

Medisinsk historie

Har helsevesenet sin egen historie?

Selvfølgelig har helsevesenet sin egen historie, ved at det har en utvikling over tid. Hendelser har fulgt og følger på hverandre i en kronologi, akkurat som for alt annet. Men har helsevesenet en selvstendig historie i den forstand at dets egen utvikling er bygd på premisser, erfaringer, erkjennelser og kunnskapsbygging innenfor helsevesenet selv? Eventuelt hvor sterk og betydningsfull er denne historiske prosessen i forhold til en annen type prosess der helsevesenet, og for så vidt alt annet, til enhver tid kan sees som et resultat av utenforliggende historiske utviklingslinjer?

Øivind Larsen

oivind.larsen@samfunnsmed.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0317 Oslo

Historikerens oppgave er å skape et bilde av en tid som er passert. Det historiske håndverk går ut på å finne frem til egnede kilder som står studieobjektet nær, drøfte disse kildenes troverdighet og representativitet, sette den informasjon kildene gir inn i sin større sammenheng før selve historieskrivingen begynner: formuleringen av en tekst som gjengir det bildet man ønsker.

Det vil uten videre forstås at det her er nødvendig med en pendling mellom ytterpunkter, mellom detaljinformasjon og de

store linjer. Jo større og mer komplisert studieobjektet er, og jo mindre som foreligger av punktstudier og oversiktsarbeider fra før, desto vanskeligere er arbeidet. Eksempler: Hvordan kan man sikre seg at detaljstoffet virkelig er representativt? Hvor langt ut i konteksten skal man gå for å finne faktorer som kan ha hatt avgjørende betydning?

Innen historiefaget både har det vært og er ulike retninger for hvordan man bør arbeide, hvordan balansen bør være. Eksempelvis har det innenfor sosialhistorisk forskning i lang tid vært stor interesse for de lange linjer – f. eks. for de megatrendene innenfor utviklingen av sivilisasjon, samfunn og historie som gir grunnleggende premisser for det meste av alt annet, også for de forandringer som skjer i det små.

Og hvilket nivå skal man bevege seg på? Et motstykke til studier av styrende strukturer er den personifiserende historieskriving som vi har sett mye av siden 1970-årene, «history from below», der enkeltmennesker og deres skjebner brukes som utgangspunkt for forståelse og generalisering. Innenfor dagens historiefag finner vi oftest noe midt imellom. I forskning og fremstilling svinger pendelen frem og tilbake mellom det snevre temaet og dets kontekst.

Helsevesenet som spesialtilfelle

2003 er valgt som jubileumsår for norsk offentlig helsevesen, idet man har regnet tilsetningen av legen Villads Nielsen (ca. 1564– ca. 1616) i 1603 som et utgangspunkt for å se tilbake på 400 års helsearbeid. Historikerne Ole Georg Moseng og Aina Schiøtz har gitt en omfattende og utmerket beskrivelse av det som har skjedd med helse og helsevesen fra 1603 til 2003 i sitt tobinds jubileumsverk, assistert av Maren Skaset for den aller nyeste tid (1, 2). Og i deres arbeid har pendelen svingt som den skal – fra detaljene til de store sammenhengene, fulgt av forfatterens tankevekende syntese av innhentet informasjon om objekt og kontekst, tatt ut fra et hav av tidligere langt på vei ubearbeidet og usystematisert stoff.

«Helsevesen» er imidlertid et vanskelig begrep – innholdet er blant annet ikke det samme gjennom hele perioden. Innsnev-

ringen til «offentlig helsevesen» løser heller ikke problemet med hva den røde tråd egentlig er. Hvis vi definerer helsevesen som et system for vern mot helsefare og for omsorg for syke og nødlidende, institusjonalisert eller basert på sedvane og tradisjon, er det neppe gitt at tildelingen av kongelig lønn til dr. Villads Nielsen i 1603 markerer noe større tideverv i norsk medisinhistorie enn da f.eks. klostermedisinen gjorde sitt inntog i Norge i middelalderen eller da det etter hvert ble etablert anordninger for jordmødre (3) og apotekere (4). I tider da samfunnsordenen på lokalplanet ofte var vel så mye basert på strukturer i familie og bygdelag som på kongemakt og kirke, må dessuten den uformelle omsorg, de selvlærte legekyndiges kunnskaper og de kloke koners hender sees som et substitutt for et senere offentlig helsevesen – ikke minst fordi begrepet «offentlig» ennå hadde et diskutabelt innhold.

Noe medisinsk-faglig helsevesen av effektivt omfang fantes nesten ikke i Norge før på slutten av 1700-tallet, i hvert fall ikke sett i lys av det vi vet om folkehelsen og de objektive behov som synes å ha vært til stede (1, 5). Moseng (1) drøfter da også behørig det litt tilfeldige i at man akkurat valgte 1603 som det offentlige helsevesenets fødselsår. Helsearbeid var tradisjonelt for det meste en sak mellom to individer – den syke og behandleren eller omsorgspersonen. Det tok tid før helse ble et offentlig anliggende.

Fra 1800, og spesielt etter 1814, tro det «offentlige», nå forstått som det nye Norges myndigheter, til for alvor med tiltak både rettet mot fellesskapet i reguleringer øyemed og mot syke enkeltindivider. Det var nå noe ble født. Men hvorfor denne nytenkning nettopp da?

Det skjedde intet dramatisk banebrytende i utviklingen av medisinsk vitenskap først på 1800-tallet. Norsk økonomi var anstrengt og det var mange oppgaver å ta fatt på. Likevel: Offentlige helsetiltak tok form – samtidig som dødeligheten begynte å falle (6). Igjen et hvorfor? Så man en øyeblikkelig, håndfast helsestatistisk respons på medisinsk innsats? Neppe, det er mer komplisert enn som så. Kan det være at det nå også i større grad ble lagt medisinske premisser til grunn for den alminnelige

samfunnsutviklingen? Gjorde man levekårene bedre for helsen? Hvis vi undersøker helsevesenets egen, interne historie, finner vi få forklaringer på helseforandringene som begynte å merkes fra begynnelsen av 1800-tallet. Vi må derfor se andre steder.

Kontekst og premisser

På 1800-tallet skulle et moderne og selvstendig Norge bygges opp. Egne medisinske fagfolk og egne medisinske institusjoner hørte med til dette. Og de nye legene skulle være norske, utdannet i Norge for norske forhold. Det nasjonale universitet, Det kongelige Frederiks Universitet i Christiania, grunnlagt i 1811, var en kraftig markering av selvstendighet (7). På samme måte var åpningen av Rikshospitalet i 1826 en bekreftelse på Norges plass i det moderne Europa (8). At Norge ved utgangen av 1800-tallet faktisk hadde et ganske moderne helsevesen, mot nærmest ingenting hundre år tidligere, må derfor i stor grad sees som et resultat av kontekstens historie. Oppbygging av en nasjonal medisin og et nasjonalt helsevesen var deler av det store, prioriterte området *nasjonsbygging*.

Utover på 1800-tallet skjedde det imidlertid mye på den medisinske vitenskapens område. Nye helseproblemer dukket opp, ikke minst i form av koleraepidemier, og det norske samfunnet undergikk store omveltninger, slik blant annet Nylenna oppsummerer i en lederartikkel i dette nummeret av Tidsskriftet (9).

Vel fikk helsevesenet og helsepolitikken etter hvert restriktive anstrøk. Helsehensyn kunne gripe inn i enkeltindividets frihet. Men det ble langt på vei oppfattet som nødvendig at de nye samfunnsforholdene i mange situasjoner måtte prioritere helse for de mange og at enkeltpersoner måtte bøye seg for det – f.eks. hvis lepra, tuberkulose eller andre farlige sykdommer skulle ramme og kreve omfattende isolasjon eller legge andre bånd (10). Hvorvidt utbyggingen av helsevesenet, dets institusjoner og dets tiltak kan sees som en oppbygging av et medisinsk maktapparat – eller isteden er å betrakte som en refleksjon av samtidens helsefilosofi og av de aktuelle oppgavene – er det bare studier av konteksten som kan fortelle, ikke helsevesenets egen snevre historie, spesielt ikke hvis den på ahistorisk vis fortolkes ut fra nåtidens premisser (11).

På begynnelsen av 1900-tallet var norsk helsearbeid i stor grad et hygieneprojekt. Med tuberkulosen som viktigste begrunnelse ble omfattende sosiale og medisinske tiltak gjennomført (2). Helse tok form både som mål i seg selv og som sosial velferdsoppdrager.



Postens nye frimerker av kunstneren Sverre Morken viser spennet og utviklingen i den offentlige helsetjenesten etter den annen verdenskrig. Det ene motivet er fra Oslo kommunale helsestasjon i Arendalsgaten i 1945, det andre viser en hjerteoperasjon ved det nye Rikshospitalet. På hvert frimerke er det en liten vignett i sølv som viser blodomløp og nervesystem slik det ble oppfattet på 1500-tallet.

Den politiske karakteren av helsevesenets fremvekst ble kanskje særlig tydelig i årene etter den annen verdenskrig. Utbyggingen av sykehus, institusjoner og etter hvert primærhelsetjeneste skjøt fart som aldri tidligere, ofte nokså lavmælt politisk diskutert, selv i en tid med mye annet å bruke penger på (2, 5, 12). I dette store helseprosjektet var hensynet til folkehelsen en viktig faktor. Men den gigantiske oppbyggingen av et offentlig apparat synliggjorde velferdsstatens vekst og universalitet for alle, ved siden av å stimulere lokal økonomi og gi arbeidsplasser, også til kvinner, over det ganske land. Helsevesenutbyggingen – sammen med den nær tilknyttede utviklingen av trygdesystemene – sett som en sosialdemokratisk omfordelingsprosess, kunne med fordel vært studert nærmere historisk. Likeledes de begrensningene som legges for det samme helsevesenet når de sosialdemokratiske idealene blekner.

Den mentale kontekst

Helseoppfatningenes historie er også et felt for å finne forklaringer. De helsebehovene som oppleves som viktige av enkeltindivider, helsevesen og storsamfunn har vært i stadig endring (10, 13). Verdien av kropp og helse, spesielt av egen kropp og egen helse, forandrer seg og er forskjellig i ulike kulturelle sammenhenger. Vi vil se annerledes på helseplager og hva vi skal gjøre med dem i situasjoner preget av bitter nød enn der det er mer trivselspregede plager som bekymrer. Likeledes er viljen til å akseptere hensyn til fellesskapet på bekostning av egne behov under stadig forandring. Derfor er helsevesenets objekt, folkehelsen, ulikt gjennom hele 400-års-perioden vi for tiden feirer – et faktum som egentlig maner til ettertanke på en nyttig måte. Skiftningene i opplevd helse gjennom tidene og skiftningene i typer tiltak som må til for å dekke de behovene som