

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Noe å lære av

2/17



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.

Læremidler og læring i medisinen

Michael 2017; 14: 83–5.

Spørsmål knyttet til medisinsk utdanning og pedagogikk står høyt på dagsordenen. Samtlige norske medisinske studiesteder gjennomfører eller planlegger endringer i studieplanene (1, 2). Også legers spesialistutdanning vil i årene som kommer gjennomgå større omlegginger, etter et omfattende utredningsarbeid i regi av Helsedirektoratet. Viktige drivkrefter for utviklingen innen medisinsk utdanning er behovet for innholdsmessige endringer, ny teknologi og nye pedagogisk ideer og kunnskap. Dypest sett handler det om hvordan man best mulig legger til rette for læring i medisinen, og sikrer at legers kompetanse er i tråd med helsevesenets behov (1, 3). Artiklene til Magne Nylenna og Stein A. Evensen i denne utgaven av Michael belyser aktuelle problemstillinger knyttet til medisinsk utdanning, læremidler og læring (4, 5).

Nylenna gir en god beskrivelse og analyse av lærebokens betydning og status i et historisk perspektiv (4). Tilfanget av «fragmenterte informasjonskilder» er økende, skriver han, og mener den medisinske læreboken bidrar til å etablere en systematikk og orden som gir grunnlag for en dypere læring. Nylenna mener gode lærebøker avgrenser og strukturerer et fagfelt, stimulerer til læring og formidler en type kunnskap som er nødvendig for å nyttiggjøre seg andre kunnskapskilder.

Lærebøker har nok en annen status i dag enn for noen tiår siden. Kunnskapen er i stadig endring, og kravet om kunnskapsbasert praksis bidrar også til en sunn skepsis mot «gamle» sannheter og «gamle» bøker. Lærebøker er blitt ferskvare på en annen måte enn tidligere. I tillegg har integrerte medisinske studieprogram gjort det nødvendig for studentene å forholde seg til mange ulike bøker parallelt.

Ordet *bok* stammer fra treet *bøk*, fra den tiden hvor man skrev på plater av treverk. Boken som begrep har endret betydning gjennom historien og

vil fortsette å endre betydning. Vi vil fortsatt ha systematiske sammenstillinger av informasjon og kunnskap, men boken som medium vil anta nye former. Digitaliseringen har grepet om seg i samfunnet. Enn så lenge representerer slike nye læremidler og e-læringsressurser et supplement til den tradisjonelle læreboken. Ved universitetene har vi nok bare sett begynnelsen på digitaliseringen. Jeg tror lærebokens funksjon som et middel til å etablere orden og systematikk i fagene fortsatt vil være viktig, men jeg tror digitale medier i fremtiden vil få økt betydning.

Studiene vil i fremtiden i større grad skje ved bruk av læringsplattformer. Her vil studentene kunne trekke veksler på oppdaterte eksterne kunnskapskilder, interaktive elementer, formative tester, simuleringsmuligheter og e-læringsressurser med visuelle elementer og filmer. Læringsplattformene vil legge til rette for dialog med andre studenter og kommunikasjon med lærerne. I dag fremstår kunnskapskildene, slik Nylenna peker på, som fragmenterte, men i fremtiden vil ulike kilder og læremidler inngå i integrerte helheter. Slike løsninger gjør det mulig for studenter i større grad å legge opp læring i tråd med egne forutsetninger og egen kompetanse. Den pedagogiske utvikling går i retning av en tilnærming til undervisning som er kalt «flipped classroom» (6). Når man er samlet på lærestedet bruker man i stedet tid på alt det man ikke kan lære seg like effektivt alene, slik som oppgaveløsning, gruppearbeid, anvendelse av kunnskap, diskusjon og refleksjon.

Stein A. Evensen har skrevet en biografisk artikkel om indremedisinen Søren Bloch Laache (1854–1941) (5). Laache var kjent for å ha kjempet en innbitt kamp mot «detaljistene» som ivret for grenspesialisering av det indremedisinske faget. Dette var en kamp Laache tapte. Evensen får frem andre og viktige sider av Laaches virke som lege og professor, og særlig hans betydning som rollemodell og underviser for 30 kull av medisinstudenter i Oslo. Laache var åpenbart en person med stort engasjement for medisinsk utdanning, og som gjennom sitt nærvær og sin tilstedeværelse bidro til å skape et godt og inspirerende læringsmiljø. Et godt læringsmiljø må dyrkes frem og handler om fysiske, sosiale, faglige og pedagogiske forhold. Gode læringsmiljøer preges av sosial og faglig tilhørighet og kontakt mellom lærere og studenter. Læringsmiljøet er viktig for å motivere unge mennesker til søke kunnskap og innsikt, i tillegg til bøker og læringsplattformer.

Peter F. Hjort (1924–2011) skrev en artikkel om studieplaner og lærere i 1980 etter at det første kullet hadde gjennomført den nystartede studieplanen ved Universitet i Tromsø (7). Hjort pekte på betydningen av lærere av Søren Bloch Laaches støpning: «Det avgjørende er at unge mennesker oppdras i et miljø som er preget av optimisme, engasjement, entusiasme,

innsatsvilje og selv tillit.» Hvis studentene finner gode rollemodeller blant lærerne, vil resten gå av seg selv, skrev Hjort.

Evensens artikkel minner oss dessuten om at mye av læringen i medisinen skjer – og må skje – ved sykesengen – i klinikken. Ingen lærebok, læringsplattform eller simuleringsøvelse kan erstatte utviklingen av ferdigheter i møte med pasienter. Medisinen er både et teoretisk og praktisk fag, og læringen må blant annet omfatte oppøving av sanser, trening av kliniske undersøkelsesmetoder, evne til å kommunisere med pasienter, pårørende, kolleger og andre. Det er og må være mange veier til læring i medisinen.

Wiliam Osler (1849-1919) skrev i 1901 en artikkel i *JAMA* som omhandlet ulike medisinsk undervisningsmetoder. Osler var selvsagt opptatt av bøkene, men understreket samtidig følgende: «I am firmly convinced that the best book in medicine is the book of Nature, as writ large in the bodies of men. You remember the answer of the immortal Hunter, when asked what books the student should read in anatomy—he opened the door of the dissecting-room and pointed to the tables» (8).

Litteratur

1. Frich JC. Medisinsk grunnutdanning – hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav? *Uniped* 2016; 39: 304–15.
2. Frich JC, Middelthon IM, Os I. Revisjonen av medisinstudiet i Oslo – «Oslo 2014». *Michael* 2016; 13: 50–60.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
4. Nylenna M. Er den tradisjonelle læreboken avleggs? *Michael* 2017; 14: 86–104.
5. Evensen SA. Søren Bloch Laache (1856–1941) – indremedisinsk professor, polyhistor og stabeis. *Michael* 2017; 14: 117–28.
6. Prober CG, Heath C. Lecture halls without lectures — a proposal for medical education. *N Engl J Med* 2012; 366: 1657–9.
7. Hjort PF. Ideologi og intensjoner – et tilbakeblikk. *Nord Med* 1980; 95: 222–4.
8. Osler W. The natural method of teaching the subject of medicine. *JAMA* 1901; XXXVI(24): 1673–9.

Jan C. Frich
professor
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
jan.frich@medisin.uio.no

Er den tradisjonelle læreboken avleggs?

Michael 2017; 14: 86–104.

Til tross for spådommer om det motsatte, har læreboken vist seg overraskende levedyktig i all undervisning. Det gjelder også høyere utdanning, inkludert medisinstudiet. På grunn av nasjonale særtrekk er det på noen medisinske fagområder dessuten behov for norske lærebøker. Digital informasjonsteknologi har endret lese- og læringsmønsteret, men såkalt e-læring oppfattes fortsatt som et supplement til tradisjonelle forelesninger og lærebøker.

Gode lærebøker avgrenser og strukturerer et fagfelt, stimulerer til læring og formidler en type kunnskap som er nødvendig for å nyttiggjøre seg oppslagsverk og mer fragmenterte informasjonskilder. Også lærebøker kan være elektronisk tilgjengelige, men det er ikke dokumentert at digitale medier gir bedre læringsutbytte enn papirbaserte bøker.

Ny informasjonsteknologi, internasjonalisering og økende individualisering har ikke bare betydning for pasientbehandling og forskning i helsetjenesten. Også utdanningen av helsepersonell påvirkes av utviklingen. Medisinutdanningen revideres med ulike mellomrom, og hver gang diskuteres betydningen av lærebøker. Er det i det hele tatt behov for lærebøker i undervisningen av framtidens leger?

Boken

«Boken behøver man ikke bekymre seg over. Den vil overleve», skrev Jon Bing (1944–2014) i 1984 som et svar på «...spørsmål ved bokens fremtid etter hvert som datamaskinbaserte systemer overtar» (1). Bing sammenliknet den gryende digitaliseringen med milepæler i bokhistorien som Johann Gutenbergs (ca 1400–1468) trykkerikunst på 1400-tallet, og introduksjonen av rotasjonspresser på 1800-tallet. Formen for bøker har endret seg mange ganger, påpekte han, men han minnet om at «boken er først og

fremst en tekst», og «...det er ingen ting som tyder på at edb-systemene vil gjøre tekster mindre viktige. Tvert imot – tekster blir viktigere enn noen gang» (1).

Senere har bokformer og bokproduksjon fortsatt å endre seg. *Wikipedia* definerer riktignok fortsatt bok som «en sammenbinding av flere blad av papir, pergament eller annet egnet materiale» (2), men det finnes både elektroniske bøker (e-bøker) og lydbøker. For de fleste er det nok et organisert og avgrenset innhold i form av tekst og bilder som utgjør en bok. Dette innholdet formidler et budskap, og er utarbeidet med en eller annen hensikt som å informere, opplyse, engasjere eller berøre leseren. En bok er ikke avhengig av supplerende ressurser, eller som det er sagt: «du skal kunne ta den med deg til en øde øye uten noe mer i tillegg».

Internettrevolusjonen omkring siste århundreskiftet endret folks medievaner dramatisk, og har hatt store konsekvenser både for bokutgivelser og bokdistribusjon, sannsynligvis også for selve bokbegrepet. Men Jon Bings spådom står ved lag. Boken overlever.

Også i dagens gjennomdigitaliserte samfunn samles informasjon i bokform. Har man et viktig budskap, skriver man en bok. Selv profilerte bloggere og personer som ellers stort sett kommuniserer via sosial medier, utgir bøker. Profilerte idrettsutøvere, politikere og andre skriver selvbiografier. Bøker selger, bøker skaper debatt og boklanseringer gir oppmerksomhet.

Bokens posisjon i Norge

Boken har altså fortsatt en sterk posisjon i vårt land og i vår kultur. Riktignok har bokmarkedet mer eller mindre stagnert, men sammenlignet med andre medier, holder bøkene stand. Mens andelen av den norske befolkningen som leser minst én papiravis en gjennomsnittsdag, er halvert de siste 25 årene, og også TV-titting og radiolytting synker, er boklesingen stabil. Andelen av befolkningen (9–79 år) som har lest i en bok en gjennomsnittsdag var 24 % i 1991 og 23 % i 2015. Også tiden som brukes på bøker en gjennomsnittsdag, er stort sett uendret gjennom denne perioden (3).

Bransjestatistikk viser at det ble utgitt omtrent 4 600 nye boktitler her i landet i 2015, når e-bøker, lydbøker og billigutgaver unntas. Det er 5 % økning fra 2014 (4). 90 % av den norske befolkningen over 15 år leste minst en bok i 2016. 80 % av befolkningen kjøpte minst en bok i 2016, og 36 % lånte bøker. 40 % av befolkningen leser mer enn ti bøker i året (5).

Den digitale utviklingen påvirker selvsagt bokmarkedet. Kombinert med økende utdanningsnivå og internasjonalisering endrer det både lese- og handelsmønster. Mens bokforlagene klarer seg bra, er det først og fremst de

tradisjonelle bokhandlerne som lider. Dette er mest dramatisk i USA der Amazon.com dominerer boksalg og store, tradisjonsrike bokhandlernetjenester bukkes under. 31 % av den norske befolkningen kjøpte minst én bok på nettet i 2016 (5).

Det har vært mye diskusjon om utgivelse og distribusjon av e-bøker her i landet. Omtrent en tredel av alle nye boktitler i allmennmarkedet utgis nå som e-bok, og nesten 60 % av de skjønnlitterære bøkene. 12 % av den norske befolkningen kjøpte minst én e-bok i 2016, og 15 % leste minst én e-bok (5). E-bøker utgjør likevel fortsatt en liten del av boksalg.

Uansett formidlings- og distribueringsmåte framstilles bøker nå ved hjelp av digitale hjelpemidler. I dag kan boken nærmest betraktes som et medie-uavhengig produkt (6). Samme innhold kan gjøres tilgjengelig på ulike plattformer og kan ofte leses både på skjerm og papir.

Sakprosa

Bøker kan klassifiseres på mange måter, f.eks. etter presentasjonsform; som papirbok, e-bok eller lydbok. Mer fundamental er inndelingen basert på innhold. I hovedsak finnes det to typer litteratur; skjønnlitteratur (romaner, noveller, dikt etc.) og sakprosa som er en fellesbetegnelse på det som er betegnet som «direkte ytringer om virkeligheten» (7). Ottar Grepstad har utarbeidet en sjangerkatalog for sakprosa (8). Her inngår blant annet kategorier som biografier, oppslagsbøker, historiske framstillinger, vitenskapsprosa – og lærebøker.

Forskningsprosjektet *Norsk Sakprosa* på 1990-tallet økte bevisstheten om denne mangfoldige litteraturen. Det omfattende og innholdsrike tobindsverket *Norsk litteraturhistorie. Sakprosa fra 1750 til 1995* er kronologisk oppbygget (9). Mellom de mange beskrivelsene av prekansamlinger, reiseberetninger, kunsthistorie, politisk litteratur og mye annet gjennom nesten 250 år gjenfinnes lærebøker og såkalt pensumlitteratur i mange former. «Forordning om Skolerne paa Landet i Norge» i 1739 medførte skoleplikt for alle barn og skapte et behov for leseopplæringsmaterie (10). Nordahl Rolfsens lesebøker fra 1890-tallet, som supplerte tekstene med illustrasjoner, ble formgivende gjennom flere mannsaldre (11).

Lærebøker

En eller annen form for lærebøker har antakelig eksistert så lenge det har vært gitt undervisning, helt tilbake til steintavlenes og papyrusens tid. Aristoteles' (384–322 f.Kr.) skrifter betegnes *Organon*, hjelpemiddel, og hans tekster om statskunnskap, *Politika*, kan trygt kalles en lærebok (12). Med boktrykkerkunsten kom muligheten for å mangfoldiggjøre tekster på en ny

måte. Mange av Martin Luthers (1483–1546) prekener ble samlet og utgitt i bokform og «...i århundrer orienterte protestantiske prester seg etter dem og brukte dem som lærebok» (13).

Her til lands har rimeligvis lærebøker for grunnskolen fått mest oppmerksomhet. Det meste som finnes av utredninger og forskning på lærebøker, handler om grunnskole og videregående skole. Disse bøkene preger og former hele generasjoner. Med folkeskolelovene av 1889 ble det innført en statlig godkjenningsordning for lærebøker som varte i 110 år. De første godkjenningskravene gjaldt bare kristendomsbøker, men fra 1908 ble kravet utvidet til å gjelde alle lærebøker i folkeskolen (14). Slik ble den statlige styring av skolens innhold sikret, selv om skolen fikk et utstrakt kommunalt selvstyre (15). Da godkjenningsordningen ble opphevet i 2000, ble det argumentert med at ordningen var blitt overflødig for å sikre at målene i læreplanen for skolen ble nådd. «Det skulle være skolens og lærerens ansvar å legge opp undervisningen uavhengig av lærebøkene i de enkelte fagene.» (15). Nå skal forlag, forfattere og fagmiljøer sørge for kvalitetskontrollen.

Hva er en lærebok?

Som selve betegnelsen indikerer, er lærebøker først og fremst bøker beregnet på læring. De skal formidle kunnskap på en måte som etterlater seg resultater hos leseren, fortrinnsvis økt innsikt. Bøkene skal være til å lære av, og formen skal stimulere til læring. At tilsvarende bøker på engelsk ikke bare kalles schoolbooks og study books, men gjerne også textbooks, særlig i høyere utdanning, avspeiler betydningen av innholdet. Tekst inkluderer i denne forbindelse illustrasjoner, og etter hvert også annet materiale.

I praksis blir det lett en sirkeldefinisjon av lærebokbegrepet. Bøker som brukes til læring, kalles gjerne lærebøker uansett innhold og form. Felles trekket er at de brukes som hjelpemiddel i undervisning. De inngår i gruppen læremidler.

Lærebøker tjener flere oppgaver. De ikke bare formidler, men også organiserer og systematiserer kunnskap. Lærebøker avgrenser fagfelt, og definerer gjerne pensum og læringsmål for en bestemt utdanning.

Lærebok eller fagbok?

Forleggerforeningens statistikk opererer med to atskilte kategorier betegnet som henholdsvis *lærebøker for høyere utdanning* og *fagbøker for profesjonsmarkedet*. Selv om forskjellen kan være uklar, og til dels usynlig, for leserne, har klassifiseringen stor betydning for forlag og forfattere. Det er hvert enkelt forlag som avgjør om en bok skal betegnes som lærebok eller fagbok. Dersom et forlag skal kunne søke *Læremiddelutvalget for høyere utdanning*

om produksjonsstøtte, må boken defineres som lærebok, og den må være inkludert i en liste over pensumlitteratur eller anbefalt lesning i en bestemt utdanning.

På den annen side er det bare fagbøker, utgitt på et godkjent forlag og definert som vitenskapelig antologi eller monografi, som kan gi publiseringspoeng i universitetenes og høyskolenes rapporteringssystem, *Cristin*. Det gir langt fra alle fagbøker heller, men den prinsipielle forskjellen er at lærebøker ikke kan gi slik uttelling. Denne forskjellen kan både få økonomiske konsekvenser for forfatterens arbeidssted, og meritteringskonsekvenser for forfatterne selv.

Lærebøker må ha en klarere målgruppe enn fagbøker. Målgruppen for en bestemt lærebok er vanligvis avgrenset til skoleelever på bestemte trinn, eller studenter i bestemte fag. I grunnskolen og i videregående skole knyttes lærebøkene tett opp mot nasjonale styringsdokumenter, læreplaner, som bestemmer elevenes kompetansemål. Slike læreplaner er det få av i høyere utdanning. Tilknytningen mellom læringsmål og lærebøker blir derfor svakere.

Hva er en god lærebok?

«Alle som snakker om undervisning, sier det samme: Læreren er viktigst. Samtidig vil få benekte at lærerens viktigste følgesvenn er boken». Det skriver Egil Børre Johnsen og medforfattere i *Jakten på den gode lærebok* (16). Alle lærebøker blir til i en sammenheng, en kontekst, skriver de. Evnen til å tilpasse seg denne sammenheng, å oppfylle forventningene, er nødvendig for å lykkes. Denne veiledningen for lærebokforfattere prøver seg på en «ideell definisjon av den effektive lærebok», nemlig: «Maksimalt effektiv blir en bok dersom stoffet mellom de to permene er tilrettelagt slik at de fleste elevene, innenfor den tid som står til rådighet, leser i boken og tilegner seg de kunnskaper og de ferdigheter som læreplanen forutsetter, og som prøver og eksamen på visse trinn måler» (16). Dette lyder egentlig både teoretisk, kjedelig og litt gammelmødig. Effektivitet er kanskje ikke det beste suksesskriteriet, og i hvert fall ikke det eneste?

At en god lærebok må være faglig etterrettelig, bygge på gyldig kunnskap og være velskrevet, er åpenbart. Egne samtaler med brukere, forfattere, forskere og forleggere av lærebøker etterlater seg et ganske samstemmig inntrykk av hva som ellers karakteriserer en god lærebok:

- Den skaper en helhet, og den henger godt sammen
- Den har en logisk oppbygning
- Den er et godt undervisningsmiddel og stimulerer til læring
- Den strukturerer læringsarbeidet både for lærere og de som skal lære
- Innholdet har en gjennomtenkt progresjon

- Den ikke bare doserer, men utfordrer leseren og skaper en form for dialog
- Den inneholder eksempler og fortellinger som viktige pedagogiske virkemidler.

Læremiddelsystemer

Fram til det kom en ny mønsterplan for grunnskolen i 1974, formidlet lærebøkene der et definert pensum for hvert undervisningsfag. Etter dette ble det mer åpning for individualisering av undervisningen. Det ble flere komponenter i læremateriellet, som arbeidsbøker og emnehefter. Begrepet *læremiddelsystem* brukes om summen av alle læremidler som gradvis kom til på slutten av 1900-tallet. I dette inngår også lærerveiledninger og etter hvert audiovisuelt materiale. Lærebøkene ble ikke lenger enerådende, men beholdt sin posisjon som sentrale kunnskapskilder. Men «Læreboken har vært den viktigste bærer av det faglige og pedagogiske opplegget i undervisningen», skriver Ola Haugen i en analyse av utviklingen (17).

Med internett kom nye muligheter for mangfold og interaksjon i læremiddelsystemene. Alle de store forlagene har i dag egne læreverk for grunnskolen. Et eksempel på dette er Gyldendals *Salaby*, en nettbasert læringsplattform for hele barnetrinnet som inneholder en lang rekke arbeidsoppgaver og aktiviteter, gjerne knyttet til dagsaktuelle begivenheter.

Et annet eksempel er *Nasjonal digital læringsarena* (NDLA) som ble etablert i 2007, og er offentlig finansiert. NDLA er et samarbeidsorgan mellom fylkeskommuner som fra 2007 har utviklet åpne digitale læringsressurser for videregående skole. På nettstedet *ndla.no* finnes i tillegg til mer tradisjonelt lærebokinnhold (som kalles fagstoff), blant annet filmer, musikk, animasjoner, årsplan og eksamenstips. Det er lagt opp til interaktivitet med øvingsoppgaver og quiz, og nettstedet har lenker til sosiale medier.

«Det er hevet over tvil at læreboka fremdeles står sterkt i skolen, trass i at det å komme bort fra den lærebokstyrte undervisningen var en intensjon bak reformene på 1990-tallet». Slik oppsummeres et omfattende prosjekt som evaluerte bruk av læremidler i grunnskolen og videregående skole i 2002–2003 (18).

Formen på lærebøkene varierer nok mer enn før, men de utgjør fortsatt selve kunnskapsnavet og den mer statiske delen av læremiddelsystemene. Endatil den papirbaserte læreboken har vist seg livskraftig, selv om den av enkelte ble avskrevet som historisk for flere tiår siden.

En engelsk, selvransakende gjennomgang av læringsmaterieell fra en rekke land konkluderte nylig med at gode lærebøker fortsatt er helt nødvendig for god læring i skolen: «High quality textbooks are not antithetical to high

quality pedagogy – they are supportive of sensitive and effective approaches to high attainment, high equity and high enjoyment of learning» (19).

Lærebokproduksjonen i Norge avspeiler denne betydningen. I 2015 ble det utgitt 292 nye læreboktitler for grunnskolen her i landet, og 87 nye titler for videregående skole. Dette bringer det totale antall tilgjengelige titler/utgaver for grunnskolen over 5 000, og for videregående skole over 2 000. Antall nye læreboktitler for høyere utdanning økte med 36 % fra 2014 til 2015. 442 nye titler/utgaver ble registrert i 2015 og totalantallet kom opp i 5 622 (20).

Læreboken som identitetsskaper

I mange studier, spesielt i profesjonsutdanningene, har lærebøkene ikke bare en kunnskapsformidlende, men også en sosialiserende og identitetsskapende funksjon. Gjennom lærebøkene får studentene en beskrivelse av framtidig jobbinnhold, og hva som vil forventes av dem både av kunnskap, ferdigheter og holdninger. Ikke minst møter de en fagterminologi eller et fagspråk. Dette defineres som en «språkform som er knyttet til et fag eller en spesialitet (i vid forstand) og er i bruk blant utøvere av faget» (21). Et fagspråk inneholder spesifikke fagtermer, et ordforråd som ikke finnes i allmennspråket, men det inneholder også gjerne en sjargong som er med på å forme selve faget. Lærebøkernes rolle i denne forbindelse er omstridt.

Særlig har lærebøkene i sykepleie blitt kritisert for å bruke fagspråk på en uhensiktsmessig måte. «En kikk på førsteklassepensum for sykepleie gir et gløtt inn i en så jålete og kvasiakademisk fagdisiplin at forfatterne umulig kan skjønne hva de egentlig skriver», skrev litteraturkritiker og sykepleiestudent Cathrine Krøger i en av sine kritiske artikler i *Prosa* (22). «Uten et språk vil sykepleie være usynlig i helsevesenet, og sykepleiens verdi og viktighet vil ikke bli anerkjent eller belønnet, fastslo Internasjonalt råd for sykepleie, ICN, i 1994. De fanget med det essensen av hva sykepleiefaget sliter med. Det å få anerkjennelse på lik linje med andre fagdisipliner.» (22).

Selv om den profesjons- og identitetsskapende funksjonen til lærebøker er legitim, kan den overdrives.

Læreboken som inntektskilde

Mens lærebøker for grunnskole og videregående skole kan selges i store opplag og være en god inntektskilde både for forlag og forfattere, gjelder det få norske lærebøker for høyere utdanning. I noen av fagene med mange studenter, som lærer- og sykepleieutdanningen, kan forholdene være omtrent som i skolen, men for de fleste lærebokforfattere i universiteter og høyskoler

er markedet begrenset. Likefullt, eller kanskje nettopp derfor, er mulige interessekonflikter knyttet til bruken av lærebøker et aktuelt tema.

I *Æskulap*, medisinstudentenes tidsskrift i Oslo, var dette debatttema i 2009. Den daværende redaktøren kritiserte lærebokanbefalingene fra forelesere som selv var lærebokforfattere, og mistenkte økonomiske motiver (23). Lærebokforfatterne svarte at «det å skrive en lærebok på norsk er altruistisk aktivitet» (24). Studiedekanen ved Det medisinske fakultet viste til at en liten andel av de anbefalte lærebøkene var skrevet av fakultetets egne lærere. Hun tilla at «mange studenter foretrekker å lese lærebøker på norsk, så der hvor det eksisterer norske lærebøker, er det vel rimelig å ha dem med på boklisten, selv om kritiske blikk sikkert kan finne noe å utsette på dem» (25).

Mange forelesere er også lærebokforfattere, og det er ikke unaturlig at de bruker og henviser til sine egne bøker. Habilitetsproblemer kan imidlertid oppstå når anbefalinger av egne lærebøker kan medføre et direkte økonomisk gode for lærerne selv. Det er blitt mer åpenhet om dette, og ved flere utdanningsinstitusjoner er dette nå regulert. Ofte blir en ekstern sakkyndig vurdering av en bok innhentet, og ved flere institusjoner finnes det egne undervisningsutvalg eller liknende som godkjenner lister over pensumlitteratur og anbefalt lesning.

Digital teknologi

Ny teknologi har naturlig nok endret læringsmetodene både i skolen og i høyere utdanning. Såkalte adaptive læringssystemer fantes riktignok lenge før digitaliseringen, men de er blitt mer utbredte og kompliserte. Dette er individuelt tilpassede systemer for læring som bygger på generelle modeller og erfaring fra den enkelte student og andre studenter. Med digital teknologi er det utviklet systemer som velger læringsressurser ved bruk av avanserte algoritmer. Avhengig av hvordan eleven eller studenten løser en oppgave, ledes han eller hun videre i systemet på en måte som er basert på den enkeltes mestring og behov. Mulighetene for interaktivitet er dessuten blitt store. Og først og fremst åpner internett tilgang til informasjon og multimediekilder fra bokstavelig talt hele verden.

Datastøttet læring er på vei inn i skolen, men har ennå ikke funnet sin form. Prosjektet ARK&APP, som er finansiert av Utdanningsdirektoratet, er hovedsakelig utført ved Universitetet i Oslo. Bruk av ulike læremidler i undervisningen i samfunnsfag, engelsk, naturfag og matematikk i grunnskole og videregående opplæring ble undersøkt i 2014–2015. Dataspill ser ut til å skape entusiasme og engasjement, men har uklar læringseffekt. Bruk av multiple kilder gir mange muligheter, men kompleksiteten i læringsmate-

rialet er krevende med behov for mye lærerveiledning. Andre læremidler brukes oftest som tillegg til læreboka. Undersøkelsen viser nemlig at den papirbaserte læreboka var det læremidlet som flest lærere oppgav å ha brukt i sist time, og lærerne «oppfatter at den papirbaserte læreboka har en struktur som sikrer progresjon i arbeidet med faget» (26).

Heller ikke i høyere utdanning er det lett å vise noen sikker økt lærings-effekt av digitale læremidler. En metaanalyse fra 2008, som inkluderte 201 studier, fant ingen forskjell i læringsutbytte for helsepersonell mellom inter-nettbaserte og ikke-internetbaserte undervisningsmetoder (27). En systematisk oversikt over forskning på effekten av e-læring for sykepleiere ble publisert i 2014. I alt 11 randomiserte, kontrollerte studier der e-læring var sammenliknet med tradisjonelle undervisningsmetoder, ble inkludert. Konklusjonen var at det ikke var noen sikker forskjell i studentenes eller sykepleiernes kunnskap, ferdigheter eller tilfredshet knyttet til læringsformen (28).

Skjerm versus papir

Digitale medier har mulighet for hypertekst som kan lenke leseren videre til andre kilder, dynamiske presentasjoner (filmer, animasjoner etc.) og interaktivitet som papirbøker mangler. Nettbrett og smarttelefoner har mange fortrinn, og vi vet at de brukes mye av medisinstudenter. En tysk undersøkelse viste f.eks. stor dominans av det vi kan kalle «skjermressurser», sammenliknet med papir i farmakologiterminen (29). Men hva som er det mest hensiktsmessige mediet for lesning, diskuteres stadig, særlig når målet med lesningen er å lære. Sammen med alle funksjonene nettmedier har, følger også faren for distraksjon i form av pop ups, lesing av epost og samtidig bruk av sosiale medier for andre formål. Den ulike funksjonaliteten gjør direkte sammenlikninger mellom skjerm og papir vanskelig. Nøkkel-spørsmålet i denne forbindelse er om samme lærebok, uten hyperkoblinger og bruk av nettressurser leses best på skjerm eller papir

En egen undersøkelse blant norske allmennleger i år 2000 viste at evnen til å oppfatte og gjengi innhold i en medisinsk fagtekst ikke var forskjellig om presentasjonen skjedde på skjerm eller papir. Publiseringsspråket var imidlertid viktig. Norsk tekst ble husket bedre enn engelsk (30).

Mange studier viser at studenter fortsatt foretrekker å lese på papir (31,32). En australsk oversikt fra 2016 gjennomgår 46 artikler om lesing på skjerm og papir. De fleste studiene det refereres til, finner ingen sikker forskjell i læringsutbyttet. For såkalt «dyplesning» og lesning av lange, kompliserte tekster som krever sterk konsentrasjon, ser papir ut til å gi best utbytte (33).

Medisinske lærebøker

Målet med høyere utdanning er annerledes enn for grunnskolen. I tillegg til å beskrive og kombinere kunnskap skal man lære å analysere, drøfte og sammenlikne. I et akademisk studium er målet også å lære metoder for å utfordre eksisterende kunnskap og generere nye hypoteser. I profesjonsstudier handler det dessuten om å forberede til praktisk yrkesutøvelse. Medisinstudiet skal utdanne leger.

Læremiddelutviklingen

Et lite land og et lite språkområde, som Norge, vil alltid være avhengig av fremmedspråklig faglitteratur. Det aller meste av forskning og fagutvikling skjer utenfor Norges grenser, og etter den andre verdenskrig er engelsk blitt nærmest enerådende som publiseringsspråk for medisinsk vitenskap. Det preger også det internasjonale lærebokmarkedet. Mulighetene for store opplag på engelsk gjør det enklere å investere i lærebokprosjekter av høy kvalitet.

I medisinske basalfag er det mer ukomplisert å bruke utenlandske lærebøker enn i andre fag. Den menneskelige anatomi og fysiologi er rimelig universell. Geografiske forskjeller i sykdomsmønster og nasjonale særtrekk og tradisjoner i diagnostikk og behandling kan imidlertid gjøre det vanskelig å bruke de samme lærebøkene i kliniske fag på tvers av landegrenser. På noen fagfelt er det simpelthen nødvendig med egne lærebøker spesielt beregnet for utdanning av norske leger. Eksempler på dette er lærebøker i medisinsk historie, rettsmedisin, samfunnsmedisin, sosialmedisin, trygde- og psykiatri. Men også utenlandske bøker som omhandler helse- tjenestens funksjon, livsstil og sosiale forhold kan være mindre relevante her i landet. Dessuten må norske leger lære en norsk medisinsk terminologi til bruk overfor norske pasienter og norske kolleger.

Derfor var det bekymringsfullt da norske medisinske lærebøker så ut til å forsvinne på begynnelsen av 1990-tallet. Det ble da anslått at over 80 % av faglitteraturen som ble benyttet i medisinstudiet i Norge, var på et fremmedspråk (34). Så skjedde to ting omtrent samtidig; antall medisinstudenter, og derved markedet i Norge økte, og det ble mye billigere å produsere bøker blant annet ved å trykke bøkene utenlands. Norske forlag satset mer på norskspråklige medisinske lærebøker og fagbøker. Det er nå norske titler blant de anbefalte bøkene i de fleste fag for medisinstudenter der slike boklister finnes.

Gyldendal Akademisk forlag, som er største utgiver av medisinsk litteratur her i landet, har i 2017 nesten 100 medisinske titler i salg, hvorav de fleste er lærebøker. Forlaget utgir 10–15 nye titler hvert år, og det er mer enn for både ti og 20 år siden (Jørgen Jahr Glomnes, personlig meddelelse).

På flere læresteder og i mange fag er det vanlig å utarbeide lokale kompendier knyttet til avgrensede kurs og en avgrenset målgruppe. Slike kompendier består av skreddersydde utvalg av artikler, bokkapitler og annen litteratur fra ulike kilder som settes sammen og kan formidles både på papir og digitalt. Muligheten for å lage kompendier med rettighetsbeskyttet innhold er hjemlet i Kopinor-avtalen for universiteter og høyskoler. Enklere enn før kan dette nå gjøres gjennom *Bolk* (35), en Kopinor-basert tjeneste der innholdet i kompendiet registreres og klareres.

Det er lang tradisjon for at undervisningen av medisinerer inneholder mer enn forelesninger. Medisin er et praktisk fag, og demonstrasjoner og øvelser har alltid vært en viktig del av utdanningen. Med den teknologiske utvikling har ulike former for simulering blitt mer avansert og utbredt.

At tradisjonelle lærebøker suppleres med andre læremidler er heller ikke nytt. Allerede på 1970-tallet innførte professor Olav Hilmar Iversen (1923–1997) audiovisuell læring i patologi med en kombinasjon av lysbilder og lydkassetter til individuell bruk gjennom systemet IPALS (integrated pathology learning system). På 1990-tallet var troen sterk på CD-ROM som undervisningsmiddel. I dag gir internettbaserte ressurser nye, og nærmest ubegrensede muligheter. Nettressurser inkluderer et mangfold av kilder, fra oppslagsverk og databaser til visuelle demonstrasjoner og instruktive presentasjoner. Slik nettressurser stort sett brukes til læring i dag, skiller de seg fra lærebøker på flere måter (tabell 1). I tillegg til at læringen individualiseres, kan det være vanskelig for studentene å skaffe seg en helhetlig oversikt over et fagområde gjennom bruk av mange ulike nettressurser. De fleste anser derfor elektronisk læring (e-læring) som et supplement til annen

Tabell 1. Slik lærebøker og nettressurser brukes i medisnutdanningen i dag, skiller de seg på flere måter, og kan betraktes som komplementære kunnskapskilder.

Lærebøker	Nettressurser
Laget for læring	Ofte laget for andre formål enn læring
Lærer å stille spørsmål	Gir svar på spørsmål
Kvalitetssikret	Varierende, kanskje ukjent kvalitet
Helhetlig	Fragmentert
Avgrenset	Uavgrenset
Indre logikk og kronologi	Usystematisk
Statisk	Dynamisk
Må kjøpes	Som regel fritt tilgjengelig

undervisning. Portalen *E-læring for helsepersonell* (36), som er åpent og fritt tilgjengelig, har samlet en lang rekke større og mindre «kurs» på ulike fagområder. For hvert kurs beskrives læringsutbyttet (hva kurset inneholder), pedagogikk (hvordan kurset tenkes brukt) og målgruppe (hvem kurset er beregnet for).

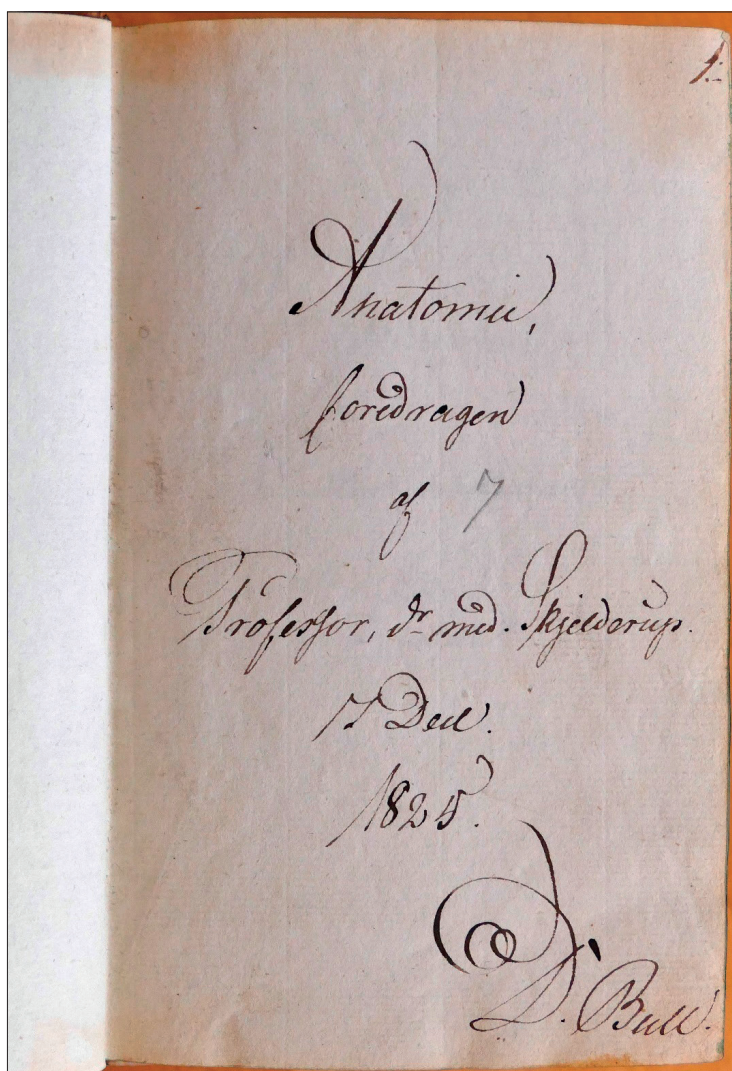
Det finnes også rene nettbaserte lærebøker for medisinstudenter på norsk. Et eksempel er *Elbok i arbeidsmedisin* (37). Det er en elektronisk lærebok i arbeidsmedisin som består av 25 kapitler som også kan lastes ned i PDF-format.

Studieplaner og pedagogiske metoder

Bruken av læremidler er nært knyttet til studieinnhold og undervisningsmetoder. Gjennom 200 år har tradisjonelle forelesninger vært kjerneaktiviteten i medisinerutdanningen i Norge (38). Endringer av studiets innhold styres både av den medisinske og samfunnsmessige utvikling og politiske føringer. «Norske universiteter har forholdt seg til nye kompetansekrav og signaler fra myndighetene ved å iverksette endringer og revisjoner i de medisinske studieplanene», skriver Jan Frich (39).

På 1990-tallet ble såkalt problembasert læring innført i legeutdanningen i Norge. De pedagogiske ideene ble hovedsakelig hentet fra Canada og Nederland. De bygget på en læringsprosess med utgangspunkt i en pasient- eller problembeskrivelse som skulle gi integrert læring av preklinisk og klinisk kunnskap (40). Kateterforelesninger ble i stor grad erstattet av gruppearbeid, og lærerrollen endret seg fra kunnskapsformidler til «kunnskapsutvikler». Studentene skulle selv søke og finne den nødvendige kunnskapen. Introduksjonen av studieplanen «Oslo '96» falt sammen med utviklingen av ny informasjonsteknologi, og gradvis ble bruken av tradisjonelle læremidler som forelesninger og lærebøker svekket.

Høsten 2014 introduserte Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo en ny modulbasert studieplan (41). Nå trekkes basalfagene igjen ut fra de kliniske fagene, og mer helhetlige fremstillinger av enkeltfag gjeninnføres. Begrepet pensum brukes ikke lenger i medisinstudiet. Nå gjelder læringsutbyttebeskrivelser i de enkelte fag. Til sammen gir disse en omfattende oversikt over forventet kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse i hele medisinstudiet. Aktuelle læremidler er ikke beskrevet på samme måte. På litt forskjellig vis presenterer de fire medisinske fakultetene i Norge såkalt anbefalt litteratur for studentene. Ved NTNU finnes f.eks. en egen oversikt over anbefalte e-bøker for medisinstudiet (42). Premissene for utvalget av anbefalt litteratur for de ulike fagområder er uklart, og i varierende grad er tradisjonelle lærebøker inkludert.



Figur 1. Håndskrevet forelesningsreferat fra Michael Skjelderups anatomi-forelesninger i 1824, ført i pennen av Daniel Bull (1802–63).

Ikoniske norske lærebøker

Da det medisinske fakultet ble etablert ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania i 1814, var alt som forelå av lærebøker på dansk, eventuelt på tysk eller fransk. De første lærebøker på norsk var samlinger av forelesninger, først basert på studentnotater (figur 1), senere utarbeidet og utgitt av foreleserne selv.

Allerede i 1807, før han flyttet fra København til Christiania, utgav professor Michael Skjelderup (1769–1852) en lærebok i anatomi (43). I 1838 utgav han sin lærebok i rettsmedisin (44), karakterisert som hans «pedagogiske *opus magnum*» (45). På 1800-tallet sirkulerte det også håndskrevne forelesningsreferater som ble mangfoldiggjort ved hjelp av hektografi, en forløper til stensilmaskinen. Disse referatene kan sammenliknes med vår tids kompendier og må antas å ha konkurrert med ordinære lærebøker.

Gjennom de 200 år det har vært medisnutdanning i Norge, er det utgitt mange norske lærebøker med medisinstudenter som målgruppe. Noen eksempler på slike bøker som har satt særlig spor etter seg, enkelte også internasjonalt, er vist i figur 2.

Få norske leger og lærebokforfattere har oppnådd slik suksess som professor Poul Edvard Poulsson (1858–1935). Poulssons *Lærebok i farmakologi for læger og studerende* som ble utgitt i Kristiania i 1905 (46), ble oversatt til flere språk og ble et internasjonalt standardverk. Boken ble oversatt til tysk i 1909, og ble senere utgitt på tysk i ikke mindre enn 13 utgaver! Forfatteren hedres fortsatt med en årlig Poulsson-forelesning arrangert av Norsk selskap for farmakologi og toksikologi.

En annen norsk lærebokklassiker er professor Haakon Natvigs (1905–2003) *Lærebok i hygiene* fra 1958 (47). Denne boken var aktuell i ca. 20 år. Den avløste Carl Schiøtz' (1877–1938) og Axel Strøms (1901–1985) lærebøker, og knyttet medisinsk kunnskap sammen med samfunnet omkring på en ny måte. *Lærebok i hygiene* ble en forløper for senere bøker i samfunnsmedisin.

Fram til 1960-tallet var det vanlig at lærebøker kun hadde en forfatter. Gradvis ble det sjeldnere, men fortsatt finnes det omfattende norske lærebøker i medisin som er «enmannsverk». Et eksempel er Einar Kringlens (f. 1931) *Psykiatri* som kom i første utgave i 1972. Førti år senere, i 2012, utkom 12. utgave (48). Også Per Brodals (f. 1944) *Sentralnervesystemet* er blitt en klassiker. Første utgave kom i 1990. Det var en videreføring av læreboken til forfatterens far, Alf Brodal (1910–1988), som ble utgitt første gang i 1943. Femte norske utgave ble utgitt i 2012 (49). Boken er oversatt til engelsk, og på Oxford University Press utkom første utgave i 1992 og femte utgave i 2016 (50).

Dagens medisinske lærebøker har som regel mange forfattere. Den omfattende læreboka i allmennmedisin med Steinar Hunskaar (f. 1956) som redaktør, kom i første utgave i 1997. Tredje utgave fra 2013 har ca. 75 bidragsyttere (51). *Allmennmedisin* er oversatt til både svensk og dansk og har etablert seg som en grunnbok i undervisningen ved alle norske medisinske fakulteter.



Figur 2. Et utvalg medisinske lærebøker som har satt særlige spor etter seg i norsk medisin.

Hvor raskt endres medisinsk kunnskap?

Et av argumentene mot tradisjonelle lærebøker er at kunnskapen i dag endrer seg så raskt at det behøves mer dynamiske kunnskapskilder. At medisinsk kunnskap forfaller spesielt hurtig, er nok langt på vei en myte. Det er vanligere at kunnskapen forbedres, suppleres med mer detaljer eller inkluderes i en ny forståelse, enn at tidligere kunnskap viser seg å være direkte uriktig. Det som finnes av studier av dette, viser at det går 40–50 år før halvparten av behandlingsmetodene og «sannhetene» i indremedisin og kirurgi erstattes av nye (52–55).

På den annen side viser undersøkelser av nettbaserte kunnskapskilder at det som litt strengt kan kalles utdatert informasjon om sykdomsbehandling langt fra er sjelden der heller. En gjennomgang av 200 utvalgte kliniske emner i *UpToDate*, *Physicians' Information Education Resource* (PIER), *Dyna-Med*, og *Best Practice* sammenliknet anbefalingene i disse oppslagsverkene med «more recently published research evidence». Forekomsten av avvik varierte fra 23 % til 60 % i disse fire mye brukte kildene, og gjennomsnittlig hadde det gått fra et halvt til halvannet år siden siste oppdatering (56). Mer generelle og mindre kvalitetssikrede nettressurser er vist å ha andre mangler. En evaluering av *Wikipedia* som læremiddel i kardiovaskulære sykdommer, konkluderte med at de 47 engelskspråklige oppslagene som ble funnet, var unøyaktige, mangelfulle og dårlig egnet for formålet (57).

Det er umulig å holde selv nettbaserte kunnskapskilder oppdatert til enhver tid. For øvrig er sannsynligvis betydningen av slik oppdatering over-

drevet. Innholdet i de fleste medisinske lærebøker er mindre detaljert enn slike oppslagsverk, og bør utformes med en målsetting om å være mer tidløse enn handlingsorienterte retningslinjer og prosedyrer.

Men også lærebøker må revideres. Slike revisjoner innebærer gjerne en redefinisjon av et fagfelt, særlig når prosessen involverer større forfattergrupper slik det ofte er med dagens lærebøker.

Dagens studenter trenger fortsatt lærebøker

Dagens ungdom er digitalt orientert, og dette preger selvsagt også medisinstudentene. Digital tilgjengelighet av alt læringsmateriale forventes. Det forventes dessuten at det meste av læremidler er gratis. Det gjør at mye av læringen baseres på power point-versjoner av forelesninger, og mer eller mindre tilfeldige nettressurser. Holdningen til opphavsrett synes å være i endring, og noen studenter ser ut til å tro at alt som finnes på nettet kan kopieres og gjenbrukes til ethvert formål, tidvis også som besvarelser på egne oppgaver.

Samtidig har dagens studenter et skolepreget forhold til studiet, noe som blant annet avspeiler seg i omtalen av studiehverdagen (skole, klasse, time etc.). De etterspør «pensum» og «eksamensrelevant stoff». Forholdet til papirbøker er åpenbart i endring. I den grad lærebøker kjøpes, selges de gjerne brukte umiddelbart etter at det aktuelle semesteret er over. Dette står i sterkt kontrast til tidligere tiders medisinstudenter som etter studiet medbrakte sine mange hyllemetere med velbrukte lærebøker til ulike tjenestesteder som leger, til glede for flyttebyråer og til besvær for familiens bokhyllekapasitet.

Tilgangen til nettressurser og oppslagsverk gjør det på flere områder unødvendig å lære detaljer som lett kan søkes opp ved behov. Et eksempel er legemiddelinformasjon. Der man tidligere måtte pugge bivirkninger og interaksjoner, kan oppdatert informasjon om dette nå framskaffes med et tastetrykk. Slik har kunnskapstilegnelsen endret seg fra «just in case» til «just in time».

Når man jakter på svar på mer eller mindre veldefinerte spørsmål er digitale oppslagsverk og databaser uslåelig effektive. Problemet er bare at man i beste fall får svar kun på det man spør om. Slik fragmenteres kunnskap, sammenhenger blir mer utydelige og oversikten vanskeligere. Å stille de riktige spørsmålene forutsetter en tilstrekkelig forhåndskunnskap. Mens yrkesutøvelsen i stor grad består i å finne svar på spørsmål, må utdanningen legge grunnlaget for å stille de riktige spørsmålene. Slik læring, som kanskje kan kalles jakten på spørsmål, behøver andre kunnskapskilder enn de kildene som skal gi svar på spørsmålene.

Framtidens kunnskapskilder vil ganske sikkert hovedsakelig bli elektroniske, i den forstand at de er tilgjengelige på digitale plattformer. Men fortsatt vil det være behov for læringsressurser som systematiserer kunnskap og gir en samlet og pedagogisk strukturert oversikt av et fagområde. Det er nettopp lærebokens styrke. Og det er ingen overraskelse om slike læremidler i lang tid også vil foreligge i det mest robuste, tidløse og lavteknologiske formatet som finnes, nemlig som papirbok.

Lærebøkene kommer i nye, mer mangfoldige, og til dels utradisjonelle former, men de er ikke avleggs!

Litteratur

1. Bing J. *Boken er død! Leve boken!* Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
2. <https://no.wikipedia.org/wiki/Bok>
3. <https://www.ssb.no/medie/sa121/>
4. http://www.forleggerforeningen.no/wp-content/uploads/2016/06/Bransjestatistikk_2015-finale.pdf
5. <http://forleggerforeningen.no/wp-content/uploads/2016/05/Leserunders%C3%B8kelsen-2016.pdf>
6. Andreassen T. *Bok-Norge. En litteratursosiologisk oversikt*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
7. Tønnesson JL. *Hva er sakprosa*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
8. Grepstad O. *Det litterære skattkammer. Sakprosaens teori og retorikk*. Oslo: Samlaget, 1997.
9. Johnsen EB, Eriksen TB red. *Norsk litteraturhistorie Sakprosa fra 1750 til 1995*. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
10. Skjelbred D. De umistelige ABC-bøkene. I: Johnsen EB, Eriksen TB red. *Norsk litteraturhistorie Sakprosa fra 1750 til 1995*. Bind I Oslo: Universitetsforlaget, 1998: 52-61.
11. Johnsen EB. Nordahl Rolfsens lærebøker. I: Johnsen EB, Eriksen TB red. *Norsk litteraturhistorie Sakprosa fra 1750 til 1995*. Bind I. Oslo: Universitetsforlaget, 1998: 570-4.
12. Tranøy KE, Tjønneland E. Aristoteles. I: *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/Aristoteles>
13. Schilling H. *Martin Luther. Rebell i en brytningstid*. Oslo: Vårt Lands forlag, 2016: 352.
14. *Læremidler i skole og voksenopplæring*. NOU 1978:26: 212.
15. Bratholm B. *Godkjenningsordningen for lærebøker 1889- 2001. En historisk gjennomgang* <http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/notat/2001-05/not5-2001-02.html>
16. Johnsen EB, Lorentzen S, Selander S, et al. *Kunnskapens tekster. Jakten på den gode lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.
17. Haugen O. Skolens lærebøker: mellom marked og plan. I: Johnsen EB, Eriksen TB red. *Norsk litteraturhistorie Sakprosa fra 1750 til 1995*. Bind I. Oslo: Universitetsforlaget, 1998:548-68.
18. Skjelbred D. *Valg, vurdering og kvalitetsutvikling av lærebøker og andre læremidler*. Slutt-rapport. Rapport 12/2003. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2003.

19. Oates T. *Why textbooks count*. Cambridge: University of Cambridge, 2014.
20. http://forleggerforeningen.no/wp-content/uploads/2016/05/Bransjestatistikken_2015-AP.pdf
21. Gundersen D. Fagspråk. I: *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/>
22. <http://prosa.no/essay/et-fag-pa-ville-veier/>
23. Gundersen K. Seg og sine bøker. *Æskulap* 2009, nr 1:22.
24. Bogen B, Munthe LA. Norske lærebøker i medisinske fag. *Æskulap* 2009; nr 2:25.
25. Nesheim B-I. Re: Seg og sine bøker. *Æskulap* 2009; nr 1:26.
26. Gilje Ø, Ingulfsen I, Dolonen JA, et al. *Med ARK&APP*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2016.
27. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, et al. Internet-based learning in the health professions. A meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1181-1196.
28. Lahti M, Hätönen H, Välimäki M. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2014;51:136-149.
29. Gutmann J, Kuhbeck F, Berberat PO, et al. Use of learning media by undergraduate medical students in pharmacology: a prospective cohort study. *PLoS ONE* 2015;10:e0122624.
30. Gulbrandsen P, Schroeder TV, Milerad J, et al. Paper or screen, mother tongue or English: Which is better? A randomized trial. *JAMA* 2002;287:2851-3.
31. Ackerman R, Goldsmith M. Metacognitive regulation of text learning: On screen versus on paper. *Journal of Experimental Psychology: Applied* 2011;17:18-32.
32. Woody WD, Daniel DB, Baker CA. E-books or textbooks: Students prefer textbooks. *Computers & Education* 2010;55:945-8.
33. Walsh G. Screen and Paper Reading Research – A Literature Review. *Australian Academic & Research Libraries* 2016;47:160-173, DOI:10.1080/00048623.2016.1227661.
34. Kallevik S. Utenlandske bøker foretrekkes. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 2455.
35. <https://bolk.no/>
36. <http://meddev.uio.no/claringsportalen/>
37. <http://arbeidsmedisin.net/>
38. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). *Michael* 2014;11:Suppl 15.
39. Frich J. Medisinsk grunnutdanning – hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav? *Uniped* 2016; 39: 304-15.
40. Brinchmann-Hansen Å. Problembasert læring – det beste pedagogiske verktøy? *Tidsskr Nor Legeforen* 1993;113:2379-81.
41. Frich J, Middelthun IM, Os I. Revisjonen av medisinstudiet i Oslo – «Oslo 2014». *Michael* 2016; 13: 50–60.
42. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/studentressurser/anbefalte-e-boker-for-medisinstudiet/#terminIA>
43. Skjelderup M. *Anatomisk-physiologiske Forelesninger for Anthropologer*. Kjøbenhavn: Boghandler H. Kristensens Forlag, 1807.

44. Skjellderup M. *Forelæsninger over den legale Medicin*. Christiania: Dahl, 1838.
45. Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015;12: Suppl 17:67.
46. Poulsson PE. *Lærebok i farmakologi for leger og studerende*. Kristiania: Aschehoug, 1905.
47. Natvig H. *Lærebok i hygiene*. Oslo: Liv og helse, 1958.
48. Kringlen E. *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
49. Brodal P. *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
50. Brodal P. *The Central Nervous System*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
51. Hunskaar S red. *Allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.
52. Hall JC, Platell C. Half-life of truth in surgical literature. *Lancet* 1997;350:1752.
53. Poynard T, Munteanu M, Ratzu V, et al. Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med* 2002;136:888-95.
54. Urschel JD, Urschel DM, Mannella SM, et al. Duration of knowledge in general thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 2001;71:337-9.
55. Poynard T, Thabut D, Munteanu M, et al. Hirsch index and truth survival in clinical research. *PLoS One*. 2010;5:e12044. doi: 10.1371/journal.pone.0012044.
56. Jeffery R, Navarro T, Lokker C, et al. How current are leading evidence-based medical textbooks? An analytic survey of four online textbooks. *J Med Internet Res* 2012;14: e175. doi: 10.2196/jmir.2105.
57. Azer SA, AlSwaidan NM, Alshwairikh LA, et al. Accuracy and readability of cardiovascular entries on Wikipedia: are they reliable learning resources for medical students?. *BMJ Open* 2015;5:e008187. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008187

Magne Nylenna
 magne@nylenna.no
 Folkehelseinstituttet
 og
 Institutt for helse og samfunn
 Universitetet i Oslo

Hva er helsefremmende universiteter?

En gjennomgang av konseptet

Michael 2017; 14: 105–16.

Helse for alle og helse i alt vi gjør er ambisjonen med folkehelsearbeidet, som skal foregå i alle deler av samfunnet. De seneste årene er oppmerksomheten internasjonalt også rettet mot hvordan universiteter kan utvikles som helsefremmende arenaer. I Norge er derimot denne debatten fraværende. I denne artikkelen undersøker vi hva konseptet helsefremmende universiteter innebærer og trekker opp sentrale perspektiver for et slikt utviklingsarbeid. Dessuten viser vi hvordan helsefremmende arbeid og tilnærming kan forankres ved universiteter og høyskoler. Hensikten er å skape bevissthet om helsefremmende arbeid innenfor høyere utdanningsinstitusjoner, samt å peke på mulighetene ved norske universiteter for å fremme helse hos både studenter og ansatte, og i lokalsamfunnet forøvrig. Videre konkluderes det med at helsefremmende arbeid kan bidra til å ivareta mandatet til norske universiteter og høyskoler som samfunnsaktører.

Innledning

Utgangspunktet for konseptet *helsefremmende universiteter* er universitetet som institusjon. Ordet universitet kommer fra latin, *universitas*, som betyr helhet eller samfunn. Det første universitetet i Norge ble grunnlagt i Oslo i 1811. Kjernevirksomheten til norske universiteter og høyskoler er tredelt ifølge lov om universiteter og høyskoler § 1-1: i) å tilby høyere utdanning på høyt internasjonalt nivå, ii) å utføre forskning og faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid på et høyt internasjonalt nivå, og iii) å formidle kunnskap om virksomheten og utbre forståelse for prinsippet om faglig frihet og anvendelse av vitenskapelige og kunstneriske metoder og resultater (1). Universitetet skal også være en samfunnsaktør, i den betydning at det blant annet skal formidle resultater fra forsknings- og utviklingsarbeid, bidra til innovasjon og verdiskapning, og samarbeide med universiteter og høyskoler i andre land, lokalt samfunns- og arbeidsliv og offentlig forvaltning.

Dessuten skal universitetet legge til rette for at ansatte og studenter kan delta i samfunnsdebatten (§ 1-3).

De siste 20 årene har norske universiteter og høyskoler gjennomgått betydelige endringer. I 1999 møttes et stort antall europeiske utdanningsministre og universitetsledere for å drøfte den videre utviklingen av høyere utdanning, og Norge undertegnet ministrenes erklæring fra møtet, Bologna-erklæringen. *Kvalitetsreformen* ble iverksatt i 2002-2003 (2, 3) og er en del av Bolognaprosessen som skal lede frem til et velfungerende, felles område for høyere utdanning i Europa (4). Kvalitetsreformen hadde som mål å gi bedre kvalitet innen høyere utdanning og forskning, å øke intensiteten på utdanningen gjennom bedre utnyttelse av studieåret, å tilby forpliktende studieplaner og bedre veiledning, samt å øke internasjonaliseringen (2).

Andre utviklingstrekk ved norske universiteter er overgangen fra regelstyring til målstyring og resultatstyring, sterkere beslutningsmyndighet på institusjonsnivå, profesjonalisering av ledelsen, økende krav til kostnadseffektivitet, kvalitetskontroll og finansiering basert på oppnådde resultater. Også disse endringene kan sees i sammenheng med tilsvarende internasjonale utviklingstrekk (5).

Universitetets posisjon som samfunnsaktør i kombinasjon med WHO's strategi *Helse for alle*, har vært utgangspunktet for internasjonale konferanser om helsefremmende arbeid ved universiteter. Universiteter i blant annet Tyskland (Universität Bielefeld), Australia (The University of Sydney), USA (Syracuse University), Canada (Simon Fraser University), Storbritannia (University of Central Lancashire, Swansea University, The University of Edinburgh og Robert Gordon University) og Spania (Universidad Publica de Navarra) profilerer seg på sine hjemmesider som helsefremmende universiteter. Disse benevner seg som enten «health promoting university», «healthy university» eller «healthy campus». I Norge synes derimot konseptet å være ukjent for andre enn fagfolk innen helsefremmende arbeid og nærmest fraværende i den publiserte litteraturen.

Også i andre sektorer har man vært opptatt av at det finnes et uutnyttet potensiale for folkehelsearbeid. Mæland (6) påpeker at de mange kontaktene mellom helsevesenet og pasientene hvert år representerer en stor kontaktflate som kan utnyttes bedre i folkehelsearbeidet, og viser til de mange konsultasjonene i primærhelsetjenesten, i poliklinikk og i sykehusene. I denne artikkelen argumenterer vi for at universiteter og høyskoler er organisasjoner med en stor kontaktflate internt og eksternt, som kan gjøre dem til en viktig arena for folkehelsearbeid.

I artikkelen redegjøres det for konseptet helsefremmende universiteter slik vi kjenner det fra den internasjonale faglitteraturen. Hensikten er todelt.

For det første vil vi frembringe kunnskap og bevissthet om konseptet helsefremmende universiteter med utgangspunkt i internasjonal litteratur, og for det andre ønsker vi å bidra til refleksjon over hvordan konseptet kan bidra i utviklingen av norske universiteter og høyskoler.

Fra helsefremmende arbeid til helsefremmende universiteter

Tradisjonelt har helse blitt forstått som fravær av sykdom, mens WHO's helsedefinisjon fra 1946 utvidet begrepet (7). Diskusjonen om forståelsen av innholdet i helsebegrepet førte til utviklingen av helsefremmende arbeid. Begrepet *helsefremmende arbeid* (Health promotion) har sin opprinnelse i bevegelsen New Public Health (8) og ble senere formalisert i Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid (9).

Ottawa-charteret (9) beskriver helsefremmende arbeid som *den prosess som gjør folk i stand til bedre å bevare sin helse*. Målet er å bidra til at folks helse blir en positiv ressurs i hverdagslivet, slik at de kan nå sine mål og øke sin livskvalitet. Helsefremmende arbeid flytter oppmerksomheten fra individuell adferd til et bredt spekter av sosiale og miljømessige tiltak. Det legges til grunn en utvidet forståelse av helsebegrepet og hvordan helse skapes;

Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love.

Dermed blir alle arenaer hvor mennesker lever sin liv også arenaer for helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid er ikke bare en oppgave for helsevesenet, men skal foregå i alle sektorer og på alle nivåer.

Helsefremmende arbeid handler om å påvirke samfunnsutviklingen i en retning som fremmer folkehelsen (9). Et sentralt poeng er at befolkningen ikke skal betraktes som målgruppe for tiltak, men som aktive og likeverdige samarbeidspartnere. Helsefremmende arbeid bygger på ideen om at helse fremmes ved at befolkningen deltar aktivt i sosiale prosesser som gir dem større innflytelse over sitt eget liv, gjennom selv å definere problemer og forslag til løsninger. Mål og strategier må være åpne for påvirkning fra dem det angår. Tiltak skal derfor planlegges og iverksettes i samspill med berørte parter og ikke bare basere seg på ekspertkunnskap. Lokalt engasjement skal sikre en demokratisk dimensjon i arbeidet, samt øke handlekraft, fellesskapsfølelse og tilhørighet (9).

Arenaer for helsefremmende arbeid

Ottawa-charteret representerte et viktig skritt i utviklingen av arena-baserte tilnærminger (*setting-baserte tilnærminger*) innen helsefremmende arbeid.

Arenaer eller «settinger» er sosiale kontekster der mennesker engasjerer seg i daglige aktiviteter, og der organisatoriske, miljømessige og personlige faktorer virker sammen og påvirker helse og trivsel. I en slik tilnærming ligger både helseutfordringene man står ovenfor og løsningene på dem i selve arenaen. Helsefremmende arbeid skal være en integrert del av kjernevirksomheten i organisasjonen, og ikke en egen søyle eller sidevogn i tillegg til den ordinære virksomheten. I et slikt perspektiv knyttes med andre ord helsefremmende arbeid og organisasjoner sammen (10). Utviklingen av arena-baserte tilnærminger til helse reflekterer en oppfatning av at helse ikke primært er et resultat av medisinsk behandling, men et resultat av et bredt samspill mellom blant annet sosiale, politiske, økonomiske og biologiske faktorer, samt miljøfaktorer. Dermed dreies oppmerksomheten bort fra risikoatferd og risikogrupper, og i retning av arenaer og miljø (11).

Det første arenabaserte prosjektet i regi av WHO var *Healthy Cities* i 1987, som opprinnelig omfattet 11 europeiske byer. Prosjektet har i dag mer enn 1400 medlemmer over hele verden. I Norge er medlemmene organisert i nettverket *Sunne kommuner*, hvor 23 kommuner og 5 fylkeskommuner deltar (12). *Healthy Cities* har dessuten bidratt til utviklingen av arenabaserte prosjekter som helsefremmende sykehus og helsefremmende skoler (13). Selv om alle arenaer er unike, har erfaringene fra andre arenaer vært verdifulle i arbeidet med å utvikle helsefremmende universiteter (14).

De ulike arenaene er heller ikke gjensidig utelukkende. Arbeidet med å utvikle et helsefremmende universitet kan foregå samtidig med, eller som del av, arbeidet for å utvikle en by med utgangspunkt i *Healthy Cities* (13, 15, 16). Et viktig poeng ved en arena-basert tilnærming, er å forsikre seg om at alle tiltak og aktiviteter trekker i samme retning og gir en synergieffekt i arbeidet for å forbedre helse og trivsel for dem som lever eller arbeider på den aktuelle arenaen. Oppsummert kan man si at slike prosjekter innebærer en helhetlig tilnærming, der alle miljøer forplikter seg til å bidra i et helsefremmende arbeid (13, 15). Nettverksarbeid i form av samarbeid med andre tilsvarende organisasjoner for å fremme engasjement og støtte, har vært et sentralt virkemiddel i arbeidet med *Healthy Cities*, og står også sentralt for utviklingen av helsefremmende universiteter (15).

Lanseringen av konseptet helsefremmende universiteter

Konseptet ble lansert på slutten av 1990-tallet. Det bygger på den samme tenkningen som annet helsefremmende arbeid og representerer en arena-tilnærming (14). Strategi og tiltak som anvendes innenfor andre arena-baserte prosjekter, som WHO *Healthy Cities*, kan også være et hensiktsmessig rammeverk for å utvikle helsefremmende universiteter (17). Dette

rammeverket skulle være forankret i ledelsen, samtidig som utviklingen av helsefremmende universiteter var avhengig av aktive og engasjerte ansatte og studenter som opplever eierskap til prosjektet (15).

Helsefremmende universiteter ble beskrevet med utgangspunkt i de samme tre oppgavene som vi innledningsvis har beskrevet som universitetenes kjernevirksomhet, dvs. utdanning, forskning og formidling (15). Universitetene skulle i større grad enn tidligere gjøre helsefremmende arbeid til et tema i utdanning og forskning. Helsefremmende arbeid skulle ikke bare være tema i helsefaglige utdanninger (18, 19), men skulle også inngå i andre utdanningsprogrammer, på en måte som gjorde det relevant for det aktuelle studiet (20, 21). Videre synes konseptet å legge vekt på pedagogiske metoder for å skape kritisk refleksjon gjennom tilrettelegging for student-aktiv læring (22).

Samtidig skulle universitetene også arbeide for å fremme helse og velvære blant sine studenter. Tiltakene skulle blant annet knyttes til fysisk aktivitet og arbeid med psykisk helse, rusmidler, røyking, seksualitet, ensomhet og stress (16). I tillegg ble det pekt på betydningen av å tilby studentene en god primærhelsetjeneste, som ble antatt å være en viktig kanal for helsefremmende arbeid blant studentene (23). Universitetet skulle med andre ord ikke bare gi studentene en formell utdanning, men også bidra positivt til deres personlige og sosiale utvikling og evne til å foreta helsefremmende valg (20). På samme måte skulle helsefremmende universiteter fremme de ansattes arbeidshelse, blant annet gjennom systematisk HMS-arbeid (18) og samarbeid med bedriftshelsetjenesten om å utvikle universitetene til en helsefremmende arbeidsplass (23).

Den tredje oppgaven ble heller ikke glemt. Helsefremmende universiteter skulle også ha som mål å fremme folkehelse i det lokalsamfunnet (byen eller regionen) som universitetet var en del av (15). I dette arbeid kan universitetets posisjon være både som formidler, initiativtaker, medspiller eller rådgiver i lokalt folkehelsearbeid (11, 20). Arbeidet kan skje ved å utvikle og delta i folkehelseallianser, og ved å være åpen mot omgivelsene gjennom å påvirke opinionen, delta i beslutninger og bidra med kompetanse. En annen viktig side ved konseptet var å legge til rette for utvikling av grønne og bærekraftige universiteter, blant annet gjennom miljøvennlig transport til og fra universitetet (11, 21).

Systematisering av konseptet helsefremmende universiteter

Utviklingsarbeid med utgangspunkt i helsefremmende tenkning bygger på en kollektiv forståelse av hva som skaper helse og uhelse, og kan sees som en ideologisk tilnærming til hvordan samfunn som fremmer folkehelse bør

utvikles. Slike kollektive forståelser blir innenfor denne fagtradisjonen formalisert gjennom internasjonale konferanser, hvor arbeidet i tilknytning til hver konferanse resulterer i en erklæring, gjerne kalt et charter. Charteret manifesterer de helsefremmende perspektivene som er diskutert på konferansen og får ofte navn etter den byen hvor konferansen blir holdt. De tre mest sentrale erklæringene for å forstå konseptet helsefremmende universiteter, har alle navn etter byer i Canada. Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid fra 1986 var som nevnt det første charteret som beskrev grunnlagstenkningen for begrepet helsefremmende arbeid (9). Deretter fulgte to sentrale erklæringer som utvikler og definerer tenkningen i tilknytning til helsefremmende universiteter; Edmonton-charteret fra 2005 (24) og Okanagan-charteret fra 2015 (25). Disse dokumentene er sentrale for å forstå konseptet og viser også utviklingen i perioden.

Edmonton-charteret skisserer tre hovedoppgaver for universitetene, 1) å utdanne studenter samtidig med å utvikle kunnskap gjennom forskning om folkehelse og helsefremming, og være en aktiv aktør i (lokal) utvikling, 2) å påvirke menneskers helse og velvære gjennom sin forankring i samfunnet, og 3) å utvikle verktøy for å skape et helsefremmende fokus ved å være en sentral pådriver for forandring og stimulere til dialog, lokalt, regionalt og globalt. På den måten bidro Edmonton-charteret til å identifisere hva som ligger i konseptet helsefremmende universiteter. Målgruppen er studenter, alle grupper ansatte, tidligere studenter og organisasjoner. I tillegg blir lokalsamfunnet, andre universiteter, politikere og sentrale beslutningstakere identifisert som sentrale aktører. Videre vektlegges kollegiale styringsprosesser, deltakelse og mulighet til å påvirke beslutninger, nettverksarbeid, bærekraft og sosial rettferdighet, samt at helsefremmende arbeid inkluderes i organisasjoners mål og offentlig politikk.

Okanagan-charteret retter fokus på interaksjonen mellom mennesker, miljø og bærekraftig utvikling og har følgende som felles ambisjon:

Health promoting Universities and colleges infuse health into everyday operations, business practices and academic mandates. By doing so, health promoting universities and colleges enhances the success of our institutions; improve the health of the people who live, learn, work, play and love on our campuses; and strengthen the ecological, social and economic sustainability of our communities and wider society (25)

Okanagan-charteret oppfordrer til handling med særlig fokus på to forhold: i) Å bygge inn helse i alle aspekter av campus, på tvers av forvaltning, drift og akademiske mandater, og ii) å lede helsefremmende tiltak og samhandle lokalt og regionalt.

Charteret legger vekt på tverrfaglig samarbeid for å inkludere helsefremming i programmer på tvers av utdanninger. For å få til tverrfaglig samarbeid

trenges støtte i organisasjonen for å utvikle ferdigheter som kommunikasjon, konfliktløsning eller lederskap (26). I tillegg går dette charteret lengre enn det forrige ved å omfatte økologisk, sosial og økonomisk bærekraft og lokale forhold i sin tilnærming, samt ivareta hensyn til urbefolkninger og minoriteter.

Videre pekes det på universitetenes unike mulighet og ansvar for å lytte til og engasjere studentene, utvikle ny kunnskap og forståelse, og å være et eksempel for og pådriver overfor beslutningstakere, til beste for samfunnet. I arbeidet med charteret ble det utviklet prinsipper som skulle fungere som verktøy for en bevisst implementering av helsefremmende innsatser ved universiteter og høyskoler.

Hensikten med Okanagan-charteret var for det første å inspirere til handling ved å tilby et rammeverk med fokus på prosesser og prinsipper for å utvikle helsefremmende universiteter. For det andre var hensikten å skape dialog og overskridende forskning i lokale, regionale, nasjonale og internasjonale nettverk, samt å fremskynde handling på, av og mellom institusjonene. Den tredje hensikt var å mobilisere internasjonale og tverrsektorielle tiltak for integrering av helse i all politikk og all praksis, og dermed fremme videre utvikling av helsefremmende universiteter.

Et eksempel på en samlet strategi for hvordan helsefremmende arbeid og tilnærming kan forankres ved universiteter, er den strategiske planen for helsefremmende arbeid for perioden 2016-2021 ved University College Dublin (UCD) (27). Et annet eksempel er The University of Sydney, som har utarbeidet lokale prinsipper for å skape et helsefremmende lærings- og arbeidsmiljø for studenter og ansatte (28). Et tredje eksempel er universitetet i Central Lancashire, som i samarbeid med nettverket Healthy University UK har utarbeidet en «verktøykasse» for å evaluere sine virksomheter i tråd med en helhetlig tilnærming til helse og velbefinnende (29).

Helsefremmende tenkning i norske universiteters rammeverk

I en norsk kontekst er det en rekke lover og forskrifter som fastsetter universitetenes rammer og arbeidsoppgaver, og som kan ha betydning for deres rolle i det helsefremmende arbeidet.

Lov om folkehelsearbeid (30) har som mål bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Folkehelsearbeid skal være langsiktig og systematisk, og bygger på fem grunnprinsipper; prinsippet om å utjevne sosiale ulikheter i helse, «*helse i alt vi gjør*» (Health in All Policies), bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning (31). Folkehelseloven retter seg mot både kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Mye av ansvaret er plassert i kommunene, men folkehelseloven (§ 22) legger også vekt på at

statlige myndigheter skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

Lov om universiteter og høyskoler (1) regulerer institusjonenes funksjon og oppdrag. Loven peker på at universiteter og høyskoler skal samarbeide med både det lokale og regionale samfunns- og arbeidslivet, offentlig forvaltning og internasjonale organisasjoner, samt tilby etter- og videreutdanning. De skal også legge til rette for at både ansatte og studenter kan delta i samfunnsdebatten (§ 1-3). Loven har ingen direkte henvisninger til konseptet helsefremmende universiteter, men institusjonens styre er gitt det overordnede ansvaret for at studentenes læringsmiljø (§ 4-3). Både det psykiske og det fysiske miljøet skal være fullt forsvarlig med hensyn til studentenes helse, sikkerhet og velferd. Dessuten skal studentene medvirke gjennom å ha minst 20 prosent av medlemmene i alle kollegiale organer med beslutningsrett. Også ansatte i undervisnings- og forskerstilling, teknisk og administrativt ansatte og eksterne skal være representert i styret. Styret skal dessuten, i samarbeid med studentsamskipnadene, legge forholdene til rette for et godt studiemiljø og arbeide for å bedre studentvelferden på lærestedet (§ 4-3).

I henhold til lov om studentsamskipnader (32) skal alle institusjoner som omfattes av universitets- og høyskoleloven være tilknyttet en studentsamskipnad (§ 4). Studentsamskipnaden skal tilby tjenester til studentene, som kan velge å ha flertallet av stemmene i styret (§ 3), hvis de ønsker det. Studentvelferdstjenestene skal støtte opp om de behovene studentene har i sin livssituasjon og omfatter tilbud innen kantine, bolig, trening, helse- og omsorgstjenester, rådgivning, barnehageplasser og salg av studielitteratur, samt sosiale, kulturelle, faglige og studentdemokratiske tiltak.

De ansatte er ivaretatt av arbeidsmiljøloven (AML) (33) og den øvrige HMS-lovgivningen (34). Arbeidsmiljøloven stiller krav til både forebyggende, helsefremmende og inkluderende arbeid i virksomhetene (33), og den retter seg mot både fysisk-kjemiske og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter krever dessuten at virksomhetene, i tillegg til å forbedre de ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet, også skal arbeide systematisk med forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester, samt vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall (30) (§ 1). Systematisk HMS-arbeid skal være et samarbeid mellom arbeidslivets parter. Arbeidsgiveren har hovedansvaret (AML § 3-1), men arbeidstakerne har både plikt og rett til å medvirke (AML § 2-3, § 4-2), og er ikke bare en målgruppe for tiltak.

Ved norske utdanningsinstitusjoner er følgende en rekke aspekter ved helsen til både studenter og ansatte ivaretatt av lovgivningen. Det kan likevel være hensiktsmessig å se på mulighetene for å utvikle en samlet strategi som gjør helsefremmende arbeid til en integrert del av universitetets virksomhet, innen utdanning, forskning, og formidling og samfunnskontakt.

Avsluttende kommentarer

Å utvikle *helsefremmende universiteter* i Norge har et betydelig potensiale gjennom å arbeide mer proaktivt med helsefremming. Okanagan-charteret angir konkrete prinsipper som kan brukes for å utvikle det helsefremmende arbeidet ved institusjonene. Prinsippene er utviklet for å mobilisere et helhetlig systematisk arbeid, men må tilpasses forholdene lokalt. Dette systematiske arbeidet må være forankret i organisasjonens ledelse, og det må legges til rette for deltakelse fra alle ansatte og studenter for å oppnå slagkraft i arbeidet med å forbedre helsen, både individuelt og kollektivt. Alle parter må delta, og alle må bli hørt. Det medfører også deltakelse fra studenter og ansatte i utviklingen av universitetene, det ser vi som et ytterligere potensiale. Slike prosesser gir mulighet for deltakelse fra alle, og helsefremmende arbeid bygger på at studenter og ansatte kan samles rundt felles prosjekter, noe som kan gi ringvirkninger i form av kreativitet og tverrfaglig samarbeid.

Et annet sentralt poeng er å videreutvikle helsefremmende konsepter i undervisningen ved alle studier, ikke bare i helsefaglige utdanninger. På den måten vil utdannede yrkesutøvere bringe deler av helsefremmende tilnærming videre til arbeidslivet og lokalsamfunnet som et felles gode. Dette baserer seg på tanken om å se miljøet ved universiteter og høyere utdanning som levende laboratorier, et miljø der studenter og ansatte kan trives, oppnå sitt fulle potensiale og blir engasjerte borgere, samtidig som miljø og omgivelser respekteres. Ved at universiteter og høyskoler arbeider bevisst og gjennomgripende med konseptet *helsefremmende universiteter*, kan de være gode forbilder for andre sektorer og virksomheter i samfunnet, samt påvirke gjennom læring og kunnskapsformidling. Universiteter og høyskoler består av en stor arbeidsstyrke med innflytelse på en svært stor tverrfaglig gruppe av studenter. Disse vil kunne inkludere helsefremmende tilnærming i sitt virke. På denne måten kan universiteter ivareta mandatet som samfunnsaktør, i tråd med målet om «helse i alt vi gjør». Universitetet har en stor kontaktflate som kan utnyttes ytterligere til beste for både studenter, ansatte og samfunnet som helhet.

Litteratur

1. LOV-2005-04-01-15 *Lov om universiteter og høyskoler* (universitets- og høyskoleloven).
2. Regjeringen. *Kvalitetsreformen* [internettside]. Regjeringen; [oppdatert 14.08.2002, sitert 23.09.2016] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kvalitetsreformen-agust-2002/id87898/>
3. St. melding nr 27 (2000-2001) *Gjør din plikt – Krev din rett*. Oslo: Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet, 2001.
4. NOKUT. *Bologna: Utvidede krav til institusjoner* [internettside] 2015 [oppdatert 25.06.2015, sitert 22.09.16]. Tilgjengelig fra: http://www.nokut.no/nn-no/nyheter/nyheter-2015/bologna-Utvidede-krav-til-institusjonene/#.V-Tt_2Zf2M8.
5. Lødding, B. Noen internasjonale trender i høgre utdanning. I: NOU 2000:14 *Frihet med ansvar. Om høgre utdanning og forskning i Norge*. Vedlegg 20 (s. 1004-1007).
6. Mæland JG. Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid. *Michael* 2016; 13:110-119.
7. WHO. *Health Promotion Glossary* (1998 version). [sitert 03.10.2016] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
8. WHO. *Primary Health Care*. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR 1978, 6-12 September 1978. WHO: Geneva. Lesedato 28.09.16. Tilgjengelig fra: whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf
9. WHO. *The Ottawa charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO [internettside] 1986. [sitert 23.09.2016] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
10. Orvik A, Haugstvedt KTS, Fløtten KF. Helsefremmende sykehus og helsetjenester – illustrert ved tre eksempler. I: Haugan G, Rannestad T (red.) *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2016.
11. Dooris M, Dowding G, Thompson C, Wynne C. The setting-based approach to health promotion. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson C, Dooris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
12. Sunne kommuner. WHO's norske nettverk [internettside] Sunne kommuner 2016. [sitert 23.09.2016] Tilgjengelig fra: <http://sunnekommuner.no/>.
13. Green J, Tones K, Cross R, Woodall J (red.). *Health promotion: planning and strategies*. 3. utg. Los Angeles: Sage, 2015.
14. Ashton J. The historical shift in public health. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson C, Dooris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
15. Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
16. Dowding G, Thompson J. Embracing organisational development for health promotion in higher education. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
17. Tsouros AD. From the healthy city to the healthy university: project development and networking. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M (red.) *Health promoting*

- Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
18. White M. Creating a healthy medical school. University of Newcastle. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dorris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
 19. Maudsley G. Public health education for medical students: a problem-based curriculum and new opportunities. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dorris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
 20. Abercrombie N, Gatrell T, Thomas C. Universities and health in the twenty-first century. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dorris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
 21. Toyne P, Kahn SA. A common agenda? Health and the greening of higher education. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dorris M (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. København: WHO Regional Office for Europe, 1998.
 22. Gambescia SF. Message From the Editor in Chief. *Pedagogy in Health Promotion*. 2016;2(2):91-93.
 23. Peterken C. The healthy university within a healthy city. University of Portsmouth. I: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dorris (red.) *Health promoting Universities: Concepts, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
 24. WHO. *The Edmonton Charter for Health Promoting Universities and Institutions of Higher Education 2005*; Edmonton [siteret 23.09.2016] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
 25. WHO. Okanagan Charter. An international charter for health promoting Universities and colleges. Canada, 2015. [siteret 03.10.2016] Tilgjengelig fra: <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/53926/items/1.0132754>
 26. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical education* 2001;35(9):867-875.
 27. University College Dublin (UCD) 2016-2021 *Health promotion Strategic plan*. Approved v3.4 03.03.2015 [siteret 03.10.2016] PDF fil, lastet ned: www.ucd.ie/t4cms/UCD%20Health%20Promotion%20Strategy.pdf
 28. The University of Sydney. *Five guiding principles* [internettside] [siteret 03.10.2016] Tilgjengelig fra: <http://sydney.edu.au/about-us/vision-and-values/healthy-sydney-university.html>
 29. Healthy University UK. *Toolkit* [internettside] [siteret 03.10.2016] Tilgjengelig fra: <http://www.healthyuniversities.ac.uk/toolkit/index.php>
 30. LOV-2011-06-24-29 *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven).
 31. Regjeringen. *Folkehelseloven* [internettside] Helse- og omsorgsdepartementet; [Oppdatert 15.10.2013, siteret 23.09.2016] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
 32. LOV-2007-12-14-116 *Lov om studentsamskipnader* (studentsamskipnadsloven).

33. LOV 2005-06-17 nr 62 *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (arbeidsmiljøloven).
34. FOR 1996-12-06 nr 1127 *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter* (Internkontrollforskriften).

Gøril Ursin, universitetslektor og Ph.d. kandidat
goril.ursin@nord.no
Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap
Nord universitet

Per-Christian Borgen, førstelektor
per.c.borgen@nord.no
Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap
Nord universitet

Ingjerd Gåre Kymre, førsteamanuensis
ingjerd.g.kymre@nord.no
Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap
Nord universitet

Eva Robertson, førsteamanuensis
eva.robertson@nord.no
Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap
Nord universitet

Nøkkelord: helsefremmende universiteter, helsefremmende arbeid, samfunnsaktør, folkehelse.

Keywords: health promoting universities, health promotion, settings, public health.

Søren Bloch Laache (1856–1941) – indremedisinsk professor, polyhistor og stabeis

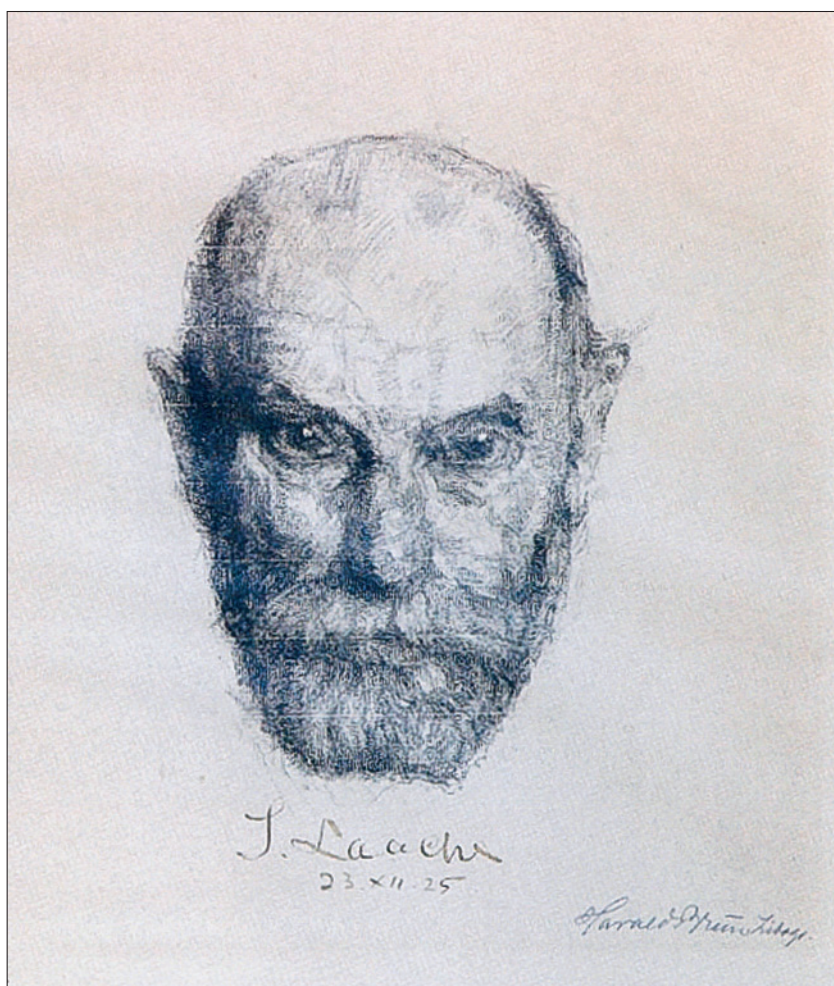
Michael 2017; 14: 117–28.

Knappt noen professor i medisin har over tid øvet større innflytelse over norske leger enn Søren Bloch Laache da han gikk av i 1923 etter å ha undervist mer enn 30 årskull studenter. Han blir ofte husket som mannen som kjempet mot spesialisering innen medisin, men han fortjener langt bedre. Laache var en pioner innen hematologien, en internasjonalt kjent forsker og en fremragende klinisk lærer. Han fremholdt at pasienten måtte diagnostiseres og behandles ut fra et helhetssyn. Indremedisinen var for han et udelelig moderfag. Spesialiseringen kunne han ikke stoppe, men tiltagende spesialisering har medført flere svakheter i omsorgen for pasienter med sykdommer på tvers av organgrenser. I dag er de fleste enige i at pasientene trenger flere generelle indremedisinere.

Søren Bloch Laache iakttar oss med et oppmerksomt og intenst blikk i figur 1. Han var en av Norges mest berømte leger i sin samtid, professor i indremedisin på Rikshospitalet, en mann som sto på barrikadene for det han trodde på og som var elsket av studentene.

Vi skal knapt 90 år tilbake i tid til året 1928. Det holdes en stor internasjonal kongress i medisin i Oslo og festmiddagen arrangeres på Restaurant Kongen. Antrekket er kjole og hvitt. Søren Bloch Laache ankommer per sykkel og går inn. Han er kledd i en gammel bonjour, er uten skjorte og har to stråhatter på hodet. Han blir stoppet inntil man oppdager at den uflidde herre er æresgjesten man har ventet på. Denne historien fyller ut det inntrykk mange i ettertid har om stabeisen Laache – en gammel mann som kjempet mot fremskrittet og spesialiseringen av medisinen. Og man smiler litt av hele historien; åpenbart en alderssvekket mann.

1 Artikkelen er basert på et foredrag som ble holdt i Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum i Det norske Videnskaps-Akademi 26 november 2016. Viktigste kilde er minnetalen som ble holdt av professor dr. med. Olav Hanssen om professor dr. med. Søren Bloch Laache i Det norske Videnskaps-Akademi 6 mars 1942.



Figur 1. Søren Bloch Laache (1854–1941). Litografi av Harald Brun (1873–1927) i 1925.

Jeg ønsker å korrigere bildet. Laache var en glitrende personlighet som fjettet sin samtid med sine enorme kunnskaper, energi og veltalenhet. Årsakene til å trekke han frem 75 år etter hans død er flere. Viktigst er at han var en pioner innen diagnostikk av blodsykdommer, en forsker med en veldig litterær produksjon som omfattet så si alle indremedisinens områder og en fremragende klinisk lærer.

Et personlig minne er at jeg i 1996 hadde arvet Laaches gamle kontor i 2. etasje på Medisinsk avdeling A. Fra kontoret så jeg ned på store containere som ble brukt til bortkjøring av materiale i forbindelse med flyttingen av



Figur 2. Søren Bloch Laache i sitt bibliotek 1(ukjent fotograf)

hospitalet til Gaustad. En dag så jeg at det lå masse bøker i containeren hvorav noen åpenbart var fint innbundet. Så jeg fant en stige og klatret opp i containeren og sto snart begravet i gamle bøker som en gang hadde tilhørt Søren Bloch Laache. Han gikk av ved fylte 70 år i 1924 og i september året før ga han sin store boksamling til Rikshospitalet. Han ble malt av Erik Werenskiold (1855–1938) det året og de som hadde bestilt maleriet, sto



Figur 3. Søren Bloch Laache i sitt bibliotek 2 (ukjent fotograf)

igjen med et overskudd på 716 kroner og 31 øre. Denne summen skulle tjene som «grunnstamme til professor Laaches biblioteksfond, hvis formål skal være vedlikehold, komplettering og utvidelse av det av ham til Rikshospitalets skjenkede bibliotek.» Men slik gikk det ikke. Bokgaven ble flyttet på loftet og skulle nå sendes til forbrenning. Jeg sanket med meg mange interessante bøker og skrifter og også noen tidligere upubliserte bilder av Laache i sitt bibliotek (figur 2–4)



Figur 4 Søren Bloch Laache i sitt bibliotek 3 (ukjent fotograf)

Oppvekst, utdanning og karriere

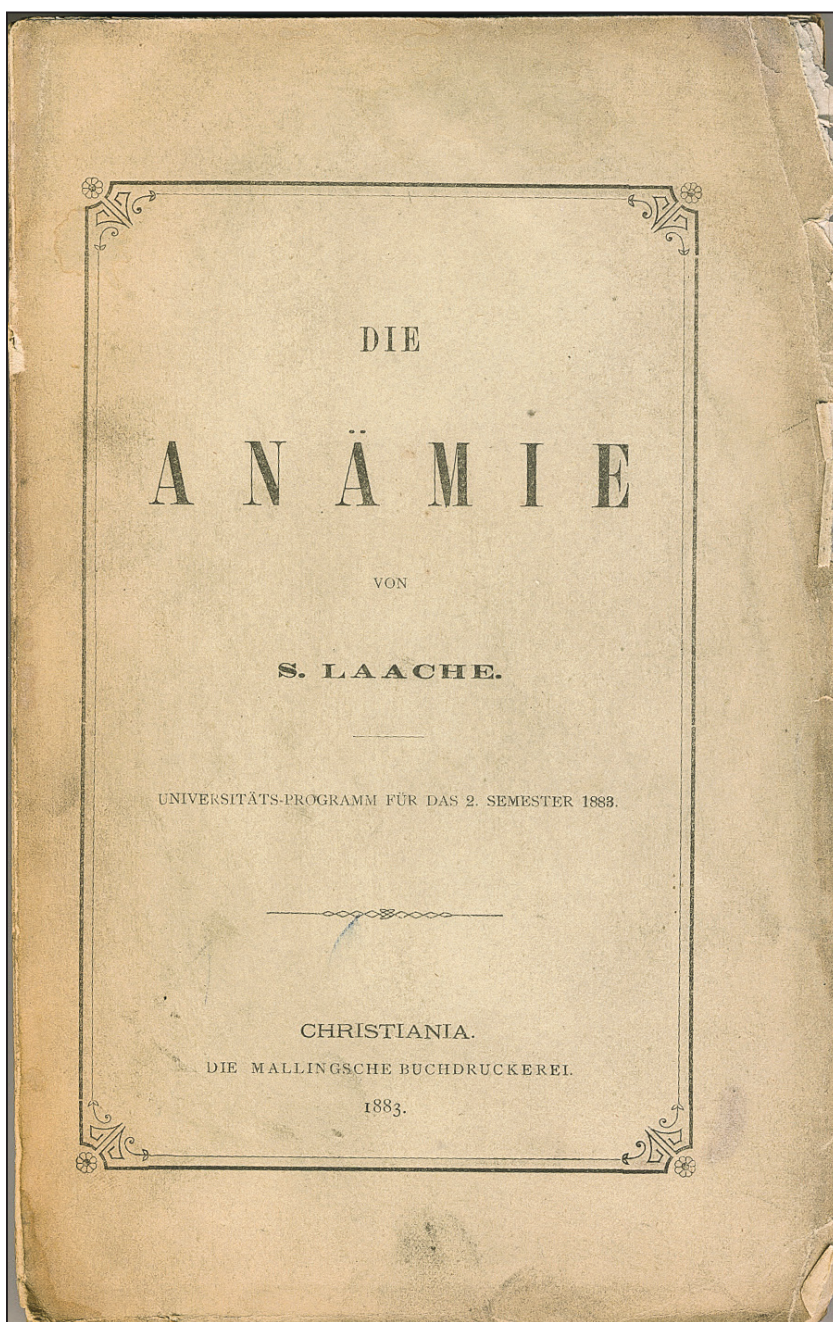
Søren Bloch Laache var sønn av gårdbruker Petter Laache og kone Pauline og ble født i Fet 31 januar 1854. Han giftet seg 24 år gammel med gårdbrukerdatter Hilda Emilie Laache (samme etternavn) (1851–1935) og sammen fikk de fire barn hvorav to sønner og en datter vokste opp (figur 5). Sønnen Rolv ble historiker og statsstipendiat, medlem av Det norske Videnskaps-Akademi og kjent for sin doktoravhandling om Henrik Wergeland (1808–1845). Søren Bloch Laache ble cand. med. i 1877 og arbeidet deretter som almenpraktiserende lege i noen år. Ved siden av dette arbeidet jobbet han som assistent hos professor Jacob Worm – Müller ved Fysiologisk institutt og fra 1881 hos patologen professor Hjalmar Heiberg. Nå skjøt karrieren fart. Han ble reservelege ved Medisinsk avdeling A ved Rikshospitalet i 1883 og fra juli 1887 ble han konstituert som overlege ved Medisinsk avdeling B bare 33 år gammel. Han var da allerede en meget anerkjent lege og forsker pga besvarelsen av Universitetets prisoppgave fra 1881: «Om blodets, navnlig de røde blodlegemers forhold ved anæmiske



Figur 5. Søren Bloch Laache fotografert ca 22 år gammel. (Fotograf Lindegaard, Christiania, ca. 1876)

tilstande». Det var professor Worm-Müller som hadde satt Laache i gang med dette arbeidet som tok fire år. Laache var en av de første som tok mikroskopet i bruk for å vise erytrocyttene utseende ved anemi. Arbeidet var teknisk meget vanskelig fordi Laache måtte mikroskopere ufargede celler. Bare få år senere publiserte Paul Erlich (1854–1915) en metode for å farge blodceller. Dette gjorde mikroskopien meget enklere og kom til å revolusjonere hematologien. Laache mestret imidlertid vanskelige arbeidsforhold. Spesielt berømt ble Laache for beskrivelsen av erytroblastene ved pernisiøs anemi. Også de eiendommelige krisene ved denne den gang livsfarlige sykdommens ble nøye beskrevet. For besvarelsen fikk han Professor Skjelderups gullmedalje. Første del av avhandlingen ble senere trykt som universitetsprogram med tittelen «*Die Anämie*» i 1883² (figur 6). Boka ble hurtig et referansearbeid i hele Europa og Laache fikk tilnavnet Der Blutlaache. Hans litterære produksjon var meget omfattende og omfattet hele

2 Laache SB. *Die Anämie*. Universitäts-Programm für das 2. Semester 1883. Christiania 1883. 276 sider



Figur 6. Die Anämie – Boka som gjorde Søren Bloch Laache internasjonalt berømt i løpet av et par år.

det indremedisinske fagfelt^{3,4,5}. Han var særlig interessert i tolkning av symptomer som kunne omfatte flere organer slik som svimmelhet, varme-regulering og feber, endokarditt og forandringer på tungen ved patologiske tilstander⁶. Hans bok om klinisk urinalyse⁷ fikk europeisk utbredelse og ble oversatt til tysk, fransk, italiensk og gresk. Han tok doktorgraden i 1890 på et arbeid om tuberkuløs lungesykdom⁸.

I 1894 døde professor Emanuel Winge ved Medisinsk avdeling A og Søren Bloch Laache overtok undervisningen som «tilforordnet» professor. I 1896 utnevnes han 40 år gammel som professor i patologi og medisinsk terapi og satt i dette professoratet til han gikk av i 1924.

Slaget med «detaljistene» om spesialisering innen medisin

Laache var fra 80-årene et fremtredende og etter hvert ledende medlem i de viktigste organisasjonene innen norsk medisin: Det norske medicinske Selskab, Den norske lægeforening (stiftet i 1886) og tidsskriftene. Han startet som opprører som medlem av Bjærget – en pjoiter og tobakksklubb innen Det norske medicinske Selskab. Bjærget gjorde opprør mot fakultetet og professorene. De mente medisinen var et anvendt fag og krevde reform av så vel studiet som praktiseringen av medisin. Unge praktikere sto opp mot gamle teoretikere. Han var førstesekretær i Det norske medicinske Selskab i perioden 1884–1892 og redigerte i samme periode *Norsk Magazin for Lægevitenskapen*. Derfor satt han helt sentralt da opprørske legene tok initiativet til å stifte Den norske lægeforening i 1886. Senere inntok han en vesentlig mer konservativ rolle. Den saken som mer enn noen annen preget Laache i 20 år rundt århundreskiftet var kampen mot spesialisering innen medisin, eller kampen mot «detaljistene» som Laache yndet å kalle dem. Dette var ingen arena for sarte sjeler. Ordbruken var til dels meget krass. Laaches hovedmotstander var Vilhelm Uchermann (1852–1929) som hadde arbeidet som militærlege og lege ved Lofotfisket, etterfulgt av legepraksis i USA og Kristiania. Han mente at eneste dugelige vei for sykehusleger var å spesialisere seg. Selv ble han spesialist i hudsykdommer og senere overlege

3 Laache SB. *Om perkussion af hjertet*. Festskrift i anledning af doctor medicinae Hjalmar Heibergs 25 aars jubileum som professor ved Kristiania universitet. Kristiania 1895, side 61–87

4 Laache SB. Om St. Veitsdans og lignende tilstande. *Norsk Magazin for Lægevidenskapen* 1901, side 97–215

5 Laache SB. Om paralytiske tilstande i gastro-intestinaltraktus, særlig den akutte og subakutte mave-dilatation. *Norsk Magazin for Lægevidenskapen* 1904, side 481–525.

6 Laache SB. *Die Wechselbeziehungen in der menschlichen Pathologie und Therapie. Eine allgemein-medizinische Studie*. Stuttgart 1905. 75 sider.

7 Laache SB. *Harn-Analyse für practische Ärzte*. Leipzig 1885. 166 sider.

8 Laache SB. Om empyema pleurae, kliniske iagttagelser med specielt hensyn paa den operative behandling og dennes komplikationer. Avhandling for doktorgraden. *Norsk Magazin for Lægevidenskapen* 1889, side 613–810.

og professor i Øre-nese-hals-faget. Uchermanns innsats førte til en rekke reformer, ikke minst innen hva vi i dag vil kalle samfunnsmedisin. Gang på gang var han i tottene på Laache og presset på forskjellig vis Laache til å bli en forsvarer av det bestående.

Laaches overbevisning var at leger som oftest må løse sine oppgaver alene uten andre hjelpemidler enn sine fem sanser, sine hender og sunt skjønn. Derfor burde indremedisin være det medisinske studiums rygggrad og måtte ikke deles opp i spesialiteter. Laache førte kampen under feltropet «*Medicina interna una et indivisibilis*» overalt hvor han opptrådte, i fakultetet, på overlegemøter, i Det norske medisinske Selskab og i tidsskriftene. Han omtalte Øre-Nese-Hals avdelingen for «en avdeling for neseblødning» og da det kom forslag om tilsetning av en overlege i røntgendiagnostikk utbrøt han: «Overlege? Umulig, en fotograf?». Da spesialiteten neurologi skulle opprettes, nøyde han seg ikke med å protestere men skrev selv en lærebok i faget⁹. Den ble ingen suksess, men forteller mye om hvor steilt frontene sto. Denne læreboken har forøvrig et interessant innledningskapittel der Laache redegjør for undervisningen i indremedisin som strakk seg over 10 semestre. Han var godt fornøyd med dette fordi hans forgjenger Emanuel Winge (1827–1894) hadde trengt 20 semestre for å dekke faget på en forsvarlig måte. Laache var for øvrig meget interessert i historie og hadde forbilder tilbake til den antikke medisin. I 1911 beskrev han utviklingen i norsk medisin gjennom de siste hundre år i anledning Universitetets 100 års jubileum.¹⁰

En fremragende lærer

Knappt noen professor i medisin har over tid øvet større innflytelse over norske leger enn Søren Bloch Laache da han i 1923 gikk av etter å ha undervist mer enn 30 årskull studenter. Han var den suverene kliniker med blikket for det vesentligste og en sjelden evne til å finne en rammende karakteristikk. Han ble beskrevet som usedvanlig veltalende og hans formuleringer var preget av livlige og fengende ideassosiasjoner. Nettopp i undervisningen kunne Laache kjempe for sin sak, den udelelige indremedisinen, og den muligheten brukte han til gagns. Han nedla et enormt arbeid som kliniker og rollemodell ved sykesengen, men også hans kateterforelesninger var berømte. Studentene elsket ham og han stilte gjerne opp på deres fester. I 1897 skulle det holdes Oktoberfest – som i likhet med festen av samme navn i min egen studietid – var meget fuktig og preget av

9 Laache SB. *Neurologi. Forelesninger og klinikker i den interne medicin*. Kristiania 1923, 429 sider

10 Laache SB. *Norsk medicin i hundrede aar*. Kristiania 1911, 289 sider. (Tillegg til *Norsk Magazin for Lægevidenskab* september 1911 i anledning av Universitetets 100 årsjubileum.)

grove vitser. En kvinne hadde fått tak i et menykort fra festen og krevde at direktøren ved Rikshospitalet skulle avskjedige studentene som satt i festkomiteen. I fakultetsrådet sto professor Nicolaysen opp og sa omtrent følgende: «Kan de spise etter en slik meny, ja da kan de s'gu klare praktikant-tjenesten også». Og Laache tilføyde: «De villeste føll blir de beste hester, og de lidderligste medisinerer blir de beste leger.» Laache fikk rett. De skyldige ble senere fremtredende universitetslærere.

Da Laache forlot avdelingen for siste gang i 1924 gikk han mellom rader av studenter som dannet espalier fra avdelingen, gjennom hospitalsparken ut porten. Og ut på kvelden den 31 januar 1924 gikk 400 studenter i fakkeltog fra hospitalet, opp Wergelandsveien til hjemmet hans i Oscars gate hvor Laache tok mot hyllesten fra altanen og talte til studentene.

Laache var legendeskapende.¹¹ En dag kom han gående til porten på Rikshospitalet og ble stående å betrakte oppslagtavlen. Så snur han seg og spør «Kommer jeg eller går jeg?». Han er også tillagt en vandrehistorie fra eksamen i medisin der et spørsmål var: «Hva er det med rødvin?» Det eneste riktige svar var «rødvin kan blandes med vann i alle forhold» og var angivelig måten Laache sjekket at studentene hadde vært til stede på hans forelesninger.

Ellers var han en original i bybildet med langt skjegg, hatt og frakk, alltid syklende og med dokumentmappe på bagasjebrettet. I senere år hadde han et urinkateter i hattebremmen i tilfelle det var vanskelig å late vannet. Han hadde en samlemani som studentene visste å utnytte. Han samlet på pinner, trestykker og annet brennbart. Studentene la pinner i veien der de visste han ville komme syklende og ganske riktig; Laache steg av sykkel, plukket opp pinnene og surret dem fast på bagasjebrettet før han syklet videre. En forklaring på denne store interessen for ved var at professorene på Rikshospitalet måtte finansiere oppvarmingen av kontorene sine selv. Laache var angivelig svært gjerrig og brukte enhver anledning til å redusere utgiftene til oppvarming. Blant annet satt han på en gardintrapp når han leste. Dette for å komme så høyt som mulig der varmluften samlet seg.

Avslutning

I 1930 ble et portrett av Søren Bloch Laache, malt av Hans Ødegaard (1876–1943) overrakt Det norske medisinske Selskab (figur 7). Han ble valgt til æresmedlem av Det norske medisinske Selskab i 1933 og av Den norske legeforening i 1936. Han deltok aktivt i faglige samlinger også etter at han var blitt pensjonert. I hans bibliografi utarbeidet av Isak Kobro

¹¹ Takk til Erlend Hem og Jon H. Laake for verdifullt materiale.



Figur 7. Søren Bloch Laache (1854–1941) malt i 1930 av Hans Ødegaard (1876–1943) og donert Det norske medicinske Selskab.

(1867–1953) er det oppført 45 arbeider i perioden 1924–1939, hvorav langt de fleste er trykte diskusjonsinnlegg fra Det norske medicinske Selskab. Han døde i 1941. I norsk medisinsk historie har han en ruvende plass som vitenskapsmann med stor bredde. Hans største innsats var i blodsykdommer og spesielt beskrivelsen av pernisiøs anemi. Han tenkte og levde for medisinen, engasjerte seg usedvanlig bredt og publiserte en strøm av artikler i

nasjonale og internasjonale tidsskrifter og på flere språk. Og han var en fremragende lærer. Var han en stabeis? Ja, hva gjaldt spesialiseringen av medisinen var han ikke på vinnerlaget. Laache skjønte at utviklingen gikk han imot og at han nok hadde tatt feil. Ved en bankett som landets indremedisinere holdt for han i 1921 sa han at han følte seg «som en ensom fugl der ikke overbeviste mange, og som selv ikke ble overbevist.» Men utviklingen har gitt han noe rett. Stadig økende spesialisering har medført flere svakheter i omsorgen for pasienter med sykdommer på tvers av organgrenser. I dag er de fleste enige om at pasientene trenger flere generelle indremedisinere.

Stein A. Evensen

professor

Universitetet i Oslo

s.a.evensen@medisin.uio.no

Markeds plass eller samfunn

Ottar Brox:

På vei mot et postindustrielt klassesamfunn?

Oslo: Pax forlag a/s, 2016.

207 s.

ISBN 978-82-530-3897-1

Pris: NOK 175,-

Michael 2017; 14: 129–30.

En senior i samfunnsfagene, professor Ottar Brox (f. 1932), har slått til med en bok igjen. Den er liten og uanselig, men det er bare utenpå. Basert på et langt liv som politiker, forsker og samfunnsaktør på forskjellige arenaer presenterer han her i en fortettet form analyser og synspunkter på en rekke viktige forhold i norsk samfunnsutvikling fra 1800-tallet og fram til nå.

Boka har undertittelen «Om vi vil unngå for store forskjeller i våre barns Norge, er det mye å lære av våre forfedre.» Dette signaliserer en grunn tanke som går igjen hele veien, nemlig at vi bør lære av historien at målet for økonomisk politikk ikke bare behøver å være å skape vekst, men også å skape sosial utjevning og likhet. Begrunnelsen for dette er enkel: Historien forteller oss hvordan økende klasseforskjeller skaper vanskelig løsbare sosiale problemer i mange land. Slik var det før, og slik er det nå. Da er mottrekket å legge til rette for likhet, noe Brox mener vi i Norge hittil har lyktes med i stor grad. Mindre forskjeller betyr bedre samfunn – dette er en tese Brox spikrer fast allerede i innledningen.



Ottar Brox har røtter på Senja og hans sjel er godt forankret i distrikts-Norge.

Dette gjenspeiles også i denne boka. Eksempelene er gjerne hentet fra problemer på bygda. F. eks. er hans analyse av småbrukene i Norge interessant. Her har erfaringene fra tidligere tider dagsaktuell relevans. Mange småbruk gjorde det mulig å ha en hybrid av lønnsarbeid og egen produksjon, enten for salg eller til eget forbruk og livsopphold. Småbrukene representerte derfor en slags buffer mot næringslivets konjunkturer, av stor viktighet i utviklingen av det moderne Norge, spesielt i distriktene. Gikk det nedover en periode, kunne sauene og sjarken holde de verste vanskene unna til det igjen ble bedre. Mangesysleri og selvlærthet i flere praktiske yrker, slik livet på et småbruk fordrer, kunne også lette omstilling til nye jobber når slike bød seg. Og et produksjonspotensial ble opprettholdt.

Selve forholdet mellom bygd og by er et annet hovedtema som angis som en av begrunnelsene for å skrive boka. Synsvinklene som må anlegges her må være forskjellige, fordi premissene for det rurale og det urbane liv er forskjellige. Brox er en primærnæringsmann og ser på dikotomien periferi-sentrum i lys av det. Men han beskriver også de interne konfliktene innen næringene i distriktene. F. eks. forholdet mellom heltids- og deltidsbønder kunne vi gjerne hørt litt mer om.

Boka munner ut i en diskusjon av det Brox kaller den postindustrielle trusselen.

I konklusjonen, som dessverre står litt bortgjemt på side 168 i den 207 sider tykke boka, slår han fast at i et levedyktig samfunn må det være slik at en tilstrekkelig del av folket kan skaffe seg det de trenger til livets opphold uten å være avhengig av at det finnes en arbeidsgiver som vil betale for deres tjenester. Landet blir en *markeds plass*, ikke et *samfunn*, dersom det ikke har bruk for alle sine borgere.

Hvem vender boka seg til? Selvsagt: Alle som fra før av er interesserte i samfunnsforhold og samfunnsfag. Men boka er delt opp i korte, velskrevne enkeltkapitler som kan leses med stort utbytte hver for seg av hvem som helst. Som ord for dagen fra en engasjert samfunnsforsker.

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

Psykosens fire faser belyst med Gunvor Hofmos dikt og biografi

Michael 2017; 14: 131–52.

Gunvor Hofmo (1921–95) var en av våre mest fremragende modernistiske lyrikere, og kan leses med stort utbytte uten kjennskap til hennes liv. Hun ga ut 20 diktsamlinger og etterlot seg også en stor samling upubliserte dikt. I hele sitt voksne liv led hun av en kronisk paranoid psykose. Fra ung alder gjennomlevde hun alle fire faser av en slik lidelse: det premorbide, prodromale («varsselfasen»), akutt psykotiske og kroniske stadium. I denne artikkelen har jeg foretatt en nærlesning av hele hennes produksjon (1, 2) og plukket ut dikt fra de fire fasene, dikt som kan uttrykke hvordan hun opplevde sin indre og ytre verden i en psykiatrisk kontekst. Eksempelene gir pasienter en stemme, og maner til refleksjon over hvordan en alvorlig psykotisk lidelse kan oppleves smertefullt og isolerende, men likevel ikke hindre en kreativ utfoldelse av beste merke.

I 1946 og i 1948 – rett etter den annen verdenskrig – debuterte en kvinne med to diktsamlinger som ble svært positivt mottatt av kritikerne. Flere kjente europeiske poeter som Paul Celan (1920–70) hadde uttalt at etter Auschwitz og Hiroshima var det ikke lenger mulig å skrive dikt. Opplevelsen av en ødelagt virkelighet dominerte for sterkt. Men så kom det altså likevel to norske diktsamlinger som kritikerne mente på en glimrende måte satte ord på nettopp denne etterkrigstidens opplevelse av en splintret virkelighet. Titlene antydte også et slikt tema: *Jeg vil hjem til menneskene* (1946) og *Fra en annen virkelighet* (1948).

Forfatteren var en 25 år gammel, ugift kvinne som hadde «ettermiddagsjobb på en av byens kinematografer, og om formiddagen går (..) på Universitetet og hører forelesninger i litteraturhistorie», som det sto på baksiden av den første boka. Hun var oppvokst og bodde i en leiegård i bydelen Ila i Oslo. Hennes navn var Gunvor Hofmo. Etter hvert ble hun

en av våre fremste modernistiske lyrikere, og hun fremstår i dag som en av vår litteraturs sterkeste poeter (3).

Det man den gangen ikke kunne vite, var at da hun skrev de første diktene, var hun allerede i den tidlige fasen av psykoseutvikling som vi betegner prodromalfasen («varselfasen»). Den kjennetegnes nettopp ved en gradvis forandret virkelighetsoppfatning. Vi kan derfor nå i ettertid se at hun maktet, på en autentisk og gripende måte, å forene opplevelser fra verdenskrigens fem år med sin egen indre følelse av en truende og oppløst virkelighet.

Å lese med psykiatriske briller

Min psykiatriske interesse for Gunvor Hofmos psykoselidelse startet med den gedigne boka til Jan Erik Vold om Gunvor Hofmos liv og diktning: *Mørkets sangerske* (4). Den inneholder biografiske opplysninger, dagbokopptegnelser, prosatekster, utdrag av psykiatrijournaler, omtale av flere i familien som var eller hadde vært psykotiske, en vurdering av hennes diktning, osv. Den dikteriske siden av henne er blant annet drøftet i en antologi (5). Volds bok kom samtidig med at jeg var i gang med et større forskningsprosjekt om pasienter med førstegangpsykose (6). Vi var opptatt av hvordan pasienter opplever sitt liv før, under og etter psykosen. Gunvor Hofmo var tydeligvis en person som både hadde hatt slike opplevelser og hadde gitt et kunstnerisk uttrykk for dem. Hvis jeg leste alle hennes publiserte og etterlatte dikt, kunne jeg kanskje finne eksempler som uttrykte bedre enn faglitteratur hvordan det kan oppleves å bli og å forbli psykotisk over år? Ingen taushetsplikt hindret meg i å offentliggjøre det jeg oppdaget ved min nærlesning. Jeg tok dermed på meg mine psykiatriske briller, og gikk på jakt i Hofmos *Samlede dikt* (1) og *Etterlatte dikt* (2). Det jeg så etter var dikt som kunne tolkes som et uttrykk for nettopp den fasen i den psykotiske utviklingen og den kontekst som Hofmo befant seg i da hun skrev dem. Jeg fant flere passende dikt enn det en artikkel kan romme. Andre lesere ville kanskje valgt andre dikt.

Blir det feil å lese en litterær tekst med psykiatriske briller? Den største fallgruven er å bruke teksten diagnostisk og se på teksten utelukkende som symptomer på en psykisk lidelse, såkalt reduksjonisme. Etter min mening er det derimot uproblematisk å lese teksten som et autentisk uttrykk for en indre tilstand hos et menneske i en bestemt kontekst. Da får pasienter i samme situasjon en stemme. Jeg er klar over at i litteraturvitenskapen har det vært, og er det til dels fortsatt, en skole som mener at man utelukkende skal holde seg til teksten (7). Forfatterens biografi, konteksten som teksten ble skrevet i, forfatterens hensikt eller mening med verket og lesernes emo-

Gunvor Hofmo (1921–95)

- En av Norges fremste modernistiske lyrikere.
- Oppvokst i Oslo, ugift, venninne i 1940–42 med Ruth Maier som ble drept i Auschwitz.
- Fra 1953 kronisk paranoid schizofreni, behandlet i mange år i Gaustad sykehus
- Utga 20 diktsamlinger under sin sykdomsperiode.
- Bibliografi fordelt etter fasene i psykoselidelsen:
 - Premorbid fase: Ungdomsdikt (publisert i *Etterlatte dikt*, 1997).
 - Prodromfase: *Jeg vil hjem til menneskene* (1946), *Fra en annen virkelighet* (1947) og *Blinde nattergaler* (1951).
 - Akutt psykose (1953): *I en våkenatt* (1954), *Testamente til en evighet* (1955).
 - Kronisk psykose: Etter en pause på 16 år utga hun i 1971 diktsamlingen *Gjest på jorden*. I årene 1972–94 utga hun ytterligere 14 diktsamlinger; den siste kom året før hun døde: *Epilog* (1994).

sjonelle reaksjon på det, skal man se bort fra. Det eneste som er viktig, er hvilken mening leseren finner i teksten.

I mitt utvalg av dikt har jeg valgt slike som gir mening ved en psykiatrisk orientert nærlesning. I det psykiatriske blikket ligger det alltid å spørre seg om personens tidligere og nåværende liv påvirker den atferd som kan observeres, for eksempel å dikte. Jeg har derfor tolket disse diktene i forhold til det vi vet om forfatterens biografi. De aller fleste diktene kan leses med stort utbytte også uten å kjenne til dette. Men jeg mener at kjennskapet til forfatteren som person gir en utvidet mening som er verdifull. Som eksempel på betydningen av å kjenne konteksten, kan jeg nevne det korte diktet *Til Kina* av Olav H. Hauge (1908–94). Det beskriver et forjettet land (8). Men når vi får vite at Kina er navnet på matsalen ved Valen psykiatriske sjukehus, der Hauge flere ganger var innlagt, får diktet en utvidet mening.

Psykosens fire faser

Det er naturlig å dele opp konteksten for Hofmos diktning i de fire fasene som kjennetegner forløpet av en psykoselidelse som blir kronisk:

- Premorbid fase: konteksten for hennes ungdomsdikt.
- Prodromalfase: det skjer en gradvis forandring av personen med begynnende svake psykosetegn.
- Akutt psykose: den manifeste psykosen starter.
- Kronisk psykose: årene med psykoselidelsen fram til hun dør.

Den premorbide fasen

Den personlige sårbarheten i barndom og ungdom viser seg hos noen som senere blir psykotisk ved:

- En tendens til å utvikle et innadvendt, privat tankesystem og trosforestillinger, og tendens til magisk tenkning, uvanlige sanseopplevelser, selvhenføring, eksentrisk oppførsel.
- I perioder å svinge sterkt mellom lyst og ulyst, glede og tristhet.
- Sosial tilbaketrekning fra jevnaldrende. Ensomhet og isolasjon er karakteristisk.

Tekstene i denne fasen er basert på dagbokopptegnelser og etterlatte dikt. De viser både at hun tidlig kunne skrive som en dikter, og at ensomheten og frykten for å gå i oppløsning allerede var to av hennes hovedmotiver. Gunvor Hofmo var ensom i hele oppveksten. Hun betrodde seg aldri til noen i familien, var alltid mørkredd. «Følte krigen før den kom». Fra ti års alder ville hun bli dikter. I to dagboknotater (4) viser hun både et forfattertalent og noen opplevelser som kanskje kan knyttes til den senere psykosen.

- 11 år (1932) på skolen: «Plutselig under sangen, åpner noe seg. Du går gjennom Verden derute. Alle fanger sammenlenket i pine, alle undertrykte folkeslag reiser seg, alle unge, alle gamle ser på deg, alle de fattige du når i dette øyeblikk med skjelvende, angstfull medlidenhet».
- 13 år (1934) på plenen en sommerdag: «Plutselig blinker et lyn i deg, du kastes ut i mørket mange år fremover. Du står foran deg selv, moden, og forsøker å krype inn igjen i ditt 13-årige hylster.»

De kommende to diktene skildrer hovedtemaene som også kommer senere: En dyp splittelse og en forferdelig ensomhet. Hun både søkte og ville flykte for den undergangen som hun kanskje ante at lå foran henne.

UNGDOM

Min ungdom er stjernen som brenner
og slukner bratt en kveld,
blir til en liten størknet elv
som aldri fant fram til det store hav.

Min ungdom er fuglen som skriker
hest og vilt i den svarte natt,
som flakser med blodige, trette vinger
og ikke slipper ut av det tette kratt.

Min ungdom er treet som visner
av mangel på sol og luft
derute i bakgårdens skygge
blant søppelkassenes avfallsduft.

(skrevet 16 år gammel, publisert i Etterlatte dikt, 1997)

DET GIKK EN PIKE

(...)

Piken var ensom, hun slet seg fram
uten sang.

Hun eide en eneste lengsel tilbake:
lengselen mot undergang.

(...)

Det var stunder

da hun flyktet vilt som barn i skrekk
fra sitt kolde, døde hjerte: «Du må vekk
fra dette her, ellers går du under!»

(skrevet 16–17 år gammel, her gjengitt i utdrag, publisert i Etterlatte dikt, 1997)

Ensomheten brytes: Ruth Maier (1920–42)

Ruth Maiers dagbøker og brev er et viktig og gripende dokument. Vi følger den unge østerrikske kvinnen fra hun er 13 år og til hun er 22 år gammel, da hun fraktes fra Oslo til Auschwitz (9). Hun forteller at hun tjue år gammel treffer den jevnaldrende Gunvor Hofmo. Hun synes straks synd på henne. Gunvors familie har ikke råd til at hun kan studere, «hjemmet hennes er ikke bra», «faren er så nervøs at han må bo for seg selv». Maier ser snart Hofmos svakheter, «hennes tendens til å synke helt inn i seg selv», «hennes fjernhet», «hennes måte å lytte apatisk på», og hennes snakk om «å gå til grunne», «hennes brå stemningssvingninger.» «I Gunvor finnes en dyp melankoli som iblant overmannet henne aldeles uhyggelig. Da behøver hun meg. Da blir hun, store jenta, som et lite barn... Akk, jeg føler det i hjertet som en mor som har et sykt barn og ikke kan hjelpe».

Det Maier ikke visste, var at Hofmo i den tiden hun kjente henne, var i prodromalfasen av sin senere psykose. De to er «som ett». Men forholdet blir likevel helt fra starten preget av turbulens. Snart avviser den ene, snart den andre. Maier blir forvirret av Hofmos plutselige og uforståelige avvísninger. Og et år før hun dør, erkjenner hun: «Alt ved henne kommer til å smerte meg, også hennes kjærtegn, fordi jeg alltid vil tenke: Hun vil gå fra meg... I morgen går hun... Jeg må gråte når jeg ser henne». De fortsetter å være venner, men Maier har ingen dypere tilknytning til noe levende menneske enn til Gunvor. Til sist er det bare jødene som folk hun er knyttet til. Og hun følger med dem til Auschwitz (10).

En rekke av Hofmos dikt henspiller mer eller mindre åpent til tapet av Ruth Maier, det eneste menneske hun knyttet seg til. Her er to eksempler på hvordan det var å bli så forlatt. Begge dikt er fra første samlingen: *Jeg vil hjem til menneskene*. Dit kom hun bare gjennom sine dikt.

DET FINNES INGEN
HVERDAG MER
Gud, hvis du ennå ser:
det er ingen hverdag mer.

Det er bare stumme skrik,
det er bare sorte lik

som henger i røde trær!
Hør hvor stille det er.

Vi vender oss for å gå hjem
men alltid møter vi dem.

Alt vi fornemmer en dag
er de dreptes åndedrag!

Om vi i glemsel går:
det er asken deres vi trår.

Gud, hvis du ennå ser:
det er ingen hverdag mer.

(Jeg vil hjem til menneskene, 1946)

NATTEN
I tomme gater vandrer
et barn som er blitt blindt,
og rører ved ditt vindu
så sakte og så lindt.

Det kryper inn i rummet
og puster ved ditt kinn,
og smertene de sover
i duft og kjølig vind.

Dets kolde, fine hender
er rede til å gi
en gave som er glemt alt
når mørket er forbi:

Dypet bakom bilder
og ømhet uten bunn
ensomhet som flammer
uten mæle, uten munn.

I tomme gater plystres
en spinkel melodi,
og det du tror er natten,
er barn som går forbi.

*(Jeg vil hjem til menneskene,
1946)*

Prodromalfasen

Prodromalfasen («varselfasen») har vanligvis tre stadier (11, 12):

- Subjektiv følelse av at noe er forandret, uvirkelig, galt, selvet blir endret eller oppløst. Atferden er ennå ikke påfallende for andre.
- Atferd endres og andre kan observere det. Personen er mer irritabel, depressiv, angstpreget, har tvangssymptomer, er anorektisk, suicidal, søvnløs, osv.
- Personen opplever de første psykotiske symptomer i lett grad, f.eks. hører én stemme eller at en annen påvirker tankene.

Tre dagboksnotater fra en reise i 1947, dvs. i prodromalfasen, belyser typiske endrete sanseopplevelser:

Selvhenføring

(...) Siste gangen jeg så deg lo du. Var det av meg du lo, var det for å fornærme? Det er meg likegyldig (...) selv om jeg var glad i deg (...). Du er munter og grusom (...), ond og god på samme tid (...). Jeg måtte smile noen ganger når vi gikk forbi hverandre på gaten, du snufset for å fornærme meg (...), jeg følte hvordan trekkene dine ble spente av hat og opphisselse fordi jeg smilte.»

Virkelighetsforandring

«Men når du er meget trett, kommer døden fram. Og da er den farger som kommer altfor tett inntil, da er den lyd som skjærer altfor sterkt, da er den tid og rum som blir forskjøvet: du går på gaten og tenker: Men dette er jo ikke nå! Din bil som kjører ute i gaten, den har kjørt for lenge siden, du er jo død for lenge siden, og hvorfor går du her.»

Jeg-oppløsning

«Det var i en fremmed storby. I mange måneder flakket en omkring i gatene, og hadde det visst ikke særlig godt, hverken sånn eller slik. Men en dag det var riktig ille, da en kjente sitt eget «jeg» langt opp i halsen, og menneskeansiktene strøk forbi en som noe motbydelig og fiendtlig og truende (...): da kjente en plutselig hvordan en ble revet løs fra seg selv, at ens «jeg» ble oppløst i en sterk lykkefølelse, at en fornemmet Gud og ikke mer var til».

Diktene fra prodromalfasen gir et voldsomt sterkt inntrykk av den oppløsning av «jeget» som er i ferd med å skje (4).

ENSOMHET 1

Du som engang var hjemme hos menneskene
og kjente deres smil og tårer
kime i stillheten inn i deg,
du er gått ut på veiene
hvor tomheten skriker
at du er revet ut av sammenhengen,
du er gått ut på de mørke veiene,
jaget av en ny virkelighet.

Og av redsel for mørket
og for stillheten
hvis avgrunner ikke kan måles,
besynger du ensomheten,
besynger du selve forbannelsen.

Og mørket forstørrer ditt ansikt,
og stillheten forstørrer din røst
og ofte hender det at du står utenfor deg selv
og ser at din sjel er ved å tilintetgjøres av kulden,
gli ut i mørket mer meningsløs
enn en tanke som aldri er blitt tenkt.

Og ensomheten er huset ved veien
du raver dødstrett inn i
og finner varmt og trygt og godt.
Og ensomheten er frosten
som gjennomryster deg senere på natten,
vinden som iser gjennom åpne sprekker
og istykkerslåtte vinduer,
og jager deg ut igjen.
Men ensomheten er fortvilelsen
som hyler over veiene.

(Jeg vil hjem til menneskene, 1946)

Det neste diktet sto allerede som nr. 2 i den første diktsamlingen. Jeg tror ikke det er tilfeldig at dette kommer så tidlig i hennes produksjon. Hun hadde faktisk en psykotisk tante og også andre med psykose i familien. Er ikke dette også et frampek til hennes egen senere psykose?

DEN SINNSSYKE TANTEN

Sort piano, hvit nips.
Pianoet spiller ikke,
barn leker ikke.
Luften er aldri svanger
av kjærlighet.
Livets groende kimer
finner ingen jordbunn her.

Dagene tærer henne.
Nettene ruller, ruller
over de stirrende øyne
som tordnende tog.
Pannen blir alltid hvitere,
øyenlokkene sortere,
munnen mer forvridd.

Dufter hun ikke har åndet,
menn hun ikke har kjent,
liv hun ikke har levet
brenner hennes sjel
til aske.

Hun var den livsredde ensomhet
som ingen befridde.
Hun var den bitreste lengsel
som ingen stillet.
Hun møtte den dødelige kulde
og gikk under.

(Jeg vil hjem til menneskene, 1946)

Det kommende diktet valgte hun selv ut til en antologi som det beste hun hadde skrevet (13). Her er vi ved kjernen av en prodromal opplevelse. Ingen poet har noen sinne gjort dette bedre.

FRA EN ANNEN VIRKELIGHET...

Syk blir en av ropet om virkelighet.

Altfor nær var jeg tingene,

slik at jeg brant meg igjennom

og står på den andre siden av dem,

der lyset ikke er skilt fra mørket,

der ingen grenser er satt,

bare en stillhet som kaster meg ut i universet av ensomhet,

å av uhelbredelig ensomhet.

Se, jeg svaler min hånd i kjølig gress:

Det er vel virkelighet,

det er vel virkelighet nok for dine øyne,

men jeg er på den andre siden

hvor gresstrå er kimende klokke av sorg og bitter forventning.

Jeg holder et menneskes hånd,

ser inn i et menneskes øyne,

men jeg er på den andre siden

der mennesket er en tåke av ensomhet og angst.

Å, om jeg var en sten

som kunne rumme denne tomhetens tyngde,

om jeg var en stjerne

som kunne drikke denne tomhetens smerte,

men jeg er et menneske kastet ut i grenselandet,

og stillheten hører jeg bruse,

stillheten hører jeg rope

fra dypere verdener enn denne.

(Fra en annen virkelighet, 1948)

Akutt psykose

I 1953, da hun er 32 år gammel, får Gunvor Hofmo sitt første psykotiske sammenbrudd med alle symptomer på paranoid schizofreni: stemmehøring, forfølgelsesopplevelser, forgiftningsideer, stjeling av tanker, dikt, identitet, etc. I årene 1950–53 bodde hun sammen med lyrikeren Astrid Tollefsen (1897–1973) i et lite hus utenfor Tvedestrand (3). Tollefsen beskyldes for å stjele ord, setninger og dikt fra henne. Hofmo innlegges i psykiatrisk avdeling (16. avdeling), Ullevål sykehus med angst for å bli satt fyr på. Senere kommer hun med alvorlige drapstrusler mot legen sin der, den østerrikskfødte jøden Erika Stekel (1914–88), som den gang het Erika

Wendelbo. Hofmo blir tvangsinnlagt i Gaustad sykehus, og det er rimelig å anta at hennes to hovedsymptomer har med hennes venninne Ruth Maiers død å gjøre.

I de neste to årene utgir hun to samlinger: *I en våkenatt* (1954) og *Testamente til en evighet* (1955). Det kommende diktet skildrer en psykotisk opplevelse. Veggene og tulipanen påvirker hovedpersonen (influen্সfenomen), men hun lar seg ikke påvirke. Den døde forfatteren er Tor Jonsson (1916–51) som begikk selvmord noen dager før.

TULIPANEN OG EN DØD...

«Du er redd nå, du er redd,»
mumler bordet
de kalkede vegger,
for tulipanens øye er blitt enda større!

Tulipanens øye er blitt enda større –
og fyller det fremmede rum
med avsindig liv.

Det er som om veggene blusser
og mitt hjerte blusser
i snørende angst:

«Hva vil du meg, tulipan
hvem ber du for?»

Men tulipanen stirrer og stirrer
vidt åpent som et døvstumt barn
i dødsangst..mens dens søsken står med bøyd hoder
og blinde blikk...

De kalkede vegger i hotellrummet blusser
gjennom mine angstfylte spørsmål:

«Redde hvem, redde hva, stirrende tulipan?»

Og jeg ser på den om den vil forvandles
til det egentlige foran meg,
bli veldig og vokse med sine røde kronblad
inn i en verden som vil åpne seg snart.

Da ser jeg at den er begynt å visne,
kronbladene krøller seg ytterst,
langsomt bøyer stilken seg.

Og hjertet visner i meg av sorg,
av ond visshet,
jeg presser leppene mot de krøllete bladene
for å glatte dem ut,
kysser stilken for å gi den nytt liv.

Men bladene krøller seg,
stilken bøyer seg.

Og sorgen gjennomstrømmer meg,
og jeg hører en stemme som hvisker
(er det min egen?) Venn! Venn!
Men hvilken?

Etter den onde natten kom morgenen,
og med den avisen hvor det sto at
Dikteren plutselig var død...

(Blinde nattergaler, 1951)

En tidlig opplevelse i psykosen var forestillingen om at Tollefsen stjal hennes dikt, tanker og ideer.

TREET

Ordene, frastjålet meg
som epler
i samme time
de er modne.

Men hvem er eiermannen?

Treet eller den som sådde?

Den som med voldens
kniv om egne hånledd
senere kjøpte haven?

En Gud ler.
(...)

(I en våkenatt, 1954)

I de neste to diktene skildrer hun den eksistensielle situasjon man er i når hele verden og Gud går en i mot, og man må være i asylet.

OM OFRE I EN USYNLIG KRIG

Ligger i dype
brønner og roper,
ligger i dype vann
og ber.

Jeg ser en Gud
som ikke hører,
jeg ser en stum
hvis ondskap ler

pipende gjennom hansens dekke:
en morderhånd, usynlige lik.
Om tusen år skal det ennå skjelve
fra ofrenes kvalte, forvirrede skrik.

(Etterlatte dikt, 1997)

I. FRA ET ASYL

Går de omkring
som dyr i ensom uvisshet?
Kjenner dem ikke,
lar mitt eget hjerte
gå med dem
ensomt som deres.
Ikke ser vi lenger
Mennesket,
øyet gjennom den kommende natt.
Men likevel: Blinde
kjenner grenene bedre enn seende
knoppenes vekst
og fruktenes bitre fall.

(I en våkenatt, 1954)

I datidens psykiatri ble det lagt stor vekt på å aktivisere pasientene. Arbeidsstuen var viktig som behandling. Hofmo likte ikke å være der, og skildrer her på en ironisk måte alt maset med å skulle veve.

HOLD DEG TIL VEVEN

Som kveg, dyr
drives vi fra våre horisonter
(værelser, piano
ansikter vi var bundet til).
Vårt sinn oversvømmes av tåke.
Et annet liv
en fortid
dunkel som en sti vi våkner opp på
og ikke kjenner.
Hold deg til veven!
En hvit frakk,
ord som veier et annet liv enn vårt.
Hold deg til veven!
Og vi vever.
Håndkler! Lys som vi holder fast.
Et annet liv.
Lakner! Mørket vi gikk igjennom:
Ofret som ser seg selv
i evig møte med sin morder
bærende ens eget ansikt.
Hold deg til veven!
Og vi vever de tomme hus
der Kristus står bakbundet.

(I en våkenatt, 1954)

Kronisk psykose

Gunvor Hofmo hadde to korte opphold i Ullevål sykehus i 1953 og 1954. Hun ble senere tvangsinnlagt på Gaustad i syv måneder (1954–55), og frivillig samme sted i 1960–61 etter suicidalforsøk. Hun var så frivillig innlagt 1964–75. I perioder bodde hun hos moren, men da hun flyttet hjem for godt, bodde hun noen tid med broren inntil han døde, og deretter alene. Hele tiden har hun psykotiske symptomer.

Et vendepunkt

På Gaustad i 1970 skjer det et vendepunkt. Det verserer litt ulike versjoner av det som hendte, men kjernen er lik: Overlege Johan Bremer (1908–93) ble informert av oversykepleier om at «frøken Hofmo vil ikke være på arbeidsstuen». De går til henne, og overlegen spør om hva hun ellers kan

gjøre. Hun må ha en beskjeftigelse. Hun svarer: «Jeg kan dikte». «Men De har vært her i mange år og ikke diktet?» «Jeg har ikke noe sted å dikte». Så fikk hun et bord i korridoren og etter 16 års pause skrev hun *Gjest på jorden* som hun året etter fikk kritikerprisen for. I årene 1971–94 utgir hun ytterligere 14 samlinger, og kaller den siste for *Epilog*.

De neste fem diktene har jeg valgt fra de første to samlingene som kom etter hennes lange pause som dikter, og mens hun fortsatt var på Gaustad. Hva er det første hun forteller oss fra den tiden? Hva ser hun når hun ser ut av vinduet der hun sitter og skriver i korridoren?

HAR NOEN RØRT...

Har noen rørt ved horisonten
Den mørkner over disse våte trær
En Fremmed som har lagt en ensom smerte
som hilsen over gress og det jeg er.

En Fremmed som har stått blant mørkets stener
der alt ble risset, alt ble skyllet vekk
De levende hvis sjel hugg Ordet dypere
jo mere angsten steg, og nattens skrekk

Han strøk det ut, og gir det trassig videre
til nye liv, til himmel tomhet alt
hvis stumhet hadde åpenhet som mottok
Hans dype rop som alltid hadde kallt.

(Gjest på jorden, 1971)

NATTLIG SKIP...

De tomme korridorer.
Bare nattlampen tendt.

Sykehuset lik et skip
som seiler gjennom farlige farvann.
Og passasjerene angstfylt våkne.
Lytter etter bruset derute,
etter en skjelving i det store skroget,
etter et skrik som aldri kommer.

Omsider vender skroget seg
mot himmelens søvn tegn
tolket, bilde for bilde,
av nattsvarte engler som låser opp
avgrunnen med sine himmelske nøkler

Og taus, en nattsøster med forte skritt
til en som klager i søvne.
Skipet krenger mot enda dypere natt.

(Gjest på jorden, 1971)

SYKEHUS

De gamle bygninger
i rustødt
som kuer i båser.
De tygger og gumler
tygger og tygger
dagen som høy
lyset som salt
mens de brøler lavt
om natten.

(Gjest på jorden, 1971)

HVITE FRAKKER...

Hvite frakker flyter ut
og inn mellom salene
med støvklut
eller med blomster
Det er ingen sommer med
hvite seil gjennom fjorden
bare kald vinter
med snemenn som beveger
seg mellom oss i
skumringsgater...

(November, 1972)

TRÆR I SYKEHUSALLEEN

Du har krøpet ut
fra de store skoger
fra stillheten
ved vannene
der vårens ødslige sus
blåser over våt mose
og inn hit
lik et politikorps som
venter foran et omringet hus
Vi er de innringede evige
forbrytere
som overgir oss i
vår fornedreleses svakhet
og legger vår bitre hverdag
i deres hender

(November, 1972)

De siste årene

Hofmo diktet til det siste. Men hun var tydeligvis klar over at hun nærmet seg livets avslutning. Hun kalte da også samlingen som utkom året før hun døde, for *Epilog*. Hennes siste dikt bærer bud om en avklarende ro. Men «tigeren» i henne er der fortsatt.

OG DET VENDER

Og det vender, ditt liv!
Din sorg vender, ja alt
legger seg ned
ved horisontene
og kjenner et nytt øye se
og kjenner et nytt øre
høre
det fjerne blir et barn
som lærer deg å snakke
med jordens munn!

(Tiden, 1992)

ALT KAN DU GLEMME

Alt kan du glemme
men husker stjernene
som sto over din barndom
der du lekte i værelset
og så dem gjennom vinduet
lyse deroppe
et syn som lot fjernheten
skape deg om
til et evig barn

(Epilog, 1994)

EPILOG

Men ennå er livet ditt!
Sommeren ånder gjennom deg
som før
og høstens komme
merker du i det lille pust
av svalhet
Som tigeren, vaktende på byttet
møter du høstens tegn

(Epilog, 1994)

Avslutning

Gunvor Hofmo døde i 1995. En av våre fremste modernistiske lyrikere forstummet. Men hennes dikt fortsetter å gi psykotiske pasienter en stemme og oss alle en mulighet til en dypere kontakt med oss selv. Vi vet ikke om hun reflekterte over at hun ga pasientene en stemme gjennom sin enestående formidling av ensomhet, fortvilelse, forvirring, desperasjon, pasientrollen, behandlerne, det psykiatriske sykehus, osv. Vi vet heller ikke om hun forsto at hun bidro til å endre oppfatningen av hva som kjennetegner mennesker med schizofrene psykoser. Tidligere var et viktig kriterium for diagnosen schizofreni at hele personligheten ble inndratt i psykosen og gikk i oppløsning. Gunvor Hofmos liv og litterære produksjon viser til fulle at denne oppfatningen av psykotiske mennesker er feil. Også med en smertefull lidelse som schizofreni, kan et menneske yte det ypperste på sitt eget område.

I psykiatrien minnes vi Gunvor Hofmo med ærbødighet.

Litteratur

1. Hofmo G. *Samlede dikt*. Oslo: Gyldendal, 1996.
2. Hofmo G. *Etterlatte dikt*. Oslo: Gyldendal, 1997.
3. Vold JE. (13.2.2009). Gunvor Hofmo. I: *Norsk biografisk leksikon*. https://nbl.snl.no/Gunvor_Hofmo (6.12.2016).
4. Vold JE. *Mørkets sangerske: en bok om Gunvor Hofmo*. Oslo: Gyldendal, 2000. www.nb.no/nbsok/nb/de5653c1dd4431e850ed66716c4c46ce?index=1#0 (6.12.2016).
5. Karlsen O, red. *En vei som skumrer mine bilder frem: om Gunvor Hofmos forfatterskap*. Oslo: Unipub, 2002.
6. Vaglum P. Prospektiv multisenterundersøkelse – det muliges kunst? *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1116-7.
7. Hagen EB. *Hva er litteraturvitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

8. Hauge OH. *Dikt i samling*. Oslo: Samlaget, 2010.
9. Vold JE. *Ruth Maiers dagbok: en jødisk flyktning i Norge*. Oslo: Gyldendal, 2007.
10. Vaglum P. Hennes død kan oppfattes som både mord og selvmord. *Morgenbladet* 9.5.2008. <https://morgenbladet.no/debatt/2008/05/hennes-dod-kan-oppfattes-som-bade-mord-og-selv-mord> (6.12.2016).
11. Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000; 26: 217-32.
12. Vaglum P. Psykoseprodromet i Gunvor Hofmos liv og diktning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1225-9.
13. Krog E, red. *Det beste jeg har skrevet: 33 norske forfattere velger selv*. Oslo: Aschehoug, 1949: 105-6. www.nb.no/nbsok/nb/4f331a216a14cd7cd21934bf45d2d071?index=1#106 (6.12.2016).

Per Vaglum
p.j.w.vaglum@medisin.uio.no
professor emeritus
Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo

Artikkelen er basert på et foredrag på et psykiatriseminar ved Gaustad sykehus, arrangert av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum 13. oktober 2016.

Gjesteredaktør Erlend Hem

Universal Health Coverage in the Global South: New models of healthcare and their implications for citizenship, solidarity, and the public good

Michael 2017; 14: 153–72.

In 2010, the World Health Organization (WHO) released a call for all countries to move towards ‘Universal Health Coverage’ (UHC). The WHO defines UHC as “ensuring that all people can use the promotive, preventative, curative and rehabilitative health services they need, of sufficient quality to be effective, while ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship”. UHC is described by the WHO’s director as “the single most powerful concept public health has to offer” and is included under the Sustainable Development Goals. The move towards UHC offers a unique opportunity for interdisciplinary research to study how governments, policy makers, health workers, patients and citizens in various countries are addressing questions of health equity, economic inequality, social solidarity and the public good. In this article I outline the issues at stake in the policy focus on UHC and argue that UHC opens up a challenging new research field in medical anthropology.

From social solidarity to commodification of health care

The past three decades which have elapsed since the 1980’ies have seen fundamental shifts in the relationship between the public and the private in the financing and distribution of health-care services worldwide. There has been a decisive movement away from the post second-world-war social contract, of state provision of public health-care and protection of the public’s health towards a more fragmented distribution of responsibility across public, private for-profit and not-for-profit organizations (1–6). During this period, pressure from global financial institutions pushed many low-income countries to privatize health-services, and cut state support for health-care. Public health systems have become increasingly enmeshed with market-based solutions to health-care and the privatization of health-care

services, while the introduction of user-fees has pushed the burden of health-care financing onto the poor (7–10). Across the globe, health is being converted from being a right and entitlement to being a privately purchased commodity. Economic inequality remains a key and increasingly urgent issue that undermines equitable access to quality health care (11).

Growing recognition of the detrimental consequence of these policies in face of health crisis and epidemics of disease, and an upsurge in rights discourses, including health as a human right (12), led to the rise of “global health” initiatives. Focusing on the Global South and particularly on African countries, organizations such as the Global Fund for HIV/AIDS, TB and Malaria, the US Presidential Fund for AIDS Relief (PEPFAR), and the Gates Foundation seek to address the abandonment of the poor to market forces and provide free HIV/AIDS, TB and malaria medicines, and bed-nets to poor populations.

While spectacularly successful in terms of numbers on treatment, global health initiatives have been criticized for bypassing government health care systems in favour of non-government organizations, of producing enclaves in a sea of under-resourced public health facilities, of promoting technical solutions and vertical disease programmes in place of supporting national health systems and of packaging health-care in a specialized, technical assemblage rather than a durable network of care (13–15). The recent Ebola crisis threw a spotlight onto these issues, exposing the chronic neglect of national health systems in West Africa and the limitations of a humanitarian, NGO-dominated response (16, 17).

In this context, debates about and arguments for a more progressive, comprehensive approach – to invest in public health systems and ensure that the poor are not excluded by the cost of healthcare – are gaining currency. Universal Health Coverage in particular is moving up the policy agenda. In 2010 the WHO Assembly released a declaration urging member states to “aim for affordable universal coverage and access for all citizens on the basis of equity and solidarity” and a report on achieving Universal Health Coverage (1,2).

The WHO has, as mentioned above, defined UHC as “ensuring that all people can use the promotive, preventative, curative and rehabilitative health services they need, of sufficient quality to be effective, while ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship” (1). The director of WHO regards the UHC as the “single most powerful concept that public health has to offer” (3). A number of low and middle-income countries (e.g. Brazil, Ghana, Mexico, Rwanda, Turkey and Thailand) are implementing reforms to make health care universally available. India

and China are pursuing universal health coverage, and more than 80 countries have asked the WHO for implementation assistance.¹ (2, 18)

In the Global South, Universal Health Coverage moves countries away from cost-sharing policies, in which the cost of health care was disproportionately borne by the poor, towards universal access to free or heavily subsidized health care. It focuses on the state's obligations to its citizens, marking a shift away from the Washington consensus towards policies aimed at addressing inequality through social redistribution.

Crucial to the introduction of UHC are questions of financial risk protection, of how to raise funds (through taxes or required prepayment) and pool risk so that the rich subsidize the poor and the healthy subsidize the sick (19, 5). Attempts to reform and extend (national) health insurance form a hallmark of UHC policies (1, 20). In European welfare states, national health insurance and free or subsidized healthcare provided the kernel of the social contract between the state and its citizens and have been a cornerstone of citizens' concepts of 'the good society' (21).

By contrast, in the majority of low or middle-income countries, state social protection has until recently been limited to groups such as civil servants or people in the formal economy. Existing forms of health insurance are a patchwork of commercial insurances and employment-related insurances, pre-paid and voluntary schemes. Extending coverage means including people in the informal economy (in many countries the majority population) whose incomes are precarious, the unemployed and the poor (22). Moves towards UHC therefore open up issues of redistribution, social solidarity and the public good, and potentially redefine the role and responsibility of the state.

What kind of society is envisioned in debates and efforts to extend UHC? Despite its progressive goals, the ways UHC addresses such issues, remains unclear. UHC highlights questions of inclusion and recognition of the state's responsibility, appearing to push against 'the death of the social' (6). Yet UHC could also be interpreted and applied as a solution offering a minimalist biopolitics that assuages political agitation and confers state legitimacy in the face of widening social inequality.

There are, moreover, different models of moving towards UHC. Some are based on introducing a comprehensive, national health insurance fund, while others are limited to 'community-based' and voluntary insurance schemes (18). The envisioned role of the state, while prominent, is also variable, with NGOs playing a role in several pilot schemes already under

1 http://www.who.int/universal_health_coverage/universal-health-coverage-access-pr-20141212.pdf?ua=1

way (18). Many interest groups have stakes in the introduction of UHC, including commercial insurance companies and other business interests (23). Countries have different mixes and relationships between public and private sectors in health-care, while NGOs, and transnational donors and organizations play various roles. National politics is another important factor, and UHC can be employed within different political ideologies (24–26). Importantly, the question of what is universal in UHC is a matter of negotiation. The aim of UHC is not necessarily to make all health care services available and accessible to all citizens within a national space (27). UHC reforms rest on decisions about which health services should be made accessible to which population groups. Although triage is used in all health-systems, in ‘resource-poor’ countries UHC means an extremely circumscribed range of services. UHC is therefore not a universal model but a forum for experimentation and contestation.

UHC and debates about social protection in the Global South

UHC is part of a broader interest among governments in the Global South, international organizations and policy-makers in social protection policies, as a means of tackling issues of poverty (if not inequality). Governments in the Global South – particularly in Mexico, Brazil, South Africa, and Namibia – are experimenting with what James Ferguson describes as “new kinds of welfare systems” (28). Post-apartheid South Africa, for example, has introduced a myriad of social grants such that 44% of households were receiving at least one government grant by in 2014 (28). Cash Transfer schemes, based on the argument “just give money to the poor”, are being piloted and rolled out in many low and middle-income countries. Departing from dominant approaches to development and poverty-alleviation, these direct payments avoid a large bureaucracy and they do not aim to educate, transfer skills, technology, empowerment or participation to the poor. While the amounts being transferred are small compared to European welfare transfers, they have been described as “a development revolution from the South” (29).

Similarly, Universal Health Coverage appears to represent a new approach and new ways of thinking about poverty and redistribution, the state and citizenship, health and development. UHC is innovative in its approach to social protection in relation to health, firstly, in its ambitions concerning social solidarity, and secondly, in its vision of the central role of the state. UHC represents a move away from market-based model of health care toward a more central role for the state, and a recognition of the need for new ways of tackling inequality and inequity.

In European welfare states, national health services funded by health insurance or taxes are institutions that lie at the heart of the social contract between state and citizens. As schemes that “announce solidarity” (30), they are central to the entitlements of citizenship. Moreover they form the basis of many citizens’ concepts of the ‘good society’ and the public good. They are also building blocks of state legitimacy. In many postcolonial societies, where historically there has been extremely limited systems of welfare, and where several decades of Structural Adjustment and the Washington Consensus has incapacitated state support for health care, UHC seems to propose a radically different future. Indeed, the WHO’s call to achieve UHC worldwide by 2030 is being hailed as the most progressive policy objective since WHO’s 1978 call for ‘Health for All in the Year 2000’ through investment in primary health-care systems (4, 31).

Yet here is paradox. While appearing to return to some key post-war values concerning public health for all, UHC takes shape in a very different world from the 1970s. In Europe, welfare is being cut back and state services retrenched under austerity policy. Worldwide, resources are increasingly concentrated in the hands of the wealthy, while public resources are dwindling. Social inequality and exclusion are growing, as unemployment is increasingly recognized to be a permanent rather than temporary condition. In an era of labour surplus, poor and marginal populations the world over have “very little relevance to capital” (28: 11); they are abandoned as redundant or ‘surplus’ (32), while being urged to consume and becoming entrenched in debt (33, 34). Neoliberalism as a political and economic project appears ever more entrenched.

In this context, the “new welfare” of social protection programmes in the Global South hardly poses a radical challenge to the status quo. There is, in fact, a strong argument that welfare policies such as cash-transfer schemes are a cheap way of managing poverty. Like humanitarian interventions, they offer a minimalist intervention – a biopolitics not of care but of ‘bare life’ (32, 35). Indeed, social protection may underwrite the social costs of an aggressive neoliberal growth strategy, offering a band-aid as wealth disparities widen (36). While UHC appears progressive and even radical, there are many ways of implementing UHC and a large degree of interpretation over what kind of care the population have a right to access. The fact that the World Bank has become avid proponent of both UHC and Cash Transfer Schemes, suggests that these are not incompatible with neoliberal policy agendas.

While acknowledging these critiques, anthropologist James Ferguson maintains that the debates and movements towards social protection by

governments in the South are shifting the grounds of political possibilities and that they should be taken seriously for several reasons. First, they reveal a shift away from an obsession with immaterial conditions (such as the rhetoric of ‘participation’ and ‘empowerment’) in the pursuit of development and democracy, and a shift towards material livelihoods and material redistribution (37). Second, new models of social protection and distribution move away from patronizing notions of welfare as charity or state benevolence. They are explicitly framed by arguments about justice and the ‘rightful share’ of citizens, conceived as active recipients. Third, they signify the recipient as a member of the nation-state in postcolonial contexts where recognition of membership is often absent (38). According to Ferguson, social protection policies thrust “a specific condition of presence – the specifically social (not biological) fact of being not only alive but here and among us in a way that implicitly demands at least minimal forms of recognition and obligation” (28: 215). These forms of social protection and assistance thus indicate a turn away from attenuated forms of ‘biological citizenship’ (39) or ‘therapeutic citizenship’ (40) – in which the criteria for inclusion into programmes of care is based on biological condition or disease status (for example, being HIV-positive) – towards a system where inclusion and access to free or subsidized care is based upon membership of society. They also indicate the reinsertion of the state into questions of care.

Despite such arguments, it is clear that UHC, like social protection policies, can serve very different social and political agendas (24, 26). It can also fit into opposing critical arguments: dismissed as part of the architecture of neoliberalism, or dismissed as being utopian and unrealizable. Such paradoxes render the debates about and movements towards UHC particularly interesting sites for examining issues of redistribution, inequality, and solidarity, as well as for exploring the social and political collectives that are forming around forms of public health. These paradoxes also suggest that we can take for granted neither the ‘universal’ in Universal Health Coverage nor the universality of notions of obligation, solidarity and the public good that are ‘pulled along’ with UHC reforms. The current focus on UHC in global health policy, among organizations such as the WHO, the World Bank and the Rockefeller Foundation, and among national governments, provides an opportunity for scholars to examine these questions by examining both UHC policy and how it is being implemented.

Across the world, national publics are debating UHC, while some governments are experimenting – some very tentatively – with different models of UHC. There is a growing body of comparative work on the roll-out

and implementation of UHC reforms, conducted by researchers in the fields of health policy, health systems strengthening, health economics and political science (19, 25, 41). This literature analyses issues surrounding the implementation of UHC, pursuing questions of what works and how, including the merits and drawbacks of different models of health insurance (compulsory vs voluntary, national vs community-based) (18, 42). It examines quality of care issues amidst expanding coverage (43), the role of private health-services in the 'public good' (44), politics (5), solidarity and obligation (36, 45), and the contradictory demands placed on health workers as they implement reforms (46). This literature also offers in-depth country-focused and comparative studies, with journals such as *The Lancet*, *Health Policy and Planning*, and *PLOS Medicine* devoting special issues to the progress towards UHC.

The thrust of this work is pragmatic, pursuing questions of what works and how. I propose something different: to explore how UHC reforms are shaping new collectives of care and citizenship, forms of obligation and solidarity, and a re-evaluation of the role of the state and of national health care systems.

Based on my own immersion in the discipline of social and medical anthropology, I suggest that the following four bodies of anthropological and social science scholarship can give inspiration and directions for future research on Universal Health Coverage: a) scholarship on 'the public good'; b) scholarship on poverty, inequality, and obligation; c) critical medical anthropology and global health; d) anthropological work on the state, policy and bureaucracy.

a. UHC and studies of the public good

i) Studies of utopian social movements: Derived from Thomas More, the concept of utopia is usually conceived as a 'non-place', removed from society, thus a site for re-imagining and re-constituting a new social order. As anthropologist Henrietta Moore points out however (47), utopias are often both real and imagined, and social anthropology has a long history of interest in utopian visions and the movements that grow up around them – from millenarian movements and cargo cults to more recent social movements and experiments with democracy and social ecology. While utopian thought has come to denote that which is idealistic, naïve or even impossible, utopias both imagined and real shaped 19th and 20th century political and social projects, practices and visions of the 'good life' (47). Whether directed at transforming gender relations, inequality or relations of production and reproduction, utopian goals were indeed not aimed at a non-place but at a

better society; they offered not merely dreams outside reality but sought to shape a new reality. It is precisely because utopian 20th century goals concerning equality, employment and inclusion seem to have lapsed into ‘cruel optimism’ (48) in our current era that scholars should pay attention to visions of social progress and transformation.

However, the question of whether UHC should be approached as utopian is debatable. Compared to current trends towards minimalist biopolitics in humanitarian interventions (14), UHC certainly offers a vision of societal transformation. It is utopian, I contend, to the extent that UHC appears to “announce solidarity” (30), to offer a better life to all, and to be directed towards ideas about a ‘good society’ or the public good. For its proponents, UHC is both idealistic goal *and* attainable (4). Significantly, Richard Titmuss, key proponent of the United Kingdom’s National Health Service (NHS) (established in 1948) argued that the NHS would function as “a practical utopian community, participation in which would educate patients in the values of solidarity and altruism” (49:393). In *The Gift Relationship*, Titmuss argued that altruism could be socially engineered and that the National Health Service would foster a sense of mutual responsibility and social growth. For many UK citizens, the NHS continues to embody the values of social solidarity and thus to hold a deep emotional pull. Yet since the 1990s neoliberal values have infused its services, offering “a new utopia, of the market, free bargaining and choosing” (49). Similar contradictions surround UHC. It is a struggle to formalize social protection at the same time as health-care is increasingly being privatized and the free market promoted as the means of improving quality of services and customer choice. Solidarity and neoliberalism are not necessarily uncomfortable bedfellows; indeed, solidarity has a prominent role in ‘free market’ ideologies (50).

ii). An ‘anthropology of the good’. In recent years, anthropologists have been interested in what has been termed “the suffering subject” (51). Moving away from its earlier focus on cultural difference towards a concern with connection and common humanity, anthropology has sought a more direct engagement with political and economic exclusion, war, colonialism, structural violence and precarious living and working conditions, often through a methodology of ‘empathetic connection’ and ‘moral witnessing’ (51). Joel Robbins argues that, while addressing crucial problems of our age, this approach stays within the limits of the present. Suffering is foregrounded, while the concern to explore the organization and values of a better society, which underpinned earlier comparative cultural anthropology, faded. In recent anthropological concern with morality, care, hope, and time, however,

Robbins discerns a shift towards ‘an anthropology of the good’ which engages with people’s attempts to build better ways to live or to foster the good, attending to morality and values, imaginations and aspirations, and struggles for a better future.

The debates and struggles around UHC offer ideal ground, I contend, for an exploration of the ‘public good’ and the politics of the possible. This is not a utopian proposal. UHC can throw light onto how progressive politics and policies, while being put in place in contexts of neoliberalism and advanced capitalism, may not be limited by them and may be used to contest them. Here, anthropologist Anna Tsing’s anthropology of ‘global universals’ remains an inspiration both in its approach and methodology (52). Following Tsing’s call for ‘utopian critiques’, a study of UHC debates and reforms allows us explore how the central problematics of solidarity and inequality are negotiated and debated by policy makers, health workers and citizens. In order to do this, the literature on poverty and inequality, obligation and mutual support, provides a useful resource.

b. Poverty, inequality and obligation: How can we approach questions of solidarity?

i) From the perspective of citizenship and social justice: Proposals for extending or introducing UHC, including forms of national health insurance, present opportunities for examining the social contract – the extent and content of obligations – between the state and its citizens and well as among citizens themselves. Bronwyn Harris and colleagues (36) argue that national health insurance reforms in South Africa “aim to transform the existing and inequitable contracts between people and institutions, and challenge the boundaries of social justice that limit how much inequality is acceptable in any society” (36: 180). Changing the social contract requires active public participation and involvement (5). Simply creating a new financing bureaucracy does not guarantee equity and universal access in a health system, because it does not tackle “social fractures” between people or change relationships and identities, “the *social* part of solidarity” (36: 180). One approach to solidarity is thus to explore the *willingness* of people to contribute according to their means. Methodologically this implies finding innovative ways to operationalize difficult concepts such as solidarity, vertical and horizontal equity, progressive and proportional contributions. It also means exploring the levels of trust people have in state services; and the reasons they may prefer private facilities and services.

ii) From the perspective of obligation and mutual support: Whereas Harris and colleagues approach questions of redistribution and solidarity at a so-

cial scale, anthropologists seek to ground questions of poverty and obligation in local socio-cultural values and practices, thus highlighting fields of obligation and claim-making that exist outside welfare and development interventions. For example, drawing upon fieldwork in Malawi, Harri Englund attends to the specific claims and aspirations that inform variable experiences of being poor and argues that moral obligations are not external to social being and thus a matter of ethical choice, but are “constitutive of relationships and subjectivities” (37, 53). He calls for ethnographic research to “conveys ways in which human beings, including mutual strangers, come to have obligations towards each other” (53: 288). While interdependence and obligation form the texture of social relations, they should not be romanticized; they are often a burden, but they are something people live with rather than choose.

iii) From the perspective of informal associations of mutual help, distribution and social protection: There is a lively body of scholarship within anthropology and African studies on multiple forms of informal mutual support and voluntary associations— including burial societies, savings societies and rotating credit associations based on women’s groups, neighbourhood or religious/church networks, and even global diasporic Pentecostal churches – which exist in the absence of state support (54). Most of this work focuses on low and middle-income countries, and I am most familiar with the literature in African studies, but there are also studies from Europe (50). Economic anthropologists show how state-regulated and formal arrangements interpenetrate with those less visible and regulated (55, 56), how they draw upon both old and new forms of solidarity and interdependence as well as market logics and entrepreneurship, and how they are reshaping kinship and social relations (57). While in the past, mutual help societies were embraced mainly by people who were excluded from state- or job-related access to credit and to social protection, with rise of precariousness in post-Fordist economies, middle classes are also turning to these informal associations. Meanwhile, amidst the ‘financialization’ of the economy (58), commercial insurance companies are increasingly targeting people depending on informal livelihoods. Particularly in South Africa, aggressive marketing has encouraged people to take out several insurance schemes simultaneously and anthropological studies of insurance are emerging (59–64).

c. Medical anthropology and critical global health

i) Medical anthropology and critical studies of global health offer some critical resources for thinking about and designing a study of UHC. Recent studies grapple with reconfigurations of the private and the public, new

terrains of the biopolitical and novel assemblages of science and biomedicine. Concepts such as structural violence, governmentality and biopower (65–67), and discussions about the social collectives forming around health issues, captured in terms such as ‘biological citizenship’, ‘therapeutic citizenship’ and other biosocial collectives, are particularly relevant (39,40, 68).

Structural violence is a term introduced by Johannes Galtung and developed by Paul Farmer to capture the mechanisms whereby large-scale social, political and economic forces become embodied as disease and disability among the poor and vulnerable; how suffering is ‘structured’ by historically given social forces that constrain agency. A related term, social suffering, similarly seeks to capture the forms of social violence that constitute inequity (69). Forms of structural violence often structure norms, for example, when poor are blamed for their condition, or patients for their illness. The concept could provide useful insights into how various groups and individuals (e.g. policy-makers, bureaucrats, health-workers, patients and publics) perceive inequality. However one could also take the more radical approach of Baer, Singer and Susser (70) who argue that the pursuit of profit and economic growth in capitalism is fundamentally at odds with any pursuit of equity.

Governmentality and biopower: Any health-care or welfare reform does not enter a vacuum but is inserted into a complex historical, political, social and economic space of power, contestation and negotiation. The clinic constitutes a space of governmentality, where various forms of power and authority may coexist. Especially in post-colonial settings, the clinic embodies complex layering of power/knowledge: hierarchies, identities and divisions inflected by colonial and post-colonial legacies and ‘imperial debris’ (71) alongside new regimes of consumer choice, patient power, self-care and ‘responsibilization’, transparency and audit (72, 73). Paternalistic, authoritarian and punitive relations coexist with policy initiatives that strive for democratic participation and patient’s rights.

The terrain of global health interventions – which, in many resource-poor countries in the Global South, is increasingly fragmented by a bewildering array of NGOs and transnational organizations working in various relations with national government – adds another level of biopolitical complexity. New kinds of collectives, both larger and smaller than the nation-state, and new forms of ‘biosociality’ are forming around health issues. For example, in Kenya, where I have conducted research, biological conditions, such as being HIV-positive, open access to forms of care not available to other citizens, producing an uneven landscape of care and entitlements. While celebrated in terms of increasing global access to AIDS

drugs, these programmes produce a fragmented landscape of care, in which having HIV/AIDS ensures access to care while other diseases or episodes of ill-health do not (35, 74).

In the context of such fragmentation and amidst the state's neglect of health-care and the politics of nostalgia therein (75–77), anthropologists are becoming attuned to citizens' and patient's desires for belonging and inclusion, for state protection and care. It is in this context that debates about UHC are emerging. For example, in countries such as Tanzania or Kenya, debates about UHC take place on the terrain or 'debris' of earlier visions and struggles surrounding public health as a public good that took place in the 1960s and 1970s. Yet conceptions of the public good may diverge widely as other moral economies and values jostle for space (78–80). As Rebecca Marsland and I suggested in our recent book, in many African countries, public health a matter of contestation and tension, "an open, even experimental arena, the future trajectories of which remain unclear" (76: 115).

ii) Studies of Universal Health Coverage and health insurance: There is a large comparative literature on the implementation of UHC reforms in specific countries, pursued by scholars working in public health and health policy (81). Specific issues addressed include the merits and drawbacks of different models of health insurance (compulsory vs voluntary, national vs community-based); how to ensure quality of care while seeking to expand coverage; the private-public mix of services, and the role of private health-services in the 'public good'; as well as the experiences of the bureaucrats, health workers and patients involved. Although the focus tends to be on a limited set of outcomes and questions of implementation, some innovative work also deals with questions of solidarity and the contradictory demands placed on health workers as they implement health reforms (36, 46). This literature also offers in-depth country-focused studies, with journals such as *The Lancet* devoting special issues to the progress towards UHC, allowing for comparison between countries as well as in-depth focus on a single country.

As mentioned above, various models and schemes for (universal) health insurance form the backbone of UHC. There is the potential for collaborative work here, particularly as insurance is a new topic of anthropological research. A recent issue of the journal *Medical Anthropology Quarterly* devoted to "the social life of health insurance" identifies a new anthropological research agenda (60). Meanwhile in the field of economic anthropology, studies of commercial insurance are emerging (59, 82). Key questions that future research could address on a country-by-country or comparative ba-

sis, are a) how health insurance is organized within UHC schemes; b) what kind of values and practices it supposes or seeks to install; c) the broader landscape of insurance, including health insurance and commercial insurances; d) the habits and actions and values of citizens and patients, providers and regulators, and bureaucrats. This brings us to the question of bureaucracy and the state.

d. Anthropological approaches to studying the state, policy and bureaucracy:

Universal Health Coverage is envisioned, by-and-large, as a state-orchestrated policy. The WHO's call for UHC forms part of its push towards strengthening national health systems in view of the fact that only the state has the geographical reach and durability to organize the health care system. WHO is working with national governments to implement UHC (even where UHC is envisioned as the expansion of 'community-based' health insurance) and to promote the notion of health-care as a 'collective good'. Bureaucrats and bureaucracy play a prominent role. How could we get a handle on this arena of policy making and implementation? If we study the implementation of UHC in countries across the world, we will need to study the state.

States in the Global South, particularly African states, are often described by political scientists and in the media in terms of corruption, venality and inefficiency. By contrast, anthropologists approach the issue from the ground-up, exploring plural cultural logics and social practices of statecraft and citizenship. If we take African countries as the example, again, there is much evidence that, despite the erosion of state capacity since the 1980s, and the widespread problems of corruption and inefficiency, concerns for the public good are not absent among civil servants (83–85). Research on the 'moral economies' informing bureaucracy and the often-conflicting obligations state officials face, explores the contradictory space of the 'public good' (86), challenging assumptions about bureaucrats as being corrupt or indifferent. These studies explore the everyday life of the state, offering insights into how contradictory 'public goods' may translate into inaction (87, 88). The office, with its meetings, plans, documents and files, emerges as an important ethnographic site for examining how law gets translated into practice and how the state functions.

Some of these issues are taken up the 'anthropology of policy', an emerging field which tracks processes from policy to planning to implementation, challenging assumptions about unified logics to explore how planning and practice emerge out of multiple interests (89).

The anthropology of development, too, scrutinizes policy and practices, offering insights into the unintended consequences of development interventions (90). Recent approaches move beyond critiques of development towards engagement with development's multiple effects (91).

James Ferguson (92) makes a similar move in relation to neoliberalism, arguing that neoliberal governmentality should be approached as a contradictory space rather than a coherent set of policies and practices. When policy is a "vast experimental field" (93), UHC may be, as Ferguson suggests in relation to Cash Transfer Programmes, "inventing arts of government adequate to our times" (28). This suggests that we should explore how UHC, while being engaged in the contexts of neoliberal government, may not be limited by it. The questions of what kind of state UHC policies imagine and shape, and of UHC's relation to neoliberalism, must be left open for empirical exploration.

UHC reforms should be situated within this complex framework of governmentality. In many postcolonial contexts, the state is not a predictable, monolithic power (75) and transnational agents (from global health organizations to commercial insurance and pharmaceutical companies) are creating enclaves and exclusions (94, 95). In these contexts, forms of power, knowledge and the public good are hotly debated in the public sphere (96). We could therefore approach state bureaucracy as a complex arena filled with conflicting values and practices and explore how state officials or civil servants actually engage with 'the public good'. The point is to explore how 'universal' concepts and values are engaged; how they travel and are embedded in national histories as well as in local socio-cultural fields, and the frictions that are generated therein.

Conclusion: A new research field for medical anthropology

Social inequality and the widening gap between public and private health-care services are major challenges of our time. In many low-income countries, health-care is polarized between optimized privatized services catering to the wealthy and insured, and minimal interventions and packages designed for the poor and delivered through global health, humanitarian and NGO structures, while government-supported national health care systems are neglected. There is an urgent need for rethinking this model of health care and the kind of society it creates and upholds. All the major global health funders and organizations, as well as international organizations and national governments are discussing ways of implementing UHC.

While extensive research is being done on UHC, much of it focuses on pragmatic issues concerning implementation. In this article, I have argued

that, if we want to take UHC seriously as one of the most progressive policies since the Declaration of Alma Ata in 1978, we should explore the values of solidarity, obligation and the public good that it seems to call forth (97, 98), and study whether and how these values are put into action, through comparing countries and initiatives.

I have advocated for a medical anthropology approach to studying the relations between UHC policy and practice and its engagements with citizenship, the state and the public good. Anthropological research is uniquely positioned to explore these issues, given its capacity to move between sites of policy-making and implementation, and to capture the perspectives and practices of different actors and organizations. An anthropological approach is especially called for because, given the plurality of its forms, Universal Health Coverage is less as a concrete object than a vision. Its effects should thus be measured not only against their realization but in relation to the debates and social processes UHC engenders.

Literature

1. WHO report. *Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO, 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/> (accessed 1st July, 2016)
2. WHO report. *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*. Joint WHO/World Bank Group report. Geneva, WHO, 2015. http://www.who.int/health-info/universal_health_coverage/report/2015/en; June 2015. (accessed 1st July, 2016).
3. Chan, M. Best days for public health are ahead of us, says WHO Director-General. Address to the 65th World Health Assembly. Geneva, May 21, 2012
4. Sen, A. Universal Healthcare: the affordable dream. *The Guardian*, 6th January 2015. <https://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen> (accessed 5 July 2016).
5. Savedoff, W.D., de Feranti, D., Smith, A.L. & Fan, V. Political and economic aspects of the transition to Universal Health Coverage. *The Lancet* 2012; 380: 924-32.
6. Rose, N. The Death of the Social. Re-figuring the Territory of Government. *Economy and Society* 1996; 25 (3): 327-56.
7. Masquelier, A. Behind the Dispensary's Properous Facade. Imagining the State in Rural Niger. *Public Culture* 2001; 13(2): 261-91.
8. Foley, E. *Your Pocket Is What Cures You: The Politics of Health in Senegal*. Piscataway, NJ, Rutgers University Press, 2010.
9. Pfeiffer, J. and Chapman, R. Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health. *Annual Review of Anthropology* 2010; 39(1): 149-165.
10. Olivier de Sardan J-P. and Ridde, V. (eds) *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris: Karthala, 2015.
11. Basilico, M. Weigel, J., Motgi, A., Bor, J. & Keshavjee, S. Health for All? Competing theories and geopolitics. In *Reimagining Global Health. An Introduction*, edited by Paul

Farmer, Arthur Kleinman, Jim Yong Kim & Matthew Basilio. Berkeley: University of California Press, 2013, pp 74-110.

12. Amon, J. The “Right to Know” or “Know Your Rights”? Human Rights and a People-Centered Approach to Health Policy. In *When People Come First. Critical Studies in Global Health*. Princeton: Princeton University Press, 2014.
13. Nguyen, V-K. Government by Exception: Enrolment and Experimentality in Mass HIV Treatment Programs in Africa. *Social Theory and Health* 2009; 7, no. 3: 196-218.
14. Redfield, P. Bioexpectations: Life Technologies as Humanitarian Goods. *Public Culture* 2012; 24(1 66): 157-184.
15. Prince, R.J. & Marsland, R. (eds.) *Making and Unmaking Public Health in Africa. Ethnographic and Historical Perspectives*. Athens: Ohio University Press, 2013.
16. Boozary, A.S., Farmer, P. & Jha, A. The Ebola outbreak, fragile health systems, and quality as a cure. *JAMA* 2014; 312(18): 1859-1860.
17. Redfield, P. & Bornstein, E. Forces of Compassion: An Introduction to the Anthropology of Humanitarianism. In: *Forces of Compassion: Humanitarianism between Ethics and Politics*. E. Bornstein & P. Redfield, eds. Santa Fe: SAR, 2011.
18. Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R. & Otoo, N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet* 2012; 380(9845): 933-943.
19. Lancet, editorial. The struggle for universal health coverage. *The Lancet* 2012; 380(9845): 859.
20. Saksena, P., Hsu, J. & Evans, D.B. Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges. *PLoS Med* 2014; 11(9): e1001701.
21. Espen-Anderson, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
22. Hart, K. Informal economy. In K. Hart, L. Laville and A.D. Cattani (eds) *The Human Economy: A Citizen's Guide*. Cambridge: Polity Press, 2010, pp142-154.
23. Mills, A., Ally, M., Goudge, J., Gyapong, J. & Mtei, G. Progress towards universal coverage: the health systems of Ghana, South Africa and Tanzania. *Health Policy and Planning* 2012; 27 (suppl 1): i4-i12.
24. Funahashi, D.A. Rule by Good People: Health Governance and the Violence of Moral Authority in Thailand. *Cultural Anthropology* 2016; 31(1): 107-130.
25. Reich, M.R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C, Araujo, E., Takemi, K & Evans, T.G. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet* 2016; 387(10020): 811-816.
26. Seo, B.K. Patient waiting: care as a gift and debt in the Thai healthcare system. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 2016; 22(2): 279-295.
27. Schmidt, H., Gostin, L.O. & Ezekiel, E.J. Public Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals: Can They Coexist? *The Lancet* 2015 <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2625208> (Published Online June 30, 2015).
28. Ferguson, J. *Teach a Man to Fish. Reflections on the New Politics of Distribution*. Durham: Duke University Press, 2015.
29. Hanlon J, Barrientos, A., & Hulme, D. *Just Give Money to the Poor: The Development Revolution from the Global South*. Sterling: Kumarian Press, 2010.

30. Danzon M. Foreword, pxii. In: Saltman; RB, Busse; R, Figueras J, editors. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Maidenhead: Open University Press (for WHO), 2004, p. xii.
31. Rodin, J. & de Ferranti, D. Universal health coverage: the third global health transition? *The Lancet* 2012; 380(9845): 861-862.
32. Li, T.M. To make live or let die? Rural dispossession and the protection of surplus populations. *Antipode* 2010; 41:S1, 66-93.
33. Han, C. *Life in Debt. Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*. Berkeley: University of California Press, 2014.
34. James D. *Money From Nothing. Indebtness and Aspiration in South Africa*. Stanford: Stanford University Press, 2015.
35. Prince, R.J. HIV and the Moral Economy of Survival in an East African City. *Medical Anthropology Quarterly* 2012; 26(4): 534-556.
36. Harris, B., Nzumalo, N., Ataguba, J., Governder, V., Chersich, M. & Goudge, J. Social solidarity and civil servants' willingness for financial cross-subsidization in South Africa: implications for health financing reform. *Journal of Public Health Policy* 2011; 32(1): 162-183.
37. Englund, H. Extreme Poverty and Existential Obligations. Beyond Morality in the Anthropology of Africa? *Social Analysis* 2008; 52(3): 33-50.
38. Chatterjee, P. *The Politics of the Governed*. New York: Columbia University Press, 2004.
39. Petryna, A. *Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton, NJ.: Princeton University Press, 2002.
40. Nguyen, V-K. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham: Duke University Press, 2011.
41. Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, E.A., Ssengooba, F. & Bennett, S. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters. *PLoS Med* 2011; 8(8): e1001079.
42. Mills, A., Ataguba, J. Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Mawawia, S., Meti, G., Harris, B., Macha, J., Meheus, F. & McIntyre, D. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet* 2012; 380(9837): 126-133.
43. Stigler, FL., Macinko, J., Pettigrew, L.M., Kumar, R. & van Weel, C. No universal health coverage without primary health care. *The Lancet* 2016; 387(10030): 1811.
44. Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Cavagnero, E. & Zhao, H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2016; 388(10044): 596-605.
45. Harris, B., Eyles, J. & Goudge, J. Ways of Doing: Restorative Practices, Governmentality, and Provider Conduct in Post-Apartheid Health Care. *Medical Anthropology* 2016; 35: 1-17.
46. Walker, L. and Gilson, L. 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine* 2004; 59(6): 1251-1261.
47. Moore, H. Visions Of The Good Life: Anthropology And The Study Of Utopia. *Cambridge Anthropology* 1990; 14(3), 13-33.
48. Berlant, L. *Cruel Optimism*. Durham: Duke University Press, 2011.

49. Harrington, J. Visions of utopia: markets, medicine and the National Health Service. *Legal Studies* 2009; 29(3): 376-399.
50. Van Est, D. & Bähre, E. Cash for Care in The Netherlands: Markets, Bureaucracies, and Personal Relations in Post-Cold War Healthcare Reform. *Etnofoor* 2013; 25(2): 99-118.
51. Robbins, J. Beyond the suffering subject: toward an anthropology of the good. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 2013; 19(3): 447-462.
52. Tsing, A.L. *Friction. An Ethnography of Global Connection*. Princeton: Princeton University Press, 2005.
53. Englund, H. Poverty. In *A Companion to Moral Anthropology*, edited by Didier Fassin. Malden, Oxford, Chichester: Wiley Blackwell 2015, pp 283-301.
54. Meagher, K. *Identity Economics: Social Networks and the Informal Economy in Nigeria*. Woodbridge, Rochester, Ibadan: James Currey, 2010.
55. Guyer, J. *Marginal Gains. Monetary Transactions in Transatlantic Africa*. Chicago: University of Chicago Press, 2004.
56. Green, M. *The Development State: Aid, Culture and Civil Society in Tanzania*. Oxford: James Currey, 2015.
57. Rodima-Taylor D. & Bähre E. Introduction: Mutual Help in an Era of Uncertainty. *Africa* 2014; 84(4): 507-509.
58. Hull, E. and James, D. Introduction: Popular Economies in South Africa. *Africa: The Journal of the International African Institute* 2012; 82(1): 1-19.
59. Bähre E. The Janus Face of Insurance in South Africa: From Costs to Risk, from Networks to Bureaucracies. *Africa* 2012; 82(1): 150-167.
60. Dao, A. and Nichter, M. The social life of health insurance in low- to middle-income countries: An anthropological research agenda. *Medical Anthropology Quarterly* 2016; 30(1): 122-143.
61. Dao, A. and Mulligan, J. Toward an anthropology of insurance and health reform: An introduction to the special issue. *Medical Anthropology Quarterly* 2016; 30(1): 5-17.
62. Sagli, G., Zhang, J., Ingstad, B. & Fjeld, H. Poverty and disabled households in the People's Republic of China: experiences with a new rural health insurance scheme. *Disability & Society* 2013; 28(2): 218-231.
63. Horton, S. Toward an Ethnography of the Uninsured: Gay Becker's Work in Progress. *Medical Anthropology* 2007; 26(4): 293-298.
64. Horton, S. Abadia, C., Mulligan, J. & Thompson, J. Critical Anthropology of Global Health "Takes a Stand" Statement: A Critical Medical Anthropological Approach to the U.S.'s Affordable Care Act. *Medical Anthropology Quarterly* 2014; 28(1): 1-22.
65. Farmer, P. An anthropology of structural violence. *Cultural Anthropology* 2004; 45(3): 305-326.
66. Rose, N. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the 21st Century*. Princeton: University of Princeton Press, 2007.
67. Marsland, R & RJ Prince. Introduction: What is Life Worth? Exploring Biomedical Interventions, Survival and the Politics of Life. *Medical Anthropology Quarterly* 2012; 26(4): 453-469.

68. Whyte, Susan R. (ed). *Second Chances. Surviving AIDS in Uganda*. Durham, Duke University Press, 2014.
69. Kleinman A., Das V., Lock, M. (1996), eds. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
70. Baer, H., Singer, M. & Susser, I. *Medical Anthropology and the World System*. Westport, CT, Greenwood Publishing, 1997.
71. Stoler, A. L. Imperial Debris: Reflections on Ruins and Ruination. *Cultural Anthropology* 2008; 23(2): 191-219.
72. Mattes, D. 'We Are Just Supposed to Be Quiet': The Production of Adherence to Antiretroviral Treatment in Urban Tanzania. *Medical Anthropology* 2011; 30(2): 158-182.
73. Hull, E. Paperwork and the contradictions of accountability in a South African hospital. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 2012; 18(3): 613-632.
74. Prince, R.J. and P. Otieno In the shadowlands of global health: Observations from health workers in Kenya. *Global Public Health* 2014; 9(8): 927-945.
75. Geissler, P.W. (ed). *Parastates and Medical Science. Making Global Health in Africa*. Durham: Duke University Press, 2015.
76. Prince, R.J. & Marsland, R (eds.) *Making and Unmaking Public Health in Africa. Ethnographic and Historical Perspectives*. Athens: Ohio University Press, 2013.
77. Lachenal, G. & Mbodj-Pouye, A. Restes du développement et traces de la modernité en Afrique. *Politique Africaine* 2014 ; 135 :5-22.
78. Last, M. The Peculiarly Political Problem behind Nigeria's Primary Health Care Provision. In *Making and Unmaking Public Health in Africa: Ethnographic and Historical Perspectives*, edited by R. Prince & R. Marsland (eds.) Athens: Ohio University Press, 2013, pp55-74.
79. Marsland, R. Who are the 'Public' in Public Health? Debating Crowds, Populations, and Publics in Tanzania. In *Making and Unmaking Public Health in Africa: Ethnographic and Historical Perspectives*, edited by R. Prince & R. Marsland (eds.) Athens: Ohio University Press, 2013, pp75-95.
80. Olivier de Sardan J-P. A moral economy of corruption in Africa? *The Journal of Modern African Studies* 1999; 37 (1): 25-52.
81. Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I.A., Ssengooba, F., & Bennett, S. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters. *PLoS Med* 2011; 8(8): e1001079.
82. Mulligan, J. Insurance Accounts: The Cultural Logics of Health Care Financing. *Medical Anthropology Quarterly* 2016; 30(1): 37-61.
83. Iliffe, J. *East African Doctors. History of the Modern Profession*. Cambridge: University of Cambridge Press, 1998.
84. Wendland, C. *A Heart for the Work: Journeys through an African Medical School*. Chicago: University of Chicago Press, 2011.
85. Blundo G. and Olivier de Sardan J-P. (eds.) *Everyday corruption and the state: citizens and public officials in Africa*. London: Zed Books, 2006..
86. Bierschenk, T. and Olivier de Sardan, J-P. (eds.) *States at Work. The Dynamics of African Bureaucracies*. Leiden: Brill, 2014.

87. Mathur, N. & Bear, L. Remaking the Public Good: A New Anthropology of Bureaucracy. *The Cambridge Journal of Anthropology* 2015; 33(1): 18-34.
88. Brown, H. Managerial relations in Kenyan health care: empathy and the limits of governmentality. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 2016; 22(3): 591-609.
89. Shore, C. & R. Wilson Anthropology's interdisciplinary connections. In *The Sage Handbook of Social Anthropology Volume One*, edited by R. Fardon. Los Angeles, London, New Delhi: Sage Publications, 2012.
90. Mosse, D. *Cultivating Development: An Ethnography of Aid Policy and Practice*. London: Pluto Press, 2005.
91. Venkatesan, S. & T. Yarrow (eds.) *Differentiating Development. Beyond an Anthropology of Critique*. New York, Oxford: Berghahn Books, 2012.
92. Ferguson, J. The uses of neoliberalism. *Antipode* 2009; 41(1): 166-184.
93. Foucault, M. *The History of Sexuality Vol. 3: The Care of the Self*, trans. Robert Hurley. New York: Vintage Books, 1988 (quoted in 28).
94. Sassen, S. *Territory, Authority, Rights: From Medieval to Global Assemblages*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2006.
95. Peterson, K. *Speculative Markets. Drug Circuits and Derivative Life in Nigeria*. Durham: Duke University Press, 2014.
96. Feierman, S. Struggles for control: The social Roots of health and healing in modern Africa. *African Studies Review* 1985; 28 (1985): 73-147.
97. Titmuss, R. *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*. New York: The New Press, 1970.
98. Rakopoulos, T. Responding to crisis: food cooperatives and the solidarity economic in Greece. *Anthropology Southern Africa* 2013; 36(3&4):102-107.

Ruth Prince
 associate professor
 Institute of Health and Society
 University of Oslo
 r.j.prince@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.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

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

Editorial board:

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

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

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

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

