på 1950-tallet, men slik kan en også tenke om at både entusiasme for lobotomi og kriminalisering av homoseksualitet vedvarte til 1960-tallet.

Komitéen mener at Karl Evang-prisen står solid, samtidig som en kan si at Evang på dette punktet tenkte feil, i likhet med svært mange andre i hans samtid. På andre områder var han derimot en stor pioner som la grunnlaget for den velferdsstaten vi har i dag, for helsesystemet og folkehelsearbeidet. Det er også dette statuttene trekker fram som grunnlag for prisen.<sup>11</sup>

10 Ringen, K. (1990). Karl Evang: a giant in public health. *Journal of public health policy* 11/3.

11 Oversendt til bedømmelseskomiteen for Karl Evang-prisen 15.03.2016, omtalt som et «internt notat».

## Vedlegg:

### Statutter for Karl Evang-prisen

#### 1. Bakgrunn og hensikt

Karl Evangs pris ble opprettet i 1981 som en honnør til den tidligere helsedirektørens sosialmedisinske pionerinnsetts. Hensikten med prisen er å stimulere interessen og arbeidet for folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne.

#### 2. Prisen

Prisen blir delt ut i anledning Karl Evangs fødselsdag 19. oktober, eller så nært inntil denne dato som mulig.

Prisen består av et diplom og et stipend på et nærmere angitt beløp som p.t. utgjør kroner 75.000. Prisbeløpet kan disponeres fritt etter prisvinnerens ønske. Beløpets størrelse vil bli justert etter innstilling fra bedømmelseskomiteen hvert femte år, neste gang i 2020.

#### 3. Hvem kan få prisen

Karl Evangs pris skal gis til en person eller organisasjon som har gjort en særlig fortjenstfull innsats for å fremme

- folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne
- rettssikkerhet og sikkerhet innen barnevern og/eller helse- og sosialtjenesten
- opplysningsarbeid og medvirkning i samfunnsdebatten om viktige helse-, sosial- og/eller barnevernpolitiske spørsmål.

Det skal også legges betydelig vekt på at den som mottar prisen har ytt en innsats som er ekstraordinær i forhold til hva som forventes av denne personen eller organisasjonen. Personer eller organisasjoner som søker om prisen trenger ikke ha tilhørighet innen barnevern, helse- eller sosialtjenesten. Det legges vekt på at innsatsen er tidsaktuell, men innsats over tid kan også vurderes.

Prisen kan tildeles kandidater etter nominering, eventuelt med anbefaling fra foreninger, grupper eller enkeltpersoner.

#### 4. Bedømmelseskomité – dens sammensetning og arbeid

Prisen skal deles ut av en komité som oppnevnes av Helsedirektoratet for fire år av gangen. Komitémedlemmer kan gjenoppnevnes. Komiteen skal bestå av fire eller fem medlemmer. Helsedirektoratet bestemmer hvilket komitémedlem som skal være komiteens leder. For øvrig skal ett av medlemmene ha tilknytning til Helsedirektoratet, og fungere som komiteens sekretariat.

Komiteens sammensetning skal være slik at både helsetjenesten, sosialtjenesten og allmennheten er representert.

Dersom et medlem må fratre i løpet av perioden, oppnevner direktøren nytt medlem.

Bedømmelseskomiteen skal legge opp sitt arbeid slik at prisen kan deles ut rundt Karl Evangs fødselsdag 19. oktober. Aktuelle kandidater vurderes av komiteen på bakgrunn av skriftlig innsendte nominasjoner. Komiteen kan på selvstendig grunnlag foreslå kandidater. I så fall skal komiteen skriftlig begrunne sitt valg av kandidat.

Komiteen innstiller årets prisvinner. Innstillingen kan være enstemmig eller støttet av et flertall av komiteens medlemmer etter avstemming. Ved stemmelikhet har komitélederen dobbeltstemme. Komiteens innstilling skal av komiteens sekretær snarest mulig

legges fram for direktør for Helsedirektoratet for endelig godkjenning/bekreftelse. I de tilfeller der direktøren av tungtveiende grunner ikke finner grunn til å kunne støtte innstillingen kan komiteen enten innstille en av de gjenværende kandidatene som prisvinner, selv fremsette et skriftlig begrunnet forslag om prisvinner, eller foreslå at prisen ikke deles ut det året. Etter at direktøren har bekreftet innstillingen skal direktøren underrette prisvinneren uten opphold.

#### 5. Reiseutgifter, offentlighet, pressemelding mm.

Helsedirektoratet dekker etter statens satser nødvendige utgifter for reise og eventuelt opphold for prisvinner og dennes ledsager, samt for komiteens medlemmer i forbindelse med prisutdelingen. Prisvinnerens navn skal holdes skjult for offentligheten til den dagen prisen overrekkes.

Helsedirektoratet utarbeider pressemelding om prisvinneren og dennes arbeid og besørger utsendelse til relevant fag- og dagspresse. Eventuelt kan offentligheten underrettes på annen høvelig måte. Dersom det sendes ut pressemelding for prisen deles ut, må det oppgis en sperrefrist for offentliggjøring som tidligst er samme dag som prisen deles ut. Prisvinneren skal i så fall orienteres om dette.

#### Liste over tidligere prisvinnere

2015: Anne Rønneberg	1996: Tore Sanner
2014: Maddan Yran	1995: Runi Børresen Gresko
2013: Ole Mathis Hetta og Tayyab M. Choudri	1994: Knut Børge Knutsen
2012: Ebba Wergeland	1993: Margunn Ueland og Randi Vingerhagen
2011: Landsforeningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken	1992: Finn Skårderud
2010: Per Fugelli	1991: Ammehjelpen
2009: Anne Hafstad	1990: Bente Roestad
2008: Berit Schei	1989: Calle Almedal og Jan Vincents Johannessen
2007: Asbjørn Kjønstad	1988: Frederic Hauge
2006: Anne Karen Jenum	1987: Sonja Stenmarck
2005: Borghild Haaland	1986: Bitten Munthe-Kaas
2004: Ingrid Lycke Ellingsen	1985: Babill Stray-Pedersen og Kristian Hagestad
2003: Anders Seim	1984: Kjell Bjartveit og Peter F. Hjort
2002: Gerd-Ragna Bloch Thorsen	1983: Ingrid Espelid Hovig og Kaare R. Norum
2001: Gerd Marit Brandt	1982: Elisabeth Engesland
2000: Steinar Ekvik	1981: Øistein Winje
1999: Nina Misvær	
1998: Andreas Skulberg sen.	
1997: Børge Ytterstad	

*Line Oma*  
*Avdeling miljø og helse*  
*Helsedirektoratet*  
*line.oma@helsedir.no*



## Karl Evang – det opplyste eneveldets siste representant?

*Michael 2016: 13: 221–6.*

*Norges helsedirektør i perioden 1938–1972 Karl Evang (1902–1981) var en markant personlighet som ikke minst takket være sin spesielle lederstil ble nok så enerådende i oppbyggingen av det norske helsevesenet i de viktige årene etter Den annens verdenskrig. Evangs innsats i forbindelse med etableringen av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1948 og utvidelsen av helsebegrepet til også å omfatte sosiale forhold har kanskje betydd enda mer i det større perspektiv. Den nye definisjonen av helse la nye premisser for helsearbeidet i det internasjonale samfunnet. Likevel opplever man at enkelte studenter og andre unge i dag ikke vet hvem Karl Evang var.*

Når man – som jeg – underviser i nyere medisinsk historie, får gjerne den såkalte Evang-perioden behørig omtale. Jeg ble overrasket, og litt forskrekket, en gang da jeg for flere år siden hadde snakket opprømt og engasjert om utviklingen av medisinske og sosiale forhold i Evang-perioden. Til sist spurte jeg om det var noen spørsmål? En hånd kom nølende opp: Hvem var egentlig denne Karl Evang? Litt perpleks fortalte jeg selvsagt straks litt mer utfyllende om personen Evang. Men dette manet til ettertanke. Episoden minnet meg om at tiden går – og at den går fort. Studenten var kanskje født ti år etter at Evangs død. Det helsevesenet som Evang hadde bygd opp, var blitt en selvfølgelighet for hans generasjon. Det var også blitt en politisk skyteskive i løpet av tiden som var gått. Et kostnadssluk istedenfor en investering i helse og velferd.

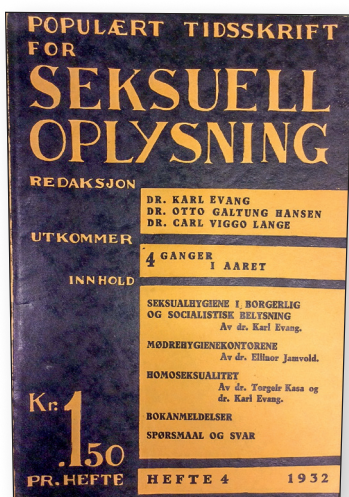
Evang-perioden strakte seg formelt fra Karl Evang tiltrådte som helsedirektør i 1938 og fram til han gikk av med pensjon ved oppnådd aldersgrense i 1972. Perioden er imidlertid egentlig lengre enn dette. Evang var medisinerstudent da han kom inn i den politisk radikale Mot Dag bevegelsen som var ledet av Erling Falk (1887–1940).



*Figur 1: Karl Evang  
(Foto: Øivind Larsen 1964)*

Befolkningspolitikk var blant de temaene som var særlig aktuelle i mellomkrigstiden, også i *Mot Dag*. Familieplanlegging og seksuell opplysning var da et viktig arbeidsområde, spesielt i et samfunn der det var lite åpenhet om slike temaer. Evang vakte furore med sin innsats, og hans tidsskrift *Populært tidsskrift for seksuell opplysning* som kom ut fra 1932, fikk stor utbredelse og ble lest i døgsmål av mange ungdommer i hjem der man ikke snakket om denslags.

For medisin og helsepolitikk var utviklingen av en grupperettet samfunnsmedisin, håndtering av folkehelse på det strukturelle plan, en naturlig konsekvens av den befolkningrettede tankegangen. Evang var tilhenger av tidens førende retning innen sosialmedisinen, nemlig Alfred Grotjahns (1869–1931) såkalte sosialpatologi som la særlig vekt på de sosiale betingelsene for sykdom. Evang tok initiativet til dannelsen av Sosialistiske legers forening i 1931 og gjennomførte selv flere sosialmedisinske undersøkelser i 1930-årene.



*Figur 2: Som medisinstudent og ung lege var Karl Evang opptatt av seksualopplysning og sto bak utgivelsen av Populært tidsskrift for seksuell opplysning fra 1932 til 1935. Det skulle, som det sees av bildet, komme med fire utgaver i året, men etter hvert ble det flere hefter og prisen ble senket fra kr. 1,50 i 1932 til kr. 0,75 i 1934. Tittelen ble også mykere med tilføyselsen ..og helselære. Mottakelsen var formidabel. Opplaget var over 30 000. Heftet om onani ble solgt i 120 000 eksemplarer. (4) (Foto: Steinar Westin)*

Bare to år etter at han tiltrådte som helsedirektør i 1938 ble det krig. Evang oppholdt seg i krigsårene i England og USA. Dette fikk stor betydning for norsk helsestell i tiden som fulgte, blant annet fordi han nå fikk god kontakt med utenlandske helseforhold og utenlandsk helsevesen. Han så og lærte. Han hadde en visjon om et sentralstyrt, heldekkende helsevesen til beste for alle, og denne visjonen hadde han som ledetråd gjennom hele sin funksjonstid.

Foruten at han var en meget dyktig fagmann, hadde han en personlighet som ga ham et spesielt spillerom. Hans retoriske kraft var uovertruffen, og det var knapt noen som i en tid da det var betydelig mer autoritetsrespekt enn nå, unødig gikk inn en diskusjon med ham.

Evang hadde stort sett venstresidens politikeres fulle tillit. Ettersom Norge formelt hadde Arbeiderpartistyre i alle årene fra 1935 til 1965, ga dette Evang et godt politisk grunnlag for å få satt sine idéer gjennom. Det ser ut som om politikerne mer eller mindre overlot helsevesenet til ham. Historisk er det mange tegn på det: Eksempel: Da sykehusloven av 1969 trådte i kraft, var det allerede bygd sykehus over hele landet i stort tempo som en respons på Evangs bestrebelsler fram mot et universelt helsevesen i hele Norge.

Karl Evang var også instrumentell da Verdens Helseorganisasjon (WHO) ble opprettet i 1948 og etablerte sin nye helsedefinisjon. Den definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte». Denne definisjonen blir ofte latterliggjort. Den må imidlertid forstås i lys av sin tid. En internasjonalt omforent og for-



*Figur 3: Evangs sarkasmer kunne være bitende, men ofte «to the point». (Foto: Øivind Larsen 1964)*

pliktende slik definisjon er et politisk verktøy. Den trekker en lang rekke forhold inn i den medisinske sfære. Spesielt gjelder dette helseskadelige sosiale forhold som det nå blir et medisinsk anliggende å gjøre noe med. Og sosial elendighet var det nok av i verden i etterkrigsårene. WHO's vedtak om en ny helsedefinisjon gjorde at medisinsens etikk og verdigrunnlag fra da av også gjaldt forhold som tidligere lå utenfor.

Hva ville jeg anbefale den spørrende studenten å lese for å komme Karl Evang nærmere inn på livet? For det første ville jeg anbefale gode biografier som fins om ham (1–4). Dernest ville jeg be studenten kikke i festskriftet til Evangs 60-årsdag, der hans virke settes inn i et større perspektiv (5). Evang ga selv ut en bok i 1960 som gjengir hans engelske gjesteforelesninger fra 1958, *The Heath Clark Lectures* (6). Den gir innsikt i hans bakenforliggende tanker for det helsepolitiske programmet han gjennomførte i Norge (6).

Evang hadde et våkent øye for sosiale forhold som kunne true folkehelsen. Han så f. eks. tidlig hvordan narkotikamisbruk kunne bli et alvorlig befolkningsproblem og engasjerte seg sterkt i arbeidet mot dette. Jeg ville derfor anbefale studenten å se på Evangs bok *Narkotika, generasjonene og samfunnet* fra 1972 (7). Selv om det er lenge siden 1972, gjelder det som står der den dag i dag.



*Figur 4: Evang var en fagstyrets forkjemper. I det offentlige helsevesenet han bygde opp, samlet han folk rundt seg som delte hans kunnskaper, entusiasme og samfunnsmedisinske ideologi. Her sees to av hans samarbeidspartnere i den forebyggende medisin, stadsfysikus i Oslo Fredrik Mellbye (1917–1999) og Evangs senere etterfølger i helsedirektørembetet, epidemiologen Torbjørn Mork (1928–1992) i livlig diskusjon. Bildet er tatt i 1964. Det var en annen tid – legg merke til sigarene og sigarrøyken... (Foto: Øivind Larsen)*

Etter at Evang gikk av med pensjon, var han en stund ved det nye Universitetet i Tromsø og holdt sosialmedisinske forelesninger. Dette var grunnlaget for hans bok om helse og samfunn – egentlig en oppsummering av et langt livs tanker (8). Etter dette hørte man ikke så mye fra Karl Evang. Han fikk en skjebne som måtte ramme den sterkt verbale Evang særlig ubarmhjertig. I 1976 fikk han hjerneslag med afasi og han mistet taleevnen.

Det er egentlig umulig å forstå Norges helse- og sosialhistorie uten å sette seg inn i hva som skjedde under Evang-perioden. Ikke minst er det interessant å merke seg hvordan premisene for tankene og arbeidet forandret seg hele tiden, fra mellomkrigstidens helseaktivisters radikale jakt på måter for å omforme samfunnet på universalistisk vis, til individualismens styrke igjen begynte å melde seg.

Vi merker oss også det kulturelle og politiske tidsvinduet som Evangs virke faller inn i, da det faktisk var mulig for en norsk embetsmann å drive

helsevesen på en måte som bare kan sammenliknes med gamle tiders opplyste enevelde.

## Litteratur

1. Nordby T. Karl Evang. *Norsk biografisk leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget 2009. [https://nbl.snl.no/Karl\\_Evang](https://nbl.snl.no/Karl_Evang) (23.8.2016)
2. Nordby T. *Karl Evang – en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.
3. Nordby T. Helsedirektør Evangs planer for velferdsstaten. *Michael* 2009; 6: 331-7.
4. Berg SF. *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*. Oslo: Solum forlag, 2002.
5. Bruusgaard A, Gjestland T. (red.) *Festskrift til Karl Evang på 60 års dagen*. Oslo: Gyldendal, 1962.
6. Evang K. *Health service, society, and medicine – present day health services in their relation to medical science and social structures*. London: Oxford University Press, 1960.
7. Evang K. *Narkotika, generasjonene og samfunnet*. Oslo: Tiden norsk forlag, 1972.
8. Evang K. *Helse og samfunn – sosialmedisinsk almenkunnskap*. Oslo: Gyldendal 1974.

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

# Virchow i Norge

**Lepthien, Fromut Imme Helke:**

*Rudolf Virchow und die Erforschung der Lepra in Norwegen.*

Universität Rostock, Medizinische Fakultät:  
Hausarbeit 2016. 66s.

*Michael 2016; 13: 227–9.*

Sommeren 1859 reiste en fillete kledt, nokså rufsete tysker rundt på Vestlandet og forega å være lege, utsendt for å studere spedalskheten. Han skrev ut besynderlige resepter, delte ut uvirkosomme piller, lurte folk for oppvarning og penger. Så forsvant han bare. Hvem kunne dette være?

Noen hadde hørt at i det selvsamme år 1859 var den berømte patologiprofessor Rudolf Virchow (1821–1902) blitt invitert til Norge av myndighetene for å studere spedalskheten og hjelpe til med å løse dette påtrengende helseproblemet. Folk undret: Kunne det være den store professor Virchow de hadde møtt? Nei mente andre, for han hadde jo ingen støvler.

Denne lille historien fra *Jarlsberg og Laurvigs Amtstidende* var et av utgangspunktene for at forfatterinnen valgte Virchows mystiske Norgesreise i 1859 som tema for sitt eksamensarbeid. Rudolf Virchow i Berlin var en av tidens mest berømte leger, allerede kjent for sin *Cellularpathologie* (1858) som revolusjonerte medisinsk basalforskning, og for sin aktivitet på mange andre felt, blant annet som politiker. Denne store kapasitet var blitt invitert til Norge for å foreta en studiereise på det offentliges bekostning. Spedalskheten måtte bekjempes. Prosektor Emanuel Winge (1827–1894) ved Rikshospitalet kjente Virchow fra før og hadde fått permisjon for å ledsage ham

Rudolf Virchow und die Erforschung  
der Lepra in Norwegen

Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung  
für das Lehramt an Gymnasien

vorgelegt von:  
Fromut Imme Helke Lepthien  
LA Latein/Geschichte

Rostock, den 11.03.2016

Themensteller: Herr Prof. Dr. Hans-Uwe Lammel

Institut für Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät an  
der Universität Rostock



*Litografi av den unge Rudolf Virchow (1821–1902) i Det norske medicinske Selskab. (Foto: Øivind Larsen)*

på en del av reisen. Stort mer vet vi egentlig ikke. Av uforklarte grunner er kildegrunnlaget ytterst sparsomt. Reiseberetninger pleide alltid bli innlevert etter slike oppdrag, men det er ikke funnet i dette tilfelle. Annet materiale som pleier å kunne belyse denne type reiser, mangler også.

Heller ikke datidens media viet reisen noen oppmerksomhet. Hvorfor ble det slik? Kom det ikke noe ut av studiereisen? En forklaring kan selvsagt være at det verken hjalp på lepraforekomsten eller på sykdomsforløpet for pasientene om en aldri så berømt professor reiste rundt og observerte. For så vidt var reisen kanskje mislykket, sett fra oppdragsgiverens side?

Forfatterinnen har gravd opp kilder på en fortjenstfull måte, så vi får i ethvert fall noen nye glimt inn i denne reisen som gikk fra Christiania over Bergen, Molde, Trondheim og tilbake. Hun setter reisen inn i en vitenskapelig og sosial sammenheng og kommer fram til en klok konklusjon: Effekten av Virchows reise ble indirekte. Den gikk først og fremst gjennom den vitenskapelige kontakten som ble etablert mellom tysk og norsk medisinsk vitenskap, ikke minst gjennom Emanuel Winge som etter hvert ble et stort navn i tidens norske patologifag.

Luringen uten støvler som ble tatt for å være den store professor, hadde imidlertid et umiddelbart utbytte av Virchows studiereise – så lenge det varte. «Jeg gad vide, hva den virkelige Virchow vilde tenke om os, hvis han fik Historien at vide» sto det i *Jarlsberg og Laurvigs Amtstidende*.



Oppgaven er spennende og interessant lesning og formidler ny kunnskap. Enkelte steder kunne man riktignok ønsket seg en litt mer presis framstilling, f. eks. når det gjelder forholdet radesyke – syfilis – lepra, der uklarhetene i samtiden bidro til veien utviklingen tok. Litt mer spesifikt om teoriene for sykdomsoverføring hadde også lettet forståelsen. På den annen side: Her er det Virchows studiereise som er hovedtemaet, det øvrige er kontekst. Forfatterinnen har all ære av arbeidet!

En kuriositet: Fromut Lepthiens arbeid forklarer litt vedrørende den signerte litografien av den unge Virchow som finnes i Det norske medicinske Selskab uten at vi vet noe særlig om den. Mye tyder på at Selskabet har fått bildet av ham ved besøket i Christiania i 1859.

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

## Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin?

*Michael 2016; 13: 230–7.*

*I dagene 30.-31. mai 2016 ble det arrangert et møte på Kongsvold Fjeldstue med utsendinger fra de fire norske instituttene for samfunnsmedisin. Formålet var å diskutere behovet for lærebøker i faget, om det egentlig er behov for lærebøker i internettets tidsalder. Og hvis svaret er ja, om det trengs en eller flere bøker, skrevet av en eller flere forfattere – kort sagt, åpne spørsmål om universitetsfagets innhold, framtid og oppdrag ved de fire fakultetene. Det er ikke opplagt hvordan behovet for læremateriell kan dekkes, når man erkjenner at samfunnsmedisin både er et medisinsk spesialistfag og et arbeidsområde i helse-tjenesten, og selvsagt også et eget undervisningsfag og et forskningsfelt.*

*Møtet var en oppfølger av et tilsvarende samling i Trondheim 21. mai 2015, og vil nå bli videreført som et felles initiativ for å utarbeide forslag til læremateriell og læringsmål i samfunnsmedisin ved de fire universitetene.*

*«Lærebøker...? Nei, det holder stort sett med notater og Power-pointene.»  
Ikke navngitt medisinstudent*

Uformelle undersøkelser blant medisinstudentene i Trondheim har skapt en viss uro: Leser ikke studentene våre lærebøker lenger? Det gikk rykter om at salget av læreboka i samfunnsmedisin ikke var imponerende høyt, og langt lavere enn svarende til antall studenter. Riktig nok meldte biblioteket vårt om hyppige utlån, særlig i tiden før eksamen. Men var vi på sporet av en større og mer urovekkende trend?

Spørsmålet var blitt aktuelt da vi med litt bekymring diskuterte at selv den seneste læreboka i samfunnsmedisin fra 2008 (1) var blitt over sju år gammel. Nye lover og forskrifter var kommet til siden den gang, og selv om en knapt ti år gammel lærebok vanligvis anses som fullgod i mange fag, var vi usikre på om kanskje nettopp faget samfunnsmedisin er spesielt sær-

bart for endringer i innhold og rammebetingelser. Også fordi vi under den faglige samlebetegnelsen samfunnsmedisin finner andre emnefag<sup>1</sup> i endring, for eksempel trygde- og sosialmedisin, der lover og forskrifter endres i enda større fart.

Å skrive lærebøker for den forholdsvis lille målgruppen av medisinstudenter, på norsk, er ingen åpenbar forretningsidé. Det vet alle som har brukt fritid og krefter på det. Motivasjonen for å gå løs på slike skriveprosjekter blir ikke større når studenter melder at med internett, Google og interaktive læringsplattformer blir lærebøker mindre påkrevet. Dette gjelder åpenbart ikke bare for samfunnsmedisin ved universitetene. Men spørsmålet er kanskje ikke så påtrengende i fag som i mindre grad bygger på nasjonale samfunnsforhold og lovtradisjoner, og derfor kan benytte internasjonal, dvs. engelskspråklig faglitteratur.

Dermed tilbake til diskusjoner vi hadde ved vårt institutt i Trondheim for vel halvannet år siden: Trenger studentene våre egentlig lærebøker? Er det bryet verd å legge ned så mye arbeid i bokprosjekter når internettet byr på tilgang til det aller meste av faglitteratur og artikler? Skjønt, ikke så godt for bøker – for det er oftest nettopp ikke tilgang til lærebøker. Der har forlagene stort sett fortsatt med sine utgivelser i papirformat. Av økonomiske grunner, selvsagt. Men trolig også til nytte og glede for alle som ennå gleder seg ved å holde en bok i fanget, bla i den, og gjøre den til sin egen med notater og understrekninger.

## Initiativet 2015

Det må ha vært mine kolleger Steinar Krokstad og Karen Walseth Hara ved vårt institutt i Trondheim som først lot seg uroe over disse spørsmålene – i så høy grad at de inviterte til et «nasjonalt møte om lærebøker i samfunnsmedisin». På deres initiativ møttes et 20-talls samfunnsmedisinere i Trondheim 21.05.2015, til gjensidig utveksling av synspunkter, både på selve faget og på situasjonen for lærebøkene. Alle fire universitetsinstitutter var representert, og det var også Norsk forening for samfunnsmedisin, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og representanter fra fagmiljøer innen arbeidsmedisin. Men kanskje viktigst – tilstede var også de aller fleste av forfatterne av de ulike lærebøkene i samfunnsmedisinske fag som er i bruk i dag. Altså – en høyst beslutningsdyktig forsamling.

Øivind Larsen har allerede gitt en utførlig omtale av dette møtet, og av bakgrunnen for de ulike læreboktradisjonene i hygienefaget, forebyggende

---

1 Betegnelsen emnefag refererer til en inndeling av samfunnsmedisinske fag etter yrkesfag (godkjente spesialistfag), emnefag og metodefag (10)

medisin, sosialmedisin, trygdemedisin og arbeidsmedisin (2). Han oppsummerte situasjonen for de samfunnsmedisinske fagene slik:

«Det lar seg ikke benekte at undervisningen i samfunnsmedisinske fag for lege-studenter ofte har seilt i motvind. Uansett hva de ble kalt, var hygiene, sosialmedisin og arbeidsmedisin fag som ble møtt med stor entusiasme fram til 1950-årene, både blant medisinerstudenter og i samfunnet ellers. Strukturelle tiltak i samfunnet og grupperettet medisin hadde vist seg å bidra til å heve den alminnelige folkehelsen i løpet av relativt få tiår. Men da den kurative medisin skjøt fart og laboratoriene utviklet nye og spennende forskningsmetoder, endret også forventningene til legene og legestudet seg. Det strukturelle var blitt selvfølgelig. Det var *lege* man skulle bli, bruke sine kunnskaper og ferdigheter til å behandle og hjelpe enkeltindivider som hadde det vondt, eventuelt la sine evner få utløp i engasjerende forskning.

Selv i de radikale 1970-år, da mange unge entret barrikadene for å verge befolkningen mot det man oppfattet som samfunnets utnyttning, utbytting og miljøforurensning av alle slag, vendte medisinstudiet seg innover mot lege-pasientforholdet og en individrettet tilnærming. At «gammeldags» samfunnsmedisin fortsatt var kunnskap med slagkraft, gled ytterligere ut av synsfeltet da distriktslegeordningen forsvant i 1984.»

Det kan være delte meninger om denne litt nedslående beskrivelsen av samfunnsmedisinens stilling gjelder alle fire lærestedene i landet. Det kom også klart fram da representanter fra de fire instituttene redegjorde for studieplaner, undervisningsmetoder og læringsmål. Vi har nok inntrykk av at Oslo-universitetet har hatt større vansker enn de øvrige universitetene med å holde profilen og entusiasmen for samfunnsmedisinen oppe (3). Men vår tidligere student, Knut Mork Skagen, har også minnet oss i Trondheim om at undervisningen i samfunnsmedisin er «annerledes» og utfordrende (4).

Nettopp ulikhetene mellom universitetenes læreplaner ble så åpenbart synlige i dette møtet, også når det gjelder bruk av lærebøker. Kjell Haug fra vårt søsterinstitutt i Bergen kunne for eksempel fortelle at de var begynt å benytte utvalgte kapitler fra internettutgaven av *The Oxford Textbook of Global Public Health* i sin undervisning, verket på 1.800 sider og som koster 15.000 kroner i årlig i abonnementspris. Men de erkjente at slike utvilsomt gode utenlandske lærebøker har sine begrensninger for bruk alene i Norge, ettersom de må suppleres med nasjonalt stoff om norske samfunnsforhold og norsk folkehelse, norske velferdsordninger, norsk helsevesen og norsk samfunnsmedisinsk praksis.

Ikke mindre utfordrende var det å høre at våre kolleger innen arbeidsmedisin i Bergen nå hadde fått laget sin egen e-lærebok (5), åpent tilgjengelig på nettet. Med den er det mindre problematisk med faglige oppdateringer, men hvis man registrerer den med ISBN-nummer, er det visstnok likevel begrensninger på ajourføringer. Mange spørsmål omkring denne publiseringformen forble ubesvarte.

Heller ikke ble det avklart fra Magne Nylennas side hvordan han kom til å forholde seg til at Gyldendal forlag hadde kontaktet ham med spørsmål om han alene kunne stå for en mer kortfattet lærebok i samfunnsmedisin. Nylenna var medredaktør for den forrige læreboka, den på 654 sider, med fire redaktører og 54 forfattere (1). Enkelte i forsamlingen mente at det av prinsipielle grunner vil være riktig med et flere-forfatterskap, også for en eventuell ny lærebok. På den annen side var det ingen som løftet hånden eller antydte hvem som eventuelt ville påta seg jobben med å dra sammen et så stort forfatter-kollektiv. Heller ikke var det åpenbart at et forlag vil ta risikoen med en såpass stor og kostbar nyttegivelse.

Mange ubesvarte spørsmål om fagets og lærebøkene framtid, altså. Og det var duket for et nytt møte.

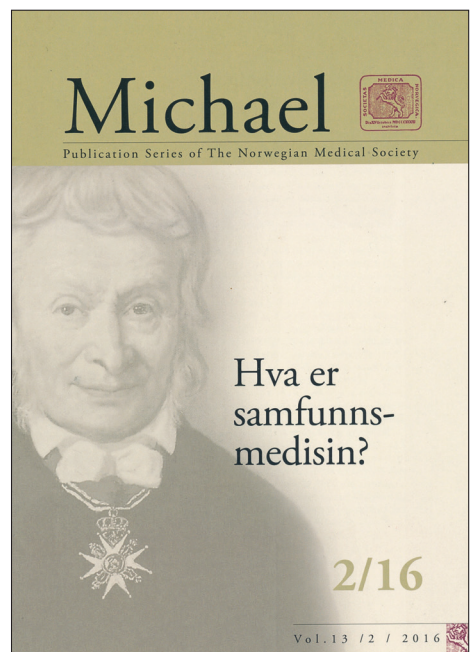
### Kongsvold 2016

Igjen på Steinar Krokstads initiativ – medarbeidere fra alle fire institutter for samfunnsmedisin møttes på Kongsvold 30.–31. mai i år, i gråvær, men som alltid i månedsskiftet mai/juni – nærkontakt med moskusen i lia på motsatt side av dalen. Litt færre tobeinte i tallet denne gangen, men blant de 12 deltakerne var også Norsk forening for samfunnsmedisin (ved Henning Mørland) representert, og fagmiljøet for arbeidsmedisin i Bergen (ved Ole Jacob Møllerløkken), samt tidsskriftet *Utposten* (ved Kristine Asmervik).

Møtet hadde fått et kraftfullt faglig løft like i forkant, med publiseringen av et spesialnummer av tidsskriftet *Michael* med tittelen «Hva er samfunnsmedisin?» (6), med 11 separate artikler om ulike aspekter av faget.

Artikkelsamlingen var inspirert nettopp av forrige års møte om lærebøker, og de diskusjoner vi da hadde i Trondheim om fagets innhold og lange linjer (7).

Figur 1: Faksimile av forsiden på *Michael* nr 2/2016: *Hva er samfunnsmedisin?*



På nytt fikk vi oppdateringer om samfunnsmedisinens stilling ved de fire lærestedene, og dertil en grundig innføring i statusen for spesialistutdanningen ved Henning Mørland. Nyttig å vite at det nå er 550 godkjente spesialister i samfunnsmedisin i Norge. Men gjennomsnittsalderen blant disse er høy. Det har vært en viss økning i antallet godkjenninger de siste årene, men ikke i 2015. Spørsmålet er om en lærebok også skal dekke behovet for fagkunnskap for utdanningskandidater på spesialistnivå, slik de tidligere bredt anlagte lærebøkene i hygiene og samfunnsmedisin har gjort, i det minste på enkelte felt.

Dermed var vi også ved møtets viktige tema, blir det noe av Gyldendals kontakt med Magne Nylenna med tanke på ny lærebok? Og vil faget være tjent med en mer kortfattet lærebok, med bare én forfatter, rettet mer direkte mot medisinstudenter? Nylenna antydde selv at han tenkte seg en paperback på rundt 200–250 sider, med klar norsk profil, et slags kjernepensum for alle leger som skal arbeide i Norge. Vi kjenner hans bok om den norske helsetjenesten fra 2014 på rundt 220 sider (8), omtalt som kjennetegnet av «konsis og mettett kunnskapsformidling» (9). Vi så for oss noe tilsvarende.

Forsamlingen erkjente at det kan være et langt større løft å bestille og bearbeide manuskripter fra et stort antall forfattere, enn å skrive tekstene selv. På den annen side kan viktige sider av faget bli underbetont når det er én enkelt stemme som setter sitt merke på fagprofilen. Flere av samfunnsmedisinens tradisjonelle virksomhetsområder er til en viss grad overtatt av veterinærer og ingeniører, og en svært kortfattet lærebok kan bidra til å befeste en slik avgrenset fagforståelse. Det ble anført at også leger utdannet i Norge må være innforstått med at de under oppdrag eller arbeid i den tredje verden fortsatt vil bli konfrontert med den klassiske hygienens problemstillinger.

Innvendinger til tross, i dagens situasjon er det mye som teller i favør av en kortfattet bok som faktisk blir brukt. Nylenna anførte at behovet for fordypning kan dekkes ved henvisninger til annen faglitteratur. Forsamlingen uttrykte støtte til Nylennas plan for bokskriving, også med tilbud om å stille opp som faglig referansegruppe under arbeidet.

Som en utfordring til disse planene om lærebok i papirformat presenterte Ole Jacob Møllerløkken utvalgte kapitler fra den elektroniske læreboka i arbeidsmedisin (5). Det ble antydde at man kunne tenke seg et samfunnsmedisinsk oppslagsverk av samme modell som Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), et slags NES – Norsk elektronisk samfunnsmedisin. Da spør det om man nærmer seg profilen for Helsedirektoratets «Helserådet». Og ikke minst – hvem er denne «man» som skulle sette et slikt prosjekt i sving?



*Figur 2: Kongsvold 2016, de som møttes for å diskutere behovet for lærebøker i samfunnsmedisin, fra venstre: Siri Høivik Storeng, Magne Nylenna, Kristine Asmervik, Steinar Krokstad, Kjell Haug, Berit Rostad, Karen Walseth Hara, Finn Egil Skjeldestad, Ole Jacob Møllerløkken, Henning Mørland, Steinar Westin, Øivind Larsen. (Foto: Knut Nyhus, Kongsvold)*

Altså, mange spørsmål omkring en slik elektronisk publiseringsform er fortsatt uavklarte.

Synspunkter på lærebokas rammer ledet til en bredere diskusjon om læringsmål for grunnutdanningen i samfunnsmedisin. Det har foreløpig ikke vært noe initiativ for å samkjøre læringsmål mellom de ulike fakultetene, og spriket i studieplaner er stort. Det ble vist til at flere læresteder i Canada har gått sammen om å definere felles læringsmål i samfunnsmedisin, og at man i Sveits har innført nasjonale prøver i faget.

Det ble også ytret bekymring for hvordan vi i Norge skal forholde oss til at halvparten av nyutdannede leger kommer fra utenlandske læresteder. EØS-reglene setter begrensninger for hva som kan kreves for å få norsk autorisasjon som lege. Mange av disse kollegene, for ikke å si alle, vil måtte forholde seg til norsk samfunnsmedisin, ikke minst de som blir kommuneleger. På ett eller annet vis burde man sikre at de behersker et kjernepensum i samfunnsmedisin. Noe slikt kjernepensum er imidlertid ikke beskrevet.

Forsamlingen uttrykte støtte til et arbeid med samkjøring av læringsmål, og ga dermed en utfordring til seg selv: å møtes igjen til neste år, og i forkant

av neste møte jobbe videre både med tanke på bedre samkjøring av læringsmål og undervisningsplaner i samfunnsmedisin mellom de fire universitetene.

Og for riktig å binde oss til masta – her følger Steinar Krokstads egen sammenfatning av møtet vårt på Kongsvold:

«Kjære alle kolleger og instituttledere (kopi)

Vedlagt referat og noen presentasjoner fra Kongsvold. De som møtte er ekte entusiaster for en solid norsk samfunnsmedisin, og ønsker å bidra til bedre undervisning og læremateriell i Norge.

Fra konklusjonene i referatet står det:

- Det oppleves at det er for stor variasjon i læringsmål og ressurser til undervisning mellom universitetene.
- Det er ikke diskutert grundig nok hva læringsmålene bør være. Vi må definere et felles norsk kjernepensum i samfunnsmedisin. Dette må samstemmes med nasjonale prøver for grunnutdanningen.
- Målet er å forberede dette fram til neste møte, og komme så langt som råd med et omforent forslag 29.–30.5.2017.
- 50 % av de nyutdannede legene i Norge har studert i utlandet. Hvilken kunnskap har de om samfunnsmedisin generelt, og norsk samfunnsmedisin spesielt? Hvordan skal vi forholde oss til denne gruppen?
- Alle som er utdannet i utlandet må ha et grunnkurs i norsk samfunnsmedisin.
- Planer om neste møte 29–30.5.2017. Solstrand. Bergen.

Mål med møtet:

Alle ISM-ene stiller med koordinatorene og kjerne-undervisere i samfunnsmedisin. De har med seg oversikt over læringsmål med tanke på harmonisering. Alle spesialistforeningene; Norsk trygdemedisinsk forening, Norsk arbeidsmedisinsk forening, Norsk samfunnsmedisinsk forening stiller med for eksempel to delegater. De bør forberede innlegg om hva grunnutdanningen bør dekke og som spesialiseringen kan spille videre på som innspill til harmonisering av kjernepensum i grunnutdanningen i medisin.

Vi håper instituttlederne støtter opp under disse planene.

Da ønsker jeg alle en riktig god sommer!»

## Litteratur

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M (red). *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
2. Larsen Ø. Ny giv for samfunnsmedisinsk undervisning? *Michael* 2015; 12: 306–10.
3. Westin S. Samfunnsmedisinsk forskning. *Michael* 2016; 13: 157–71.
4. Skagen KM. Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyr! *Michael* 2016; 13: 152–6.



5. E-lærebok i <http://arbeidsmedisin.net/index.php/108-forord/81-forord>
6. Nylenna M, Larsen Ø (red). Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 73-176.
7. Larsen Ø. Samfunnsmedisin – ord og begreper. *Michael* 2016; 13: 86-103
8. Nylenna M. *Helsetjenesten i Norge – et overblikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
9. Næss Ø. Nødvendig og grundig bok om helsetjenesten. *Michael* 2014; 11: 559-61.
10. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 2954-7.

*Steinar Westin*

*steinar.westin@ntnu.no*

*Institutt for samfunnsmedisin*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

*Trondheim*

# Moskus som møteplager

*Michael 2016; 13: 238–9.*

Ved møtet om lærebøker i samfunnsmedisin på Kongsvold Fjellstue 30.–31. mai 2016 (1) var det faktisk en så spektakulær utsikt til flere moskusdyr som beitet på en setervoll i skråningen ovenfor jernbanelinjen tvers over dalen at det virket forstyrrende!

Fra møterommet kunne man ikke unngå å se disse sjeldne dyrene. Flere av møtedeltakerne ble avslørt mens de lot blikket gli ut i naturen istedenfor å rette det mot powerpointskjermen. Naturen ute var stort sett grå, bortsett fra den grønne setervollen. Det var nok forklaringen på at vollen tiltrakk seg de firbente gjestene (figur 1). Det var vanskelig å la være å ta en tur, med stor forsiktighet, for å se litt nærmere på dem (figur 2).

Møteplagere? Kanskje ikke, men i ethvert fall en distraksjon av betydelig styrke!



## Litteratur

1. Westin S. Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 230-7.

*Øivind Larsen*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Figur 1: Moskus rundt husnovene på Dovre. (Foto: Øivind Larsen)*



*Figur 2: Det var noe ved det hvite i øyet på denne kameraten som ikke innbød til nærmere kontakt. (Foto: Øivind Larsen)*

# Det norske medisinske Selskabs virksomhet i driftsåret 2015–2016

*Michael 2016; 13: 240–3.*

## **Det norske medisinske Selskab**

(org. nr. 971480521) gikk i 2016 inn i sitt driftsår nummer 190, dersom man regner fra oppstarten av forløperen, som var det medisinske *Læseselskabet*, stiftet 1826. Året 2016 er imidlertid driftsår nummer 183, hvis man regner fra den formelle stiftelsen i 1833 (1,2). Selskabet er uansett Norges eldste medisinske fagsammenslutning med kontinuerlig drift. De ytre forhold, formål og faglig profil er uendret siden forrige år, og det vises derfor til den detaljerte rapporten vedrørende 2014–2015 (3).

Selskabet hadde pr. mai 2016 ca. 204 betalende medlemmer.

## **Styre og sekretariat 2015–2016**

Styret har bestått av:

Larsen, Øivind (styreleder)

Evensen, Stein A.

Frich, Jan

Heiberg, Arvid

Langmark, Frøydis

Lillestøl, Kristine

Nylenna, Magne

Sekretær: Astrid Nylenna

Forretningsfører: Vekstra, Hadeland Regnskap AS, Gran.

Trykkeriforbindelse: 07media, Oslo

## Økonomi

Selskabets inntekter består i hovedsak av medlemskontingent og abonnement m.v. for tidsskriftet *Michael*, foruten av finansinntekter. Selskabets utgifter er i det vesentlige knyttet til møtevirksomheten og til tidsskriftet *Michael*. Det utbetales ikke styrehonorarer, mens sekretær og forretningsfører godtgjøres etter avtale. Selskabet forvalter *Dr. Alexander Malthes legat til beste for yngre leger* og *Ragnhild og August Gillums legat*, uten at noen har godtgjørelse for dette. Selskabets økonomi i driftsåret har vært tilfredsstillende. Revidert regnskap som ble godkjent av årsmøtet 18. mai 2016, er innsendt til Brønnøysundregistrene, og interesserte kan se det på [www-brreg.no](http://www-brreg.no).

## Medlemsaktiviteter

Onsdag 20. mai 2015 kl. 1915, medlemsmøte og årsmøte: Stein A. Even- sen: *Praktisering av medisin på faraoenes tid*. 32 til stede.

Onsdag 9. september 2015 kl. 1915, medlemsmøte med tema: *Kan kreft- gåten løses?* Trond Eirik Strand: *Lungekreft – fra 50 år med uendrete og elen- dige leveutsikter til det siste 10-året med gunstige fremskritt*. Jarle Breivik: *Hvorfor lar kreftgâten seg aldri løse?* Steinar Tretli: *Hvilken nytte kan befolk- ningen ha av kreftforskning?* 24 til stede.

Onsdag 7. oktober 2015 kl. 1915, medlemsmøte: John-Arne Røttingen og Dag Kvale: *Er Ebola-gâten løst?* 20 til stede.

Onsdag 18. november 2015 kl. 1815, konsert og medlemsmøte: Ludwig van Beethoven: Gassenhauertrio, opus 11, framført av Merethe Roos (cello), Kårstein Måseide (klarinet) og Monica Thomescu-Rohde (klaver). Foredrag om *taushetsplikt* ved Merethe Roos og Aslak Syse. 31 til stede.

Onsdag 16. desember 2015 kl. 1915, julemøte: Øivind Larsen og Magne Nylenna: *Eyr – portrett av et tidsskrift. En analyse av et tidsskrift av sin tid*. Julemiddag. 48 til stede.

Onsdag 13. januar 2016 kl. 1915, medlemsmøte: Per Haave: *Norsk helse- vesen i vekst og endring. Politikk, forvaltning og tjenester gjennom 50 år (1967– 2017) – noen momenter til diskusjon*. 29 til stede.

Onsdag 17. februar 2016 kl. 1915, medlemsmøte: Jørgen Valeur: *Tarm- floraen – kroppens største organ*. Terje Finstad: *Metchnikoffs måltid? Diett og tarmbakterier fra The Nature of Man til Sjarmen med tarmen*. 35 til stede.



*Figur 1: Oppvarming til DnmS-medlemsmøte med konsert i kantinen onsdag 18. november 2015. Ludwig van Beethoven: Gassenhauertrio, opus 11, ble framført av Merethe Roos (cello, på bildet riktignok med Måseides klarinett i hånden), Kårstein Måseide (klarinet) og Monica Thomescu-Rohde (klaver). (Foto: Øivind Larsen)*

Onsdag 9. mars 2016 kl. 1915, medlemsmøte: Kari Gran, Vilde Fastvold Thorbjørnsen og Per Kristian Hilden: *Arbeid, helse og transmigrasjon: de arbeidende fattige som den nye underklassen i Oslo*. 23 til stede.

Onsdag 13. april 2016 kl. 1915, medlemsmøte: Bjørn Hofmann: *Overdiagnostikk – teknikk eller etikk?* 23 til stede.

Onsdag 18. mai 2016 kl. 1915, medlemsmøte med årsmøte: Aina Schiøtz: *Pasienter i vitenskapens tjeneste: fra etikkens historie*. Øystein H. Horgmo: *Speilbilder – et historisk blikk på medisinsk fotografi*. 24 til stede.

## Tidsskriftet *Michael*

utkom i dette driftsåret med fire ordinære utgivelser:

Nr 3-2015 *Før og nå*

Nr 4-2015 *Bredde og dybde*

Nr 1-2016 *Høyere utdanning*

Nr 2-2016 *Hva er samfunnsmedisin?*

Tidsskriftet sendes i papirversjon til medlemmene og abonnentene. Enkelte utgaver går også i større eller mindre antall til andre interesserte grupper. Således ble nr 2-2016 også distribuert i det samfunnsmedisinske miljøet. *Michael* legges ut på nettet, fritt tilgjengelig i fullversjon på [www.dnms.no](http://www.dnms.no), samtidig med at papirutgaven sendes ut. I driftsåret 2015–2016 ble det gitt ut to supplementbøker:

Nylenna M, Larsen Ø: *Eyr* - portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.

Benestad, HB: Et eventyrlig liv. Hans Landstad (1880–1957): Sort får, seilskipsmannskap og sjefskonstruktør. *Michael* 2016; 13: Supplement 18.

## Litteratur

1. Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833–1933*. Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1933.
2. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014), *Michael* 2014; 11: Supplement 15.
3. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab høsten 2014 – våren 2015. *Michael* 2015; 12: 296-305.

*Øivind Larsen*

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

# Utdanning av helseledere gjennom 30 år

*Michael 2016; 13:244–8.*

*Universitetet i Oslo har utdannet helseledere i 30 år. Dette ble markert med et eget jubileumsseminar for masterstudiet i helseadministrasjon 26.8. 2016.*

## **Senter for helseadministrasjon**

Den 26.8. 1986 tok professor Ole Berg (f. 1944) imot det første kull av studenter på det som den gang het kandidatstudiet i helseadministrasjon. Åpningen fant sted kl. 10.15 i Store Auditorium på Rikshospitalet i Oslo, under ledelse av professor Bjarne A. Waaler (1925–2007), formann i senterets interimsstyre. I auditoriet satt det 29 studenter. Blant øvrige deltakere på åpningen var sosialminister Tove Strand Gerhardsen (f. 1946), helse- direktør Torbjørn Mork (1928–1992), rektor Inge Lønning (1938–2013) og Legeforeningens president, Bengt-Lasse Lund (f. 1945).

Den formelle beslutning om å opprette et Senter for helseadministrasjon ble fattet av Det akademiske kollegiums arbeidsutvalg den 20. november 1984, helt på tampen av Bjarne A. Waalers tid som rektor. Professor Berg ledet arbeidet med å etablere senteret og det nye studieprogrammet – han hadde bak seg forskningsopphold ved blant annet Yale University og University of Minnesota, og han brakte hjem modeller og idéer som la et grunnlag for den nye lederutdanningen.

Det nye studiet var det første av sitt slag i Norden. Berg var faktisk studiets eneste lærer også, før det etter hvert kom forsterkninger, blant annet med professor Grete S. Botten (f. 1943) og professor Tor Iversen (f. 1952). Senteret og studiet ble etablert som en følge av at både Universitet i Oslo og Legeforeningen erkjente at det var behov for en formell og akademisk lederutdanning for helsesektoren. Den økonomiske støtten fra Legeforeningen var helt avgjørende i studieprogrammets første ti år.





*Figur 1: Professor Jan C. Frich ønsker velkommen til jubileumsseminar i Harald Schjelderups Hus. (Foto: Øivind Larsen)*

### **Fornytt organisering**

Med kvalitetsreformen i 2003 ble det ettårige kandidatstudiet omdannet til et erfaringsbasert masterprogram i helseadministrasjon. Det var nødvendig å utvide programmet fra to til tre semestre for å oppfylle kravene om et samlet omfang på 90 studiepoeng – kandidatoppgaven ble videreført i form av en masteroppgave.

Den gamle modellen med et intensivt høstsemester, tilpasset den fire måneder lange overlegepermisjonen, med påfølgende kurs og samlinger i vårsemesteret, ble videreført. I underkant av 900 studenter er tatt opp ved studiet siden 1986 og de siste årene har antall uteksaminerte vært like høyt som opptaksrammen på 30 studenter hvert år. Som følge av en trend med synkende søknadstall ble det i 2015 igangsatt et prosjekt for å vurdere studiets fremtidig innretning. På bakgrunn av resultatene fra en survey blant tidligere studenter, intervjuer med aktører i helsevesenet og inntrykk fra en studietur til USA ble det konkludert med at det i fremtiden ville være mest hensiktsmessig å organisere programmet som et samlingsbasert program. Målet var blant annet å gjøre programmet mer attraktivt for grupper som vurderte det som vanskelig å gjennomføre den etablerte programstrukturen. I jubileumsåret ble den nye modellen lansert – ved søknadsfristen 1. mars 2016 meldte det seg 220 søkere til de 30 studieplassene.

### **Vekst og utvikling**

Senter for helseadministrasjon fikk i 2004 status som eget institutt, og ble siden, i 2010, lagt inn under det nyetablerte Institutt for helse og samfunn som en av seks selvstendige avdelinger. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi er i 2016 et flerfaglig medisinsk, samfunnsvitenskapelig og øko-



*Figur 2: Portretter av de to nestorene ved helseadministrasjonsstudiet, professorene Grete S. Botten og Ole Berg, fotografert av Moment Studio, Oslo, ble avduket ved jubileet. (Foto: Øivind Larsen)*

nomisk akademisk miljø med om lag 80 ansatte og tilknyttede, hvor det drives forskning på høyt internasjonalt nivå (1).

Undervisningsporteføljen har også vokst og er utvidet til å omfatte et bachelorprogram i helseledelse og helseøkonomi (2002), et engelsk masterprogram i Health Economics, Policy and Management (2005), faget Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK) i medisinstudiet (2011), og European Master in Health Economics and Management (2013), som gjennomføres i et samarbeid med Universitetet i Bologna, Management Center Innsbruck og Erasmus-universitetet i Rotterdam. Mellom 300 og 400 aktive studenter har tilknytning til avdelingen. Våren 2016 ble kurset Ledelse i primærhelsetjenesten lansert som et studiepoenggivende etter- og videreutdanningstilbud.

Avdelingens alumniorganisasjon *Norsk forum for helseledelse* arrangerer en årlig konferanse som bidrar til å gi tidligere studenter og andre interesserte faglig oppdatering når det gjelder ledelse, helsepolitikk og styring av helsevesenet.

### **Jubileumsseminar**

Det medisinske fakultet var representert på jubileumsseminaret for masterstudiet 26. august 2016 ved studiedekan Kristin Heggen, som gratulerte med ny organisering av programmet og jubileet. Nina K. Vøllestad, instituttleder for Institutt for helse og samfunn, fremhevet innsatsen med å fornye utdanningen og poengterte at studiet fremdeles gir relevant og nødvendig kompetanse for helsesektoren.



*Figur 3: Finske Mats Brommels var seminarets utenlandske gjest. Som professor ved Karolinska Institutet i Stockholm hadde han ledet studier av omstillingen ved en større sykehusfusjon. Hans livfulle fremstilling av hvordan det kan gå ved slike prosesser fikk folk til å spisse ørene – kanskje spesielt de i auditoriet som betrakter tilsvarende, norske sammenslåingsinitiativer med skepsis. (Foto: Øivind Larsen)*

Kjell Røynesdal, avdelingsdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet, var invitert som tidsvitne. Han var student på det aller første kullet og delte sine inntrykk fra åpningsdagen og høsten 1986. Han vektla sosialiseringprosessen, med dialog og utvikling av fellesskap og innsikt på tvers av profesjoner, han fortalte om professor Ole Bergs engasjement og om miljøet i Hudavdelingen på Rikshospitalet, hvor studiet hadde lokaler de første årene.

Mats Brommels, professor og leder for Medical Management Centre og Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME) ved Karolinska Institutet, presenterte nyere forskning om helseledelse, med vekt på rolleoppfatning hos ledere med medisinsk og helsefaglig bakgrunn. Han presenterte også forskning om sykehusfusjoner i Sverige, hvor han understreket betydningen av uformelle ledere og at man som formell leder i slike prosesser har større sjanse for å lykkes dersom man har et mandat fra dem man skal lede.

Kari Sollien, leder i Allmennlegeforeningen, la i sin presentasjon vekt på Legeforeningens samarbeid om masterstudiet og det nye initiativet for

å styrke ledelseskompetansen i primærhelsetjenesten. Sollien la vekt på at det er ledelsesutfordringer i primærhelsetjenesten som må tas på alvor, og at det samtidig må skapes rammer for at profesjonsutøvere kan utøve ledelse.

Anders Mohn Frafjord, administrerende direktør ved Diakonhjemmet sykehus, snakket om betydningen av verdier og felles oppslutning om disse for å kunne lede moderne sykehus hvor pasienten står i sentrum. Han poengterte at i enkelte sammenhenger virker finansieringsmodellene hemmende på tjenesteinnovasjon. Frafjord reflekterte rundt risiko- og sårbarhetsanalyser og understreket at slike analyser i større grad bør brukes proaktivt, som et utgangspunkt for å handle.

Lisbeth Sommervoll, nytilsatt viseadministrerende direktør ved Oslo universitetssykehus, fortalte om sine erfaringer fra Akershus universitetssykehus. Hun viste hvordan sykehuset gjennom systematisk arbeid for å redusere liggetiden hadde oppnådd bedre kapasitet. Under hennes ledelse oppnådde organisasjonen en markant reduksjon i antall overnattinger i korridor. Sommervoll understreket at bedring av kvaliteten og pasientsikkerheten i neste runde virket positivt inn på arbeidsmiljøet, og at unnfallenhet blant ledere kunne gi innebære en sikkerhetsrisiko også for personalet. Alle organisasjoner består av mennesker, og siden ledelse virker gjennom påvirkning av andre, må ledere interessere seg for relasjoner i tillegg til tall. Sommervoll avsluttet med å understreke betydningen av å dyrke frem indre motivasjon og tillit.

Jubileumsseminaret ga en anledning til å skue bakover i tid, men også mulighet for å rette blikket mot fremtidens utfordringer og oppgaver. Seminaret ble avsluttet med en avduking av portrettet fotografier av professor Ole Berg og professor Grete S. Botten, som henholdsvis er emeritus og emerita ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Berg og Botten har mye av æren for at Universitetet i Oslo gjennom de siste 30 år har kunnet bidra til å styrke helsesektoren ved å utdanne helseledere gjennom masterstudiet i helseadministrasjon.

## Litteratur

1. Botten GS, Frich JC, Hagen TP, Iversen T, Nordby H, red. *Helsetjenestens nye logikk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.

*Jan C. Frich*

*Professor og avdelingsleder*

*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn*

*Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo*

*jan.frich@medisin.uio.no*

# *Michael*

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at [www.michaeljournal.no](http://www.michaeljournal.no).
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

## Editors:

Professor Øivind Larsen  
Professor Magne Nylenna  
Professor Erlend Hem  
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

## Editorial board:

Professor Stein A. Evensen  
Professor Jan Frich  
Professor Christoph Gradmann  
Professor Arvid Heiberg  
Director Frøydis Langmark  
Dr. Kristine Lillestøl

## Postal address:

Tidsskriftet *Michael*  
P.O. Box 1152 Sentrum  
NO-0107 Oslo  
Norway  
[michael@dnms.no](mailto:michael@dnms.no)

Annual subscription rate  
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

*www.dnms.no*

ISSN 1893-9651



9 771893 965004