

Medisinens immaterielle historie

Michael 2018; 15: 246–59.

Medisinens immaterielle historie omfatter alt ved medisinen, helsetjenestens, folkehelsens og helsebetingelsenes fortid som ikke er av fysisk karakter. I tillegg til den immaterielle historiens egenverdi som kulturhistorie, er den nødvendig for å forstå medisinen materielle historie. Den immaterielle medisinske historien inkluderer blant annet tidligere tiders holdninger, rutiner, ferdigheter og sykdomsforståelse. Den avgrenses tematisk fra folkloristikken, perspektivmessig fra idéhistorien og dessuten fra sosialhistorie og demografi gjennom det særegne «medisinske blikket». Kildene kan være både skriftlige og muntlige, og vanlig historisk kildekritikk er nødvendig på alle plan.

Mens mange spesialiserte historieområder er blitt avdelt fra det generelle historiefaget, har medisinsk historie en annen opprinnelse. Helt fra begynnelsen var medisinsk historie nemlig et eget, smalt fag utviklet av og for leger, hevder medisinhistorikeren John Burnham (1929–2017) (1). Slik var medisinsk historie mer en del av medisin som fag, enn av historie, mener han. Burnhams oppfatning finner vi igjen i den definisjonen som *Store Norske Leksikon* fortsatt gir i 2018, nemlig at «Medisinsk historie er en gren av medisinen som har til oppgave å innsamle, bevare, bearbeide og presentere informasjon om medisinske forhold og medisinsk arbeid i tidens løp.» (2).

Fra verktøyfag til filologi og tilbake

Karakteristisk nok var medisinsk historie et av de første undervisningsfag ved Det medisinske fakultet som i 1814 ble etablert ved det nye Kongelige Frederiks universitet i Christiania. Det medisinhistoriske tilbakeblikket, især på fagets litteratur, preget lenge samtidens medisinske praksis. Det var

den gang en nødvendighet, fordi så mye av både medisinsk og annen vitenskap var basert nettopp på eldre kunnskap. I kartleggingen av hvordan overførbare sykdommer spredte seg, ble den medisinhistoriske disiplinen historisk-geografisk patologi et viktig verktøy, også i den tiden da mikro-organismene begynte å bli kjent.

Etter hvert fjernet medisinsk historie som akademisk fag seg noe fra praktisk medisin og gikk over til å bli tiltrukket av blant andre klassiske filologer, som dels gjorde banebrytende arbeid med eldre materiale.

Men så skjedde det noe: I siste halvdel av det 20. århundret utvidet medisinsk historie gradvis sitt interessefelt. Blant annet ble medisinske historiske emner og synsvinkler inkludert i sosialhistorien, og omvendt (1). Betegnelsen medisinsk historie omfatter i dag også alle helseprofesjoners historie, helsetjenestens historie og folkehelsens utvikling.

Medisinsk historie og lokalhistorie

Som historieområde kan medisinsk historie sammenliknes med lokalhistorie. Begge områdene preges naturlig nok av den allmenne utvikling (3), og de studeres med de samme metodene som historiefaget for øvrig (4). Men slik lokalhistorien er geografisk avgrenset, er medisinsk historie faglig avgrenset. Begge områdene har dessuten en slags nedenfra og opp-karakter der beskrivelsene og analysene oftere kommer fra områdenes «innbyggere» enn fra de historikerne som arbeider med tematikk på overordnet nivå. I likhet med lokalhistorien, danner også medisinsk historie på mikronivå, f. eks. institusjonshistorie, biografier, sykdomshistorie, forutsetninger og grunnlag for overgripende historieskriving. Både lokalhistorie og medisinsk historie ivaretas i større grad av historisk interesserte og bare delvis formelt historiskskolerte entusiaster, enn av akademiske faghistorikere. Publiseringen preges av et mangfold av små, sprikende beretninger, mer enn av store, overordnede vitenskapelige prosjekter.

Hva er immateriell medisinsk historie?

Selve betegnelsen immateriell, med et såkalt privativt prefiks som gir begrepet negativ betydning (5), innbyr til en forståelse som omfatter alt som ikke er materielt. Språklig koples ordet *immateriell* oftest til rettigheter, verdier og ressurser. Immateriell kapital defineres for eksempel som «ein varig, ikkje-fysisk storleik som gjev eigaren og samfunnet inntekter eller avkastning, i ei eller anna form over ein lengre periode, Kunnskap er et døme på immateriell kapital» (6).

I videste forstand vil immateriell historie være historien til alt som ikke er fysisk; ideer, tanker, tradisjoner, rutiner, handlinger, teknikker og alt annet

som ikke er av stofflig karakter. Immateriell medisinsk historie vil tilsvarende omfatte alle ikke-fysiske aspekter ved det medisinske fagområdet.

Tre avgrensninger er i denne forbindelse nyttig, alle mot fagfelt som også beskjeftiger seg med immaterielle fenomener:

Det ene er en avgrensning mot *folkloristikken og etnologien* som handler om folkekultur, og som kan karakteriseres som kulturhistorie. Studier av tidligere tiders folkeeventyr og liknende fortellinger er i disse fagene gradvis supplert med samtidsfenomener som identitet og gruppetilhørighet (7). Selv om folketro og folkemedisinske elementer, f.eks. knyttet til fødsel og død, kan inngå i slike studier, handler det mest om allment hverdagsliv uten særlig medisinsk relevans. Metodene som brukes for innsamling av folkelige tradisjoner, er imidlertid også relevante for medisinen immaterielle historie.

Det andre er en avgrensning mot *idehistorien* som handler om de store tanker og teorier, og ligger nært opp mot filosofi. Trond Berg Eriksen karakteriserer idehistorien som «historiens ryggrad» og «kulturell selvrefleksjon» (8). Idehistorien beskriver utviklingen av tenkemåter og virkelighetsoppfatning gjennom tidene og vektlegger særlig ideologiers opphav og betydning (9).

Også det vi kan kalle medisinsk idéhistorie, handler om helhet og sammenheng på et overordnet plan, der verdier og menneskesyn er viktige elementer, og der ideologier står sentralt. Eksempler på dette finner vi i Karin Johannissons (1944 – 2016) analyser av kultursykdommer som nostalgia og melankoli (10,11). Slike filosofiske overbygninger både former og formes av de medisinsk-historiske beretninger.

Ser vi den medisinske historie som en parallell til lokalhistorien, dreier den immaterielle delen seg mer om avgrensede emner som skikker, tradisjoner, teknikker og enkelthendelser enn om de lange linjer og høye himler. Ambisjonen er mer å gi eksempler enn å dekke en helhet. Slik skiller den immaterielle medisinske historie seg *tematisk* fra folkloristikken, og *perspektivmessig* fra idehistorien.

Den tredje avgrensningen er overfor fag som *sosialhistorie*, *demografi* og andre nærliggende historiske felt. Medisinsk historie skiller seg fra disse fagene ved et innebygd «medisinsk blikk» som inkluderer folks sykdomsforståelse og opplevelse av helse og sykdom.

Eksempler fra medisin og helsetjeneste

Den immaterielle medisinske historie omfatter både sykdom og helse, pasienter og helsepersonell, og kommunikasjonen mellom alle de involverte. Ikke bare lege-pasient-forholdet, men også kollegiale relasjoner inngår.

Handlinger, altså noe som utføres eller uttrykkes, er et viktig utgangspunkt, men de *holdninger* de avspeiler, er ofte enda viktigere.

Så vel *store begivenheter* som *hverdagshendelser* forteller noe om den tiden de utspant seg i. De avspeiler holdninger og kunnskapstilfang som kanskje ble lite påaktet i samtiden, men som i ettertid framstår som karakteristiske uttrykk for en bestemt tidsepoke eller kultur. De mest hverdagslige hendelser er pasientkonsultasjoner, helsestasjonskontroller og pleieoppgaver i helseinstitusjoner. Større begivenheter omfatter et spekter fra åpning av nye helseinstitusjoner og -tjenester til håndtering av større ulykker og naturkatastrofer.

Rutiner som er knyttet til bestemte situasjoner, er andre eksempler. Helsetjenesten er rik på rutiner. Grensegangen kan være uklar mot *ritualer* som defineres som «en formell handling som gjentas bevisst etter et bestemt mønster fra gang til gang», som ofte består av «en serie formelle handlinger i en fast rekkefølge i en stilisert form, og som oftest foregår i en sosial sammenheng» (12). Også i dag eksisterer det lite kjente og påkattede ritualer, f.eks. knyttet til død og pleie av døende. Eivind Berthelsen har studert pleiepersonalets stell av døde (13). Han viser blant annet hvordan «vinduet åpnes slik at sjelen kan befris og gardinene stenges for å forhindre innsyn» av respekt for den døde. Det er også vanlig å tenne et hvitt lys på nattbordet (14).

Rutiner kan endre seg raskt, og erstattes av nye. Da glemmes gjerne de gamle. For å ta vare på rutiner må de enten utføres jevnlig, tilpasses nye tider og omgivelser, eller dokumenteres på en måte som gjør det mulig å «lagre dem». Pasientinformasjon, spesielt ved alvorlige tilstander, forberedelse til operasjoner og dagens bruk av retningslinjer og pakkeforløp kan være eksempler. Her har medisinsk historie en oppgave.

Store deler av medisinen bygger på – og er – praktisk *håndverk og ferdigheter*. Ikke bare dagens, men også gårsdagens ferdigheter er av interesse. Laboratorietester har i stor grad overtatt for kliniske undersøkelser i medisinsk diagnostikk, men hvilke håndgrep som ble benyttet og hvilke «knepe» som ble brukt, og som kanskje senere ble erstattet av teknologi, fortjener ikke bare å bli husket, men kan i gitte situasjoner komme til nytte igjen. Det gjelder for eksempel ulike kirurgiske teknikker og forløsningsmetoder.

Medisinen og holdningene til den forandres

En endret *sykdomsforståelse* og et utvidet *helsebegrep* er viktige elementer i den immaterielle medisinske historien. Eksempel: For 200 år siden var Norge et land med meget høy sykkelighet og meget høy dødelighet, men i praksis uten noe fungerende helsevesen. Nå har Norge en folkehelse i ver-

denstoppen og en stort sett velsmurt, heldekkende helsetjeneste. Dette kan betraktes som materiell historie. Men viktigere enn de materielle forandringene, er de holdningsendringene som var drivkreftene og som lå bak den utviklingen som skjedde.

Fra slutten av det 20. århundret økte helsetjenestens ambisjoner fra sykdomsbehandling og -forebygging i tradisjonell forstand til også å inkludere helsefremmende tiltak. WHO's Ottawa-charter fra 1986 (15) introduserte utsagnet «Helse i alt vi gjør» («Health in all policies») som et uttrykk for denne ambisjonen.

Den norske folkehelseloven fra 2011 legger ikke lenger ansvaret for folks helse på helsetjenesten, men på kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Loven fastslår at «Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen» (§4). Sammen med kraftig økende velstand i vår del av verden, øker dette forventningene til et sykdomsfritt liv, fortrinnsvis med bevarte kroppslige og mentale funksjoner til høy alder. Et mulig gap mellom forventninger og realiteter er også et eksempel på den immaterielle historien.

Et aktuelt tema i vår tid er spørsmålet om deler av helsevesenet leverer unødvendige og kanskje endatil skadelige tjenester. Mye av dagens medisinske behandling innebærer stor risiko for bivirkninger og komplikasjoner, og kan gjøre mer skade enn nytte om den ikke gis på helt bestemte indikasjoner. Det gjelder både kirurgiske inngrep og medikamentell behandling.

Med økende forekomst av antibiotikaresistens har f. eks. holdninger til antibiotikabruk endret seg både hos leger og pasienter. Det samme gjelder holdningen til andre tiltak som bruk av bildediagnostikk, screeningundersøkelser og medikalisering av lette psykiske lidelser. To internasjonale kampanjer, *Too much medicine* med utgangspunkt i Storbritannia og *BMJ* og *Choosing Wisely* med utgangspunkt i USA og Canada, tar sikte på å redusere unødvendige tiltak gjennom kartlegging av risiko versus nytte og bevisstgjøring av helsepersonell og publikum. En norsk variant av *Choosing Wisely* er etablert av Den norske legeforening under navnet *Gjør kloke valg*. En rapport om uønsket variasjon i helsetjenesten drøfter årsakene til og konsekvensene av både over- og underbehandling (16). Den internasjonale koordinatoren av *Choosing Wisely*, dr. Wendy Levinson fra Canada, oppsummerer problemstillingen i fem ord: «It is all about culture». Slike kulturendringer er viktige deler av den immaterielle medisinske historien.

Hvordan ta vare på den immaterielle historien

På samme måte som sporene til lokalhistorien søkes i det fysiske nærmiljøet, søkes sporene til den medisinske fortid i det faglige nærmiljøet, først og fremst i helsetjenesten selv. Som i lokalhistorien (17), kan disse sporene deles i flere kategorier:

- Gjenstander
- Skriftlige kilder
- Representerende kilder, dvs. konkrete ting som formidler noe annet, f.eks. fotografier, malerier etc.
- Muntlige kilder

Den immaterielle historien avspeiler seg i alle disse kategoriene, og er ikke utelukkende knyttet til immaterielle spor. Det usynlige kan tolkes og forstås ut fra det synlige, f. eks. gjenstander og dokumenter. Uten kjennskap til hvordan kirurgiske instrumenter ble brukt og hvilken tradisjon de sto i, er gjenstandenes historie relativt verdiløs. Den immaterielle historien må likevel ofte baseres på immaterielle spor. Slike spor kan være beretninger om *hva* som hendte, *hvem* som tenkte eller gjorde noe, *når* det skjedde, *hvordan* det skjedde, og om mulig også *hvorfor*. Det betyr at *fortellinger* kan være viktige kilder, og at historiske metoder for analyse av narrative tilnærminger ofte vil være aktuelle.

Skriftlige kilder

Skriftlige kilder, så vel pasientjournaler som faglitteratur og tidstypisk skjønnlitteratur, kan gi en god beskrivelse av immaterielle fenomener (figur 1).

Pasientjournaler er en åpenbar kilde til forståelse av den medisinske historie. Både sykdomsforståelse og behandlingstradisjoner framgår av de notatene som leger og annet helsepersonell gjør om enkeltpasienter. Petter Aaslestad har brukt en litteraturvitenskapelig tilnærming til slike notater i sin studie av pasientjournaler ved Gaustad sykehus (18). Han viser hvordan legenes holdninger til pasientene varierer gjennom hundre år, og hvordan pasientens «egen stemme» kommer til uttrykk på flere måter, selv om den er blitt filtrert gjennom legens hjerne og hånd.

Både fagtidsskrifter og lærebøker avspeiler også sin tids historie. Et godt eksempel på bruk av slike kilder i studier av immaterielle fenomener, er Kristine Lillestøl & Hilde Bondeviks tolkninger av nevrasteni på bakgrunn av tidsskriftartikler (19). De bygger på materiale fra *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, *Tidsskrift for Praktisk Medicin* (fra 1889 *Tidsskrift for Den norske lægeforening*) og *Medicinsk Revue* i perioden 1880–1920. Nevrasteni ble betraktet som en sykdom «typisk for sin tid» allerede da, og ble knyttet



Figur 1: Den immaterielle historien kan forstås og tolkes ut fra skriftlige kilder av ulike typer. Eksempler på dette kan være pasientjournaler (18), fagtidsskrifter (19) og skjønnlitteratur (20).

til spesifikke kjennetegn ved samtiden. Slik sett kan denne tilstanden forstås som en kultursykdom. Trekk ved samfunnet og samfunnsutviklingen, den tids tenkning, teknologi, og levesett, ble betraktet som direkte, fysiske årsaker.

Helse og sykdom har gjennom alle tider vært temaer i skjønnlitteraturen, men i ulik form og med ulik betydning til forskjellige tider. Også gjennom fiktive skildringer er det mulig å studere handlinger og holdninger i helse-tjenesten. Noen romaner gir i så måte mer kildetilfang enn andre. Et godt eksempel er *Trolldomsfjellet* av Thomas Mann (1875–1955) (20). Her gir en omfattende og detaljert beskrivelse av et tuberkulosesanatorium på begynnelsen av 1900-tallet leseren innblikk i ulike sider av pasientrollen. «*Trolldomsfjellet* synliggjør de identitetsskapende sidene ved sykdom og gir oss et sted utenfor helsevesenet, der de kan og bør utvikles», skriver Bjørn Hofmann i en analyse av bokens budskap (21).

Medisinsk faglitteratur blir egentlig aldri utdatert for en medisinhistoriker. Vil man forstå hvordan tuberkulosebehandlingen var og skulle være i 1924 da *Trolldomsfjellet* (*Der Zauberberg*) kom ut, er det lærebøkene og de medisinske tidsskriftene som forteller det. Og vil man vite hvordan dette var tretti år senere, ved tiden da Thomas Mann døde, er de samtidige, den gang nye utgavene av de samme lærebøkene og tidsskriftene naturlige kilder.

Representerende kilder

Trolldomsfjellet er også en representerende medisinsk historisk kilde. Det er ikke en bok om tuberkulosehistorie. Vi må anta at Thomas Manns intensjon først og fremst var å skrive en roman som belyste viktige trekk ved hans samtid. Som medisinhistorisk dokument må romanen vurderes ut fra det. Men medisinhistorisk sett – hvilken rolle spilte dette litterære verket for synet på tuberkulosen og på synet på tuberkuloseomsorgen og sanatorieveesenet? Vi må gå ut fra det fikk nedslag i befolkningen, det store oppleget tatt i betraktning.

Det samme gjelder *bilder* som medisinhistoriske kilder. I siste halvdel av 1800-tallet kom medisinske motiver inn med full tyngde i norsk malerkunst (22–24). Malerier og spesielt malerier på anerkjente utstillinger hadde en langt større gjennomslagskraft i samfunnet i en tid som ellers var nokså bildefattig i forhold til senere. Bilder satte også medisinsk dagsorden, og må tolkes på samme måte som litteratur. Det samme gjelder for fotografier – naturtro gjengivelser som beskriver medisinske fenomener på en slik måte at det fører til reaksjoner og handling. Men bilder kan også få motsatt effekt – de kan alminneliggjøre sykdom, lidelse og nød.

Å forstå hvordan befolkningens og fagmiljøenes holdninger til medisin og helse formes gjennom representative kilder, med emner som medisin og bildekunst, medisin og litteratur og medisin og arkitektur, har vært et populært undervisningstema for legestudentene ved Universitetet i Oslo (25).

Muntlige kilder

Knut Kjeldstadli deler muntlige kilder i *minner*, som er erindringer om egne opplevelser, og *tradisjon*, som er overlevert gjennom ett eller flere ledd (26). En åpenbar metode for å ta vare på den delen av historien, er å gjennomføre intervjuer med personer som besitter kunnskap og erfaring som det er viktig å ta vare på i form av fortellinger. Tidligere var det vanlig å dokumentere muntlige intervjuer i skriftlig form, men med dagens teknologi kan både lyd og bilde arkiveres. Fortsatt er søkbarheten, knyttet til bestemte ord og uttrykk, enklest i transkriberte intervjuer, men lyd- og bildeopptak gir i tillegg andre kvaliteter.

Det viktigste, og vanskeligste, er da å identifisere de rette intervjuobjektene. Men selve gjennomføringen av intervjuer forutsetter også spesifikk metodekompetanse. Intervjuteknikker som brukes ellers i kvalitativ forskning, kan være godt egnet. Den norske historiske forening har utarbeidet en enkel manual for intervjuer (27). En utfordring er hvordan slike intervjuer kan arkiveres og samtidig bli tilgjengelige for alle som måtte være interesserte i dem. En annen – og faglig – utfordring er selvsagt tolkningen av dem.

Aktørseminarer

En egen metode for å ta vare på den immaterielle samtidshistorien knyttet til bestemte begivenheter, er utviklet med utgangspunkt i personer som har vært personlige aktører ved eller vitner til hendelsene.

The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine i London startet i 1993 en seminarserie som er blitt kalt *Witness seminars* og det har senere vært gjennomført mange titalls slike seminarer (28). Hvert seminar er knyttet til en bestemt hendelse eller prosess i vår nære fortid. Etter en fastlagt framgangsmåte samles personer har vært sentralt plassert i begivenhetenes sentrum.

Her til lands har metoden fått sitt eget mønster under navnet *aktørseminarer*. De siste ti år er det gjennomført en rekke slike aktørseminarer om medisinske emner (29–38) (tabell 1). De fleste aktørseminarene har hatt 20–30 forhåndsutvalgte deltakere med personlig tilknytning til temaet.

Mønsteret i et aktørseminar er standardisert. Hovedtemaet er gjerne delt opp i kortere bolker. Etter en innledning om hovedtemaet er det for hver bolk en innledning av en sentral aktør om ett bestemt aspekt av temaet. Så åpnes det for kommentarer og diskusjon blant alle seminardeltakerne om dette aspektet. Erfaringen viser at den åpne diskusjonen både utfyller og korrigerer innledningen. Det hele foregår muntlig uten visuelle hjelpemidler, og alt som blir sagt, skrives ut og redigeres til en egen publisierbar rapport. I tillegg blir hele lydopptaket arkivert (39).

Tabell 1: Gjennomførte aktørseminarer om medisin og helse i Norge

Erindringer om resistens (29)
Allmennmedisin som akademisk fag (30)
Da hiv kom til Norge (31)
Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus (32)
Tsjernobylulykken 1986 (33)
Administrativ organisering og akademisk virke – Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo (34)
Ugelstads kuler (35)
Medisinsk fakultet i forandring (36)
Da cochlea-implantasjon kom til Norge (37)
Organdonasjon – behov og begrensninger (38)

Kulturarvregistreringer

Immateriell kulturarv er et begrep som ble satt på den politiske dagsorden med UNESCO-konvensjonen fra 2003 som ble ratifisert av Norge i 2007 (40). Immateriell kulturarv ble definert som «praksis, framstillinger, uttrykk, kunnskap, ferdigheter – samt tilhørende instrumenter, gjenstander, kulturgjenstander og kulturelle rom – som samfunn, grupper, og i noen tilfeller, enkeltpersoner anerkjenner som en del av sin kulturarv». UNESCO-konvensjonen handler om prosesser der kunnskap «overføres fra en kulturbærer til en annen», og uttrykket «fra generasjon til generasjon» er brukt som et tegn på at det tenkes på varighet og kontinuitet.

Selv om den norske utredningen i stor grad handlet om urfolks og marginaliserte minoriteters immaterielle kulturarv, er *definisjonsmakten lagt hos kulturbærerne selv*. Det betyr at fagområder og samfunnssektorer, for den del også helsetjenesten, kan kategoriseres som «grupper» med sin egen kulturarv.

På bakgrunn av UNESCO-konvensjonen og den norske utredningen lanserte Kulturrådet i 2017 nettstedet www.immaterieillkulturarv.no (41) som en nasjonal fortegnelse over immateriell kulturarv i Norge. Dette er et åpent nettsted der alle som ønsker det, inviteres til å registrere «tradisjoner, skikker, musikk, dans og muntlige fortellinger, samt håndverkskunnskap og kunnskap om naturen og universet».

Innholdet på nettstedet er foreløpig (2018) begrenset, og medisin og helse er ikke representert. De fleste registrerte bidragene handler om tradisjonelt håndverk og sosial skikker. Det er ingen ting i veien for at også bidrag fra den immaterielle medisinske historie blir registrert. Forutsetningen er at «Kunnskapen eller praksisen er blitt overført fra folk som har levd før deg, og den er fremdeles i bruk. I denne sammenhengen er vi spesielt opptatt av prosessen som fører til at den tradisjonelle kunnskapen holdes i hevd og lever videre gjennom kreative tilpasninger og ny kunnskap» (41).

Kildekritikk

«Medisinsk historie kombinerer de metodiske problemer som er knyttet til historisk arbeid generelt, med de metodeproblemer som finnes i den naturvitenskapelige medisin», skrev Øivind Larsen for femti år siden (42). Dette gjelder fortsatt. Ettersom medisinsk historie ofte studeres av leger og andre ikke-historikere, blir det særlig viktig å kjenne de historiske metodeproblemene som finnes og behandle dem med respekt.

Historieforståelse forutsetter tolking av kilder. Som oftest gjelder det å forstå språklige utsagn, altså tekstanalyse, skriver Knut Kjeldstadli som understreker betydningen av å tolke *både innhold og form* (26).

Enda mer enn i journalistikken bør man bestrebe seg på å unngå enkeltkilder. Verken dagbøker eller intervjuer er objektive kilder. Det er sagt at kildekritikk er «et spørsmål om sunn fornuft», og en allmenn kritisk sans er nødvendig overfor både skriftlige og muntlige kilder. «Særlig prøver jeg å fokusere på hvordan fortellerinstansen lar pasienten komme *til orde og til syne* i journalen», skriver Petter Aaslestad om sine journalanalyser (18). Utgangspunktet er at det er legen som hele tiden skriver journalnotatene, og dette må legges til grunn for analysen.

I sin drøfting av kildekritikk peker Kjeldstadli på tre særegenheter ved bruk av muntlige kilder i historiefaget (26). For det første er det en åpenbar fare for glemsel og feilerindringer når fortiden skal gjenkalles. Fortrengninger og andre psykologiske prosesser kan også spille inn. Der nest oppstår de muntlige kildene i en kommunikasjon mellom to mennesker og den dialogen kan i seg selv prege innholdet. Til sist peker han på at fortellinger alltid tilpasses noen grunnmønstre. «Mange skaper et bilde av en større sammenheng, kontinuitet enn det virkelige livet gjerne byr på. Andre bygger fortellingen opp som en todeling mellom før og nå» (26).

Helsetjenesten karakteriseres av to hovedparter; leger og annet helsepersonell (de profesjonelle) og pasienter, pårørende og befolkningen for øvrig (de andre). Ikke bare oppgavene, men også opplevelsene og oppfatningene er forskjellige hos de to partene, og dette preger rimeligvis også beretningene deres.

Personer som brukes som kilder og som selv har vært aktører, vil dessuten som regel ha egeninteresser i historieskrivingen også i lang tid i etterkant av det som har skjedd. I aktørseminarene håndteres dette ved at flere personer, gjerne med ulik erfaring fra samme begivenhet, åpent kan drøfte fortiden sammen og slik sett balansere de subjektive beretningene.

Hvorfor skal vi ta vare på den immaterielle historien?

Det er minst to gode grunner for å ta vare på den immaterielle medisinske historien; dels at den har en verdi i seg selv, dels at den er en forutsetning for å forstå den materielle historien.

Man kan ikke utlede tidligere tiders praksis ut fra teoretiske betraktninger alene. Kunnskap om tidligere tiders holdninger er en forutsetning for å forstå tidligere tiders hendelser. Slik ser vi dessuten at ikke bare teknologi endrer seg, men også tankesett og rutiner. Den umiddelbare konsekvensen av denne utviklingen vi ser bak oss, bør være en forberedelse på endringer også i framtiden. Begrepet *kulturarv* brukes i vår tid ofte om verdier, blant annet i diskusjonen om det finnes spesifikke nasjonale verdier. Ved å ta vare

på kunnskap om tidligere tiders verdier i helsetjenesten, slik de blant annet viser seg i hendelser og helsebegreper, sikrer vi også den medisinske kulturarv.

Mer åpenbart er det at den materielle historien ikke kan forstås uten å kjenne den immaterielle. Det er for eksempel umulig å forholde seg til historiske gjenstander uten å kjenne hvorfor og hvordan de ble brukt. Fredede sykehusbygninger, samlinger av medisinske instrumenter eller presentasjoner av gamle fotografier fra helsetjenesten blir bokstavelig talt meningsløse uten at betydningen de har hatt og sammenhengen de har stått i er kjent, og kan formidles sammen med de fysiske og synlige objektene.

Litteratur

1. Burnham J. *What is medical history?* Malden, MA: Polity Press, 2005.
2. Braut GS. Medisinsk historie. I: *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/medisinsk_historie
3. Larsen Ø. Har helsevesenet sin egen historie? *Tidsskr Nor Legeforen* 2003;123:1718-20.
4. Dahl O. *Grunntrekk i historieforskningens metodelære*. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
5. <https://www.naob.no/ordbok/privativ>
6. Andersen JR, Bjørhusdal E, Nesse JG, Årethun T red. *Immateriell kapital*. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
7. Christensen AH. *Hva er folkloristikk?* <https://forskning.no/kulturhistorie/2008/02/hva-er-folkloristikk>
8. Eriksen TB. *Hva er idéhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
9. Krefting E, Schaaning E, Aasgaard R, red. *Grep om fortiden. Perspektiver og metoder i idéhistorie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2017.
10. Johannisson K. *Medicinens öga*. Stockholm: Norstedts, 1990.
11. Johannisson K. *Melankolske rom*. Oslo: Cappelen Damm, 2015.
12. Jacobsen KA. *Ritual* <https://snl.no/ritual>
13. Berthelsen, E. *Far vel. En fortolkning av et pleiepersonales erfaringer med å pleie døende og å stille døde*. Avhandling (phd), Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2010.
14. Øvreberg E. Døden er ikke kald. *Forskning.no* 24.12.2010. <https://forskning.no/helse-politikk-helsetjeneste-helseadministrasjon-samfunnsmedisin/2010/12/doden-er-ikke-kald>
15. WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion* <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
16. *For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten*. Oslo: Den norske legeforening, 2016. <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/c429b118ca8447049765305a2dcfd10f/rapport-for-mye-for-lite-eller-akkurat-passe.pdf>
17. Kyvig DE, Marty MA. *Nearby history. Exploring the past around you*. Lanham, MD: AltaMira Press, 2010.
18. Aaslestad P. *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler Gaustad 1890–1990*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.

19. Lillestøl K, Bondevik H. Nevrasteni i Norge 1880–1920. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013;133:661-5 DOI:0.4045/tidsskr.12.1221 <https://tidsskriftet.no/2013/03/medisinsk-historie/nevrasteni-i-norge-1880-1920>
20. Mann T. *Trolldomsfjellet*. Oslo: Gyldendal, 2002.
21. Hofmann B. Sykdom som dannelse – en studie av Thomas Manns roman Trolldomsfjellet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2003; 123: 3569-72.
22. Larsen IF. Syke piker i norsk kunst. *Tidsskr Nor Legeforen* 1991; 111: 3663-6.
23. Larsen IF. Legerollen i norsk malerkunst. *Tidsskr Nor Legeforen* 1995; 115: 3790-3.
24. Larsen IF. Røyking og kunst. *Tidsskr Nor Legeforen* 1997;117: 4418-21.
25. Frich J. Undervisning i medisin og kunst – hvilket utbytte har studentene? *Michael* 2008; 5: 245–54.
26. Kjeldstadli K. *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
27. <https://hifo.w.uib.no/skole-hifo/prosjektkonkurranse/hvordan-gjennomf%c3%b8re-et-godt-intervju/>
28. Tansey EM. Witnessing the witnesses. Potential and pitfalls of the witness seminar in the history of twentieth –century medicine. I: Doel RE, Soderqvist T red. *The historiography of contemporary science, technology and medicine. Writing recent science*. London/ New York: Routledge, 2006.
29. Jensen S, Lie AK, Eliassen KE, Lindbæk M, Gradmann C, red. Antibiotikaresistens i Norge – aktørseminar 16.01.2008. *Michael* 2012; 9: 13–79.
30. Evensen SA, Gradmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M, red. Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. *Michael* 2009; 6: 11–126.
31. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M, red. Da hiv kom til Norge. *Michael* 2010; 7: 12–157.
32. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, red. Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus. *Michael* 2010; 7: 382–527.
33. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, red. Tsjernobylulykken 1986. *Michael* 2011; 8: 19–143.
34. Larsen Ø, red. Administrativ organisering og akademisk virke. *Michael* 2011; 8: Supplement 10.
35. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Natvig JB, red. Ugelstads kuler. *Michael* 2013; 10: 14–112.
36. Larsen Ø, red. Det medisinske fakultet i Oslo siden 1970-årene – et aktørseminar. *Michael* 2013; 10: 219–344.
37. Evensen SA, Natvig JB, Larsen Ø, red. Cochleaimplantasjon (CI): revolusjon og utfordring for døves identitet, kultur og språk. *Michael* 2015; 12: 13–140.
38. Evensen SA, Natvig JB, Larsen Ø, red. Organdonasjon: behov og begrensninger. *Michael* 2016; 13: 261–388.
39. Evensen SA. Aktørseminarer fra medisinsk samtidshistorie. *Michael* 2008;5:240–4. http://michaelquarterly.no/index.php?seks_id=71975&a=1

40. *Immateriell kulturarv i Norge. En utredning om UNESCOs konvensjon av 17. oktober 2003 om vern av den immaterielle kulturarven.* Oslo: Kulturrådet, 2010. <http://www.kulturradet.no/documents/10157/a12b2499-0e89-4548-96f5-a63bacf843eb>
41. www.immateriellkulturarv.no
42. Larsen Ø. Metodeproblemer i medisinsk historie. *Nord Med* 1968; 80: 1237-42.

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