

Idealer, villfarelser og maktkamp

En historie om den moderne legerollen

Georg Espolin Johnson

Hovedoppgave i idéhistorie
Institutt for kulturstudier
Universitetet i Oslo
Vårsemesteret 2002

Forord

Jeg har hatt lyst til å skrive om tema på de følgende sidene i mange år. Når det nå er blitt virkelighet i form av en hovedoppgave i idéhistorie, er det naturligvis tilfredsstillende. Men samtidig har prosessen stilt mange flere spørsmål enn jeg har vært i stand til å besvare, så jeg føler ikke akkurat at fullendelsens store ro er i ferd med å senke seg over meg. Men det er vel slik det er: Tilfredshetsfasen er aldri langvarig før en ny ulikevekt, et nytt behov eller et nytt begjær stimulerer til ny handling, og vitebegjær er vel begjær godt som noe. Uansett håper jeg at de etterfølgende sidene kan stimulere til ettertanke, irritasjon, forbauselse, bekymring og smil. Og mest av alt håper jeg de kan stimulere til debatt.

Jeg vet ikke om noen skal takkes, for jeg synes egentlig jeg har gjort mesteparten av jobben selv. Men Guri har hele tiden sagt at jeg er flink, og det er alltid godt å høre! Og Lars, som har skrevet medisinsk doktorgrad samtidig med at jeg har skrevet dette, og som har visst så godt hvordan jeg hadde det alle de gangene jeg visste at jeg *ikke* var flink (uansett hva Guri sa). Og så Fredrik, som har vist en utrolig entusiasme og alltid vært villig til å diskutere. Og naturligvis Hilde og Eirik fordi de *alltid* inspirerer meg. Og til slutt Espen, for hvis dette er blitt leseverdig og attpå til kan stimulere til en og annen diskusjon, er det ikke minst hans fortjeneste.

God lesning!

Georg Espolin Johnson i mai 2002

Sammendrag

Tema for denne hovedoppgaven er den moderne legerollen. Med det menes hvordan legene i løpet av de siste drøyt to hundre årene har oppfattet og forholdt seg til sykdom og lidende mennesker, hvordan samfunnet har oppfattet og forholdt seg til legen og hvilke oppgaver legene har hatt i samfunnet. Utgangspunktet er en hypotese om at den moderne legerollen i betydelig grad er skapt av historiens spill; med andre ord at mange elementer i rollen ikke uten videre kan forstås som direkte følger av det faget legen har lært, nemlig akademisk medisin. For å undersøke hypotesen har jeg i første omgang fulgt europeisk historie fra klassisk gresk legekunst til moderne medisin med hensyn på hvordan legene fungerte i samfunnet — hva de kunne og gjorde, hvordan de ble benyttet og ansett og hvordan de så på seg selv. Denne delen bygger på sekundærlitteratur og ender opp med en beskrivelse av den moderne legerollen. I den mest omfattende delen av studien har jeg gjennomgått tekster fra det politiske ordskiftet fra 1885 til 1967 vedrørende innføring av trygdeordninger i Norge for å undersøke holdninger til legene, hvilke oppgaver de ble tildelt og hvilke begrunnelser som ble gitt for disse tildelingene. Dette har jeg så sammenholdt med den historiske rollen for å se om det er grunnlag for at noen av de oppgavene legen fikk kan forstås som følge av den historiske legerollen snarere enn en ut fra de kvalifikasjoner og den kompetanse legen må antas å ha hatt på bakgrunn av sin naturvitenskapelige utdanning.

Jeg konkluderer med at den moderne legerollen har viktige elementer som ikke kan forstås direkte ut fra legenes faktiske utdanning, men heller som historisk konstruerte forestillinger. Grunnlaget for disse forestillingene synes å kunne deles i to hovedgrupper. Den ene er knyttet til den medisinske vitenskapens høye status. Som forvalter av denne vitenskapen ble legen tillagt kompetanse og kvalifikasjoner som det neppe er grunnlag for i vitenskapen som sådan. Den andre dreier seg om hvordan den moderne legen gjennom sitt hegemoni på kunnskap om mennesket og 'sannheten' om sykdom ble i stand til å definere sykdom og dermed fikk betydelig makt og sentralitet. Både pasienter, leger og politikere synes stort sett å ha tatt legerollen med alt dens historiske innhold for gitt.

Jeg hevder avslutningsvis at hvis denne erkjennelsen virker plausibel, bør den åpne for nytenkning i debatten om helsevesenet og generelt om samfunnets ansvar for og håndtering av en rekke problemer som i dag med største selvfølgelighet er tilordnet helsevesenet og legenes ansvarsdomene.

Innholdsfortegnelse

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
<u>1 INNLEDNING</u>	<u>7</u>
1.1 KORT OPPSUMMERING AV PROSJEKT OG PROBLEMSTILLING	8
1.1.1 KONKRET PROBLEMSTILLING	8
1.1.2 NOEN REFLEKSJONER	9
1.2 ANGREPSVINKEL OG BEGREPSAVKLARINGER	11
1.2.1 MODERNITETSBEGREPET	12
1.2.2 AKTØRER I SPILLET OM SYKDOM	13
1.2.3 HELSEBEGREPER	15
1.3 MAKT SOM KULTURELL DRIVKRAFT	19
1.4 LEGENES OG DEN AKADEMISKE MEDISINENS EFFEKTER	23
<u>2 TO MEDISINSKE HISTORIER</u>	<u>26</u>
2.1 ET OVERBLIKK	26
2.2 FRA MYSTIKK TIL OBSERVASJON (HIPPOKRATISK MEDISIN)	29
2.3 AUTORITET OG BRILJANS (GALENOS OG ROMERSK TRADISJON)	32
2.4 TORNEROSESØVN (MIDDELALDER)	33
2.5 GJENOPPVÅKNING, INSTITUSJONALISERING OG EKSPANSJON (RENESSANSE)	36
2.6 KUNNSKAP ER MAKT (1600-TALLET)	40
2.7 OPPLYSNING OG FREMSKRITT (1700-TALLET)	44
<u>3 ALL MOTSTAND RYDDES AV VEIEN (LEGEN I MODERNITETEN)</u>	<u>49</u>
3.1 NOEN MODERNITETSTILNÆRMELSER	50
3.1.1 FORNUFT, FREMSKRITT OG FRIHET	50
3.1.2 KORT OG LANG OG HARD OG MYK OPPLYSNING	51
3.1.3 EN KIRKE PÅ DEFENSIVEN	53
3.1.4 FRYKTEN FOR FORFALLET (DARWIN)	56
3.2 LEGEN OG NASJONALSTATEN	57
3.3 MEDISINEN SOM SAMFUNNSIDÉ — MENNESKET SOM MODELL	59
3.3.1 GRENSELØS MEDISIN I SAMFUNNETS TJENESTE	61

3.4	LEGEN I SAMFUNNET	63
3.4.1	KLINIKKEN I MODERNE MEDISIN:	63
3.4.2	MAKTKAMP OG SYNTSE	64
3.4.3	KOLONISERING AV LIVSVERDEN	66
3.5	OPPSUMMERING	68
4	LEGEN I TRYGDEN	70
4.1	POLITIKK OG LEGEROLLE I TRYGDEEPOKENS OPPTAKT	74
4.1.1	DEN TIDLIGE TRYGDEFASENS SOSIALPOLITISKE RAMMER	77
4.2	DE FØRSTE TRYGDEDEKNINGENE — LEGEN FÅR SIN Plass I TRYGDEN	80
4.2.1	ARBEIDERCOMMISSIONEN AV 1885 OG DEN FØRSTE TRYGDELOVEN	81
4.2.2	LOV OM SYKEFORSIKRING	83
4.2.3	LOV OM OFFENTLIGE LÆGEFORRETNINGER AV 1912	89
4.3	STYRKING AV LEGEROLLEN OG KONFLIKT	93
4.3.1	KONFLIKTEN MELLOM LEGENE OG SYKEKASSENE	97
4.3.2	NYE PROBLEMER — UFØREBEGREPET	103
4.4	UNIVERSALISMEN FÅR GJENNOMSLAG	108
4.4.1	GENERELL SYKETRYGD	112
4.4.2	LEGEN OG UFØREBEGREPET NOK EN GANG	113
4.4.3	BEHANDLING OG ATTFØRING	117
4.4.4	TRYGD SOM BEHANDLING	119
4.4.5	ALL TRYGD UNDER SAMME TAK	120
4.4.6	UNIVERSALISMEPERIODEN I PERSPEKTIV	121
4.5	OPPSUMMERENDE PERSPEKTIV PÅ LEGEN I TRYGDEN FREM TIL 1967	123
5	KONKLUSJON, ETTERTANKER OG AVSLUTNING	125
5.1	ETTERTANKER	127
5.1.1	DET UTVIDEDE HELSEBEGREP I LIVSVERDEN	128
5.1.2	INTET ER NYTT UNDER SOLEN	137
5.1.3	FINNES KRONISK UTMATTELSESSYNDROM?	139
5.2	AVSLUTNING	141
	BIBLIOGRAFI	144
	NOTER	146

1 Innledning

Helt siden noen år før jeg tok medisinsk embetseksamen i 1980 har jeg hatt en fornemmelse av at legenes oppgaver, rettigheter, plikter, anseelse og posisjon — hele den autoritets-, ansvars- og aktivitetsfære som legen delvis formelt og delvis uformelt forvalter i vårt samfunn — må være formet av noe mer enn det legen faktisk har formell opplæring i og bygge på noe utover naturvitenskapelig dokumentert biologisk kunnskap. Jeg tror det begynte da jeg som temmelig fersk 2. avdelings medisinerstudent hadde jobb som legevikar på Blå Kors Klinikk i Trondheim og ble bedt om å skrive min første trygdesøknad. I en slik søknad skal individets funksjonsevne i arbeidslivet belyses. I henhold til lov om folketrygd kan trygd bare tilstås når sykdom er hovedårsaken til redusert funksjon. Dermed er det i utgangspunktet rimelig at legen skal inn i bildet. Problemet er imidlertid at sykdomsbegrepet er uklart og i praksis ofte u håndterlig, og uansett har legen qua lege begrensede forutsetninger for å vite hva en gitt sykdom innebærer av redusert arbeidsevne. I motsetning til hva mange sikkert vil tro, er dette ikke et nytt fenomen med utgangspunkt i dagens komplekse sykdomsforståelse, der psykiske og sosiale aspekter trekkes inn i tillegg til objektive funn.

Sykeforsikringsordningen av 1909 kom også raskt under press, og i 1927 ble det fra Stortingets talerstol hevdet at folk gikk til legen fordi de ikke hadde «noget annet at gjøre».¹ Samme år gjennomførte trygden en kontroll av sykmeldte som førte til at 67% av de kontrollerte straks ble friskmeldt.² I 1939 beklaget trygdeetatens ansatte seg over at folk benyttet kombinasjonen av sykepengerrettigheter og slepphendte leger til å skaffe seg ferie.³ Mer sannsynlig enn at pasienter flest var tiltaksløse og usolidariske, legene gjennomgående slepphendte og begge uten moral, er det at ingen av dem — da som nå — hadde en klar formening om hva sykdom *er*, hvordan funksjonsreduksjon som følge av sykdom skal anslås og om hva som kan forventes av legen.

På Blå Kors i Trondheim i 1978 satt det flere erfarne sosionomer, sykepleiere og forskjellige typer sosialarbeidere (poenget her er at de var *erfarne* og ikke hvilken profesjon de hadde) som kunne svare atskillig bedre enn jeg på de fleste spørsmålene om pasientens konkrete situasjon — både om tilstanden med rimelighet kunne klassifiseres som sykdom*, om samfunnets tilbud til alkoholikere og om pasientens evne til å nyttiggjøre seg dem. Jeg hadde riktignok lært å gjenkjenne symptomer på leversvikt og kanskje kjenne meg frem til en

* Trygdrettskjennelse av 14. jan. 1976 åpnet formelt for at alkoholisme i seg selv — uavhengig av om det var påvist irreversibel organisk skade — skulle kunne betraktes som sykdom (s 59 i Rikstrygdeverkets rundskriv 11/00 til §12-6)

forstørret lever langt der nede i magen et sted. Og jeg kunne gjøre en nevrologisk undersøkelse som kanskje ville kunne gi mistanke om hjerneskade. Når det kom til alt det som virkelig betydde noe for forholdet menneske–samfunn, var jeg imidlertid den grønneste av alle. Derfor stilte jeg meg selv spørsmålet: Hvorfor i all verden er det jeg som skal ta meg av dette?

Siden har jeg oppdaget at legen på mange områder i samfunnet helt naturlig glir inn med en autoritet som det ikke er helt lett å forstå grunnlaget for. Har for eksempel legen qua lege kunnskap som i praksis kvalifiserer for fordeling av trygdemilliarder, behandling av rusmisbruk, legitimering av ekstra eksamenstid ved allergi eller bedømmelse av faren for gjentakelse av alvorlige forbrytelser? For det første spørsmålets vedkommende, som blir behandlet i denne undersøkelsen, konkluderes det med at dette slett ikke er så klart som mange synes å tro.

1.1 Kort oppsummering av prosjekt og problemstilling

Den franske idéhistorikeren Michel Foucault hevder i sin bok «Klinikkens fødsel» at to forandringer preger moderne medisin, som etter hans oppfatning oppsto mot slutten av 1700-tallet. For det første ble forestillingen om hele syke mennesker fortrent av en forestilling om at sykdommer eksisterte som definerbare eksterne enheter (essenser) atskilt fra kroppen, som altså i seg selv *ikke* var syk, men var blitt invadert av en sykdomsenhet. Gjennom systematisk observasjon ville de forskjellige sykdomstyper kunne klassifiseres med entydige kjennetegn, og deres måter å bre seg på i menneskekroppen og i samfunnet ville kunne avsløres. For det andre hevder Foucault at det på bakgrunn av at mennesket begynte å betrakte seg selv på en annen måte enn noen gang tidligere, oppsto en særegen moderne diskurs om mennesket som ikke minst gjorde seg gjeldende i diskursen om helse og sykdom. Begge påstandene vil bli grundigere beskrevet og diskutert siden; i denne sammenheng lar jeg dem stå ukommentert som et utgangspunkt for studiens tema, nemlig **den moderne legerollen**. Uansett hva man måtte mene om Foucaults analyse, synes det i alle fall klart at vår måte å oppfatte og forholde oss til sykdom og helse på har forandret seg betydelig de siste 200 årene og ikke kan ses isolert fra samfunnsutviklingen forøvrig.

1.1.1 Konkret problemstilling

I dette arbeidet analyserer jeg grunnlaget for legenes innflytelse og posisjon i samfunnet (legerollen) ved å se den hovedsakelig i lys av komplekse historisk–kulturelle faktorer, der samfunnets *forestillinger* om legenes kompetanse og kvalifikasjoner ikke uten videre kan forstås som direkte følger av den vitenskapelige medisinske utviklingen.

Etter begrepsavklaringer og beskrivelse av teoretisk grunnlag, gjennomgår jeg kort medisinsk historie fra gresk antikk til omtrent forrige århundreskifte med fokus på hvordan pasient (eller forbruker) og lege forholdt seg til hverandre, hvilke roller staten plasserte legene i og hvordan legene så på seg selv i samfunnet. Hensikten med dette er å gi en nødvendig historisk og teoretisk basis for studiens empiriske del, hvor tema er **legerollen i trygden**.

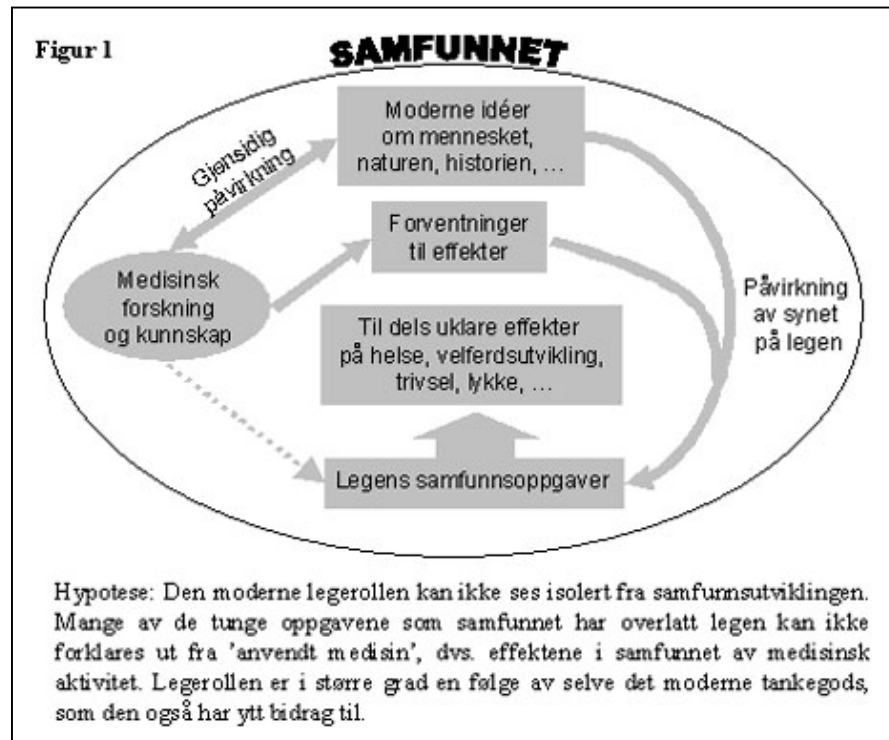
Utbyggingen av det norske trygdesystemet foregikk fra 1885 til 1967. (Naturligvis har det også skjedd forandringer og utvikling siden, men med en samlende Lov om folketrygd i 1967, ble et viktig kapittel i norsk trygdehistorie avsluttet.) Det empiriske materialet består av utdrag fra periodens politiske ordskifte vedrørende legens rolle i trygdesystemet. Dette ordskiftet anses som uttrykk for samtidens forestillinger om medisinfagets rekkevidde og legenes kompetanse og kan dermed konkret kaste lys over om og i så fall hvordan andre forhold enn medisinsk vitenskapelig utvikling har påvirket legenes samfunnsoppgaver og posisjon.

1.1.2 Noen refleksjoner

Resultatene av denne studien peker etter mitt skjønn i retning av at sammenhengen mellom legerollen og medisinsk faglig utvikling i stor grad er indirekte i den forstand at den vitenskapelige utviklingen har skapt *forestillinger* om legenes innsikt og *forventninger* til medisinenes effekt som det ikke er lett å finne overbevisende holdepunkter for. Innholdet i sykdomsbegrepet har variert betydelig og inkluderer i dag også plager, ubehag og avvik (dårlig tilpasning til eller redusert funksjon i forhold til samfunnets forventninger og normer) hvor legen neppe kan sies å ha spesielle faglige forutsetninger for forståelse og behandling. Også i forhold til slike tilstander blir imidlertid legen betraktet som autoritet, og samfunnet forventer at legen skal forstå og kunne forklare tilstanden og finne en effektiv behandling. Legene i den moderne verden har fått mer eller mindre monopol på sannheten om sykdom og helse og har på sin side i liten grad vist måtehold i forhold til hva de har ansett som tilhørende sitt kunnskaps- og autoritetsdomene. I denne prosessen er avgrensningen mellom helse på den ene siden og trivsel eller lykke på den andre blitt uklar.

Sagt på en annen måte er undersøkelsens tema i hvilken grad legenes posisjon i samfunnet og grunnlaget for de oppgavene samfunnet har tildelt dem, kan forstås som utslag av *kulturskapte* forestillinger om medisinfagets rekkevidde — altså om legens posisjon kan forstås som et utslag av hva samfunnet *tror* medisinsk vitenskapelig erkjennelse gir grunnlag for å svare på snarere enn hvilke svar denne erkjennelsen har gitt eller er i stand til å gi. Hvis det ved nærmere ettersyn skulle vise seg ikke å være så klart hvilke spesielle forutsetninger og

kunnskap legen har, som gir grunnlag for å uttale seg med autoritet om hvordan man bør leve her i verden for å trives og ha et lykkelig liv, peker heller ikke legen seg ut som den man først og fremst bør søke råd og hjelp hos



hvis man mistrives, har problemer med å tilpasse seg samfunnet eller takle jobben, har et misbruksproblem eller føler seg ulykkelig, og heller ikke den som med størst selvfølgelighet kan uttale seg med autoritet om de samme spørsmålene i samfunnet.

Det ligger i dette intet forsøk på å underkjenne konkrete resultater av den medisinske vitenskapelige innsatsen. Formålet er derimot å undersøke i hvilken grad overordnede (og i etterpåklokskapens lys kanskje overoptimistiske) ideer om hva forskningsresultatene *kunne komme til å resultere i* har bidratt til den akademiske medisinen og legenes sosiale suksess. Etter hvert som forskningsresultatene kom i stadig raskere takt, må de i så fall ha forsterket både de overordnede ideene (fremskrittsidee og opplysningstradisjon) og forventningene til effekter. I en dobbel positiv feedbacksløyfe kan dette igjen ha katalysert både den medisinske forskningen og legenes fremgang i anseelse og rang uten at resultatenes *effekt på helse* som sådan har vært den egentlige årsaken, men derimot forventningene til slik effekt og forestillingene om legenes altomfattende kunnskap om ikke bare humanbiologiske, men også antropologiske og sosiale forhold (kfr figur 1). I tråd med dette ble de antatte grensene for den medisinske vitenskaps rekkevidde stadig tøyd og dermed legens autoritet og samfunnsoppgaver stadig utvidet utover det vitenskapen strengt tatt ga noe som helst grunnlag for. Dette betyr naturligvis ikke at ikke forskningsresultatene isolert sett ofte har vært imponerende med hensyn på både selve forskningsprosessen, resultatenes betydning for hvordan vi har vært i stand til å forstå oss selv som mennesker i naturen og behandling av enkelte konkrete sykdommer. Det betyr heller ikke nødvendigvis at legenes posisjon i

samfunnet er illegitim, for det kan hevdes at historien eller utviklingen i seg selv — i den grad man betrakter denne som et fremskritt — har legitimert 'samfunnets bruk av leger'. Denne oppgavens tema er imidlertid verken den medisinske vitenskapens helsemessige effekter (eller fravær av slike) eller legens legitimitet (eller illegitimitet) men en analyse av grunnlaget for fagmedisinens og legens *samfunnsmessige* posisjon og grenser.

Kapittel 2 er en historie om legerollens utvikling frem til omtrent midt på 1700-tallet. I kapittel 3 beskrives den moderne legerollen i lys av modernitetsbegrepet. I kapittel 4, som er studiens empiriske del, undersøker jeg om og i så fall hvordan legenes posisjon og makt innenfor det norske trygdesystemet kan ha bidratt til den spesifikt moderne og historisk bundne *sannheten om sykdom og syke mennesker*: Kan diskursen om leger og sykdom under oppbygning av trygdesystemet fortelle noe 'nytt' om dagens legerolle og dens grunnlag? Kapittel 5 består av oppsummering og diskusjon.

1.2 Angrepsvinkel og begrepsavklaringer

Innenfor et stringent naturvitenskapelig paradigme er det ifølge Karl Popper bare lov til å bruket hodet i den innledende fasen av forskningen, det som han kaller «context of discovery» som betegner avgrensning av interesseområdet — løse (ikkevitenskapelig) observasjon av verden og utarbeidelse av antakelser og hypoteser som kan testes vitenskapelig. For å kunne rettferdiggjøres som teori, må gjentatt testing bekrefte at virkeligheten eller empirien er i samsvar med hypotesene («context of justification»)⁴. Selve testingen, som består av telling, veiing eller annen måling, *skal* i naturvitenskapen følge faste doktriner. I idéhistorisk forskning består empirien som regel av tekster. Å teste en tekst (i den grad det er et godt uttrykk) innebærer å undersøke hvordan den føyer seg inn i en bestemt kontekst. Som eksempel består den empiriske delen av denne undersøkelsen av et forsøk på å se det politiske ordskiftet om legens oppgaver i folketrygden gjennom en avgrenset periode i lys av en historisk konstruert legerolle, som i sin tur både er en del av og har vært en viktig bidragsyter til utviklingen av vår moderne kultur. I et slikt forsøk på å bruke tekster som redskap for å tolke virkeligheten, må man bruke hodet hele tiden, for det er lite å telle og alltid informasjon som er gjemt mellom linjene. Og selv om det kanskje kan høres betryggende ut med kontinuerlig hodebruk, er det på den annen side klart at konklusjonene blir atskillig mer usikre enn i tradisjonell medisinsk nomologisk forskning hvor man prøver å avdekke generelle lovmessigheter. Det gjør det ekstra viktig å beskrive hvordan jeg har tenkt å angripe problemstillingen og hva jeg legger i forskjellige begreper.

1.2.1 Modernitetsbegrepet

Oppgavens tema er den moderne legerollen. Et nærliggende spørsmål er hva jeg egentlig mener med «**moderne**». Selv om det kan være forvirrende, er det nødvendig å skille mellom moderne medisin som en del av moderniteten som idéhistorisk epokebegrep (som er uspesifikt nok i seg selv) og det enda mindre spesifikke 'moderne medisin' slik det ofte blir brukt i popularisert medisinsk historie og i dagligtale. I siste betydning anføres i noen fremstillinger Rudolf Virchows banebrytende verk om cellulærpatologi fra 1858 som overgangen til moderne medisin, mens andre anser William Harveys beskrivelse av det lukkede blodomløp i 1616 som det banebrytende skillet, og flere andre personer og årstall er helt sikkert like velkvalifiserte. Hvor skillet skal plasseres er blant annet avhengig av hva man er interessert i. Hvis fokus er metode, bør skillet etter mitt skjønn settes *før* Harvey (se senere omtale), for selv om hans *oppdagelse* kanskje ble epokegjørende, representerte han ikke noe absolutt nytt metodologisk. Hvis interessen derimot er behandlingseffekt, kan et skille neppe settes særlig tidligere enn siste verdenskrig, og er interesseutgangspunktet pasientrettigheter, er vi tilsynelatende midt i et skille i dag.

Dette kan kanskje virke vel og bra, men hva menes så med «**modernitet**» som epokebegrep? Heller ikke på det spørsmålet finnes et entydig svar, og jeg skal ikke forsøke å gi en definisjon tilpasset denne undersøkelsen. Det er ikke slik at forskjellige forståelsesformer og modeller for modernitet nødvendigvis motsier hverandre, selv om forskjellige observatører har interessert seg for og lagt vekt på forskjellige realhistoriske, sosiale og psykologiske faktorer og karakteristika og fra hvert sitt utsiktspunkt har angitt forskjellige innhold og avgrensninger. Uansett tror jeg man må kunne si at et sentralt element i den moderne verdensoppfatningen er at det frigjorte mennesket med fornuften som ballast og vitenskapen som verktøy har forestilt seg en fremskrittsprosess der målet er det gode samfunn. Ved å løse samfunnsgåtene ved hjelp av fornuft og vitenskap kan mennesket katalysere prosessen. Større uklarhet er det rundt modernitetens *krefter*, altså hvordan og hvorfor den oppsto, hva som holder den ved like og hva som forandrer den. I denne studien har jeg forholdsvis pragmatisk og eklektisk benyttet forskjellige teoretikers tilnærmelser for å anskueliggjøre forskjellige poenger — uten å skule altfor mye til at enkelte av disse teoretikerne kanskje har vært uenige seg imellom. Dette innebærer åpenbart en fare for at det hele er blitt en fremstilling av min egen forutinntatthet underbygget av det som på ethvert punkt måtte passe av teorier og modeller. Jeg har prøvd å være meg dette bevisst og håper å ha styrt unna de verste utslagene. Modernitet vil bli nærmere beskrevet i pkt 1.3 og kapittel 4.

1.2.2 Aktører i spillet om sykdom

I utgangspunktet er det bare to aktører på banen i spillet om sykdom og helse, nemlig legen og pasienten. **Pasienten** kan søke lege på grunn av et konkret kroppslig problem som legen antas å ha greie på. Minst like ofte er legekontakt i dag nødvendig fordi legen må sanksjonere et gode (for eksempel skrive sykmelding) som pasienten mener å ha krav på eller i hvert fall håper å oppnå. I enkelte sammenhenger er kontakten indirekte og upersonlig, for eksempel ved at legen i kraft av sine samfunnsoppgaver øver innflytelse på eller avgjør et spørsmål som er av betydning for pasienten uten å møte denne (for eksempel rett til uføretrygd). Bakgrunnen for legekontakt har altså ikke nødvendigvis sin bakgrunn i sykdomsbehandling. Dermed kan det være misvisende å snakke om 'pasienten'. I samfunnsvitenskapelig litteratur benyttes ofte konsument eller **forbruker**. Noen vil sikkert si at det er for uspesifikt. I teksten benytter likevel dette i tillegg til **kunde** når jeg mener at det tradisjonelle pasientbegrepet* er misvisende i forhold til det jeg ønsker å beskrive.

I dag er begrepet **lege** en beskyttet yrkestittel forbeholdt personer som har vært gjennom en godkjent naturvitenskapelig basert utdanning og er blitt autorisert til å drive legevirksomhet av staten. Det har naturligvis ikke alltid vært slik, og derfor er det ikke helt klart hvordan ordet bør benyttes i historisk sammenheng. I det følgende forbeholder jeg det — i hvert fall de siste 600 årene — til de behandlerne eller teoretikerne som har gjennomgått 'vitenskapelig' eller **akademisk medisinsk** utdanning på universitetene. Som det vil fremgå av teksten etter hvert, betyr det *ikke* at denne tradisjonen nødvendigvis har representert det vi *i dag* vil kalle vitenskapelighet, eller at de har representert forståelses- og behandlingsformer som har vært riktigere eller mer effektive enn sine konkurrenters i andre tradisjoner. Poenget er at de har hatt en overordnet idé — oftere på papiret enn i praksis — om at det går an å oppdage hvordan ting henger sammen gjennom observasjon og eksperimenter. I 'akademisk' ligger institusjonaliseringen av medisinen, hvor i første instans universitetene, og fra 1600-tallet sterke interesseorganisasjoner som ivaretok både fag- og maktinteresser, står sentralt. Jo lenger tilbake man går, desto uklarere blir begrepene, men også så sent som i perioden fra midten av 1700- til midten av 1800-tallet, kan grensene være uklare. I England smeltet for eksempel i denne perioden akademisk medisin gradvis sammen med apotekermedisin og kirurgi gjennom en bitter profesjonsstrid,⁵. Når jeg senere i teksten mener alle typer aktører på behandlermarkedet, bruker jeg begrepet 'behandler'. Når jeg benytter 'lege', innebærer det

* Pati betyr på latin lide/tåle. Presens partisipp av verbet er patiens (lidende/tålende). I pasient ligger altså den tålmodig lidende person, som ikke stemmer særlig godt overens med den aktive helsetjenestekonsument, som i dag er minst like vanlig.

tilknytning til akademisk medisinsk tradisjon, men vil likevel aldri være klarere enn den epoken det benyttes i tillater.

Legevitenenskap er et problematisk begrep, som jeg likevel benytter i de siste ca hundre årene fordi det var (og er) i hyppig bruk i tekstene. I den grad det skal oppfattes annerledes enn 'akademisk medisin' slik det ble beskrevet ovenfor, er det videre og inneholder ikke bare det som den institusjonaliserte universitetsmedisinen befatter seg med, men også det som legene og samfunnet til enhver tid anså som en del av legenes vitenskapelig baserte virksomhet.

Heller ikke begrepet **helsevesen** er særlig klart til tross for sin utbredte anvendelse. Begrepet i moderne forstand er ikke relevant før etter midten av 1800-tallet da staten i stadig økende grad så enkeltindividenes helse som sitt ansvar. Men også før dette er det relevant å snakke om institusjonalisert forskning, behandling og forebygging. I dette arbeidet benytter jeg begrepet først i de siste ca 100 årene og forbeholder det dermed den moderne varianten. Også der er imidlertid innholdet stadig blitt utvidet, og eierforhold, finansieringsmodeller, driftsansvar og tilgjengelighet har variert. 'Helsevesen' betegner i denne fremstillingen summen av de instanser som til enhver tid yter slike helsetjenester som staten ønsker å legge til rette for at det skal finnes et visst minimumstilbud av, uten at det nødvendigvis innebærer at tjenestene inngår i det offentlige direkte helsetjenestetilbud til forbrukerne.

I tillegg til legen og forbrukeren er det nødvendig å skille ut **staten** som selvstendig aktør. Staten er et mangehodet troll hvor hvert hode kan ha vidt forskjellige interesser og til tider fungere så autonomt at det er vanskelig å få øye på helheten eller resultatene. Staten regulerer likevel maktforholdet mellom lege og forbruker og påvirkes av begge. En analyse av statens makt ligger langt utenfor denne undersøkelsens grenser, men en av statens oppgaver som står sentralt i denne sammenhengen, er i hvert fall overvåking og kontroll av innbyggerne. Jeg kommer nærmere tilbake til dette, men vil her bare peke på de åpenbare interesseuoverensstemmelsene som med dette som utgangspunkt ligger latent mellom leger, forbrukere av legetjenester og staten. I sin overvåking og kontroll av befolkningen kan staten for eksempel saktens trenge leger, men har samtidig behov for å kontrollere også *dem* for å sikre seg mot at de kontrollerer og overvåker forbrukerne etter eget for godtbeholdende, eller mot å komme under press av en for sterk allianse legene og forbrukerne imellom. Men statsapparatet er avhengig av tilfredse forbrukere fordi det i siste instans bygger hele sin eksistens på dem (velgerne). Forbrukerne på sin side vil i prinsippet betakke seg for å bli styrt og kontrollert, men ønsker likevel tilgang til behandling mot sykdom og råd om helse. I tillegg trenger de legenes sanksjoner for å oppnå visse goder eller kunne tre inn i visse

frigjørende sykeroller. Dette innebærer med nødvendighet varierende grader av kontroll og styring. Legene har klare interesser — både økonomiske og maktmessige — av lojalitetsbånd begge veier. Jeg vil i det følgende prøve å belyse hvordan slike spill om makt — ofte vanskelig identifiserbare og ukjente for aktørene — har påvirket konstitueringen av legerollen.

Det finnes også andre aktører i spillet om sykdom med noe mer uklare og indirekte roller. En av dem, som vil få en sentral plass i den empiriske delen av dette arbeidet, er trygden, som fra 1911 til 1967 dekket en stadig større del av legenes inntekter. Trygden er i prinsippet en forsikringsordning der innbetalt premie skal dekke ytelsene. Dermed representerer trygden alle som betaler premie, og i Norge er det både arbeidsgiver, arbeidstaker og staten, og slik har det vært helt fra 1911. For helhetens skyld skal også arbeidsgiver nevnes, som i tillegg til å betale forsikringspremie (arbeidsgiveravgift) også har direkte interesser som jeg ikke vil komme nærmere inn på. En ytterligere aktør som fortjener å bli nevnt er den medisinske industrien (legemidler og medisinsk teknologi) som har opparbeidet seg en betydelig maktposisjon i dagens spill om sykdom, men som likevel ikke hører hjemme i dette arbeidets tilnærming til tema.

1.2.3 Helsebegreper

Alle har et intuitivt forhold til begreper som sykdom, lidelse, helse og sunnhet. Ulik bruk fører likevel til atskillig forvirring blant annet om hva som kan diagnostiseres og behandles, hva man kan kreve av helsevesenet eller når man har rett til sykepenger. Fordi en av mine påstander er at legens autoritet på enkelte områder skyldes et inflatert sykdomsbegrep som omfatter ting som legen *qua lege* ikke har forutsetninger for å vite noe om, er det behov for noen begrepsavklaringer.

Et isolert sykt eller plaget individ er uinteressant i kulturell sammenheng. Det er først gjennom omgivelsenes reaksjon at en sykdom så å si *blir* sykdom i samfunnsmessig forstand. Den plagedes forventninger til omgivelsenes reaksjoner påvirker hvordan hun eller han uttrykker sine problemer. Vedkommende underkaster seg og handler med andre ord i større eller mindre grad i overensstemmelse med et kulturelt regime for å definere seg inn i en på forhånd mer eller mindre veldefinert kategori som kan utløse i større eller mindre grad forutsigbare formelle og uformelle reaksjoner fra omgivelsene. Hvis det overhodet skal ha noen hensikt å diskutere makt, må med andre ord helsebegrepene forstås relasjonelt.

Selve begrepet **helse** er kanskje det mest problematiske av alle. I Verdens helseorganisasjons (WHO) konstitusjon defineres helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller redusert funksjon.»⁶

Definisjonen har vært utsatt for sterk kritikk fra mange hold. Den svenske filosofen Lennart Nordenfelt hevder blant annet at hvis man først skal ta definisjonen alvorlig, innebærer det at WHO mener at helsevesenet må identifiseres med all politisk og mellommenneskelig virksomhet til velferdens fremme.⁷ Han påpeker det sterkt upraktiske i at det innenfor definisjonen ikke gir mening å uttrykke at en person er lykkelig til tross for dårlig helse fordi helse og lykke blir sammenfallende.⁸ Å lide, plages eller ha det vondt er ifølge Nordenfelt verken uhelse eller sykdom i seg selv. Han er for eksempel uenig i at sorg, skuffelse og sinne, til tross for at slike emosjoner innebærer lidelse, uten videre kan kalles uhelse.⁹ Selv knytter han helse opp mot hverdagens handlingsevne. Negative fornemmelser eller emosjoner blir uhelse først når de påvirker vår evne til å takle hverdagens krav.¹⁰ En person har optimal helse, sier han, hvis vedkommende er i en slik tilstand fysisk og psykisk at hun eller han har en annen ordens mulighet til å virkeliggjøre alle sine vitale mål, gitt rimelige omstendigheter.¹¹ Med 'vitale mål' mener han de mål man streber etter å nå — ens aspirasjoner, mens 'annen ordens mulighet' innebærer at det endelige målet gjerne kan ligge langt inn i fremtiden som sluttresultat av en omfattende prosess; det viktige er å ha tro på at målet *kan* nås og å ha en fornemmelse av å være på vei mot det.

Det er tvilsomt om Nordenfelts helsebegrep er mer anvendelig i praktisk helsepolitikk enn WHO's. Det er like individuelt og variabelt og gir dermed mangetydige signaler både om hvilke tiltak som bør iverksettes og hvem som har ansvar for å iverksette dem ved forskjellige utslag av uhelse. Hvis for eksempel en innvandrer i Norge ikke tror hun vil lykkes i å lære seg aspekter ved norsk kultur som hun anser nødvendig for å fungere slik hun ønsker, er hun etter Nordenfelts definisjon ved uhelse — uten å være syk i tradisjonell forstand. Men det som av henne kanskje oppfattes som manglende tilrettelegging for innvandrere, kan av norske myndigheter oppfattes som at hun ikke utnytter mulighetene som ligger der. Og det som av en trygde- eller statsfunksjonær kan oppfattes som negativitet og passivitet, kan av en empatisk allmennlege beskrives som reaktiv invalidiserende depresjon med utgangspunkt i kulturkollisjon og manglende hjelp og forståelse fra samfunnet. Helse er altså et relativt og vurderende begrep. Det innebærer er at man ikke trenger å mene forskjellig med selve ordet selv om man anvender det på forskjellige tilstander¹². Man kan være uenig med en venn i at et maleri er stygt, men skjønner likevel hva han mener. På samme måte vil vi ofte forstå hva en person som angir å ha dårlig helse mener — hvordan vedkommende føler seg — uten at vi av den grunn trenger å forstå at det er grunnlag for det.

Som oppsummering kan en forløsende og likefrem definisjon på helse være enkeltindividets evne til å mestre hverdagens krav og til å føle seg levende både i glede, sorg

og smerte. Selv om dette skiller seg klart fra WHO's helsebegrep, synes det bortimot like uegnet som operasjonelt begrep i helse- og sosialpolitikken. Enhver kultur har sine egne sedvaner, praksiser og standarder for spillet om helse, og i siste instans har ethvert individ sitt eget helseuttrykk — sitt eget atferdsregister innenfor helseområdet. Det er ikke rart at den norske legen ikke forstår somalierens uhelse og langt mindre hva den er et utslag av. Det er ikke en gang rart at den unge norske legen fra sosialgruppe 1 ikke forstår en like norsk sosialgruppe-5-persons uhelse.*

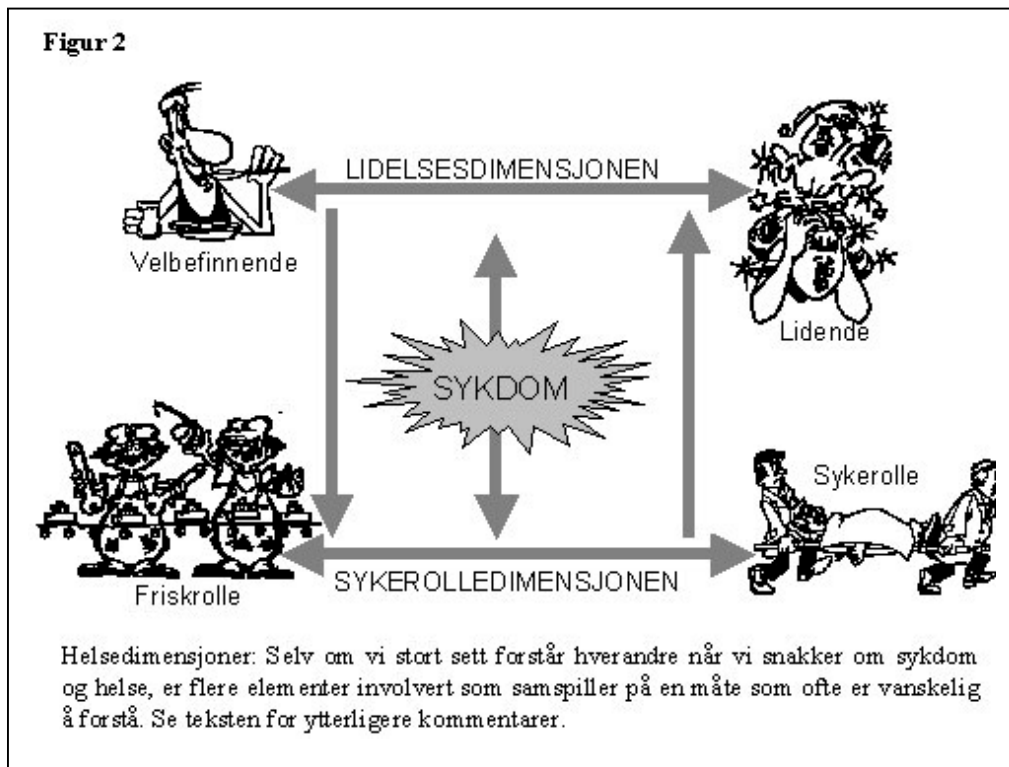
I samfunnsmedisinsk og samfunnsvitenskapelig litteratur har det vært vanlig å operere med 3 helsebegreper,¹³ sykdom, lidelse (eller plage) og sykerolle[†]. **Sykdom** er et uttrykk for den akademiske medisins klassifisering av grad av negativ helse. Dette oppgis i form av en diagnose som bygger på et sett diagnostiske kriterier som skolemedisinere er mer eller mindre enige om. Det må imidlertid påpekes at skolemedisinen i sin klassifisering slett ikke har holdt seg konsekvent til objektiviserbare kriterier — det som kan måles som avvik fra en normaltilstand og dermed lar seg underlegge en naturvitenskapelig tilnærming. De opererer med diagnoser på mange forskjellige nivåer, som årsaksdiagnoser (for eksempel streptokokkinfeksjon eller stråleskade), sykdomsstrukturelle diagnoser (for eksempel kreft i tykktarmen, hjerteinfarkt eller skrumplever), beskrivende diagnoser (som for eksempel utslett eller skjelving), funksjonsdiagnoser (for eksempel forstoppelse, tung pust eller hyppig vannlating) og symptomdiagnoser (for eksempel kvalme, svimmelhet, angst, depresjon, smerter eller tretthet). Ofte skiller det i liten grad mellom disse nivåene i vanlig praksis, som er et problem i seg selv, særlig for tilstander i siste kategori, hvor legenes grunnlag for å uttale seg med tyngde er svært tynt. Dertil tillegges ofte diagnoser funksjonelle implikasjoner av typen «Hvordan påvirker sykdommen, skaden, skavanken eller plagen pasientens muligheter til å utfolde seg i arbeidsliv og samfunnet ellers?» I slike tilfeller må legenes uttalelser ofte i all hovedsak baseres på den enkelte pasientens angivelse av sine plager og vanskeligheter. Pasientens subjektive oppfatning og beskrivelse av sin tilstand er her kalt **lidelse**. Begrepet **sykerolle** betegner den endrede rollen pasienten får å spille i samfunnet som følge av sin tilstand og sin legekontakt. Sykerollen kan bestå av så forskjellige ting som et medføleende ord fra et medmenneske, at noen i kortere eller lengre tid overtar dine tidligere

* I Standard for sosialgruppering er gruppe 1 er høyest på rangstigen og 5 lavest.

† Det er også i norsk litteratur vanlig å benytte betegnelsene disease, illness og sickness, h.h.vis, under henvisning til at disse er mer entydige enn dem jeg har benyttet i teksten. Kikker man i et engelsk dictionary (f.eks. Webster's New Twentieth Century Dictionary Unabridged, Second edtn., 1979 og Oxford's Advanced Learner's Dictionary, Fifth edtn., 1995), vil man imidlertid finne at også på engelsk defineres hvert begrep bl.a. vha de to andre. Det er nok riktig at i samfunnsvitenskapelig faglitteratur har de engelske begrepene fått forholdsvis velavgrenset betydning, men på folkemunne benyttes de altså om hverandre. Jeg ser derfor ingen grunn til ikke å benytte norske ord. Poenget må være at begrepsinnholdet klargjøres.

plikter, en halskrage (som signaliserer at 'jeg er syk'), en sykmelding, en institusjonsinnleggelse eller tilståelse av uføretrygd. Se figur 2.

Det fremgår at legene hovedsakelig har sykdomsdiagnosen å spille på, men øker sin makt når diagnosenlisten utvides —



for eksempel med ikke-objektiverbare smertesyndromer eller kronisk utmattethet, som begge i utgangspunktet utelukkende tilhører lidelsesdimensjonen. Lidelsen er på sin side forbrukerens viktigste kort. De fleste av oss kjenner alvorlig syke personer som ikke synes å lide i det hele tatt, men fremstår som positive og lykkelige. Men vi kjenner også den motsatte varianten som vi mistenker for ikke å feile noen verdens ting — annet enn lav terskel og behov for å klage — fordi hun eller han stadig er sykmeldt uten at det er mulig å få tak i hvorfor. Forbrukerne kan ved å spille på lidelsen og påvirke legens diagnosefastsettelse bidra til sin innplassering på sykerolleskalaen. Statens trumfkort er kontrollen over sykerollens formelle innhold, for eksempel hvilke forhold som skal gi lovbestemt rett til sykepengar, metadonbehandling eller ekstra tid på eksamen. Slike forhold påvirker naturligvis den praktiske betydningen av sykerollen og dermed de andre aktørenes måter å spille sine kort på.

Det finnes store mengder faglitteratur om helsebegreper og deres operasjonalisering for forskning, og det er ikke vanskelig å påpeke mangler ved min korte gjennomgang. Ovenstående danner likevel mitt utgangspunkt i forsøket på å beskrive hvordan begrepene mer eller mindre eksplisitt ble satt i spill i det politiske ordskifte rundt trygdelovgivningen og hvordan dette kan ha bidratt til å skape den moderne legerollen.

Medikalisering er i de senere år blitt et vanlig ord i den offentlige debatt, og dets utbredelse kan sannsynligvis mest av alt skrives tilbake til Ivan Illich bok «Medisinsk nemesis» fra 1976 (se kapittel 5). Medikalisering betyr sykeliggjøring — det at en tilstand (smerter, sorg, fedme m.m.m) eller en livsfase (pubertet, alderdom, død, menstruasjon m.m.m), som tidligere har vært oppfattet som en del av det naturlige livet, blir kulturelt omskapt til sykdom og tolket inn under medisinens fagfelt og dermed legenes ekspertdomene.

1.3 Makt som kulturell drivkraft

Hvis jeg tør driste meg til å hevde at det foreligger en teori for min angrepsvinkel, ligger den i dette avsnittet og bygger på Michel Foucaults forståelse av relasjonen mellom kunnskap og makt i den moderne kulturen. Da Francis Bacon fastslo at kunnskap er makt for ca 400 år siden, oppfattet han kunnskap som noe absolutt — noe som befant seg der ute i verden og som med større eller mindre anstrengelser kunne høstes av menneskene. For Foucault er kunnskap relativ; enhver kultur setter sine egne grenser for hva det går an å vite, og makten skapes i diskursene om den tidsbundne sannheten.

Ifølge Foucault beror 'sannhet' til enhver tid på hvordan mennesket (som innehaver av sannhet) forholder seg til sine kunnskapsobjekter. Han hevder at den moderne reorganiseringen av kunnskap om mennesket, som oppsto for omtrent 200 år siden og som i store bokstaver inkluderer både medisin, samfunnsvitenskapene og humaniora, skapte grunnlag for nye former for maktutøvelse.¹⁴ I dette punktet prøver jeg å belyse dette grunnlaget.

Makt skal her forstås som en i seg selv verdinøytral kraft som holder samfunnet i gang¹⁵ på samme måte som vinden er en forutsetning for vindmøllens funksjon. Det betyr ikke at bevisst maktmisbruk med store konsekvenser ikke forekommer, for det gjør det naturligvis hele tiden. Men det betyr at makt også er drivkraft i langt mindre synlige (men ikke mindre 'produktive') prosesser, der resultatet ikke er et planlagt produkt, men oppstår mer eller mindre tilfeldig som én av en rekke forskjellige muligheter. Og resultatet *er* kulturen eller historien.

I en kortfattet artikkel kort tid før Foucaults død i 1984 skrev Maurice Florence en oversikt over Foucaults prosjekt til bruk i «Dictionnaire des philosophes». Det er allment antatt at Maurice Florence er et pseudonym for Foucault selv — eller at Foucault i alle fall var sterkt involvert i utformingen av artikkelen, som det i så fall er uklart hvem som skrev. Det har nemlig ikke vært mulig å oppspore personen Maurice Florence, og i tillegg minner artikkelens perspektiv sterkt om det siste Foucault skrev under eget navn.¹⁶ Hovedsakelig

bygd på denne artikkelen, gir jeg i det følgende en kortfattet oversikt over de deler av Foucaults maktforståelse som jeg anser relevante i mitt perspektiv.

Foucaults gjennomgående prosjekt fra utgivelsen av «Galskapens historie» i 1961 beskrives som et forsøk på å analysere de gåtefulle trekkene som ligger til grunn for konstitueringen av 'sanne' diskurser i vestlig kultur.¹⁷ Begrepet 'sant' må oppfattes relativt og dreier seg om hvordan historien (eller kulturen om man vil) setter grenser for *hva* det kan snakkes 'sant' om, *hvem* som forvalter 'sannheten' og *hvordan* man kan tilnærme seg og snakke om 'sannheten'.

I en analyse av sin egen virksomhet (forutsatt at Florence *er* Foucault) plasserer Foucault seg selv i den kritiske tradisjonen etter Kant, og beskriver sitt prosjekt *kritisk historie om tenkningen*. I tråd med ovenstående innebærer dette ikke å påpeke hva som har vært 'galt' med tidligere tiders tenkning, men en dyptpløyende analyse av vilkårene og grensene for tenkningen til enhver tid. En kritisk historie om tenkningen er en analyse av hvordan relasjonene mellom tanken og tankens objekter er blitt formet og modifisert gjennom historien og hvordan disse relasjonene fungerer som konstituerende for hva det til enhver tid er mulig å vite.¹⁸

Gjennom doktrinen om at mennesket aktivt skaper sin kunnskap, blir Kants epistemologi ofte oppfattet som en milepæl i europeisk tenkning. Dette bidro i sin tur til at europeerne etter hvert kom til å betrakte seg selv som aktivt skapende individer.¹⁹ I en analyse av Kants artikkel «Was ist Aufklärung?» (Hva er opplysning?) fra Berlinische Monatschrift i november 1784 fremholder Foucault Kants tenkning som et vendepunkt i europeisk idéhistorie og hevder at Kant i denne artikkelen som den første i historien analyserer samtiden som en avgrenset begivenhet som må finne sin egen begrunnelse og sine egne motiver.²⁰ Før Kant ble spørsmålet om hva som kjennetegner nåtid i forhold til fortid relatert til hvilke autoriteter man måtte lytte til, hvilke tanker man måtte tenke og om man levde i en endetid eller en gullalder. Ifølge Foucault stiller Kant et helt annet spørsmål til historien: På hvilken måte kan det sies at vi tilhører et historisk avgrenset kulturelt kollektiv?²¹ Dette startet en spesifikt moderne tradisjon i vestlig tenkning: å eksaminere sin egen samtid,²² som igjen innebar en ny organisering av subjekt-objekt-forholdet (mellom tanken og tankens objekt) som i sin tur la grunnlaget blant annet for den spesifikt moderne diskursen om sykdom og dermed legens makt, noe jeg kommer nærmere tilbake til nedenfor.

Foucaults prosjekt kan dermed utlegges som for det første å klarlegge hvordan subjektivering foregår ('subjektiveringsmodus'), det vil si hvilke forutsetninger og egenskaper som må tillegges et subjekt (en person) for at det skal ha troverdighet og autoritet

i forhold til kunnskap innefor et bestemt område. For det andre ønsker Foucaults å belyse hvordan et objekt formes ('objektiveringsmodus') — under hvilke forhold en gjenstand eller et tema *blir* et kunnskapsobjekt, hvordan det blir problematisert som et objekt som det kan trekkes kunnskap ut av, hvordan det inndeles og systematiseres og hvilke elementer som blir sentrale for forståelsen. Både subjektivering og objektivering vil variere med objektets natur — om det er en hellig tekst, observasjoner i naturen eller menneskelig atferd. De to elementene kan ikke ses uavhengig av hverandre, men henger sammen i det Foucault kaller sannhetsspill, som altså ikke avslører sannheter per se, men de spillereglene som avgjør hvilke bestanddeler eller sider ved objektet som det kan utsies noe sant om, hvordan det må sies og hvem som kan si det.²³

Historien om kritisk tenkning er historien om de historisk konstruerte spillereglene som til enhver tid gjelder for sannhetsdiskursene i samfunnet Disse spørsmålene prøver Foucault å besvare med det han kaller arkeologi, som innebærer å analysere diskursens 'arkiver' — altså en beskrivelse av hvordan diskursene så ut, foregikk og ble kontrollert i tidligere tider.²⁴ Men Foucault spør også hvordan spillereglene er oppstått og til hvilken pris. Med en metafor fra økonomien spør han etter kunnskapens alternativkostnader: Hva har vi måttet forsake for å få det vi har fått? Svarene på disse spørsmålene kaller Foucault nåtidshistorie og fremgangsmåten kaller han genealogi. Den analyserer jeget som historisk konstruksjon, avslører tilfeldighetenes spill og skaper grunnlag for omforming og fornyelse.²⁵ 'Maurice Florence' oppsummerer prosjektet omtrent slik: Hvilke effekter har spillereglene hatt på virkelighetsoppfattelsen, og hvordan har de konstituert et historisk a priori som innenfor en epoke setter grenser for mulig erfaring?²⁶

En av forutsetningene for de nye kunnskapsdiskursene som oppsto mot slutten av 1700-tallet var ifølge Foucault at språket fikk en ny funksjon. Før det moderne mennesket oppsto — det mennesket som er i stand til å se seg selv som både som subjekt og objekt — ble verden oppfattet som et endelig definert, avgrenset hele bestående av faste bestanddeler som vitenskapen, etter hvert som den skred frem, ville lykkes med å avdekke og kategorisere — putte inn i sine rette båser hvor de alltid hadde hørt og fortsatt ville komme til å høre hjemme. Som følge av at Kant gjorde kunnskap til et menneskeskapt produkt og at mennesket deretter i økende grad ble i stand til å se seg selv som skapende, brøt dette epistemet* sammen med den nødvendige følge at også språket forandret seg fra å være en passiv hjelpefunksjon (som skulle holde orden på de faste kategoriene) til å bli en *aktiv* virksomhet; den moderne

* Episteme er Foucaults begrep for anonyme, historisk skapte tankestrukturer som bestemmer grensene for hva det er mulig å tenke og si innenfor en sosial og intellektuell avgrensning. Et episteme danner dermed diskursens tids- og kulturbestemte rammeverk. (Dictionary of Philosophy)

diskursen *skaper* nye kategorier og sannheter.²⁷ Måten dette skjer på er imidlertid i stor grad skjult og vanskelig tilgjengelig.

Av alle mulig sannhetsspill, var Foucault kun interessert i de sannhetsspillene hvor *subjektet er et mulig kunnskapsobjekt* — altså hvor mennesket har lagt seg selv under sin egen lupe. Min undersøkelse er opptatt av spillet om *sannhet om sykdom*: Hvilke tilstander er legitime innenfor sykdomsdiskursen, hvilke regler finnes for diskursen, og hvem er legitime deltakere? Eller sagt på en litt annen måte: Hvordan er legen blitt til den historiske konstruksjonen lege og pasienten til den historiske konstruksjonen pasient?

Foucault angir noen grunnleggende 'metodologiske regler',²⁸ som kanskje heller dreier seg om en overordnet innstilling til tema, som jeg har prøvd å ha i tankene i denne undersøkelsens teksttolkning. Den første er at man må være skeptisk til alle antropologiske universaliser, hvilket i denne sammenhengen omfatter alle forestillinger om begreper som lege, pasient, helse, sykdom, omsorg, behandling, osv. Disse må analyseres som historiske konstruksjoner og ikke som absolutter. Det betyr ikke at begrepene i seg selv er uten innhold og utelukkende er historiske oppfinnelser med uklare historiske formål, men at den måten de blir anvendt på er historisk betinget.*

Annen og tredje hovedregler er sterkt knyttet til den første. De fremholder sammenfatningsvis at analysen ikke må rette seg mot det konstituerende subjekt til det kunnskapsobjektet man interesserer seg for, men isteden må ta utgangspunkt i de praksiser (kollektive, men likevel historisk ustabile måter å tenke å handle på) som har konstituert subjektet innenfor det aktuelle kunnskapsregimet.† For mitt vedkommende oppfatter jeg dette som en anvisning om ikke å konsentrere meg om av hva legen som person har sagt og ment, men snarere å gjøre handling ('praksiser') til analysens område: Hvordan ble sykerollen (kjennetegnene ved det å være syk) formet? Hva ble *sagt* om og hva ble *gjort* med (mer eller mindre gjennomtenkt, mer eller mindre regelstyrt og mer eller mindre målrettet) pasientene og deres sykdommer og lidelser (kreft eller tuberkulose, smerter, aggresjon, dysleksi, avvik, klager, alkoholisme, onani, arbeidsledighet, fattigdom, ...). Foucault hevder at ved å analysere praksisene, vil man kunne avdekke distinkte trekk i det som ble konstituert som

* Dette er av en viss betydning for Foucaults teori generelt. Han blir ofte beskyldt for total relativisme, altså at alt kan være like bra og like sant. Med denne forsikringen om at det *finnes* allmennmenneskelige trekk (og dermed muligens noe allmenngyldig å strebe mot, selv om det er vanskelig å identifisere) imøtegår han denne kritikken. Poenget hans synes å være at vi har en tendens til å inkludere altfor mye i det som blir oppfattet som allmennmenneskelig eller ta altfor mye av det eksisterende for gitt. I kritisk historie om tenkning må man våge å stille spørsmål ved *alt*.

† Også på dette punktet understreker Foucault at hans argumenter ikke må tas til inntekt for at det konstituerende subjekt ikke finnes eller at han tror det er mulig å sette det til side til fordel for faktisk objektivitet. Hvis man er interessert i 'sannhetene' om mennesket og det mennesket til enhver tid syssler med, må man imidlertid identifisere de prosessene hvor subjekt og objekt formes og forandres i forhold til og som funksjon av hverandre.

sant for dem som prøvde å konseptualisere og styre det aktuelle vitensfeltet (i denne sammenheng legene) og også hvordan disse konstituerte seg selv som subjekter i stand til å forstå, analysere og til syvende og sist forandre virkeligheten.²⁹

Som det fremgår, er sannhetsspillenes spilleregler ikke direkte kausale og absolutt determinerende, men prosedyrer som åpner et felles erfaringsfelt som konstituerer både subjekt og objekt under visse betingelser, men hvor begge fortsetter å forandre seg i relasjon til hverandre og dermed forandrer hele erfaringsfeltet.³⁰

De i stor grad skjulte og ubevisste maktrelasjonene som slike analyser avslører, står sentralt i denne studien. Det dreier seg ikke om å analysere maktens beskaffenhet eller legitimitet, men om å studere de innretningene og 'teknikkene' som innenfor forskjellige samfunnsinstitusjoner mer eller mindre bevisst ble anvendt for å forme, styre, kontrollere og modifisere atferd knyttet til ting som sykdom, smerte, sorg, unormalitet eller uønskede elementer i samfunnet. «Disse maktrelasjonene», skriver Maurice Florence, «belyser hvordan mennesker styrer hverandre, og analysen av dem viser hvordan det gale, syke eller kriminelle subjektet ble objektivert ved hjelp av visse styringsteknikker.»³¹

I dette perspektivet er det uvesentlig om nåtidens verdier og forståelsesformer er sannere, riktigere eller bedre enn tidligere tiders eller andre kulturers; utfordringen er isteden å prøve å få tak i *betingelsene for sannhet* og hvilke former for sannhet som dermed kan oppstå. En slik gjennomgang *kan* komme til å avsløre at enkelte strukturer, forståelsesformer og maktbalanser i samfunnet er følger av andre historiske prosesser enn forutsatt, noe som i sin tur åpner for å stille helt nye spørsmål også ved det resultatet vi tar for gitt i hverdagen. Historien blir dermed ikke en utlegning av fortiden sett med nåtidens øyne, men snarere et forsøk på å la fortiden komme til orde for å utfordre oppfatninger om nåtiden.³²

1.4 Legenes og den akademiske medisins effekter

Snevert forstått er effekten av legenes virksomhet de målte helsemessige konsekvensene av denne virksomheten. I et samfunnsperspektiv er det imidlertid også snakk om andre effekter som har å gjøre med legens helhetlige rolle. Forbrukernes trygghetsfølelse som følge av at det finnes et organisert helsevesen er for eksempel en viktig effekt — uavhengig av hvilken snevre helseeffekt det har. En annen er antall sykmeldte eller trygdede, som ikke nødvendigvis er knyttet til folkets helsetilstand. Medikalisering (se ovenfor) er en tredje effekt som kan gi seg utslag i dårligere selvopplevd helse selv når målt helse blir bedre. I den følgende teksten er effektbegrepet ikke knyttet til bare en av betydningen, men det vil fremgå av sammenhengen hva som skal legges i det.

Uansett er det behov for en kort gjennomgang av medisinsk effekt i snever forstand — altså sammenhengen mellom legenes virksomhet på den ene siden og målbare helsekonsekvenser på den andre. I første omgang må det skilles mellom medisinen i samfunnets hygienearbeid og medisinen i den behandlende legens hender. Den første er ikke nødvendigvis knyttet til legearbeid, men dreier seg om anvendelse av resultater fra medisinsk forskning. Et eksempel er hvordan påvisning av kolerabakterien og dens smitteveier gjorde det mulig for samfunnet i neste instans å legge til rette for redusert smitte gjennom tiltak som organisering av drikkevannskilder og forskrifter om å koke vannet før det drikkes. Andre eksempler er forhold rundt personlig renslighet, ernæring, påvisning av og informasjon om seksuelt overførte sykdommer osv. De legene som har spilt aktive roller i hygienearbeidet (foruten forskerne), har gjennomgående vært offentlig ansatt og spilt på lag med offentlige instanser som i sin tur har gjennomført tiltak eller har delegert til legen å sette i verk tiltak innenfor visse rammer. Sundhetsloven av 1860, som vil bli kort beskrevet i kapittel 4, ga den offentlige legen i Norge slike fullmakter.

Behandlerende medisin omfatter på den annen side en praktiserende lege i kontakt med en pasient som på grunn av en plage eller et annet behov har oppsøkt legen. Det er stor forskjell på de to rollene, og de har i lange perioder levd atskilt fra hverandre, selv om deres representanter har hatt samme utdannelse gjennom drøyt 150 år. I løpet av siste hundreåret — sannsynligvis sterkt stimulert av trygdeordninger som trakk også de privatpraktiserende legene inn i offentlig arbeid — har de to gradvis nærmet seg hverandre og overlappet. (Dette vil bli nærmere beskrevet i kapittel 4.)

Ifølge Øivind Larsen og Erik Falkum kan man fra begynnelsen av 1800-tallet se visse effekter av forebyggende og sosialmedisinsk innsats på norsk befolkningsutvikling.³³ Selv om legenes smitteteorier var gale, var teoriens implikasjoner at personlig renslighet og hygiene var sunt.³⁴ Ifølge Fritz Hodne må offentlige hygienetiltak tillegges æren for at Norge slapp epidemier av kopper, kolera og tyfus etter 1853 (siste koleraepidemi i Christiania)³⁵. Den akademiske medisinske forskningsresultater bidro altså til forebyggende tiltak, men Hodne har ikke funnet indikasjoner på at legenes direkte aktiviteter hadde effekt. I det forebyggende tuberkulosearbeidet, som han tillegger stor vekt i bekjempelsen av denne sykdommen, var imidlertid legene aktive og viktige medspillere i den praktiske hverdagen.³⁶ Hygienearbeidet som sådan er altså ikke avhengig av legen, men av forskningsresultater blant annet fra medisinsk forskning.

Hvordan er det så med den kurative medisinen — den som utspiller seg i forholdet mellom en forbruker med et behov og en praktiserende lege? Larsen og Falkum angir at det ikke er

påvist effekter før effektiv infeksjonsbekjempelse ble mulig i løpet av 1940-årene.³⁷ Om effekten av nyere medisinsk virksomhet konkluderer Olav Helge Førde og Lillian Nordbø Berge i en oversiktsartikkel med at sammenhengen mellom helsetjenester og folkehelse er svak.

Berre omlag 10% av forbedringa i folks helse ..., kan tilskrivast helsetenester og då først og fremst forebyggjande og kurative tiltak i samband med svangerskap, fødsel og første leveår, og ikkje til kurative tilbod i dei eldre aldersgruppene.³⁸

Jane Lewis refererer til en undersøkelse av Thomas McKeown som konkluderer med at selv etter antibiotikarevolusjonen kommer kurativ medisin på en dårlig 3. plass som årsak til redusert dødelighet etter økt levestandard og folkehelseiltak.³⁹ Hun angir at det har vært stilt spørsmål ved effekten av kurativ medisin siden 1930-årene — ikke minst av sosialmedisinsk orienterte leger selv.⁴⁰ Institusjonell og politisk makt, og kanskje ikke minst folkets behov for å tro at den behandlingen de fikk virket, ser ut til å ha forhindret gjennomslag av slike holdninger.

Det kan naturligvis sies atskillig mer om effekter av helsetjenester, og siste ord er neppe sagt. Det ser ut som det gjennom de siste tiår har vært en tendens i retning av å tillegge kurativ medisin stadig *mindre* vekt for folkehelsen og at det er blitt stadig mer legitimt å si det høyt. I tråd med at begrepet effekt som sådan kan ha mange forskjellige betydninger, kan det imidlertid verken i dagens eller i tidligere samfunn ses bort fra at folk uansett *ønsker* et godt helsetjenestetilbud — uavhengig av hva statistikken viser, selv om det kan hevdes at dette ønsket er skapt av falske forhåpninger og forventninger. Tilfredse og trygge kunder er uansett også en effekt.

Jeg lar tema ligge med dette, men når jeg senere i teksten ved enkelte anledninger henviser til at det ikke fantes dokumentasjon på at den praktiserende legens aktiviteter hadde effekt i snever forstand på helsen, henvises det tilbake til dette punktet.

2 To medisinske historier

I dette kapitlet skal jeg forsøke å belyse hvordan forståelsen av syke mennesker, sykdom og behandling har forandret seg gjennom historien frem til det moderne gjennombrudd og hvilken posisjon eller sentralitet legen har hatt i denne prosessen. I fremstillingen prøver jeg å fokusere på legen i samfunnet og hvordan legen (som subjekt) har stilt seg overfor sykdom og den syke som objekter og som sådan har bidratt til å skape sin samtids sykdommer og sykdomsforståelse. Det må ikke forstås slik at sykdom er formet av legen alene i et bevisst forsøk på å tilrøve seg illegitim makt, og at syke mennesker som sådan egentlig ikke eksisterer. Legen har like mye som alle andre til enhver tid representert sin samtidskultur og må oppfattes som én av flere premissgivere i forskjellige dialektiske prosesser. Poenget er at kulturens styringsteknikker har sterk innvirkning på hvilke roller vi spiller.⁴¹ Naturligvis finnes det biologiske kvinner og menn, men kvinne- og mansrollene varierer likevel sterkt kulturelt. På samme måte er leddgikt leddgikt, en vrikket ankel en vrikket ankel, en barnefødsel en barnefødsel og en slektnings død en slektnings død rent biologisk definitorisk. Tilstander som nevroses og smerter må større grad ses i et kulturelt perspektiv, og i alle sammenhenger er kultur en bestanddel av det enkelte berørte individets opplevelse og håndtering av situasjonen og samfunnets forventninger til og håndtering av vedkommende.

I perspektiv av undersøkelsen av legerollen i trygden i kapittel 4 er hensikten med dette kapitlet å gi en historisk bakgrunn for og opptakt til legerollen i det modnere samfunnet. Neste kapittel tar for seg denne legerollen, som er undersøkelsens tema. Hensikten er å beskrive den akademiske medisins og legens posisjon i det moderne samfunnet da sosialforsikringsspørsmålet på slutten av 1800-tallet ble en del av norsk offentlig diskurs, som representerer startpunktet for den empiriske undersøkelsen.

2.1 Et overblikk

Europeisk medisinsk historie er ofte blitt fremstilt som en ensrettet prosess fra Hippokrates til nåtid, med et sveip innom den arabiske verden hvor gresk-romersk visdom ble konserveret gjennom den mørkeste tidligmiddelalderen, før renessanse-Europa igjen kunne overta stafettpinne, og store menn, drevet av en blanding av idealistisk vitebegjær og filantropi, kunne legge sten på sten på kunnskapens pyramide inntil overtro og uvitenskapelige forestillinger var ryddet av veien og grunnen lagt for dagens dokumenterte, effektive og sanne medisin. Hovedfokus i denne gjennomgangen er et annet, nemlig legens posisjon og status i samfunnet, hvordan legene oppfattet de syke og deres sykdommer og hvordan samfunnet

(både menigmann og stat) så å si brukte legene i hverdagen. Dette kan imidlertid ikke ses uavhengig av den vitenskapelige utvikling — de resultater akademisk medisin oppnådde og brukte for alt det var verdt (og til tider vel så det) i sine posisjoneringsspill, og som delvis dannet grunnlaget for samfunnets anvendelse av legene.

Flere nyere arbeider innenfor medisinsk historie har beskrevet hele tidsspennet før ca 1800 som en felles epoke preget atskillig mer av likheter enn av forskjeller.⁴² Så sent som i 1750 kunne både Hippokrates, Galenos, Avicenna, Salernoskolen, Paracelsus, Vesalius, og William Harvey* representere *praktisk nyttig* kunnskap i en leges hverdag. For den moderne legen, derimot, representerer disse navnene kun kjente og respekterte forløpere, som noe av ettertidens kunnskap er bygget på, men hvis læresetninger er uten direkte relevans i dag.⁴³ Med den moderne medisinen ser derfor noen historikere et brudd i utviklingen. Det synes likevel klart at det i hvert fall i tillegg kan identifiseres elementer som representerer kontinuitet.

Selv om mange av de store personlighetene i førmoderne medisin serverte forklaringer og sannheter som mest av alt var fri fantasi, er poenget at de likevel i hvert fall ga uttrykk for å være på jakt etter tingenes *naturlige* sammenhenger — i betydningen begripelige og forutsigbare og upåvirket av guders luner, stjerners konstellasjoner eller forfedrenes forbannelser. Dermed var sykdommer i prinsippet også intervenserbare uten hjelp fra guder, magi og medier. At rene tankemodeller uten empirisk grunnlag til tider kunne få de skrekkeligste konsekvenser, er kanskje trist og leit, men likevel var det nettopp søken etter naturlige sammenhenger som i sin tur også tok livet av fantasifostrene, til tross for betydelig motstand fra konservative og ofte maktglade medisinere.

Også moderne medisin har skapt fantasifostre og generert lidelse og elendighet, og, som det vil fremgå av fremstillingen nedenfor, er det ingen tvil om at den moderne medisinen, til tross for at den har akselerert atskillig raskere enn noen gang tidligere og også ellers har spesielle karakteristika, bygger på resultater og forestillinger fra langt før den moderne epoken.

Sykdom og forsøk på å behandle syke har naturligvis alltid vært tema i ethvert samfunn. I det aller meste av Europas historie er forskjellige typer behandling blitt tilbudt mot betaling i åpne markeder. I slike situasjoner har det vært *pasientene* som har hatt styringen i et kjøpers marked. Først etter at den akademiske medisinen fikk mer eller mindre monopol på forståelse og behandling av sykdom, overtok legene makten.⁴⁴ Kanskje er det rimelig å operere med *to* medisinske historier: Den ene har i så fall handlet om at menneskene stadig er kommet

* Samtlige har sentrale posisjoner i medisinsk historie og vil bli nærmere omtalt i teksten nedenfor.

nærmere en forståelse av hvordan de selv faktisk er skrudd sammen og fungerer — uavhengig av hvilke ideer som har drevet dem og hvilket kultur de er oppstått innenfor — og hva som kan gå galt og hvordan dette i så fall kan behandles. Til tross for alle de gale modellene og svarene underveis, og selv om utviklingen har akselerert så sterkt de siste par hundreårene, at det i seg selv kanskje rettferdiggjør betegnelsen brudd, dreier det seg likevel om å bygge på tidligere kunnskap og feil i en prosess med et forholdsvis klart mål. Denne utviklingen kan kalles medisins instrumentelle historie fordi den er drevet frem av ønsket om å få kontroll over naturen, og i hvert fall er det slik kontroll den til syvende og sist resulterer i.

Den andre historien har i så fall handlet om sykdom, lidelse, leger og sykeroller *i samfunnet* — om holdninger, forståelsesformer og sosiale aktiviteter knyttet til sykdom, lidelse, frykt og usikkerhet, om empati, omsorg, status, makt og politikk, om påståtte og innbilte behandlingseffekter, om varer på et marked hvor motivene har vært mange og uklare og vitenskapsidealet underordnet — også i aller høyeste grad blant de akademisk utdannede legene. Dette kan kalles medisins kommunikative eller interaktive historie fordi det dreier seg om en historie om det intersubjektive eller sosiokulturelle spillet⁴⁵ — om interaksjon mellom mennesker der instrumentell kunnskap (eller påstått instrumentell kunnskap), i den grad den overhodet er en del av tema, aldri er annet enn et argument for noe annet. I hvert fall på enkelte områder innenfor den kommunikative historien kan det kanskje se ut som den moderne epoken skiller seg klarere fra tidligere epoker sett under ett; akademisk medisin har uttrykket praktisk talt all konkurranse — inkludert mesteparten av egenomsorg og – behandling, og med staten som alliert har den skaffet seg all makt alene, ikke bare over hva som skal oppfattes som sykt og friskt, men også hva som er normalt og unormalt, hva som er moralsk og umoralsk og hva man bør trives med og bli lykkelig av og ikke trives med og bli ulykkelig av.

Den kommunikative historiens siste par hundreår bærer så å si i seg den moderne legerollen, som er denne studiens tema. Men, slik jeg ser det, kan denne rollen bare forstås i lys av ekkoene fra tidligere kommunikativ historie og har hele tiden interagert med den instrumentelle og er slett ikke entydig i seg selv. 'Den moderne legerollen' må derfor mest av alt oppfattes idealtypisk. Både medisins interne logikk og den måten staten og individet har nyttiggjort seg legen på er preget av selvmotsigelser og motstridende interesser. Kanskje er det tilsynelatende bruddet også i den kommunikative historien bare en akselerasjon av utviklingstakten, som jeg foreslo for den instrumentelle historien. Men uansett og kanskje litt forvirrende kan den moderne legerollen bare ses i lys av at det europeiske mennesket ble

'moderne', som, til tross for at heller ikke det er entydig, likevel har et innhold og en anvendelse som er begrensende også for forståelsen av den moderne legerollen.

Selv om overgangene både innenfor og mellom de to historiene er uklare og de ikke vil bli fremstilt atskilt fra hverandre i det følgende, kan forestillingen om et skille likevel være en hjelp for tanken — i hvert fall for min. Fordi utviklingen etter mitt skjønn i større grad preget av flytende overganger og kontinuitet enn abrupte brudd, har jeg valgt å inkludere en kort historisk gjennomgang helt fra den greske antikken, da den vitenskapelige medisin ifølge tradisjonen oppsto. Mest for oversiktens skyld har jeg delt kapittelet i seks underavsnitt som stort sett behandler akademisk medisin og legerollen innenfor vanlig anvendte historiske epoker. I fremstillingen har jeg i tillegg til real-, sosial- og vitenskapshistoriske elementer prøvd å legge vekt på nettopp de gradvise overgangene og en ofte forvirrende sameksistens av flere forestillinger og virkelighetsoppfatninger.

Det er interessant at mange elementer knyttet til legenes posisjonering i samfunnet kan spores 2500 år tilbake. Med utgangspunkt i legemakt kan man kanskje si at legenes ambisjoner nærmest kontinuerlig har vært til stede, men at først den moderne epoken ga legen de verktøy som muliggjorde at 'drømmene' kunne bli oppfylt.

2.2 Fra mystikk til observasjon (Hippokratisk medisin)

Hippokrates er nærmest et obligatorisk startpunkt i enhver medisinsk historie — uansett hvor kort og ufullstendig. På en måte er dette kanskje litt misvisende, for hippokratisk medisin er langt fra den første historisk kjente, og i den greske kulturen, hvor den oppsto på 400-tallet før vår tidsregning, opptrådte den i konkurranse med allverdens andre forklarings- og behandlingstradisjoner.⁴⁶ Det som likevel gjør det rimelig å starte med og i hvert fall poengtere den hippokratiske tradisjonen, er at den bygget på helt andre prinsipper enn andre samtidige og tidligere tradisjoner. Hippokratisk medisin tok eksplisitt avstand fra guder og annen mystikk og søkte etter naturlige forklaringer på både sykdom og behandling. Dette er ikke til hinder for at den etterskuddsvis kan fremstå som like spekulativ som sine konkurrenter,⁴⁷ men de ideene den bygget på — søken etter naturlige forklaringer og åpenhet for nye innspill og ny kunnskap — var bokstavelig talt epokegjørende. Roy Porter, britisk medisinsk historiker, knytter denne vitenskapelige innstillingen til den generelle intellektuelle åpenheten i samtidens greske kultur, med autonome bystater i utbredt samhandling spredt over hele middelhavsområdet.⁴⁸ I hippokratiske skrifter finnes ingen sammenkobling mellom medisin og religion annet enn harselering over de andre tradisjonene som brukte guder og mystikk i sine forklaringsmodeller. Hva slags dokumentasjon finnes for at gudene er

involvert i sykdom og behandling? spør forfatteren av den hippokratiske teksten «Om den hellige sykdom» (epilepsi). «Folk oppfatter dens beskaffenhet og behandling som guddommelig på grunn av uvitenhet og undring.»⁴⁹

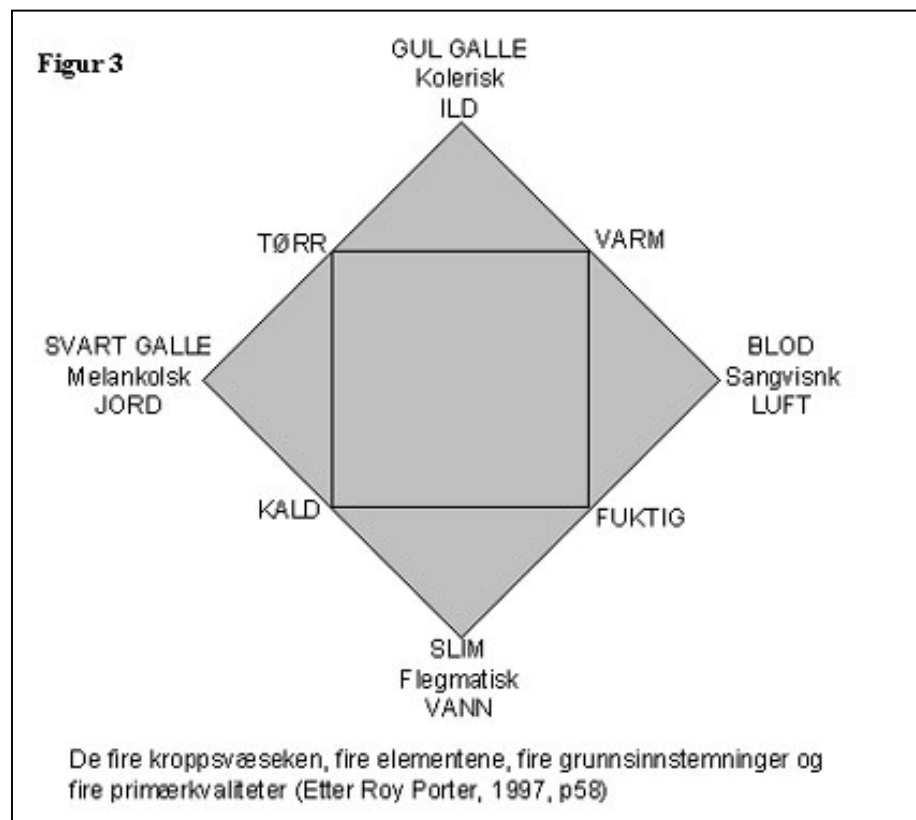
Den greske naturfilosofiens endelige utfordring besto i å forstå universet — makrokosmos. Mennesket ble forstått ikke bare som en del av makrokosmos, men også som et speil av dette — et mikrokosmos. Den hippokratiske medisinen må dermed forstås som en del av gresk filosofi og ble preget av dens åpne intellektuelle og debatterende form. Derfor var det rom for mange syn også innenfor hippokratiske medisin, og alt tyder på at i konkurransen i markedet, der behandlere med alle slags forestillinger om mennesket, sykdom og behandling måtte slåss om kundene, benyttet de hippokratiske legene seg av samme metoder som sine rivaler: Metodiske og filosofiske idealer tapte så det sang i kampen om kronene.⁵⁰ Den hippokratiske ed, som fortsatt gjerne blir oppfattet som legens etiske credo,^{*} ble sannsynligvis — og i så fall betegnende nok — aldri sverget til før på 1500-tallet da det klassiske ble sterkt idealisert.⁵¹ Edens første del — det budskapet som forfatteren formodentlig har ønsket å få klarest frem — pålegger nærmest uinnskrenket lojalitet til faget, dets utøvere og utøvernes nærmeste familie. Det dreier seg med andre ord ikke bare om et etisk credo, men også om et troskapsløfte til fagforbundet. Det er vanskelig å tenke seg at dette tiltaket for å samle og styrke legenes makt primært var drevet av altruisme — av forestillingen om at hvis legene bare fikk sterk nok innflytelse til at alle forbrukerne kom til dem når de var syke, ville hele menneskeheten bli lykkeligere.

Selve sykdomsforståelsen og terapien i den hippokratiske tradisjonen bygger på ideen om at helse innebærer likevekt mellom de fire kroppsvæsker (blod, slim, svart og gul galle) og at sykdom oppstår når likevekten blir forstyrret. Kroppsvæskene var komplementære til fire primærkvaliteter (varm, kald, tørr og våt), fire årstider, fire elementer (vann, jord, luft og ild),

* «Jeg sverger ved helbrederen Apollo, ved Aeskulap, ved helsen og alle helbredende krefter, og kaller alle guder av begge kjønn til vitner på at jeg vil overholde denne ed og dette løfte så langt mine evner og min dømmekraft rekker. — Jeg vil vise den samme respekt overfor min lærer i Vitenskapen som jeg vil overfor mine foreldre og dele mitt liv med ham og betale ham alt jeg skylder. Jeg vil betrakte hans sønner som mine brødre og lære dem Vitenskapen hvis de ønsker det, uten godtgjørelse eller kontrakt. Jeg vil videreføre moralregler, læresetninger og all annen kunnskap til mine egne og min lærers sønner og de elever som på behørig vis er opplært og har sverget eden, men til ingen andre. — Jeg vil benytte min makt til å hjelpe den syke så langt mine evner og min dømmekraft rekker, og jeg vil avstå fra å skade ham eller gjøre ham urett på noe vis. — Jeg vil ikke bistå noen med å dø, selv om jeg blir bedt om det, og jeg vil heller aldri foreslå noe slikt. Heller ikke vil jeg på noe vis bistå en kvinne i abortstimulerende øyemed. — Jeg vil være ærbar og gudstro i all min virksomhet. — Jeg vil aldri bruke kniven [i behandling], ikke en gang for [nyre-]sten, men overlate slike prosedyrer til utøvere av det faget. — Når jeg kommer inn i et hjem, vil jeg alltid ha til hensikt å hjelpe de syke og aldri å påføre skade av noen art. Jeg vil ikke misbruke min posisjon ved å hengi meg til seksuell kontakt med kvinner eller menn, de være seg fri eller slaver. — Hva jeg enn ser eller hører, i embeds medfør eller privat, som ikke bør avsløres, vil jeg holde hemmelig og ikke fortelle til noen. — Hvis jeg slik overholder eden og unngår å bryte den, må jeg da lykkes i både livet og i min profesjon og oppnå høy anseelse blant alle menn til enhver tid. Hvis jeg bryter eller forbigår denne eden, må da min skjebne bli annerledes.» (Roy Porter, 1997, s 63)

menneskelivets fire livsaldre (spebarn, barn, voksen og olding) og fire temperament (sanguisk, flegmatisk, kolerisk og melankolsk).⁵² Disse kvalitetene kunne settes inn i et enkelt skjema med talløse tolkningsmuligheter som ble brukt for alt det var verdt i et par tusen år og vel så det (se figur 3).

Selv om likevektsprinsippet for mellom 2 og 300 år siden gradvis døde ut som universelt prinsipp i akademisk medisin, og i seg selv er i strid med det moderne paradigmet (se nedenfor), hadde det enorm innvirkning på europeisk



medisinsk tradisjon. Modellen ga seg utslag i mange fantasifulle forklaringer på sykdom. I «Om den hellige sykdom» angis for eksempel epilepsi å skyldes slim som blokkerer luftveiene, mens årelating, som ble anbefalt av Hippokrates, systematisert av Galenos (se nedenfor) og holdt seg som medisinenes kanskje viktigste behandlingsform helt til 1800-tallet, sannsynligvis skriver seg fra at kroppen jo selv fra tid til annen naturlig kvitter seg med blod ved menstruasjoner og neseblødninger.⁵³ Den hippokratiske tradisjonen innebar med andre ord ikke nødvendigvis riktige forklaringer på sykdom — og i hvert fall ikke bedre behandlingsregimer — enn rivaliserende miljøer.

I samfunnsmessig perspektiv fester likevektsprinsippet ansvaret for helse til det enkelte individ, som stort sett selv er ansvarlig for å opprettholde likevekten gjennom sin livsførsel med legen som ekspert og veileder — og behandler når det likevel går galt. Dette i seg selv kan muligens ha virket dempende på medikaliseringsprosessen og dermed legenes makt før den moderne epoken. For grekere i antikken var livsførsel ens eget valg, men holdningen synes å ha vært at den som ble syk, i stor grad hadde seg selv å takke.⁵⁴

Hippokrates tilnærming til sykdom som naturlig har åpenbart hatt en meget betydningsfull virkningshistorie. Det samme kan gjelde laugsmentaliteten som kommer til uttrykk i den hippokratiske ed. Etter at den ble gjenopptatt og sverget til, må den antas å ha hatt en samlende og institusjonaliserende effekt. Eden inneholder også et krav til høy etisk standard i behandling av og omgang med pasientene. Dette synes å ha hatt varierende plass i praktisk medisin siden, men kan *ikke* sies å være et iboende element i moderne medisin. Etikken ser ut til å ha utviklet seg mer som et eksternt og etter hvert sterkt assosiert tillegg.

2.3 Autoritet og briljans (Galenos og romersk tradisjon)

Galenos ble født i 129 i den gresktalende byen Pergamon i nåværende Tyrkia, men reiste til Roma i 162, og fra 169 var han i keiserens tjeneste,⁵⁵ og er den mest fremragende representant for greskpåvirket romersk medisin. Hans bidrag besto i både å samle og videreføre den hippokratiske tradisjonen (som han alltid var lojal mot) og i egne forklaringer, observasjoner, botemidler og råd. Han utførte en rekke eksperimenter og brakte forståelsen videre for mange av kroppens og enkeltorganenes funksjoner. William Harvey, som beskrev kroppens blodomløp ca 1300 år senere, undret seg over hvorfor Galenos ikke hadde forstått at det dreide seg om ett sirkulasjonssystem og ikke to; han var jo så nære.⁵⁶ Selv om Galenos skal ha vært en selvsikret og brautende person som stadig beskrev sine samtidige kolleger som uvitende dustemikler (hvilket han formodentlig ofte hadde rett i), forsto han at mennesket selv gjennom observasjon og eksperimentering måtte finne frem til sannheten om seg selv og at slike sannheter *kunne* forandre seg — selv om han var lite villig til å se kritisk på sine egne, som han hevdet med stor styrke selv når de var svært dårlig underbygd. Hans store ego fremgår av følgende:

Jeg har gjort like mye for medisinen som Trajan gjorde for Romerriket da han bygget broer og veier i Italia. Det er jeg og jeg alene som har avdekket medisinenes sanne vei. Det må innrømmes at Hippokrates allerede hadde staket denne veien ut og forberedt den, men det er jeg som har gjort den gangbar.⁵⁷

Til tross for sin keiserlige tilknytning og imponerende observasjonssans og markedsføringsevne (som noen ganger nødvendigvis må ha slått tilbake på ham selv når den var for sterkt tilblandet selvsikret og sjikane), representerte Galenos bare én gren av samtidens medisin og var ikke alltid den som var nærmest 'merket' slik det siden er blitt avdekket. Trofast mot gresk likevektsfilosofi benektet han for eksempel muligheten for smitte som sykdomsårsak, i motsetning til flere av sine samtidige, og var altså på dette området ikke villig til å la observasjon rokke ved sin egen preformerte sykdomsteori, som han ikke hadde andre holdepunkter for enn dens tradisjon. Romersk kultur var dessuten skeptisk til gresk

medisin uansett tradisjon. I romersk tradisjon var familiens helse i stor grad familieoverhodets ansvar, som støttet seg til historisk hevdvunnene råd og behandlingsregimer. Medisin var for den vanlige romer ikke vitenskap og filosofi, men en del av den praktisk viktige kunnskapen som pater familias pliktet å kjenne til.⁵⁸ Legene angis å ha hatt status under juristene, men over skomakerne og omtrent på linje med ingeniører og lærere.⁵⁹

Galenos var på sin side, i tråd med gresk og hippokratisk tradisjon, sterkt opptatt av og meget vel skolert i filosofi. For denne undersøkelsens tema er han viktig fordi han fremmet medisin som eget fag og legen som autoritet — ikke bare på sykdom, men på selve livet. Selv om han ikke var kristen, passet hans platonske verdensanskuelse godt inn i den kristne lære, og kirken må med sin autoritære holdning og universelle anskuelse ta mye av ansvaret for at knapt noen fant på å stille spørsmål ved Galenos lære de neste 1300 årene. Ifølge kirken var jo alt tilordnet av Gud, og den jordiske skueplass var, på tross av menneskenes varierende roller og rammebetingelser, en uforanderlig arena hvor spillet om sjelens frelse var det sentrale spørsmål.

Galenos ble en stor mann i sin samtid, sannsynligvis fordi han var meget faglig dyktig, men i samfunnet fikk den behandlingsgrenen han representerte ingen spesiell status. Hans meget betydelige virkningshistorie må ses i sammenheng med at kirken mange hundre år senere trykket ham til sitt bryst. Så lenge kirken var uangripelig, ble Galenos 'sannheter om sykdom' også ble samtidens sannheter — på samme måte som Aristoteles' sannheter ble det. For senere leger som leste Galenos skrifter, var kanskje hans selvsikre form kombinert med troskap til og markedsføring av den hippokratiske ed viktig for formidlingen av gruppeidentitet.

2.4 Tornerosesøvn (Middelalder)

Kort fortalt ble den ikke-folkelige behandlingen i middelalderen i stor grad underlagt kirken hvor sykdom som oftest ble satt inn i en religiøs kontekst på en slik måte at fienders sykdom nesten alltid ble forstått som forårsaket av synd, mens venners og egen sykdom ble tilskrevet fysiske årsaker.⁶⁰ Det asketiske ideal, hvor kroppen skulle neglisjeres til fordel for den udødelige sjelens foredling, brøt med likevektstanken, men tok ikke fullstendig livet av den. For samtidig hersket det en oppfatning om at man var ansvarlig overfor Gud for å ta vare på kroppen, nettopp fordi den var sjelens bolig. Den galeniske medisinen hanglet videre på et slags sparebluss, og tekstene ble oppbevart og delvis lest og anvendt i et og annet kloster.⁶¹ Higen etter økt kunnskap om oss selv og verden omkring — utover det kirken hadde akseptert — var kjettersk, korrumpierende og fremfor alt maktforstyrrende og farlig.

De første tegn til systematisk gjenopplivning av akademisk medisin i Europa oppsto i Salerno på tusetallet. Ifølge tradisjonen ble Salernoskolen grunnlagt av en araber, en jøde, en skolert latinlærer og en greker som hadde brakt med seg Hippokrates skrifter fra det Østromerriket. I hvert fall symbolsk forstått, er dette en meget treffende beskrivelse. Salerno var et kulturelt, økonomisk og etnisk knutepunkt som lå under Sicilias moderniseringsvennlige fyrster,⁶² og det var Salernos benediktinske erkebiskop Alphanus som gjennom reiser til Konstantinopel kom i kontakt med greske medisinske tekster og introduserte den latinskspråklige verden for 'kristenifisert' galenisk medisin. Bidraget fra arabisk medisin, som på sin måte både hadde konservervret og videreutviklet den gresk-romerske tradisjonen, og hvor velrenommerte leger hadde stor autoritet, kom i første instans fra Constantinus Africanus, Alphanus samtidige og opprinnelig fra Kartago i nåværende Tunis. Han var munk i samme benediktinerkloster ikke langt fra Salerno, hvor Alphanus var munk før han ble erkebiskop.⁶³ For å gjøre en lang historie kort, kom likevekstprinsippet til heder og verdighet igjen, fikk stadig sterkere gjennomslagskraft og var blitt nærmest enerådende da middelalderen gikk mot slutten. «Regimen sanitatis salernitanum» (salerniske råd om sunnhet), skrevet i verseform og sannsynligvis sammensatt på 1200-tallet, kan ses på som den første europeiske helseopplysningsboken. Den fikk stor gjennomslagskraft i mange hundreår, og er identifisert i ca 240 forskjellige opplag både på latin og nasjonale språk*. Nye vers og råd ble stadig tillagt, og mens den første utgaven hadde 362 vers, er det registrert en versjon med hele 3520.⁶⁴ Men viktigere i denne sammenheng er det at et mer eller mindre veldefinert kunnskapsregime (inkludert filosofi) ble gjeninnført i medisinen og satte legene i stand til å forstå seg selv som noe mer enn en vanlige legmannsbehandlere og plassere seg i makthierarkiet som nyttige og nødvendige personer med krav på respekt og autoritet. At de lykkes ganske bra, fremgår av at den meget fremskrittvennlige Fredrik 2. i 1224 forbød alle som ikke hadde avlagt godkjent eksamen ved universitetet i Salerno å praktisere som leger i kongedømmet Napoli.⁶⁵ Og selv om den etterfølgende universitetsmedisinen, som bygget på salerniske prinsipper, ikke fikk monopol etter salernisk mønster, var konflikten mellom akademisk og all annen medisin allerede i gang.†

* Til engelsk ble den oversatt i 1707 av Elisabeth I's gudsønn John Harrington, som også regnes som oppfinneren av vannklosettet i Europa. (Da hadde det vært i bruk i den arabiske verden i århundrer.)

† I de universitetsutdannede legenes forsøk på å skaffe seg hegemoni, gikk også de kloke konene med i dragsuget, delvis inkludert jordmordvirksomheten. Dette er blitt satt i sammenheng med heksehysteriet som tok seg opp mot slutten av 1400-tallet. Det er intet som tyder på at akademisk medisin bidro med helseeffekter utover det andre tradisjoner gjorde i denne perioden. Legene ble brukt som rådgivere i helseråd som ble opprettet i de italienske bystatene, men det var administrative tiltak og ikke medisin som ga effekter og som sannsynligvis mest av alt bidro til kontroll over (og etter ytterligere noen hundreår utryddelse) av svartedauden. Om legene overhodet hadde noen betydning, er vanskelig å si, men likevel representerer senmiddelalderen en

De første universitetene oppsto allerede på 1100-tallet og hadde verdslige professorer i medisin og juss i tillegg til teologiske lærekrefter.⁶⁶ De la et viktig grunnlag for medisinsk faglig fremskritt ved å ta opp disseksjon av menneskekropper. Med bakgrunn i respekt for mennesket og i Aristoteles doktrine om at alle dyrekropper, inkludert menneskets, er bygget opp på samme måte, hadde Galenos kun dissekert dyr, noe som hadde ført til atskillige feilslutninger. Disseksjon av mennesker ble heller ikke tillatt av middelalderkriken, skjønt menneskekroppen heller ikke da ble oppfattet som unik i forhold til dyrekroppen. I 'Den store værenskjeden' — det kontinuum av levende skapninger hvor mennesket befant seg mellom dyr og engler — var det *sjelen* som skilte mennesket fra dyrene.⁶⁷ Blant annet derfor var det liten effekt av Bonifacius VIIIs fordømmelse av de etter hvert utbredte og raffinerte måtene å plukke fra hverandre og konservere døde korsridderes kropper på for å bringe dem hjem til begravelse i kristen jord.⁶⁸ Denne praksisen bidro til at menneskekroppen ikke var upløyd mark i senmiddelalderen, selv om hensikten hadde vært en annen enn å finne ut hvordan den var satt sammen.

Fra midten av 1200-tallet ble kirurger i både italienske, franske og tyske byer regelmessig innkalt for å avklare dødsårsaken ved drap, og overgangen til disseksjon av døde var ikke så stor som ren aktivitet betraktet. Likevel er det fra et idéhistorisk ståsted en større utfordring å svare på hvorfor de begynte å dissekere enn hvorfor de ikke hadde gjort det tidligere. Den første kjente offentlige disseksjonen ble foretatt omkring 1315 i Bologna, et av de aller første universitetene.⁶⁹ Utførelsen foregikk både der og ved andre universiteter etter opplesning og instruksjon fra galeniske tekster. Dermed ble hans misforståelser videreført, også slike som det ville vært lett å oppdage hvis de bare hadde brukt øynene. De dissekerte med andre ord ikke for å lære noe nytt, men øyensynlig for å se med selvsyn hva Galenos hadde skrevet. Snaut 200 år senere videreførte Leonardo da Vinci (som representant for renessansen) blant annet den femlappede leveren⁷⁰ som Galenos hadde funnet hos aper og griser.⁷¹ De gamle autoritetene sto fortsatt urokket.

Universitetenes fremvekst i senmiddelalderen samlet, styrket og spredte akademisk medisin og økte dens anseelse og autoritet betydelig i byene,^{*} og spesielt i de øvre klasser, selv om den ikke bidro med ny kunnskap av betydning og neppe overhodet med mer effektiv behandling. Legene hadde begynt å organisere seg i laug allerede i første halvdel av 1200-tallet,⁷² og de ble i økende grad benyttet som rådgivere av myndighetene i byene, først og

periode med økt medikalisering. Uten noen påviselig forankring i virkeligheten, oppfattet folk rett og slett i økende grad medisinen som effektivt behandlende. (Western Medical Tradition s 170-204)

* Universitetsutdannede leger holdt seg til byene hvor det fantes pasienter som var i stand til å betale de honorarene de krevde. (Western medical tradition p232)

fremst i Italia. Til tross for at det etterskuddsvis altså ser ut som lite av det de forskrev hadde effekt, at noe var direkte skadelig, og at de tiltakene som muligens hadde en viss effekt, ikke var mer effektive enn mange av konkurrentenes, økte deres innflytelse i samfunnet betydelig. Dette må hovedsakelig tilskrives økende institusjonalisering og organisering,⁷³ og gjennom styrket selvfølelse definerte de seg over andre behandlere i markedet. Utover dette kan middelalderen muligens indirekte ha bidratt til legerollens historie gjennom den sterke rollen prestene hadde som sjelskyndige og sjelsbeskyttere. Denne kan ha fungert som en slags modell for en rolle som legene gradvis overtok, ikke bare på vegne av kroppens funksjoner, men etter hvert også for det som ble igjen av sjelen etter at den i sin gamle form gradvis forsvant fra Europakartet. Dette kommer jeg tilbake til nedenfor.

2.5 Gjenoppvåkning, institusjonalisering og ekspansjon (Renessanse)

Felles for middelalder- og renessansemedisin var at Galenos (og i siste epoken også Hippokrates) nærmest ble gudforklart. Man kan kanskje forenklet si at hovedgrunnen til at senmiddelalderen holdt seg til Galenos var at kirken la sin autoritet bak den. Når renessansen gjorde det samme, var det på bakgrunn av et klassisk ideal — en forestilling om at det riktige og sanne lå gjemt i arven fra antikken, en arv som kirken *ikke* hadde forvaltet tilfredsstillende, men derimot misbrukt, forvrengt og skjult gjennom den mørke middelalder.

Middelaldermedisinen slo seg til ro med Galenos lære slik den var overført og nedtegnet gjennom arabisk påvirkning og latinske skrifter. Renessansemedisinen derimot, var opptatt av å finne tilbake til den opprinnelige klassiske medisin. Heller ikke den var altså nyskapende, men utpreget tilbakeskuende. Det sier seg selv at det ikke blir særlig progressiv medisin av slikt. Dens idealiserende og autoritetstro holdning kommer til uttrykk hos Jacobus Sylvius (1478-1555), som fra universitetet i Paris uttalte at verken Hippokrates eller Galenos noensinne hadde skrevet noe annet enn absolutte sannheter innenfor medisinen, og at hvis øyet under en disseksjon så noe annet enn det Galenos hadde skrevet, lå feilen ikke hos Galenos, men i kroppen som ble dissekert. Svakelige og underlegne moderne mennesker kunne ikke forventes å ha så perfekt kroppsstruktur som de klassiske.⁷⁴

Boktrykkerkunstens betydning for kunnskapsspredning og –deling kan neppe overvurderes. Den akademisk medisinske diskursen fikk et sterkt oppsving, og selv om idealet var å holde seg strengt til Galenos lære, utviklet medisinen likevel spesifikke renessansetrekk. Et av dem, som kan skrives tilbake til oversettelsen til latin av Galenos «Methodus medendi» (Helbredelsens metode), besto i en forestilling om at det kunne utarbeides universelt riktige og ufeilbarlige måter å applisere galenisk medisin på.⁷⁵ At *egen*

observasjon av virkeligheten kunne avdekke naturens spill, synes å ha vært en temmelig fjern tanke, men selve forestillingen om at det gikk an å finne ufeilbarlige metoder må ha styrket legenes selvfølelse og gruppeidentitet, og godt hjulpet av universitetenes vekst og spredning av bøker økte deres gjennomslagskraft. Med tiden var det imidlertid ikke til å unngå at en og annen klassisk 'sannhet' ble avslørt som feil, og viljen til å lete etter nye nyheter i tillegg til glemte sannheter økte gradvis med den følge at det ble stilt mer kritiske spørsmål til arven etter Galenos.*

Et interessant eksempel er teorier om forekomst og spredning av syfilis.⁷⁶ Den dag i dag diskuteres hva som egentlig forårsaket en meget sterk oppblomstring fra 1493. Var det en mikrobiologisk 'gjengjeldelse' fra Amerika, hvor smittsomme sykdommer fra Europa allerede var i ferd med gjøre sterkt innhugg blant indianerne, var det en mutasjon av en syfilisfremkallende bakterie som hadde eksistert i Europa i all tid, eller var det en kombinasjon? Og i hvilken grad hadde sosiale forhold betydning? (Blant annet var prostitusjon svært utbredt og dermed grunnlaget for smitte det aller beste. Av Venezias ca 300.000 borgere, hvorav grovt regnet halvparten må ha vært kvinner, skal det ha vært ca 12.000 prostituerte!⁷⁷) Her er ikke poenget syfilis i seg selv, men at en del skarpe observatører tok til orde for at en eller annen form for smitteteori passet bedre med den observerte virkeligheten enn likevektsteorien til Galenos.[†] Men det var innenfor anatomien det betydeligste bruddet med Galenos kom, og som sakte, men sikkert tvang de konservative legene til å forstå at Galenos nok hadde vært veldig flink, men likevel bare tatt et skritt på en vei som ikke var gått til endes. Legene sto på terskelen til å gjøre *utforskning* av menneskekroppen til et viktig element i sitt kunnskapsgrunnlag — og maktgrunnlag.

* Paradoksalt nok var det kanskje kirken selv, gjennom sin interne sprenglærde debatt om Guds vesen, som mer enn noe annet bidro til skepsisen både til seg selv og til andre autoriteter og dermed ansporet til økt vitebegjær. Den vestlige rasjonaliteten må ses som en arv fra middelalderen. Nettopp fordi senmiddelalderens lærde teologer prøvde å være like trofaste mot den aristoteliske logikk som mot Gud, dro de seg ut i et argumentasjonsmessig uføre hvor til slutt intet var forutsigbart fordi Gud *måtte* kunne gjøre hva han ville. Men dette kom i konflikt med menneskets higen etter forutsigbarhet og dets stadige bestrebelsler på å lage regler og systemer for å holde orden i eget hus. Ifølge Hans Blumenberg i «The Legitimacy of the Modern Age» var det særlig Wilhelm fra Ockham (1285–1347, altså født et 10-år etter senskolastikkens mester Tomas Aquinas' død) som nærmest gjorde Gud til et umulig holdepunkt og tvang frem at menneskene måtte stole mer på seg selv i det daglige liv.
[†] Smitteteorien var langt fra ny. Jeg har tidligere nevnt at den ble diskutert av Galenos samtidig som tilhørte andre teoretiske retninger, og pave Clemens VI, som satt i Avignon og så svartedauden herje utenfor residensen sin, tvilte på de religiøse og moralske forklaringene og stengte seg først inne i et rom omgitt av et sammenhengende ildsted hvor han bak den evigbrennende ilden holdt seg isolert fra all menneskelig kontakt. Alt som ble brakt inn til ham utenfra, måtte gjennom ilden. Siden reiste han til et isolert slott på landet. (Aschehoughs verdenshistorie, Bind 6, s19) — Girolamo Fracastoro (1478-1553), som ga syfilis sitt nåværende navn i et dikt om gjetergutten Syphilis som Apollon straffet med sykdommen, antydnet med teoretisk bakgrunn i Epikurs og Lukrets atomisme og antireligiøse livsanskuelse at sykdommen kunne skyldes usynlige levende mikroorganismer som måtte skilles fra annen gift, som for eksempel slangegift (Medisinens hist s 81 og Greatest benefit s 174).

Anatomiens økende status innenfor medisinen må ses i sammenheng med renessansekunstens økende fascinasjon av kroppen i tråd med det klassiske ideal. De mest fremtredende representanter var Leonardo da Vinci, Albrecht Dürer og Michelangelo, hvorav Leonardo også var levende opptatt av kroppens funksjon og prøvde å forstå hvilke bevegelser de forskjellige musklene utløste. Ifølge Roy Porter var Leonardos anatomiske plansjer på enkelte områder overlegne Vesalius' tilsvarende, men Leonardo satt i større grad fast i renessansetenkningen.⁷⁸

Flamlenderen Andreas Vesalius (1514-63) studerte galenisk medisin i Padova, hvor han i samarbeid med kunstneren og landsmannen Stephan Calcar utarbeidet anatomiske plansjer. Kanskje som samtidens eneste sanne galener — han fulgte jo mesterens råd om å bruke sine egne øyne — utga han i 1543 sitt monumentalverk «De humani corporis fabrica» (Om den menneskelige kropps struktur), som vakte stor oppstandelse. For å gjøre en lang historie kort, ble Vesalius frosset ut av sine legekolleger, og i protest brant han sitt upubliserte materiale og forlot Padova. Det kan høres ut som en trist historie, og kanskje var den det isolert sett, men Vesalius reiste rett til en post som livlege for keiser Karl V og ble senere det samme for Philip II av Spania. Poenget hva *legen i samfunnet* angår, er at selv om et nesten samlet legekollegium gikk mot Vesalius, var deres institusjonelle autoritet og innflytelse fremdeles ikke større enn at Vesalius var i stand til å stå meget bra på egne ben. Helsemarkedets tilbudsside var fortsatt preget av mangfold og konkurranse, og konsumentene var preget av større åpenhet enn det akademisk medisinske fagmiljøet.

Selv om det altså så vidt begynte å løsne med hensyn på å se fremover og akseptere at ikke alt allerede var oppdaget og kunne finnes i gamle bøker, er det ingen ting som tyder på at den akademiske renessansemedisinen bidro til bedre behandling av sykdom, og det ser ut som renessansen gagnet legestanden atskillig mer enn samfunnet.⁷⁹ Som følge av universitetenes raske utbygging økte den sterkt i volum, og gjennom boktrykkerkunsten ble den mer samlet og ble spredt til flere lag av befolkningen via populariserte skrifter. Utviklingen medførte i sin tur at legene ble mer status- og selvbevisste og krevde mer respekt fra omverden samtidig som de ble mer avvisende til sine rivaler i behandlingsmarkedet,⁸⁰ noe som økte deres sentralitet i samfunnet ytterligere, og de ble i økende grad benyttet av offentlige instanser, både som rådgivere og for eksempel til obduksjoner ved mistanke om drap og til avklaring av om kvinners jomfrudom var intakt — ikke for å kontrollere ugifte kvinners ærbarhet, men fordi et av de få grunnlagene for skillsmisse som kirken aksepterte, var at kvinnen ikke kunne eller ville ha samleie. Hvis jomfruhinnen til en gift kvinne var intakt, kunne mannen med kirken i ryggen skille seg fra henne.⁸¹

Men til tross for at legene styrket sin maktposisjon og gjerne ble ansett som største autoritet på behandling av sykdom, i hvert fall i høyere samfunnslag, var samtidig skepsisen til både dem og den medisinen de representerte stor — også i makteliten — og håning og latterliggjøring av leger var populært i alle samfunnslag. Det er ikke helt lett å tolke denne dobbeltheten. Kanskje er den bare et utslag av den generelle tendensen til å gjøre narr av øvrighetspersoner og andre autoriteter. I så fall viser den at legene allerede på dette tidspunkt i historien ble oppfattet nettopp slik. Som det har fremgått, brakte renessansen med seg en økende vilje til å observere selv med en følgende begynnende skepsis til at alt Galenos hadde ment og skrevet med nødvendighet måtte være riktig. I tillegg var det også visse tegn til interesse ikke bare for hvordan mennesket så ut innvendig, men også hvordan det fungerte. Det synes mest naturlig å se disse trekken som ledd i en langsom og kontinuerlig utviklingsprosess.

I neste epoke blir også likevektsteorien utfordret (hvilket kanskje allerede lå implisitt i smitteteorien for syfilis, og som i så fall støtter at utviklingen har vært langsom og kontinuerlig). Det kan på dette tidspunkt derfor være naturlig med noen korte synspunkter på hvordan likevektsteorien som anskuelsesform konstituerer subjekt-objekt-forholdet. Tema er naturligvis svært omfattende og vil blant annet være påvirket av aktørenes forhold til værenskjeden (se pkt 2.4), til 'det godes' (det vis si Guds) beskaffenhet og til historiesyn. Slike faktorer må jeg la ligge i denne sammenhengen. I en lett-variant ser det uansett ut som forestillingen om at et friskt menneske er ensbetydende med likevekt, innebærer at mennesket alltid må oppfattes som en helhet som verken kan plukkes fra hverandre i anatomiske eller funksjonelle enheter eller deles opp i friskt menneske på den ene siden og ytre fiende (sykdom) på den andre. Med et slikt utgangspunkt må det forventes at legen i større grad vil lete i mennesket etter tegn på sviktende likevekt enn utenfor mennesket etter eksterne årsaker.* En slik sykdomsfilosofi synes å begunstige et mer helhetlig lege-pasient-forhold. Hvorvidt dette kan la seg påvise i virkelighetens verden, ligger utenfor denne studiens rammer. Hippokratens sterke fokus på helheten og kritikken av moderne medisin for mangel på det samme peker kanskje i retning av at det er noe i det.

* I dag kan en slik inndeling i utgangspunktet synes irrelevant, for noe sykdom behandles ved å fjerne den ytre fiende (f eks en bakterie), mens annen sykdom behandles nettopp ved å gjenopprette likevekt (f eks tilførsel av insulin). På et litt dypere plan har vi likevel en forestilling om at selv om *behandlingen* består i gjenoppretting av likevekt, finnes det en eller annen bakenforliggende ytre faktor som har ødelagt forutsetningen for likevekten (f eks som har skadet bukspyttkjertelen som normalt produserer insulin). Når vi ikke kan gjøre noe med den ytre fiende, enten fordi den er uidentifisert eller fordi den har avgått med seieren gjennom å påføre irreversibel skade, tyr vi av praktiske hensyn til substitusjonsbehandling. Det ultimate målet vil imidlertid alltid være å identifisere den ytre årsak og helst stoppe den ved døren, det vil si forebygging.

2.6 Kunnskap er makt (1600-tallet)

Paracelsus* (1493-1542) er innenfor den akademiske medisin en tidlig og meget innflytelsesrik representant for et vitenskapelig syn som egentlig regnes som typisk for 1600-tallet. Men, som ofte er tilfellet med tidlige representanter for nye ideer, sto han samtidig med begge bena godt plantet i sin egen tid. I boken «Medisinenes historie» anføres at han aldri «var i stand til å bestemme seg for om hans hovedinteresse var naturvitenskap eller magi, okkulte emner eller alkymi.»⁸² Hvis Frances A Yates har rett (se nedenfor), er dette en lite dekkende beskrivelse. Ifølge hennes renessanseforståelse må poenget snarere være at valget overhodet ikke var noe tema for Paracelsus. Roy Porter angir vending mot astrologi og okkultisme som typisk for renessansemedisinen.⁸³ Dette ble katalysert blant annet av det innflytelsesrike neoplatonske miljøet rundt Marsilio Ficino og Pico della Mirandola. Ficino var den drivende kraft i Cosimo Medicis Platonakademi, som ble opprettet i ca 1450 i Firenze, og han var opptatt med å oversette Platon til latin da en munk overbrakte Cosimo de 'sensasjonelle' hermetiske skrifter, som ble oppfattet å skrive seg direkte fra Hermes Trismegistus, som man mente måtte ha levd et par tusen år før Kristus og representerte en slags pan-religiøs sannhet. Selv Platons verk kom i annen rekke stilt overfor disse skriftene, og Ficino ble pålagt å legge ham bort og vie all sin tid til de hermetiske skriftene isteden. At interessen var så sterk, tyder i seg selv på en betydelig interesse for det okkulte, og Ficinors oversettelse førte ifølge Yates til ytterligere oppblomstring. I boken «Giordano Bruno and the Hermetic Tradition» hevder hun at renessansen *ikke* representerer gjennombruddet av rasjonell fornuft, men tvert imot en oppblomstring av okkultisme. Hun hevder at det heller er slik at den 'hermetiske impuls' stimulerte til økt interesse for naturen, som slett ikke ble oppfattet som naturlig, men som *magisk*. Det var først i neste instans at denne naturinteressen, etter hvert med svakere tilknytning til det magiske, ga støtet til empirisme og vitenskapelig utvikling. At de hermetiske skrifter var forfalskninger skrevet i tidlig kristen tid ble avdekket først i 1614 og representerer etter Yates syn overgangen fra det førmoderne til det moderne Europa.⁸⁴

På samme måte som representantene for 1600-tallet etter ham, antok Paracelsus en ontologisk sykdomsteori, men i tråd med den irrasjonelle og mystiske siden av renessansementaliteten, oppfattet han sykdomsessensene som spirituelle og ikke tilhørende

* Egentlig bar han det klingende navnet Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim, men tok selv navnet Paracelsus i betydningen den som forbigår Celsus. Celsus var en rik romersk landeier (pater familias) og ikke-lege som i romersk tradisjon behandlet sin familie og sine tjenere og venner. Han skrev et encyclopedisk medisinsk oppslagsverk («Artes», det eldste overlevende på latin) i en elegant språkdrakt som har gitt ham tilnavnet 'legenes Cicero'. (Greatest benefit s 70) Utenfor byene forble medisinen en del av naturhusholdningen hvor folk støttet seg til egen produksjon av medisinske urter og remedier. (Western med trad p239) — Sannsynligvis har Paracelsus bidratt med visse trekk til Faust-myten (Faust, forord s 15).

naturen. Mystiker aldri så mye, han brakte uansett gjennom sitt fokus på naturen og sin åpenhet overfor omgivelsene den akademiske medisinen et skritt videre mot en essensialistisk sykdomsforståelse.⁸⁵ Han kritiserte anatomen for bare å være opptatt av døde strukturer, mens det som var viktig for forståelse og behandling av sykdom, var funksjon og årsaker. For å komme frem til slik forståelse hevdet han med styrke at man måtte slutte å lete i store bøker fulle av ord, men heller vende seg mot naturens bok, hvor de *egentlige* sannheter står skrevet. I tillegg kritiserte han akademisk medisin, som han var utlært innenfor, for å være fundamentalt hedensk og ha glemt den kristne arven. Medisinen skulle etter hans syn være en interaksjon med naturen drevet frem av barmhjertighetshensyn til Guds ære.⁸⁶

I tråd med sin fremadskuende filosofi hevdet Paracelsus at medisinen måtte bryte med galenisk tradisjon, og i tråd med sine egne observasjoner avviste han likevektsprinsippet og fokuserte på ytre årsaker som sykdomsfremkallende. Dermed måtte også behandlingsregimene forandres; istedenfor forsøk på å balansere kroppsvæskene gjennom diett, mosjon, klyster årelating eller tilførsel av et eller annet pasienten ble antatt å mangle, ble det logisk å forskrive mer aktive remedier for å ta knekken på den ytre årsaken. Selv om Paracelsus ved å bryte med likevektsprinsippet nødvendigvis også brøt med Galenos, er det av betydning at han først og fremst brøt med den galeniske *tradisjonen* som hadde utviklet seg i hundreårene før ham og som Galenos selv neppe ville gått god for. Som Galenos stolte Paracelsus på det åpne øyet og skrev blant annet: «Jeg søkte min kunst, ofte med livet på spill. Jeg har ikke skammet meg over å lære ting fra landstrykere, slaktere og barberere dersom jeg hadde nytte av det.»⁸⁷ I tillegg holdt han sterkt fast på det hippokratiske prinsippet om at legens plass var ved pasientens seng, noe hans bokfokuserte samtidige ser ut til å ha hoppet bukk over i sin lesning av Hippokrates. Ikke bare med råd og remediers hjelp, men i kraft av sin person, mente Paracelsus å kunne lindre og helbrede.⁸⁸

Paracelsisk teori, som etter hvert fremsto i en form mer rensket for den mystisisme han selv representerte, skapte stor oppstandelse i konservativ akademisk medisin, men appellerte sterkt til mer folkelige behandlertradisjoner bestående av kirurger, apotekere og andre mer eller mindre veldefinerte grupper, som ikke brydde seg om å bli fordømt av sine selvgode og selvhevdende konkurrenter legene, men tvert imot oppfattet deres angrep som utidige forsøk på tilrøve seg monopol i markedet.⁸⁹ Gradvis ble imidlertid også galenisk medisin påvirket av det nye eksperimenterende idealet og orienterte seg mer mot funksjon enn struktur. Et klart tegn på at den konservative og Galenos-tro innstillingen var på vikende front, er at det i ettertid mest synlige skritt bort dens tilbake- og navlebeskuende mentalitet kom fra egne rekker med William Harveys offentliggjøring av sine observasjoner om blodomløpet i 1616.

Harvey ble født i England i 1578 og begynte 20 år gammel å studere ved universitetet i Padova hvor blant andre Galileo var lærer. Innstillingen der var at naturen, og dermed menneskekroppen, var skrevet i kjemiens og fysikkens og til syvende og sist matematikkens språk, og miljøet var preget av åpenhet og eksperimentering. Harvey var dermed ingen spesiell foregangsmann hva angår metode, selv om han var dyktig i sin anvendelse av den og derigjennom gjorde en skjellsettende oppdagelse.* Blodets opprinnelse, funksjon, bevegelsesmønster og skjebne i organismen var et populært forskningstema, og det var allerede velkjent at Galenos hadde tatt feil på flere punkter. Det som i første rekke har skapt Harveys ettermæle, var at han fullførte prosessen og presenterte det endelige resultatet — det lukkede blodomløpet — som i tillegg til å være et vesentlig stykke konkret nyerkjennelse, satte fokus enda sterkere på funksjon og ansporet til dannelsen av fysiologi som vitenskap.

1600-tallet var preget av en ny holdning til forholdet mellom fortid og fremtid, som også fikk betydning for akademisk medisin og for legenes måte å posisjonere seg på. Århundrets idéhistoriske tema blir ofte sett i lys av den franske konflikten mellom 'les anciens et les modernes' (de gamle — i denne betydningen fra antikken — og de moderne) som kulminerte først i århundrets siste tiår med seier for 'les modernes', altså de fremadskuende — de som hevdet at samtidens menneskeskapte produkter måtte anses som overlegne antikkens på grunn av utviklingen generelt og menneskeåndens større modenhet.⁹⁰

Århundret rommet en fullstendig endring av verdensbildet og en vitenskapelig revolusjon som akademisk medisin må ses i lys av. Som Paracelsus er et eksempel på innenfor medisinen, skjedde utviklingen naturligvis ikke uten forløpere og forskjellige opptakter, men det var først i løpet 1600-tallet det nye 'satte seg' og at nye tanker ikke lenger medførte overhengende fare for å bli brent på bålet. Ifølge Thomas H Greer var den viktigste forutsetningen for utviklingen erkjennelsen av at ting ikke nødvendigvis er slik som de ser ut til å være⁹¹ eller slik som en autoritet har sagt at de er. Når det ser ut som jorden står stille og stjernene beveger seg, er det likevel ikke sikkert dette representerer virkeligheten — selv om både kirken og Aristoteles hadde sagt det. Tvilen på sansenes autoritet og historiens autoriteter ansporet til grundige observasjoner, som i sin tur ble katalysert av nye tekniske hjelpemidler (hva verdensbildet angår fremfor alt av Galileos kikkert) og store fremskritt i matematikken.⁹² 1600-tallet rommet både Francis Bacon, Galileo, Harvey, Descartes, Newton og Locke som delvis bidro med konkrete nyoppdagelser og delvis la erkjennelsesteoretisk grunnlag for en ny europeisk mentalitet der kunnskap og tolkning av omverden sto i sentrum.

* Av Roy Porter beskrives Harvey som «en mørk og irritabel person som regelmessig hadde dolken klar (Greatest benefits s 213

De tidligste vitenskapsakademiene oppsto i Italia, og Roma fikk sitt i 1603, hvor Galileo var medlem.* Større innflytelse fikk de engelske og franske motstykkene opprettet henholdsvis i 1662 og 1666. Her ble 'ren' vitenskap (hangen til å fravriste naturen dens hemmeligheter) koblet med teknologiske ambisjoner (forsøket på å mestre og styre naturen).⁹³ Dette fikk stor betydning for den videre utvikling i Europa, hvor vitenskapelig kunnskap (i tråd med Francis Bacons fortsatt meget relevante utsagn «Kunnskap er makt!») ble en sentral maktfaktor og styrende for samfunnsutviklingen.

Legenes samfunnsposisjon må også ses i dette lyset. Som nevnt, kan man se de første tegn til økende anseelse og makt allerede mot slutten av middelalderen. Den gangen var det sannsynligvis deres sterke utdannelsesinstitusjoner (universitetene) og organisering som bidro sterkest til at de dro fra konkurrentene. Fra 1600-tallet synes det som forskningsresultater — avdekning av naturens hemmeligheter, som for medisinenes vedkommende neppe fikk noen konsekvenser for menigmanns helse før mer enn 200 år senere og selv da i liten grad — var av større betydning. Poenget er altså at ikke bare effekter, men *forestillinger* om effekter — og om hva som er sant, spennende, nytt, viktig, beundringsverdig, imponerende osv — ga (og gir) grunnlag for posisjon og makt.

Det er nesten pinlig å gjennomgå 1600-tallets vitenskapelige revolusjon og bare så vidt nevne Newton. I relasjon til denne oppgavens tema er det likevel tilstrekkelig å konstatere at hans innflytelse på europeisk vitenskapelig tenking og på det moderne Europa neppe kan overvurderes.† Viktig i relasjon til utvikling av legemakt er det at selv om både han, Galileo og (sannsynligvis) Descartes var dypt religiøse mennesker, og ikke ønsket å angripe kirken som sådan, kunne de likevel ikke forhindre at deres tanker og resultater gradvis fortrenget Gud i samfunnet. Hvordan skulle man finne plass til Gud, når mennesket ikke var annet enn en liten maskin blant andre små maskiner i den store verdensmaskinen? Naturen overtok Guds plass, og det var i naturen man måtte søke etter meningen med livet. I deismen, en fellesbetegnelse på de religiøse strømningene som oppsto på denne tiden, hvor verdipattform og gamle autoriteter vaklet, prøvde man å forene den nye vitenskapen med forestillingen om

* Paradoksalt nok var noen av de åpneste forskningsmiljøene ved inngangen til århundret nettopp i Italia, hvor den katolske kirken sto sterkt og en kjetteritiltale slett ikke var noen spøk. Men selv om Galileo ble tiltalt for kjetteri i 1633 og under trussel om tortur formelt avsverget sine teorier, ungikk han i hvert fall bålet (selv om han ifølge myten skal ha sagt «... og likevel beveger den [jorden] seg» etter avsværgelsen). Han ble satt i husarrest, hvor han fortsatte sine arbeider, noe mer i det stille. Giordano Bruno ble brent på bålet i Roma i 1600 fordi han nektet å oppgi troen på et uendelig univers. Bruno var munk og ikke vitenskapsmann, og ifølge Frances A Yates var hans tilslutning til mystisisme og hermetisk tradisjon en sterkere provokasjon overfor kirken enn selve verdensbildet han forfektet.

† Som nok et eksempel på av hvor gradvis forandringen av *tenkningen* skjedde, selv om visse resultater fikk umiddelbar og meget sterk innflytelse, var Newton selv slett ikke fri for spekulative og metafysiske tanker. Det er blant annet blitt sagt om ham at han «heller var den siste av de store magikere enn den første av de moderne naturforskere» (Vestens tenkere 2 s 187).

en allmektig god Gud. Alexander Pope, engelsk litterat, poet og samfunnsanalytiker som levde fra 1688 til 1744, har fanget holdningen i følgende dikt:

All Nature is but art, unknown to thee;
All chance, direction which thou canst not see;
All discord, harmony not understood;
All partial evil; universal good.⁹⁴

At menneskemaskinen ble ansett som den mest betydningsfulle småmaskinen i verdensmaskineriet og at maskinisten for menneskemaskinen fikk posisjon og anseelse — selv om han ikke nødvendigvis var en *god* maskinist — er ikke særlig overraskende. At legenes status økte mer enn konkurrentenes, må ses i sammenheng med vitenskapens generelt økte status og legenes forankring i denne en verden som i løpet av perioden gjorde betydelige vitenskapelige og teknologiske fremskritt og fikk et nytt vitenskapsideal. Innenfor akademisk medisin skjedde det en vitenskapsteoretisk kursendring som redet grunnen for en moderne utvikling i tillegg til at epoken innebar betydelig vitenskapelig utvikling som må antas å ha styrket legenes selvfølelse og optimisme. Gjennom epoken endret fokus for oppmerksomheten seg fra struktur og helhet til funksjon og funksjonelle enheter.

2.7 Opplysning og fremskritt (1700-tallet)

Opplysningstid og europeisk 1700-tall brukes om hverandre i litteraturen. Opplysningstradisjonen er imidlertid et atskillig mer langvarig trekk som fortsatt ser ut til å gjøre seg sterkt gjeldende, og opplysningstanker var synlige også lenge før man skrev 17 foran tiårene. François Rabelais, for eksempel, som levde fra 1494-1553 og har gitt opphav til ordet rabulist, kom fra det velstående borgerskapet og startet ut som fransiskanermunk før han med voldsom appetitt gikk løs på all sin tids universitetslærdom, inkludert medisin. Han var blant annet en tid stadsfysikus i Lyon og livlege for en innflytelsesrik kardinal og hans slekt. Selv om hans bøker om Pantagruel, Gargantua og Panurge ble fordømt av Sorbonneuniversitetets lærde og av kirken, som bøkene med utildekket ironi og humor gikk løs på, unnslopp han kjetterbålet nettopp fordi han også hadde mange svært innflytelsesrike venner.⁹⁵ Også disse var naturligvis en del av sin tid, noe som må kunne tas til inntekt for at Rabelais slett ikke var uten forståelse og støtte i samtiden. Han er blitt tolket forskjellig i forskjellige ettertider, og det er sikkert riktig at han på mange måter kan identifiseres med den renessansen han var en del av. Mitt poeng i denne sammenhengen er at han i tråd med idealer som var vanlige 200 år senere, hevdet at de aller fleste mennesker, *forutsatt frihet og utdannelse*, ville leve lykkelige og produktive liv.⁹⁶ Også Montaigne, som var aktiv og produktiv siste halvdel av 1500-tallet, var sterkt skeptisk til autoriteter (til tross for at han selv

var en autoritetsperson), sto for filosofisk relativisme og toleranse og mente at alt kan gjøres til gjenstand for usikkerhet og tvil.⁹⁷ Francis Bacon (1561-1626) hadde utpregede 'opplysningskvaliteter', og også John Locke, som døde i 1704, da opplysningstiden i snever forstand var i sin spede begynnelse, må i stor grad oppfattes som opplysningsmann. Opplysningstanker som sådan var altså ikke noe nytt på 1700-tallet. Det som preget opplysningstiden som epoke, var troen på uavvendelig fremskritt som følge av anvendelse og spredning av kunnskap. Dette vil bli nærmere beskrevet i neste kapittel. Selv om disse holdningene representerte en trussel for makthaverne og eksisterende samfunnsorden, var sensur og trussel om fengsel og tortur ikke lenger nok til å stanse arbeidet med encyklopedien og andre aktiviteter knyttet til spredning av tanker om opplysning, fremskrittstro, borgerrettigheter og statens ansvar for befolkningen.*

Det hersker en viss uenighet om hva opplysningstidens akademiske medisin egentlig bidro med. Stirrer man seg blind på behandling, må konklusjonen sannsynligvis (nok en gang) bli at den bidro med fint lite og til tider var mer bakstreversk og fremskrittshindrende enn noe annet.[†] Når det i «Medisinens historie» står å lese om 1700-talls-legen at «hans praksis var fullt ut basert på vitenskapelig kunnskap»⁹⁸, er dette slett ikke klart i lys av blant annet ovenstående, men det føyer seg pent inn i den heroiserende tradisjonen innefor medisinsk historie. Det er imidlertid riktig at utstrakt eksperimentering med Newton som ideal kjennetegnet 1700-tallets medisinske vitenskap. Hvilke eksperimentelle modeller man skulle benytte og hvilke natur- og menneskeforståelse som skulle ligge til grunn, var det imidlertid

* Riktig nok satt Encyclopediens hovedredaktør Denise Diderot noen måneder i fengsel i 1749 pga sin ateistiske holdning, og Voltaire hadde et par opphold i Bastillen i første halvdel av århundret for å trække på maktens ømme tær, og måtte siden søke landflyktighet for å unngå lovens lange arm. Men tiden var på deres og deres likesinnes parti; Encyklopedien ble utgitt i 1751, og Voltaire returnerte til Paris i triumf i 1778 (Grolier).

† Et eksempel på fremskrittshemmende virksomhet er den akademiske medisinske holdning til citrusfrukter i forebyggelsen av skjørbuk (mangel på vitamin C). Allerede rundt 1600 påvist sjømannen og eventyreren Richard Hawkins denne sammenhengen, men ble avfeiet fordi det ikke passet med Galenos lære (Western Medical Tradition s 228 og Encyclopedia Britannica 15. edtn). Men selv ikke da en britisk marinekirurg i 1753 viste eksperimentelt at det fungerte, oppnådde det legenes støtte (Western Medical Tradition s 229). Dette må ses i sammenheng med den pågående bitre profesjonsstriden i England mellom leger, kirurger og apotekere, der å knuse konkurrentene synes å ha vært viktigere enn å finne riktige svar (Medicine in Society s 222...) — Et annet eksempel er håndtering av koppesmitte. Kopper sto for ca 10% av dødsfallene på 1700-tallet. Såkalt inokulering av kopper var eldgammel kunnskap både i Afrika, Asia og Europa og besto i forskjellige måter å overføre smittestoff fra en syk person til en annen gjennom en liten rift, ved å bli blåst inn i nesen e.l. Det ga som regel mild sykdom uten arrdannelse, og det ga livslang beskyttelse. I England sto legene imot inntil Mary Wortley Montagu, konen til den engelske ambassadøren i Tyrkia, forlangte at hennes datter skulle inokuleres under en koppepidemi i 1711, etter at hun hadde sett det praktisert av tyrkiske bondekoner. Prosedyren var vellykket, og som følge av hennes gode kontakt i adelen og på slottet, fikk den stor oppmerksomhet og presse. Legene grep dermed fatt i prosedyren, men bygget den uten noen som helst faglig begrunnelse ut med langvarig forbehandling med helsekost og et sunt liv på landet og deretter en kompleks inokulasjonsprosedyre med dype kutt i huden, som økte faren for aktiv sykdom og ofte førte til alvorlig infeksjon av annen art i kuttene. Deretter forskrev de nok en langvarig rekonvalesensfase. Det hele varte ca 2 måneder og begrenset naturligvis behandlingen til overklassen samtidig som det ga legene klingende mynt i kassen (Medicine in Society s 189...).

sterk uenighet om,⁹⁹ og terapien var i stor grad fortsatt bygd på rene myter.* Det ble imidlertid gjort store fremskritt i forståelsen av kroppens og enkeltorganenes struktur og funksjon, og et fruktbart samspill mellom akademisk medisin og forskning innenfor kjemi og fysikk førte til bedre forståelse for hvordan flere organer fungerte. Blant annet Luigi Galvani og Alessandro Volta, som begge har gjort sine navn udødelige gjennom begreper i elektrisitetslæren, forsket på elektrisk aktivitet i muskler og nerver.¹⁰⁰ Det viktigste som hendte sett i relasjon til den nye sykdomsforståelsen som utviklet seg mot slutten av århundret, var kanskje utviklingen av patologisk anatomi, som enkelt fortalt er beskrivelsen av syke organers eller sykt kroppssvevs karakteristika i forhold til sine friske motparter: Man kunne altså ta syke enkeltbestanddeler av kroppen i øyesyn og se at de var unormale og syke.

De største forandringene innenfor akademisk medisin kan likevel ikke knyttes til den instrumentelle historien, selv om de sannsynligvis i stor grad er en følge av denne (se figur 1), men til den kommunikative historien; legen fikk i løpet av århundret et nytt syn på seg selv og sin vitenskap, og nasjonalstatenes politiske prosjekter økte legebehovet betydelig og ga dem økt status og makt. I hvilken grad menigmann, som ikke tilhørte de økonomisk, intellektuelt eller av byrd og bakgrunn privilegerte, endret sitt syn på legen som sådan, er mer uklart. At de som hadde tid og anledning til å bry seg om den rent vitenskapelige utviklingen også lot seg imponere, er sannsynlig. At de samme personene — og i hvert fall fattige borgere og bønder — likevel ofte ble skuffet både over legenes manglende evne til å behandle effektivt, deres hovmod og likegyldighet og deres ofte skyhøye priser, synes det heller ikke å være tvil om.

Ved inngangen til 1700-tallet ble fortsatt mesteparten av sykdomsbehandlingen, spesielt på landsbygda, forestått av slekt, venner og naboer uten betaling, men mer som en del av naturalhusholdningen.¹⁰¹ Det var imidlertid en pågående sterk medikalisering med økt tendens til bruk av profesjonelle behandlere. I byene hadde den europeiske pasient stort sett fire behandlingsalternativer å velge mellom, nemlig lege, apoteker, kirurg eller en representant for de uorganiserte kvakksalverne uten felles tradisjon. Det var kjøpers marked, og få som ønsket behandling ble gående uten.¹⁰² I det vanskelig forståelige hat-kjærlighetsforholdet til den akademisk utdannede legen, valgte en stadig større andel deres

* Én ting var at de tiltak og legemidler som ble forskrevet ikke virket, men i tillegg kommer at teoriene bak hvorfor det skulle virke, ofte var rene fantasifostre, og legene benyttet stort sett samme medikamenter som sine konkurrenter — de aller fleste uten noen indikasjon på effekt. Mange leger var naturligvis klar over dette selv, noe følgende sitat gir uttrykk for: «Med min bakgrunn i anatomi vet jeg kanskje bedre enn noen annen hvordan jeg skal oppdage sykdom, men når det er gjort, vet jeg ikke hvordan jeg skal kurere den.» Edderkoppnett og enhjørninghorn ble fjernet fra den engelske farmakopeen i 1746, mens bl. a. perler og korall ble stående. (Greatest benefit p266...)

tjenester, til tross for at det ikke er noe som tyder på at de hadde bedre resultater enn sine konkurrenter og var både dyrere og gjennomgående mindre empatiske (naturligvis med hederlige unntak). På midten av århundret skrev John Wesley, en av metodistkirkens grunnleggere og selv representant for overklassen,¹⁰³ at medisinfaget var en samtidskonspirasjon opprettet for å lure fra vanlige folk både helse og penger.¹⁰⁴ Likevel ekspanderte legene både i antall, makt og innflytelse. Det er ingen tvil om at de hadde metode på sin side; deres naturvitenskapelige utgangspunkt og universitetsbakgrunn ga i tråd med tidsånden autoritet i seg selv, og selv om deres råd ofte var tilfeldige og effektløse, var ikke effekten dårligere enn hos de andre behandlerne (med et mulig unntak for kirurgene, men de hadde jo et langt mer avgrenset område).

En mulig (del)forklaring er at det var et åndelig behov for en autoritets- og kunnskapsperson som kunne overta prestens tidligere roller. Døden hadde for eksempel tidligere vært knyttet til religiøse ritualer hvor presten spilte en sentral rolle. Kunsten å dø, ars moriendi, sprang ut av en forestilling om at det gode og onde kjempet om sjelen i den aller siste tid på jorden, og både i katolske og protestantiske land var det prestens oppgave å sørge for at det gode gikk av med seieren.¹⁰⁵ Da kroppen ble maskin, legen reparatør, sjelen sank i kurs og kirken gikk av moten, er det ikke overraskende at også døden forandret innhold. Legen gikk inn i prestens tidligere rolle, i prinsippet som kroppskyndig og ikke som sjelevokter — uten at det alltid kan ha vært så lett å se forskjellen, verken for den døende med pårørende eller for legen selv. Også fødselen ble gjenstand for tilsvarende medikalisering,¹⁰⁶ noe som blant annet førte til at legen overtok jordmorens tidligere rolle, nok en gang uten at noe tyder på at han gjorde en bedre jobb, men fødselen mistet som døden deler av sin mytiske verdi og ble til en naturlig teknisk-instrumentell hendelse hvor det var naturlig at legen med sin verdslige kunnskap skulle spille hovedrollen. At disse eksemplene på det Max Weber kalte «Entzauberung der Welt» (eliminering av det magiske i samfunnet) og som han oppfattet som et spesifikt moderne europeisk trekk,¹⁰⁷ også fikk innvirkning på holdningen til legen i det mellomliggende livsløpet, synes ikke usannsynlig.

Selv om legene kanskje til tider bevisst brukte skitne tricks for å skaffe seg makt, synes det klart at også de, like mye barn av sin tid som andre borgere, var blendet av den overopitmistiske troen på vitenskap og fremskritt og dermed representerte tidsånden. Og selv om legene ble beskyldt for å være arrogante og grådige, var det også mange av dem som understreket at deres plass var ved den sykes seng og at oppgaven like mye besto i å lindre smerte og lette overgangen til den til syvende og sist uunngåelige døden som å behandle sykdom.¹⁰⁸ I siste halvdel av århundret oppsto den medisinske etikken. I England skrev

Thomas Percival mot slutten av århundret om viktigheten av legens personlige fremferd — om empati og respekt for ethvert medmenneske. I tillegg til et etisk budskap hadde boken til hensikt å stanse tariffødeleggende intraprofesjonell priskonkurransen, demoraliserende intraprofesjonelle konflikter og individuelt statusjag. Det ser stadig ut til å ha vært flere motiver som det er vanskelig å vurdere den relative betydningen av.¹⁰⁹

Hvordan kom så akademisk medisin og legene ut av 1700-tallet på vei inn i den industrielle revolusjon og det som kalles modernitet? Sammenfatningsvis ser det ut som troen på vitenskapelig metode i seg selv økte legenes makt i forhold til konkurrentene i behandlingsmarkedet. Medisinske nyvinninger og forskningsresultater ga folk grunn til å anta at gåten om mennesket og livet en gang ville bli løst, og de ga tiltro til at dette fremtidsmennesket ville bli i stand til også å forstå og kontrollere sin tilværelse, både biologisk og sosialt,¹¹⁰ selv om det ikke var særlig mye som pekte konkret i den retning. Vitenskapen generelt og medisinen spesielt utfordret religionen som selve meningen med livet; stadig flere ble født og døde under en leges overoppsyn og legen utfordret presterollen. Medikaliseringen av livet skjøt ifølge Roy Porter kraftig fart i opplysningstiden. Selv om den ble utsatt for utbredt satire, var medisinen i ferd med å oppnå kulturell autoritet.¹¹¹ (Av hensyn til helheten i fremstillingen, vil 1700-tallets legerolle også bli beskrevet i neste kapittel.)

3 All motstand ryddes av veien (Legen i moderniteten)

I dette kapittelet skal jeg forsøke å beskrive den legerollen som er knyttet til moderniteten som epoke. Modernitet kan angripes på flere forskjellige måter, og jeg vil i det følgende gi noen relevante perspektiver. Foucault beskriver som sagt hvordan et nytt forhold mellom mennesket som kunnskapssubjekt med seg selv som kunnskapsobjekt skapte grunnlag for en ny type vitenskap og nye sannheter, og hvordan dette var knyttet til språkets nye skapende funksjon, som ga opphav til et i prinsippet uendelig antall nye diskurser. I «The Order of Things — An Archaeology of Human Sciences» er han opptatt av å belyse «utviklingen av kunnskap mot den objektivitet som dagens vitenskap kjennetegnes ved». ¹¹² Han mener å påvise to klare epistemebrudd (brudd i mulighetsbetingelsene for kunnskap; se pkt 1.3) i europeisk historie, nemlig rundt 1650 og rundt 1800, ¹¹³ siste gangen da vitenskapen om oss selv altså ble moderne. Om dette siste bruddet hevder han at «før slutten av 1700-tallet eksisterte ikke mennesket. Det er et temmelig ferskt vesen som kunnskapens demiurg* skapte med sine egne hender for mindre enn to hundre år siden». ¹¹⁴

Som sagt synes jeg det er vanskelig å gjenfinne så markante brudd som Foucault beskriver, selv om jeg mener å forstå hans erkjennelsesteoretiske poeng og finner det nærmest åpenbart at de endringene han i så måte avslører må ha bidratt betydelig til den moderne legerollen. For meg fremstår den utviklingen som jeg har forsøkt å belyse i dette og forrige kapittel mer som en kontinuerlig prosess med flytende overganger. Jeg oppfatter likevel Foucaults makt-/kunnskaps-analyse som meget relevant for denne studien ved at subjekt-objekt-relasjonens beskaffenhet til enhver tid nødvendigvis må påvirke hvilke sannheter som kan settes i spill. Dette representerer et utgangspunkt for å analysere maktbalanser og disiplineringsregimer. (Jeg er naturligvis helt innforstått med at min manglende evne til å se de markante bruddene som Foucault tar til orde for, kan skyldes både at det er noe jeg ikke har forstått hos Foucault og/eller at det er noe jeg ikke har oppfattet i historien.)

Som viktig premiss for modernitetens utvikling angir Sven-Eric Liedman i boken «I skuggen av framtiden — Modernitetens idéhistoria» tre hypotetiske påstander om den intime sammenhengen mellom vitenskap, teknologi og økonomi:

- Hvis det utvikles en ny teknikk som gjør det mulig å utvikle nye eller forbedre gamle produkter som blir etterspurt av viktige interessenter, kommer den aktuelle teknikken til å bidra til økonomisk utvikling.

* I Platons Timaios skapte Demiurgen (=håndverker/byggmester) verden av kaos innenfor de begrensninger som er gitt i kosmos.

- Hvis det finnes sterke økonomiske interesser for en viss gjennomførbar teknisk utvikling, kommer ressurser til å bli stilt til rådighet og utviklingen til å skje.
- Hvis utviklingen av et naturvitenskapelig område anses interessant eller viktig av økonomisk sterke instanser, vil de nødvendige ressurser for nyutvikling stilles til rådighet.¹¹⁵

I dette ligger, hvis jeg forstår ham rett, at den sterkt akselererende moderniseringsprosessen kan forstås som en følge av eksponentiell vekst *innebygd* i kapitalismens logikk: Jo mer vitenskapelig-teknologisk utvikling, desto mer investering i en selvforsterkende feedbacksløyfe. Sammenhengen har i så fall stadig trådt tydeligere frem i samfunnet, og spesielt etter at teknologi i løpet av den industrielle revolusjon ble et viktigere investeringsobjekt enn arbeidskraft, har den satt sitt preg på alle kulturens elementer og alle livets aktiviteter. Dette kan også gi et interessant perspektiv til Foucaults brudd-påstand: Når kvantitative forskjeller blir store nok, fremstår de som kjent ofte som kvalitative. Denne erfaringen gjelder formodentlig også forandringer over tid i kulturen.

Liedmans modell står ikke i motsetning til forandringer i selverkjennelse og språkets funksjon, men gir i alle fall et tilleggsperspektiv, og innenfor den akademiske medisinen er det ikke vanskelig å se at den har fungert i praksis og stadig skapt nytt grunnlag for manifestering av legemakt. Et slikt materialistisk perspektiv er imidlertid heller ikke hensiktsmessig alene.

3.1 Noen modernitetstilmærkelser

Av de mange perspektiver på og analyser av foranledningene til og innholdet og drivkreftene i moderniteten, skal jeg i det følgende kort beskrive noen få som jeg tror er klargjørende for analysen av legerollens og sykdomsforståelsens utvikling.

3.1.1 Fornuft, fremskritt og frihet

Det er bred enighet om at forestillinger om fornuft, fremskritt og det frie individet er sentrale kjennetegn ved det moderne samfunnet. Dag Østerberg gjør disse tre til modernitetens hovedingrediensene i sin bok «Det moderne — Et essay om Vestens kultur 1740 – 2000». Han hevder på at premoderne kulturer var preget av representativ offentlighet, hvilket innebærer at de ikke hadde noen forestilling om at kulturen var i utvikling og forandring, men at alle idealer ble definert i det bestående (eller eventuelt tidligere kulturer, som for eksempel det klassiske ideal i renessansen). Representative kulturers idealer måtte hele tiden vedlikeholdes og vises frem.¹¹⁶ Enkeltindividets frigjøring er vanskelig forenlig med et slikt verdigrunnlag, og ifølge Østerberg markeres overgangen til den moderne epoken

av en overgang fra representativ til *kritisk* offentlighet. Han peker på atskillig moderne tenkning også før overgangen og atskillig representativ offentlighet siden,¹¹⁷ men hevder at det likevel gir mening å snakke om et slags epokeskifte omkring 1740.* En forutsetning for personlig eller institusjonell makt i den nye epoken ble å bestå den offentlige kritikkens prøve.¹¹⁸ På bakgrunn av kritikkens valør og styrke kunne samfunnets maktbalanser stadig forrykkes i en eller annen retning, hvilket innebar et nytt potensial for forandring og utvikling. Det dreide seg ikke lenger om stillstand, men om utvikling med mennesket som viktig brikke — både i kraft av sin direkte nytteverdi, men også som et individ med rett til å utvikle seg selv og være frisk og lykkelig — for i neste instans igjen å bli mer nyttig i å bidra til samfunnsutviklingen.

Østerberg understreker at historien verken må oppfattes paradigmatisk (det vil si preget av usammenhengende epoker med klare brudd mellom) eller teleologisk (det vil si som en kontinuerlig strøm mot et eller annet mål), men derimot til enhver tid som sprikende og full av motsetninger med forskjellige og motstridende kulturelle koder i spill. Den kritiske offentlighet har riktig nok etter hans syn stadig vært en forutsetning for at moderniteten har vedvart, men ikke slik at den har fulgt en klar utvikling — at vi for eksempel er blitt stadig mer moderne med tiden. Tvert imot har den hatt vekslende gjennomslagskraft og til tider vært overskygget av andre kulturmønstre.¹¹⁹ Selv om både medisinen som vitenskap og legen har beholdt og delvis styrket sine maktposisjoner i løpet av de siste 200 årene (med en viss reservasjon for de siste tiårene), vil det av den følgende teksten fremgå at det også hele tiden har vært krefter av varierende styrke som har trukket i forskjellige retninger både innenfor den interne akademiske medisinske diskursen og i det politiske og offentlige ordskiftet om medisinsk vitenskap og legenes rolle.

3.1.2 Kort og lang og hard og myk opplysning

Liedman presenterer i «I skuggan av framtiden — modernitetens idéhistoria» en litt annen modernitetsmodell enn Østerberg, men med klare likhetstrekk:

«I *moderniteten* sammenfattes hele den prosess som begynner for atskillige århundrer siden og som gir seg uttrykk i en verdensomspennende handel, byenes voldsomme vekst, utviklingen og spredningen av en stadig mer eksakt vitenskap og en teknologi som gradvis gjennomsyrrer hver menneskelig pore, i fremveksten av aviser, tidsskrifter og andre medier og ikke minst i statens økende makt og effektivitet og de statlige og kommunale

* Det er kanskje mer vanlig å sette skillet mot slutten av 1700-tallet, spesifikt ved den franske revolusjon, men tar man først utgangspunkt i representativ kultur, må flere av de store opplysningstenkerne på 1700-tallet regnes som moderne, og skillet blir dermed note tidligere. Diderot (hovedredaktør for Encyclopedien, død 1784 og av mange regnet som den mest innflytelsesrike og begavede av alle opplysningsmenn) hevdet at for en filosof er intet farligere enn å forestille seg at verden nødvendigvis må fortsette å være som den er (Cassirer s 91...). Etter Østerbergs skillelinje må han ut fra dette regnes som moderne.

administrasjoners stadig mer raffinerte rutiner. Ofte anses også demokratiet og det moderne partivesenet som uttrykksformer for moderniteten, men da må man ikke glemme at også diktaturer hører hjemme i samme bølge av forandringer. Også de senere århundres kunst, særlig de retninger som sammenfattes under betegnelsen *modernismen* blir også gjerne innbefattet, og i så fall som en prosess der kunstnerne skritt for skritt har revet seg løs fra det klassiske mønster og dermed stadig er blitt friere i sine uttrykksformer.»¹²⁰

Liedman gjør det han kaller opplysningsprosjektet til et av modernitetens sentrale elementer¹²¹ og problematiserer oppfatningen om opplysningstiden som i snevreste forstand perioden mellom Ludvig XIVs død og den franske revolusjon. «Nei sterkere og sikkert også mer fruktbart», sier han, «er det å regne med en opplysningstradisjon ... som løper videre fra 16- og 1700-tallet og fortsetter inn i (og sannsynligvis forbi) vår egen tid.»¹²² Innholdet beskriver han som «forsøket på å forene den vitenskapelig-teknologiske fremskrittprosessen med menneskets frihet og lykke».¹²³ (Hvis man aksepterer at fornuftsbegrepet ligger innbakt i begrepet 'vitenskapelig-teknologiske', havner Liedman på linje med Østerberg.) Selv om han beskriver flytende overganger, mener også han at det gir mening å skille ut en spesifikt moderne del av opplysningsprosjektet i det han kaller den lange opplysningen.¹²⁴ Som eksempel på en tenker fra den tradisjonelle opplysningstiden (eller den 'korte opplysningen') benytter han seg av Jean Antoine de Condorcet.* Det som kjennetegnet ham og hans samtidige opplysningsmenn, var troen på at fornuftens seier ikke ville begrense seg til vitenskap og teknologi, men at økt kunnskap etter hvert også med nødvendighet ville løfte sløret av sanne etiske standarder som alle opplyste individer intuitivt ville følge i kraft av at sin opplysthet. Denne idealistiske helhetstenkningen, som kan føres tilbake til Platon, tok Kant ifølge Liedman et oppgjør med gjennom sine kritikker av den rene og den praktiske fornuft.¹²⁵ Liedman hevder at også Kant så for seg både vitenskapelige og etiske fremskritt, men som to atskilte prosesser. Den praktiske fornuften, det vil si det etiske sinnelaget, var for Kant en opphøyet pliktfølelse som lå latent hos den enkelte og verken var knyttet til Gud eller en udødelig sjel.¹²⁶ Den var et potensial som kunne vekkes til live ved hjelp av opplysningen, men ikke var uløselig knyttet til denne slik 1700-tallets opplysningsmenn tenkte seg. Med utgangspunkt i Kants skillelinjer deler Liedman inn i en hard og en myk opplysning, hvorav den første inkluderer de eksakte vitenskapene (hvilket i seg selv ikke er helt lett å definere, men likevel ikke vil bli diskutert nærmere her) samt teknologi og økonomi, mens den myke

* Condorcet var sekretær i det franske vitenskapsakademi og sympatiserte sterkt med revolusjonen, men gikk likevel med i dens dragsug etter å ha lagt seg ut med Jacobinerklubben. Selv som forfulgt av tidligere venner, var han overbevist om at fornuften på lang sikt ville seire «så lenge jorden befinner seg på sin nåværende plass i universet og så lenge dette systemets lover verken forårsaker en generell katastrofe eller slike forandringer som fratrar mennesket sine eksisterende evner og ressurser.» (Dictionary of Philosophy s 135; Greer s 427)

omfatter etikk, kunst, religion og det man kan kalle verdensbildet, altså oppfatninger om vår egen eksistens¹²⁷ — litt forenklet uttrykt skillet mellom det kvantifiserbare og det kvalitative.

I den moderne epoken har det ifølge Liedman hele tiden eksistert motstridende syn på hvor integrert i hverandre den harde og myke opplysningen egentlig er. Innenfor det kvantifiserbare området har utviklingen kommet atskillig lengre enn Condorcet kunne drømme om. Men nettopp dette har etter noens mening — til støtte for at det dreier seg om to atskilte prosesser — vært hovedårsak til blant annet to verdenskriger; de samfunnsgagnelige følger av den vitenskapelig-teknologiske utviklingen kan etter dette synet overhodet ikke gjøre opp for dens skadefølger.

Skillet mellom hardt og mykt gir et interessant perspektiv til denne undersøkelsen, for i hvilken grad kan betydelige medisinsk-teknologiske fremskritt, som for eksempel allment tilgjengelig koppevaksine, antibiotika, insulin, moderne narkose og åpen hjertekirurgi, egentlig kobles til trivsel og lykke? Det er ikke vanskelig å finne argumenter for slike koblinger, men det er heller ikke vanskelig å forestille seg at konkrete resultater i den harde sfæren kan ha skapt holdninger til legen og den akademiske medisin som har 'invadert' den myke sfæren utover det det synes å være grunnlag for. Når legene med sin medisinske vitenskap kan utrydde kopper, behandle tuberkulose og sukkersyke og la vitale funksjoner opprettholdes ved hjelp av en mekanisk blodpumpe og oksygeneringsmaskin mens et slitent hjerte skiftes ut med et friskt — alt sammen med mulige indirekte effekter på trivsel og lykke — er det kanskje ikke så rart at det har vært lett å ty til deres forklaringsmodeller og løsninger også når de vender seg mer direkte mot de myke områdene.

3.1.3 En kirke på defensiven

Fornuftens autoritet hadde gradvis tiltatt gjennom flere århundrer da Europa gikk inn i 1800-tallet, og forestillingen om det frie individet fulgte gradvis etter og ble kanskje endelig stadfestet av Kant. Troen på fremskrittet ble i denne sammenhengen delvis et surrogat for religionen, der legen trådte inn i deler av prestens tidligere rolle — en ny forretter av et nytt credo.

Hvordan forholdt så kirken seg til det nye? Paven valgte å avvise det. Den katolske kirkes index (boksensurliste), som var et av resultatene av konsiliet i Trent (1545-63) og motreformasjonen, forbød alle ideer som stred mot de katolske doktriner.¹²⁸ Forbudet ble for vitenskapens del stadfestet av pavens syllabus (ny sensurforordning) så sent som i 1864.¹²⁹ De protestantiske kirkene var mer forsiktige og valgte isteden å omtolke religionen der den klart motsa vitenskapen eller å argumentere med at religion var en annen dimensjon enn vitenskap. Dermed ble motsigelser tilsynelatende irrelevante.¹³⁰ Dette var kanskje en like

farlig vei å velge som den katolske. For det første isolerte det kirken fra dagliglivet. Ved å påberope seg retten til å tolke Guds ord, eller aksepterer at andre gjorde det, satte den seg også i praksis over Guds ord, og selv om det kan høres besnærende ut i et maktperspektiv, er det på litt sikt vanskelig å tenke seg at det ikke snarere måtte *svekke* kirkens autoritet. For hvis ikke lenger Gud er en absolutt autoritet, hvorfor skulle da kirkens menn være det?

Stadig økende kjennskap til fremmede kulturer avslørte i tillegg at det fantes visse tilsynelatende allmenmenneskelige spørsmål som forskjellige religioner ga hver sine svar på. Fra et analytisk ståsted kunne man se *alle* religioner som forskjellige svar på menneskehetens generelle spørsmål. Den dogmatiske kirken var ikke i stand til å forhindre at tro ble mer og mer ble fortrenget til en privatsak. Det ble, om ikke *comme il faut* så i hvert fall mulig å være fritenker, og angrep på kristendommen ble ikke lenger automatisk og nødvendigvis sensurert og straffet.¹³¹ I dette scenariet har både vitenskap generelt, medisinsk vitenskap i særdeleshet og legen sine plasser.

Den tyske filosofen Hans Blumenberg hevder i sin bok «Modernitetens legitimitet» at i idéhistorisk forskning må menneskehetens eksistensielle spørsmål og svar i stor grad ses uavhengig av hverandre. Ideer oppstår jo ikke helt av seg selv, sier han, men er svar på mer eller mindre bevisste spørsmål, som etter hvert kan forandre seg uavhengig av svarene og ofte gå i glemmeboken. Forskjellige kulturer krever svar på forskjellige spørsmål, men spørsmål og svar traderes gjennom historien mer eller mindre hver for seg, og et av poengene hans er at verken spørsmålene eller deres koblinger til svarene alltid er så lette å få øye på.¹³² Hans argumentasjon og dokumentasjon er tung og lang, og jeg gjør ikke en gang forsøk på yte ham rettferdighet med denne korte henvisningen. Likevel har jeg lyst til å gripe fatt i hans bruk av begrepet 'rebesettelse', som innebærer nettopp at man må lete etter reminisenser av gamle ideer for å forstå moderniteten (og for den saks skyld enhver kultur).

Ifølge Blumenberg ble fremskrittsideen formet av to førmoderne erfaringer: For det første overvinnelsen av Aristoteles som autoritet* (verden *kan* faktisk se annerledes ut enn Aristoteles anga) og for det andre overvinnelsen av antikken som ideal.¹³³ Dette førte til et skifte av fokus fra tilbakeskuende beundring til fremadskuende undring, noe som igjen økte menneskets selvbevissthet; det kunne kreve å bli tatt på alvor som seg selv med sine egne spørsmål, svar og tolkninger. Følgen av disse overvinnelsene på menneskets 'kollektive personlighet' kaller Blumenberg selvhevdelse. Han hevder så at fremskrittsideen — i

* Egentlig dreide det seg til syvende og sist om overvinnelse av *kirkens* autoritet mer enn av Aristoteles. Det var kirken som først og fremst sto for ideen om absolutt autoritet vedrørende hvordan livet og verden skulle forstås, og som som i sin tur hadde gjort Aristoteles til absolutt autoritet, mens Aristoteles selv kom fra en åpen tradisjon, hvor det var lov å se forskjellig på både mennesket og dets opprinnelse, historie og omgivelser.

betydningen at historien *med nødvendighet* stadig skrider mot høyere mål — er en 'forurensning' av ideen om selvheldelsen og skyldes at det moderne mennesket ikke greide å frigjøre seg fra kristendommens maktgrep.

I sin fremstilling kritiserer Blumenberg Karl Löwiths teori om at modernitet ikke er annet enn sekularisering av kristne ideer, hvilket innebærer at den moderne troen på fremskrittet bare er kristen endetidstankegang i nye innpakninger.* Blumenberg hevder på sin side at Löwith ikke innså at det spesifikt moderne egentlig er en forestilling om at fremskrittet er en *mulighet*, men ikke en nødvendighet. Da det moderne mennesket forkastet de kristne svarene på eksistensens grunnleggende spørsmål, følte det seg ubevisst forpliktet til å gi *nye svar* — uten at spørsmålene ble reformulert. Det 'forurensede' resultatet av denne forpliktelsen kaller Blumenberg rebesettelse av den 'rene' moderne ideen.¹³⁴ Når Löwith sier: «Den moderne tanken har ikke bestemt seg for om den vil være kristen eller hedensk. Med det ene øyet ser den tro, og med det andre ser den fornuft. Derfor må også dens visjon bli uklar ...»¹³⁵, tror jeg Blumenberg ville kommentert at det ikke dreier seg om manglende evne til å fatte en beslutning, men om et historisk betinget *krav* om et svar, som den 'rene' moderne ideen (om *mulig* fremskritt) ikke kunne gi. En uforbeholden tro på fremskrittet 'rebesatte' på denne bakgrunn den uforbeholdne troen på Gud, og opplysning blir i dette scenariet den nye forrettelsesformen.

Den rene, tørre, nomologiske vitenskapen kunne ikke helt fylle det tomrommet som tapet av Gud representerte. I stedetfor (eller kanskje heller i tillegg til) å beholde Gud, dannet europeerne seg 'religiøse tilleggsforestillinger' om vitenskapens potensial — og svært sentralt blant vitenskapene sto den om mennesket. Da sjelen ble en del av naturen, og dermed en del av det som i prinsippet kunne forklares, ble det også naturlig å anta at den vitenskapsmannen som forsto seg på kroppen og ble antatt å kunne reparere den, også måtte kunne gjøre noe med sjelen, det vil si den enkeltes trivsel og lykke. Slik *kan* legens rolle forstås delvis som en rebesettelse av prestens; kulturen *krevede* prestefunksjonen, men presten kunne ikke lenger fylle den fullt ut. En slik tolkning støttes i det minste delvis av følgende utdrag fra boken «The Western Medical Tradition»:

«Å gjøre sin entré på den historiske arena innebærer at man oppdager at det som man tror alltid har vært slik, faktisk viser seg å være skapt — å være produsert av politiske forhold, av undervisningsmessige sammenhenger og til om med av markedsmekanismene. ... Det viktige i dette ... er at leseren blir i stand til å se for seg at historien om den vestlige

* 'Nye innpakninger' i flertall fordi det ga opphav til mange forskjellige ideer. Selv om Marx forfektet et annet mål og en annen retning enn det kapitalistiske borgerskapet gjorde med sin liberalisme, var de enige om historiens *ensrettethet* som sådan og spesielt om vitenskapens og teknologiens frigjørende virkning (Østerberg s 187).

medisinske tradisjon er en beskrivelse av legens utvikling mot sosial makt og storhet på måter som ikke bare kan forklares av vellykkede behandlingsresultater sprunget ut av legens kunnskap. For å si det enkelt er medisinen i vid forstand, slik vi kjenner den i dag, ikke nødvendigvis legens historiske eiendom. Historien om den vestlige medisinske tradisjonen synes heller å være historien om hvordan det ble som det ble, hvilke begrunnelser som ligger bak og, i den sammenheng, delvis om undertrykkelsen av legesamfunnet og marginaliseringen av pasienten.»¹³⁶

3.1.4 Frykten for forfallet (Darwin)

Darwins utgivelse i 1859 av teorien om artenes opprinnelse er beskrevet som «kanskje det mest revolusjonerende arbeid sprunget ut av moderne skaperkraft»¹³⁷. I tillegg til at teorien sammen med Charles Lyells «Principles of Geology» fra 1830 (med flere senere revisjoner) definitivt slo forestillingen om at jorden ble skapt en gang på vårparten i 4004 før Kristus i stumper og stykker,¹³⁸ fikk dens tolkning og anvendelse stor innvirkning på medisinsk forskningsaktivitet og på samfunnets bruk av legen. Dette vil bli nærmere beskrevet siden. Jeg skal her knytte noen korte kommentarer til hvordan Darwins teori ble anvendt i opplysningsprosjektet.

Darwin avviste Lamarcks teori om at evolusjon skjer ved at dyr og planter som følge av påvirkning fra omgivelsene tilpasser seg disse, og at disse tilpasningene så føres videre til senere slektsledd. Han mente at levende organismer stadig fødes med større eller mindre *tilfeldige* forandringer, og når slike, etter at de først er oppstått, viser seg fordelaktige for overlevelsen, vil de bringes videre gjennom naturlig utvalg. Organismer med ufordelaktige tilfeldige forandringer i forhold til omgivelsene, vil på samme måte dø ut. Forandringer som er gunstige i ett miljø kan være ugunstige i et annet, hvilket med andre ord innebærer at fremskritt ikke ligger implisitt i Darwins teori, bare seleksjon av det tilpasningsdyktige. Darwin var imidlertid naturligvis ikke i stand til å forklare hvordan slike tilfeldige forandringer oppsto (det tilhører genetikken), og i tiden frem til siste verdenskrig var forholdet til evolusjon preget av en sammenblanding av teorier og blomstrende sosialdarwinisme.* Hvis man ikke fikk kontroll med fattigdommen, antok man blant annet at dens forrående, demoraliserende og fordummende effekter ville nedarves og føre til nasjonens og kulturens degenerasjon og undergang. De sunne og 'normale' måtte vernes mot forurensende arv fra samfunnsskadelige populasjoner. Forestillingen sto meget sterkt frem til

* Sosialdarwinisme var en samfunnsteori som oppsto forholdsvis snart etter 1859. Blant annet Herbert Spencers ideer, og kanskje særlig hans begrep 'survival of the fittest', ga opphav til forestillingen om at samfunn på samme måte som levende organismer utvikler seg gjennom en naturlig prosess der de beste også vil nå høyest i samfunnshierarkiet (og bli rikest). Dette innebar at overklassen også måtte anses som biologisk overlegen og slik sett *fortjente* å være overklasse. Sosialdarwinismen ga teoretisk støtte til såvel klassesdelte samfunn som imperialisme og kolonialisme (Grolier).

annen verdenskrig og også delvis etterpå.* Fremskrittet var under denne forestillingen altså ikke uavvendelig, men måtte katalyseres av mennesket. Flere leger i sentrale posisjoner, som fremste representanter for vitenskapen om mennesket, gikk aktivt inn i foredlingsprosjekter på både idéplan og handlingsplan, og som gruppe ble legene sentrale i det viktige arbeidet med å skille de samfunnsskadelige fra de samfunnsgagnelige og det unormale fra det normale. (Eksempler på dette vil bli gitt senere.) Selv om legene ikke sto samlet gruppe om et felles standpunkt, er det liten tvil om at samfunnets anvendelse av Darwins teorier bygget opp under deres sentrale roller i samtidens fremskrittssprosjekt uten at det hadde særlig tilknytning til deres faktiske kunnskap og faglige forutsetninger.

3.2 Legen og nasjonalstaten

Ifølge Guenter Risse skapte nasjonalstatens vekst og merkantilismen viktige forutsetninger for økt legemakt. Utgangspunktet var at for å styrke nasjonalstaten trengtes en levedyktig, sterk og produktiv populasjon som kunne fylle rollene som produsenter og konsumenter, soldater og fødemaskiner. For å oppfylle dette målet var de europeiske statenes 'biopolitiske strategi' fra siste halvdel av 1700-tallet å øke befolkningens helse. Gjennom dette ble akademisk medisin en politiske maktfaktor og legen et viktig tannhjul i samfunnsmaskineriet. Det var knapt grenser for hvilke forestillinger som kom til uttrykk om hva legen kunne brukes til,¹³⁹ og i denne ånd oppsto blant annet ideen om et medisinpoliti. Selv om gjennomføringsvilje og -evne varierte, sto modellen sterkt i både Tyskland, Frankrike og England. Den mest detaljerte tyske varianten, som ble utarbeidet av legen Johann P Frank i 1760-årene, innebar at leger skulle velge borgernes ektefeller ut fra et nytte/lykkeperspektiv.¹⁴⁰

I Frankrike ble det i løpet av revolusjonen utarbeidet detaljerte politiske modeller for legenes overvåkningsfunksjon. For å få kontroll over epidemiene i samfunnet ble det foreslått et sykdomspoliti som blant annet skulle overvåke gruver og gravplasser, kjøp og salg av brød og kjøtt og forby helsefarlige husværer. Etter en detaljert kartlegging av hele landet, skulle det trekkes opp klare helseforskrifter som skulle leses fra kirkenes prekestoler hver søn- og helligdag og anviser hvordan man skulle kle seg, hva man skulle spise og ellers gjøre og ikke gjøre for å unngå sykdom. En samtidig entusiast skrev at «Disse læresetningene ville bli som bønner som selv de mest uvitende og til og med barn ville lære utenat.»¹⁴¹ Heller ikke i Frankrike ble modellen noen gang satt ut i livet, blant annet fordi det ikke kom til enighet om hvordan helsetjenestene kunne organiseres slik at statens interesser ble ivaretatt uten at legene

* Kfr for eksempel etterkrigstidens tvangssterilisering av tatere og institusjonalisering av barna deres

samtidig fikk for store privilegier og institusjonell makt,¹⁴² men poenget i denne sammenheng er ikke gjennomføringen, men hva debatten kan fortelle om synet på legen og dermed om legens *kulturelle* forutsetninger for en sterk maktposisjon.

Man kan spørre seg om hvor disse urealistiske ideene om legenes kompetanse og kvalifikasjoner stammet fra og hvordan man kan forstå statens interesse for det enkelte mennesket — uavhengig av hvilken styreform og dermed delvis hvilket verdisyn de representerte. Det kan kanskje i tråd med ovenstående hevdes at individets sunnhet og lykke bare var et middel for statens fremgang, at en sterk stat var en forutsetning for ikke å bli spist av en som var enda sterkere og at ingen egentlig brydde seg om menneskene oppi det. Men så enkelt er det neppe. Krig hadde vært en del av europeisk politikk og hverdagsliv i rundt regnet 1300 år, så det kan umulig ha kommet som en overraskelse at en frisk soldat slåss bedre enn en syk, og heller ikke at sunne arbeidskarere eller tjenestejenter presterte bedre enn uttærede. Det er neppe tvil om at det også skjedde noe med synet på mennesket, samfunnet, kulturen, historien og på statens ansvar for og innvirkning på det hele — og at alt henger sammen og derfor i siste instans er interessant også i denne undersøkelsens perspektiv.

Denne dobbeltheten (ren utilitarisme på den ene siden og et nytt menneske- og samfunnssyn på den andre) må ses som et eksempel på motsetningen mellom et moderne universalistisk frihets- og rettighetsideal og det gamle privilegiesamfunnets idealer. (Dette vil bli nærmere beskrevet senere.) De samfunnstiltakene som ble gjennomført, må i hvert fall delvis oppfattes som et forsøk på å gi de underprivilegerte tilgang til samme hygieniske standard og helsebringende livsstil som de rike allerede nøy godt av, og de skulle bryte ned klasseskiller og gi folk flest et bedre liv.¹⁴³ Og legene skulle altså ta seg av mye av det praktiske.

I lys av statens behov for leger i sitt kontrollapparat var ikke lenger legenes autoritet begrenset til sykdom og sykdomsbehandling; de måtte også kunne uttale seg om hva det egentlig innebar å være frisk — hvilke funksjon og prestasjoner man måtte kunne forvente av et *normalt* menneske. Legen ble i kraft av sitt fag tillagt en normfastsettende rolle,¹⁴⁴ og denne rollen fløt naturligvis lett over i en moraliserende. Foucault hevder at akademisk medisin plasserte seg i et grenseområde av stor betydning i den moderne kultur, nemlig der hvor normalitet identifiseres med en slags rent kroppslig uforstyrrelig lykke og relateres til nasjonens suksess — til ting som hærens styrke, folkets fruktbarhet og nasjonens langsomme fremskritt.¹⁴⁵ Nasjonens styrke og fremgang og individets lykke kunne altså forenes ved hjelp av medisinsk vitenskap. (Dette har en viss likhet med Liedmans beskrivelse av det moderne prosjekt som et forsøk på å kombinere en vitenskapelig-teknologisk fremskrittprosess med

menneskets frihet og lykke; se ovenfor.) Legene fikk dermed ansvar ikke bare for helsen, men også for *lykken* og ble *moralens viktigste vokter*. De skulle overvåke individet så det ikke skulle forfalle, men forbli lykkelige og opprettholde maksimal nytteverdi for nasjonen.¹⁴⁶ I dette perspektivet ble legen dermed en slags dommer hvis oppgave var å avgjøre hva folk trengte.

«I tillegg til sine oppgaver som medisinsk tekniker, ble legen tillagt en økonomisk rolle i fordelingen av helse og en moralsk kvasirettslig rolle i anvendelsen av den [i hvordan han skilte friskt fra sykt og normalt fra unormalt]. Legen ble både folkemoralens og folkehelsens vokter.»¹⁴⁷

Som det fremgår av ovenstående, ble legen i løpet av moderniseringsprosessen en viktig instans i statens maktspill, og både legene og deres vitenskap ble viktige temaer i den politiske diskursen. Selv om legen som brikke i disse spillene aldri fikk så stor betydning som de naive og overoptimistiske overvåknings- og kontrollmodellene fra siste halvdel av 1700-tallet la opp til, oppnådde de likevel en posisjon innenfor maktapparatet som var svært langt fra — i den grad den på en del områder overhode hadde sammenheng med — effekten av deres 'kjernevirksomhet', nemlig kroppens struktur og funksjon og behandling av sykdom.

3.3 Medisinen som samfunnsidé — Mennesket som modell

Etter ca 1800 ble fastsettelse av normalitet og overvåkning og kontroll med avvikene et av statens viktigste fokusområder, og dette gjaldt ikke bare innenfor menneskets struktur (anatomi) og funksjon (fysiologi), som tilhørte tradisjonell akademisk medisin, men etter dens mønster også innenfor menneskesinnet, samfunnslivet, kulturen og rasen.* Dette påvirket ifølge Foucault også alle andre vitenskaper om mennesket i kulturen (humaniora og samfunnsvitenskap) som på denne bakgrunn ble basert på medisinsk tenkning — nemlig skillet mellom normalt og patologisk.¹⁴⁸

Også Torbjörn Gustafsson hevder i sin doktoravhandling «Själens biologi» at de biologiske og medisinske vitenskapene prøvde å bli sin tids språk — en streben etter å bli kultur[†] — like mye som å være en fri og uavhengig vitenskap.¹⁴⁹ Han hevder at fysiologien trengte inn i språket med metaforer og bilder som sier noe vesentlig om tidens totale

* Selv om det var betydlige forskjeller mellom de europeiske statene, både hva angår styreform og organisering og kontroll av forskjellige behandlere, var likevel ideen om potensialet i den akademiske medisin svært likt. Det kan se ut som felleseuropeiske tankestrømninger innenfor filosofi, moral og vitenskap var mer styrende enn politisk-økonomisk organisering av den enkelte stat.

† I den romantiske 'herderske' kulturforståelse var det språket som forente en kultur og ga den sin egenart, men det var biologimodellen som fenget mest og fikk uten sidestykke størst betydning — i hvert fall på kort sikt. Holistiske tolkninger luktet metafysikk og vitalisme og sto svakt selv om de hadde sine tilhengere (Själens biologi s 86). (Det kan vel imidlertid hevdes at det naturvitenskapelige paradigmet ble så sterkt i seg selv at det fikk en slags metafysisk status.)

tenkesett; i 1800-tallets 'fysiologiserte' idéhistorie var organisme-ideen det dominerende grunnlaget for metaforikken, og alt ble forstått etter mønster av biologiske organismer.¹⁵⁰ Også han hevder at leger og biologer fikk rollen som samtidens dommere, prester og lovstiftere, og hele kulturdebatten handlet om den individuelle organismens, samfunnsorganismens og den vestlige kulturorganismens vei mot den ideelle tilstand som ble kalt helse. Samfunnets anatomi og fysiologi ble beskrevet med kroppen som modell, og hvis samfunnet ikke ble tatt godt nok vare på, ville det bli tilsvarende sykt.¹⁵¹

For idéskapningen på 1800-tallet var ifølge Gustafsson den reduksjonistiske og mekanistiske fysiologien like viktig som evolusjonsteorien. Evolusjonsteorien sprengte tidsregningen og ideen om Guds skaperplan, mens fysiologien gjorde alle kroppsfunksjoner og spesielt bevisstheten til naturlige prosesser.¹⁵² Hvis man følger denne påstanden, blir det nærmest umulig å tenke seg formingen av det moderne mennesket uten en sterk og organisert vitenskapelig medisin.*

Fysiologien, naturalismen og legen grep inn i samfunnsforståelsen på alle plan — også i litteraturen og kunsten.¹⁵³ Hippolyte Taine (1828-93), fransk historiker og litteraturkritiker, anla et organisk perspektiv på sine studieobjekter, der delene sammenvirket for å opprettholde helhetens funksjoner¹⁵⁴ uavhengig av om objektet var et individ, et samfunn eller en epoke.¹⁵⁵ Han søkte en generell lov som skulle styre alle fenomener, gjorde reduksjonistisk metode til en ontologi¹⁵⁶ og mente at «Synd og dyd er produkter som vitriol og sukker.»¹⁵⁷ Hjernene ble ansett å utsondre tanker, som leveren utsondrer galle og nyrene urin. Emile Zola, som var sterkt påvirket av Taine, lot kjemisk forskning være mønster for sine romaner idet han konstruerte personer med bestemte karaktertrekk, plasserte dem i definerte sosiale miljøer og 'observerte' hvordan det gikk med dem — som i et naturvitenskapelig eksperiment.¹⁵⁸ Det metafysiske mennesket er dødt, uttalte han, og Gustafsson kaller hans naturalistiske romanideal en offentlig anatomi — en likåpning med moralsk budskap.¹⁵⁹

Ifølge Gustafsson var altså folks bevissthet og hele samfunnet gjennomsyret av medisinsk tankegang. I sosialpolitikken fikk legene en sentral rolle både i det praktiske arbeidet i samfunnet[†] og rent idemessig. Fra midten av 1800-tallet var samfunnet meget bevisst sine sosiale og politiske problemer i form av fattigdom, diskriminering og urettferdighet. Også dette ble ansett som biologiske og medisinske problemer med ditto årsaker. Det var naturlig

* Men fysiologien skapte også skremmebilder. Frankenstein i Mary Wollstonecraft Shellys berømte bok med samme navn var medsinerstudent og fysiolog (Greer s 478)

† I Storbritannia fortregte legene på midten av 1800-tallet ikke-medisinske byråkrater fra de ledende posisjoner i nasjonens hygienearbeid (Medicine in society s 252... og 261...). Det er ikke lett å få tak i annen årsak enn biologismens 'grep' og legenes høye anseelse.

for samfunnet å gi leger oppgavene knyttet til dem og like naturlig for legene å oppfatte dem som innefor sitt kompetanse- og ansvarsområde. Vitenskapen skulle også diagnostisere kulturens patologi.¹⁶⁰ Ting som dekadens og oppløsning ble sett på som sykdom i samfunnsorganismen sammenlignbart med asosial individuell atferd som alkoholisme og promiskuitet. Legene fikk dermed i utgangspunktet (før de hadde sagt noen verdens ting) autoritet som samfunnsdebattanter.

Den kanskje mest kjente analogien mellom menneske og kultur er Sigmund Freuds «Ubehaget i kulturen» fra 1929. Boken er et sosial- eller kulturfilosofisk innspill hvor Freud benytter seg av de begrepene han utviklet i psykologien for å forstå kulturen. I siste kapittel skaper han en løs analogi mellom menneskesinnet og kulturorganismen og spør om det finnes kulturkrefter og 'organiske' prosesser (sosiologisk forstått) som tilsvarer id, jeg, overjeg og psykopatologi. Strengt tatt er boken ikke helt representativ for de forestillingene jeg har forsøkt å fremstille, for da Freud skrev «Ubehaget i kulturen», hadde han gjennom sine psykologiske teorier på mange måter allerede *frigjort* sjelslivet fra streng biologi¹⁶¹. Men Freud, som var utdannet lege, snakket til en hel kultur som ifølge Gustafsson tenkte biologisk, og slike subtiliteter ble neppe allment oppfattet når Freud skrev om samfunnsnevroser og det kulturelle fellesskaps patologi.¹⁶² (Han maner forøvrig selv til forsiktighet i tolkningene og understreker at det gjenstår mye på full forståelse.)

For nasjonalstaten ser det ut som det viktigste var å opprettholde samfunnets orden. Til dette ga legene vitenskapelig legitimitet og definerte på mange måter rammene for riktig livsførsel.¹⁶³ Dermed fikk de også en grunnleggende konserverende funksjon, og selv om mange leger var positive til og arbeidet aktivt med hygieniske reformer, var både leger og biologer i det store og hele ifølge Gustafsson skeptiske til samtidens ideer om vidtrekkende demokrati.¹⁶⁴ Det eksisterende hierarki måtte forstås som en biologisk konstruksjon og som sådan 'riktig'.

3.3.1 Grenseløs medisin i samfunnets tjeneste

Foredling er ifølge Gustafsson et nøkkelbegrep i tiden etter 1850. Frykten for menneskets, nasjonens og kulturens degenerasjon, etter hvert drevet frem av sosialdarwinistiske ideer, var en viktig drivkraft bak både politikeres og legers sosiale engasjement. Ordet sosialmedisin ble først brukt i Frankrike i 1848¹⁶⁵, men ble kanskje gjort mest kjent gjennom Rudolf Virchow. Han har satt tydeligst spor etter seg innenfor vitenskapelig medisin, men talte også med styrke de underprivilegertes sak. «Fattige og undertrykte skulle ikke trenge å komme til himmelen for å få sin belønning; et sunt liv burde være en menneskerett her på jorden.»¹⁶⁶ Han hevdet at politikk ikke er annet enn medisin i større skala¹⁶⁷ (et credo Karl Evang

annekterte i 1930-tallets Norge), og at «Epidemier ligner kraftige advarsler som en stor statsmann vil forstå som et tegn på at utviklingen av nasjonen er i ulage — en type ulage som ikke en gang en uansvarlig politiker lenger kan overse.»¹⁶⁸ Legene fikk i praksis ansvar for å registrere det skadelige og unormale — og i stor utstrekning å definere det — og å definere standarder for individets og nasjonens åndelige foredling — det vil si *samfunnsmoralen*. Å forbli frisk ble en sosial plikt¹⁶⁹ som legene skulle overvåke. De fikk dermed oppgaver langt utover hygieniske anvisninger og sykdomsbehandling bygget på den fagkunnskap de faktisk hadde qua leger. Medisinen som vitenskap hadde fått og akseptert den belastende oppgave å ta seg av samfunnets organisering og overvåkning.¹⁷⁰

I sin iver etter å kartlegge hadde verken legen eller eventuelt samfunnet som oppdragsgiver nødvendigvis en klar formening om hvorfor kartlegging var nødvendig eller hensiktsmessig. Alle tenkelige karakteristika ble ansett å kunne ha en eller annen betydning, og derfor var det best å registrere dem. Målet var en helhetlig forståelse av verden, men ifølge Gustafsson ble historiske og kulturelle perspektiver sammenblandet med biologiske,¹⁷¹ og forestillinger om hvordan man mente det burde eller ønsket det skulle være var mer bestemmende for konklusjonene enn hva man rent empirisk hadde påvist.*

Gustafsson beskriver legers og biologers verdensbilde for hundre år siden på følgende måte:

1. Den medisinske og biologiske læren støttet den religiøse og idealistiske tradisjonens *moralske krav* om å foredle og rense seg selv, samfunnet og kulturen på vei mot historiens mål. I biologenes og legenes tekster ble dette definert med begrepet 'helse'.
2. De fleste leger og biologer hadde en metafysisk forankring i det myke naturalistiske verdensbildet. Det eneste som fantes var en lovmessig natur; sjelslivet hadde oppstått i løpet av evolusjonen. Naturen var imidlertid ikke moralsk likegyldig eller styrt av tilfeldigheter.
3. Moralens grunnlag fantes derfor i naturen, dvs i evolusjonen og/eller den organiske organisasjonen.
4. Den normale kroppen definerte normer og verdier for hva som var helse og normalitet, og en viss type livsførsel var nødvendig for at disse normer skulle komme til uttrykk eller opprettholdes. Gjennom analogier ble normsystemet oversatt til individuell livsførsel og samfunnsorganisasjon.¹⁷²

Det skal ikke legges skjul på at det verken skortet på leger eller andre som uttrykte stor skepsis til pseudovitenskapeligheten. Jeg avstår imidlertid fra en nærmere omtale og diskusjon av dette fordi det nettopp er det utenomvitenskapelige jeg ønsker å belyse i denne

* Rase- og kvinneforakt kom f eks til uttrykk gjennom totalt u-underbygde 'funn' som viser hvordan vitenskapen fant det den *ville* finne og satte det inn i den sammenhengen som passet med det man hadde bestemt seg for på forhånd.

studien — det som ble 'hengt på' og underlagt legenes autoritetssfære og som gir andre perspektiver og forklaringsvariabler på legemakt enn den instrumentelle historien alene.

3.4 Legen i samfunnet

Hittil i kapittelet har jeg forsøkt å belyse visse idemessige og strukturelle forutsetninger for moderne legemakt. I det følgende vil jeg forsøke å se det mer fra den praktiserende legenes perspektiv — hvordan praktiserende leger betraktet sykdom og oppfattet sin virksomhet og seg selv i samfunnet.

3.4.1 Klinikken i moderne medisin:

Klinikk-konseptet er meget sentralt for moderne medisin og bærer dessuten i seg et utgangspunkt for analyse av den moderne subjekt-objekt-relasjonen. I harmoni med tesen om de gradvise overganger, danner Thomas Sydenham, som levde hele sitt 65-årige liv på 1600-tallet, et godt startpunkt for fremstillingen. Hans bidrag kom innenfor nosologi (sykdomsklassifisering), og hans utgangspunkt var en dyp skepsis til sin tids forskning, hvis mål om å forstå *alt* om menneskekroppens struktur og funksjon han oppfattet som utrolig naiv. Tvert imot hevdet han at anvendelig medisinsk kunnskap ble hindret av de store hypotetiske systemene,¹⁷³ og dessuten at 'sjelen' ikke var avansert nok til å befatte seg med den slags fundamentale spørsmål.¹⁷⁴ (Disse standpunktene viser, også i tråd med 'gradvishetspåstanden', at han slett ikke var *bare* moderne. Kanskje var han ikke moderne i det hele tatt, men hadde bare en idé som lot seg anvende av dem som kom etter ham.*)

Filosofien sin oppsummerte han slik:

Jeg ble overbevist om at legen som med egne øyne — og ikke gjennom skrevne bøker — seriøst studerer de forskjellige sykdommers naturlige fenomener, nødvendigvis må utmerke seg i kunsten som går ut på å oppdage hva som, i ethvert enkelttilfelle, er de sanne indikasjoner for de terapeutiske tiltak som burde anvendes.¹⁷⁵

Som meget innflytelsesrik i sin samtid oppnådde han å kanalisere flere leger tilbake til sykesengen for å observere det syke ved selvsyn,[†] og dette stimulerte (blant flere andre faktorer) sykehusmedisinen. På sykehusene hadde Sydenham og hans tilhengere rikelig tilgang på 'råstoff' og var i stand til å foreta inntrengende studier av sykdommenes *essens*, det vil si deres innerste og definatoriske symptomer og tegn. Ved sykesengen advarte Sydenham ivrige leger mot å forkludre sykdommers naturlige forløp med forsøk på behandling før det

* For Foucault antar jeg han er en representant innenfor medisinsk vitenskap på det epistemeskiftet som i Ordene og tingene beskrives rundt 1650, skjønt dette ikke går klart frem i Klinikkenes fødsel.

† Sydenham var en god venn av Locke, og denne empiriske oppfordringen var sannsynligvis i hvert fall delvis påvirket av ham (Medicine in society s167)

var oppnådd sikkerhet om hva det dreide seg om og hvilke tiltak som var de riktige. Ideen var at «Naturens forfatter har fastsatt forløpet til de fleste sykdommer med uforanderlige lover som raskt lar seg avsløre hvis det ikke blir avbrutt eller forstyrret av pasienten.»¹⁷⁶ Påvirket av botanikkens og zoologiens taxonomier ville tidens leger redusere sykdommer til avgrensede species.¹⁷⁷ I kraft av å tilhøre institusjonen 'medisin' fikk imidlertid nosologi en helt annen samfunnsmessig betydning enn for eksempel botanisk taxonomi; den ga rom ikke bare for å klassifisere, men legitimerte også legenes rett til å intervensere og treffe avgjørelser på vegne av individ og samfunn.¹⁷⁸ Selv om Sydenhams hensikt i hvert fall delvis var å gi bedre hjelp til de syke, førte den nye sykdomsforståelsen også til en anonymisering av den lidende personen — det hele mennesket. Pasienten ble redusert til et eksternt faktum i forhold til sykdommen. Legen måtte kjenne menneskets struktur, men bare for å kunne subtrahere den fra sykdommens vesen, som den i og for seg bare forstyrret.¹⁷⁹

Hospitalene* forandret seg i tråd med dette gradvis fra å være oppholdssteder for fattige, gamle og andre som ikke kunne ta vare på seg selv til å bli oppbevaringssteder (og presumptivt behandlingstilbud, men slik fungerte det ikke) for fattige syke i tillegg til studie- og læreanstalter.† Det er på denne nye formen for lege-pasient-relasjon Foucault benytter begrepet klinikk, der formålene er en kombinasjon av grundig observasjon, systematisering, læring og behandling. Den må altså forstås atskilt fra selve sykehuset, som rett og slett betegner bygningen hvor klinikken foregikk. Pasienten i en klinikk er en i seg selv uinteressant person som bærer i seg et eksemplar av en sykdom som det kan være interessant å løse gåten til.¹⁸⁰ Klinikken medførte kraftig forbedring av studentundervisningen og dermed av legenes formale kunnskap. Den allerede pågående medikaliseringen av samfunnet og sykehusenes nye funksjon satte legene i nærmere kontakt med de fattige,¹⁸¹ økte således deres nedslagsfelt, bidro til ytterligere medikalisering og økte deres makt.

3.4.2 Maktkamp og syntese

De fleste praktiserende leger ute i samfunnet hadde liten eller ingen befatning med det offentlige eller statens prosjekter, men solgte sine tjenester mot betaling i et marked. Økende medikalisering, betydelige vitenskapelige fremskritt og politiske reformer bedret

* 'Hospes' betyr på latin både vert/gjestevenn og gjest/fremmed. 'Hospitium' er relatert til forholdet mellom gjest og vert: Gjestmild mottakelse (Latinsk ordbok)

† Rike syke fortsatte å bli behandlet hjemme, hvor det var atskillig mer komfortabelt (og i etterpåklokskapens lys et atskillig bedre terapeutisk miljø). De rike også var mindre velegnet som observasjonsobjekter enn de fattige, som legene kunne benytte sin autoritet overfor, utsette for behandling eller la være etter eget forgodtbefinnende og kreve oppfølging og lydighet fra til det de måtte finne på å forskrive eller eksperimentere med. Men det førte også til at informasjon om kosthold og hygiene nådde bedre ut til de lavere klasser, noe som *kan* ha bidratt til økning av den allmenne helsen (Medicine in Society s 178...).

markedsmulighetene, men perioden mellom 1750 og 1850 kan ifølge Irvine Loudon likevel best beskrives som en lang og bitter profesjonsstrid¹⁸² preget av sterke motsetninger mellom grupper behandlere med forskjellige teoretiske plattformer (sykdomsforståelse), men like behandlingstradisjoner — et spill om profesjon, status og særrettigheter mellom forskjellige interessegrupper hvor synspunktene samtidig endret seg på hva det egentlig innebar å være syk. Loudon hevder at legene i dette spillet var langt mer opptatt av sin status enn av effekten av sine tjenester.¹⁸³ De forskjellige europeiske statene utviklet seg noe ulikt, mest av alt i hvilken kontroll og styring de underla leger og andre behandlere. Liberalistiske England var tilbakeholden med kontroll i det hele tatt og ville helst la markedet ordne opp selv, mens Tyskland og Frankrike var mer åpne for bruk av lover. Likevel var tendensene de samme som tegn på overnasjonale idemessige strømningers innvirkning.

I denne perioden ble allmennpraksis formet og institusjonalisert. Allmennpraksis var både et svar på og en årsak til medikaliseringsprosessen som bidro til at en stadig større andel av befolkningen fikk tilgang til lege. Videre konstituerte disse legene den viktige ekspertgruppen som trygden hovedsakelig skulle komme til å lene seg til (se neste kapittel), og den utgjorde en viktig del av grunnlaget for et fremtidig nasjonalt helsevesen. I England oppsto allmennpraktikeren som følge av en sammenslåing av universitetsutdannede leger med apotekere og kirurger. De to siste hadde som regel bredere kunnskap og praktisk erfaring og — ikke minst — bedre forutsetninger for å kommunisere med et bredere lag av folket. Legene hadde vitenskapen, metoden og anseelse i de høyere samfunnslag på sin side, og på enkelte områder hadde de sannsynligvis nyttig dybdekunnskap. Innen 1850 hadde gruppene smeltet sammen til én universitetsutdannet gruppe som totalt hadde økt betydelig i antall. Ifølge Loudon må denne økningen ses primært på bakgrunn av økt urbanisering, fremvekst av konsumentersamfunnet, at det ga høy inntekt og status og var åpent for unge menn også fra middelklassen. «Disse legene var entreprenører i en kommersiell tid,» hevder han,¹⁸⁴ og det er verdt å merke seg at legeøkningen kom *uten* at det er blitt påvist forutgående økning i etterspørselen.¹⁸⁵ De nye legene hadde karriere i blikket, ikke altruisme eller sosialt engasjement, og frem mot midten av 1800-tallet ble det legeoverskudd i England.¹⁸⁶ «Under slagord om vitenskap og utdanning var de egentlige brennende temaer rang, tittel og status koblet til spørsmål om sosial og faglig respektabilitet,* som i sin tur var koblet til spørsmålet om honorar og inntekt,» hevder Loudon.¹⁸⁷

* Ser man på skjebnen til Ignaz Semmelweiss, var ikke viljen til å følge den fri og uavhengige vitenskapen alltid like sterk — selv ikke i universitetskretser. Kort før 1850 (et drøyt tiår før Louis Pasteur for første gang beskrev skadelige bakterier) påviste han at den høye forekomsten av barsel-feber ved Wiener Krankenhaus skyldtes at legene gikk rett fra obduksjonssalen til fødestuen uten å vaske seg på hendene og dermed overførte smitte fra de

Også i Norge økte antall privatpraktiserende leger sterkt, særlig i siste halvdel av århundret. Selv om den norske allmennpraktikeren ikke har den tredelte bakgrunnen som er beskrevet fra England, er det ingen ting som tyder på at ikke resten av Loudons beskrivelse er overførbar til Norge. Legene var avhengig av kunder og honorarer for å kunne leve av sitt yrke med de implikasjonene dette hadde. Forholdene i Norge vil bli nærmere beskrevet i innledningen til neste kapittel.

Allmennhetens forhold til den praktiserende legen var på sin side som sagt preget av tosidighet. Samtidig som det hersket en dypt forankret skepsis, formodentlig blant annet fordi mange av erfaring innerst inne nødvendigvis måtte vite at det legene anbefalte som regel var ineffektivt, benyttet stadig flere seg likevel av dem, sannsynligvis hovedsakelig fordi legenes kunnskap om kroppen som sådan imponerte og tilbudet stadig økte, samtidig som den optimistiske tiltroen til vitenskapen, som var en del av tidsånden, etter hvert nådde ut til allmennheten.¹⁸⁸

Davus og jeg var syg,
han først av sengen er stegen.
Han stred med sykdom kun,
jeg stred med den og Lægen.

skrev Ludvig Holberg i Epigrammer. Selv om dette er skrevet før den perioden som her behandles (Holberg døde i 1754), gir det et godt utgangspunkt for å spørre hvorfor jeg-personen i det hele tatt gikk til legen. Men det *gjorde* han! Legen ga åpenbart en eller annen trygghet som forbrukerne etterspurte til tross for all skepsis, niddiktning og karikering.

3.4.3 Kolonisering av livsverden

Liedman identifiserer to holdninger til vitenskapens funksjon utenfor sitt eget område, nemlig opplysningsideen og ekspertideen.¹⁸⁹ Ifølge den første er vitenskapsmannens ideologiske virksomhet ubegrenset. Ikke bare har han rett, men også plikt til å påvirke sin samtid med alle tilgjengelige midler, fordi det er den eneste måten fornuften kan seire på. Ekspertideen innebærer at vitenskapsmannen kun får spre sine hypoteser og ikke-dokumenterte antakelser innenfor sitt eget vitenskapsområde. Utenfor er han en borger som alle andre og må holde seg til det uomtvistelig sikre; hvordan de vitenskapelige sannhetene

døde. Selv om 1850-årene var preget av fremskrittsidee og utforskningstrang, ble Semmelweiss' resultater latterliggjort på samme måte som Vesalius', og han selv ble tvunget til å trekke seg fra sin stilling. Kanskje ble det for tungt å bære for legene at de (i hvert fall i denne sammenhengen) mest av alt fungerte som rene dødsbringere. I hvert fall gjenopptok de praksisen med å gå på obduksjonssalen før fødestuen etter at de hadde kvittet seg med Semmelweiss, og dødeligheten steg igjen til samme høyder som før Semmelweiss hadde innført sine hygieniske rutiner (Medisins historie s 152-4) — noe de *måtte* ha sett hvis de hadde ønsket (eller turt) å se etter. Det er mao. ikke *bare* ideen om det sanne som styrer institusjonalisert vitenskap.

kommer til anvendelse er et politisk anliggende. En vitenskapelig teori som engasjeres i en ideologisk maktkamp tenderer til å ekspandere, påpeker Liedman, og forbindes gjennom denne ekspansjonen ikke bare med allmenne teoretiske påstander om virkeligheten (altså slike som man fremdeles kan si ligger innenfor vitneskapsfeltet), men også med verdier og normer.¹⁹⁰

Opp gjennom vitenskapenes historie har ekspert- og opplysningsholdningene stått i konstant opposisjon til hverandre, hevder Liedman. Edmund Husserl grep på slutten av 1800-tallet fatt i denne problemstillingen fra et litt annet perspektiv da han på filosofisk og vitenskapelig grunnlag stilte spørsmål ved den naturvitenskapelige tenkemåten innflytelse på alle våre livsområder. Han forkastet på ingen måte de eksakte vitenskaper, men avviste at de kunne gi gyldige svar på *alle* livets spørsmål. Når det gjaldt å tilnærme seg og forstå dagliglivets innhold og problemer stilte han seg tvilende til om naturvitenskapelig metode overhodet var fruktbar. Sfæren for dagliglivets hendelser kalte han 'livsverden', og denne ville ifølge Husserl aldri kunne la seg forklare vitenskapelig i betydningen styrt av lover med absolutt allmenngyldighet, absolutt nøyaktighet og absolutt forklarlighet.¹⁹¹ Han hevdet at det vitenskapelige paradigmet med sin store gjennomslagskraft hadde invadert livsverden under falskt dekke av å kunne belyse alle dens sannheter. Dermed var mennesket blitt fremmedgjort fra den *egentlige* virkeligheten.

I Jürgen Habermas' politiske filosofi betegner livsverden samfunnets kulturelle reproduksjon (ikke ulikt Liedmans myke opplysning, kfr ovenfor), mens systemet betegner dets materielle reproduksjon (tilsvarende hard opplysning).¹⁹² Habermas beskriver et tap av mening og frihet i den moderne verden som følge av den relasjonen som har utviklet seg mellom den sosiale integrasjonen i livsverden og systemintegrasjonen, hvor systemintegrasjonen sakte, men sikkert har grepet inn i og kolonisert livsverden.¹⁹³

For legen betydde den ekspansive eller imperialistiske holdningen til vitenskapen en legitimering av 'urettmessig' å ta med seg sin instrumentelle autoritet fra vitenskapens verden over til livsverden og dermed påvirke (og til tider fastsette) hva som i alle livets henseende var sunt eller usunt, normalt eller unormalt, samfunnsgagnelig eller samfunnsskadelig og til syvende og sist moralsk eller umoralsk.

Med utgangspunkt i ovenstående kan man kanskje få inntrykk av at legene gjennom sin ideologisering og med sin gjennomslagskraft nærmest spiste opp livsverden. Det er imidlertid neppe dekkende. For det første var det som sagt stor skepsis i de brede lag av befolkningen, og for det andre fantes det naturligvis praktiserende leger som ikke var interessert i å moralisere eller misjonere i en eller annen ideologisk hensikt, men som derimot ønsket å gå

aktivt inn i arbeidet med å bekjempe sykdom, nød og annen elendighet. De fortsatte formodentlig i stor grad å sitte ved pasientens seng, ikke bare for eventuelt å få ferten av en ny sykdomsøst som kunne komme flaskende forbi, men fordi de ønsket å hjelpe de syke ved å anvende sin kunnskap og innsikt i den praktiske hverdagen i tillegg til at de stolte på effekten av sin personlige autoritet på helheten.

Den moderne legerollen må sannsynligvis ses i lys også av denne tradisjonen. Selv om gjennomslagskraften har variert, har alltid noen sett og forstått det lidende hele mennesket langt klarere enn sykdomsøstene, nettopp fordi lidelse som fenomen og den menneskebehandlerens forhold til pasienten som person *ikke* utspinner seg i den abstrakte vitenskapsverden der alt er objektivt, årsaksforklart og forutsigbart, men derimot i livsverden, hvor historisk formede mennesker lever i skapende samhandling og sykdomsøstene er vanskelige å få øye på, ofte irrelevante og i alle fall underordnet lidelsen. Og lidelsen er per definisjon subjektiv og faller nettopp derfor utenfor den klassiske vitenskapens domene (se pkt 1.2). «Kunst er en dårlig etterligning [av virkeligheten],» skrev den nigerianske forfatteren Ben Okri i 1996, «men det er den beste vi har.»¹⁹⁴ Sagt på en annen måte: Virkeligheten, slik vi oppfatter den fra dag til dag, kan bare gjengis av noe som fanger *mer* enn de lovmessige harde fakta. (Dette må ses som en nærmest nødvendig erkjennelse for enhver dyktig praktiserende behandler — legen inkludert — og belyser at det i praksis ikke alltid er lett å skille tilstander, tiltak og effekter inn i ontologiske kategorier.)

3.5 Oppsummering

Et av poengene i dette kapittelet har vært at det ikke bare er medisinen som er blitt påvirket av samfunnet og har funnet sin plass innenfor rammene av den politikken som er blitt ført i fremskrittets og opplysningstradisjonens ånd, men at også vitenskapelig medisin i sin tur har vært en sterk og kanskje nødvendig betingelse for fremskrittstradisjonen. Det synes klart at 'harde' forskningsresultater som avslørte stadig mer av selve livets hemmeligheter, uavhengig av hvilke behandlingmessige konsekvenser resultatene fikk, styrket forestillingen om at legevitenskapen til syvende og sist ville løse alle gåter om menneskets eksistens — ikke bare om sykdommer og deres behandling, men også om lykkens innerste hemmelighet. Det ser også ut som medisinen dannet slags mønster for vitenskapene om historien, kulturen og samfunnet. Samtidig ble legen satt i prestens rolle som følge av kirkens svinnende makt og 'kvasidommerens' rolle blant annet med støtte i sosialdarwinisme.

Selv om vitenskapens språk var et viktig verktøy i maktspillet, legene visste å utnytte det, og samfunnet (stat og folk hver for seg) fant anvendelse for legene innenfor prosjekter som

hadde lite å gjøre med akademisk medisin, må man sannsynligvis i tillegg også kikke utenfor vitenskap, fremskrittstradisjon og opplysning hvis man vil forstå hele legemaktens grunnlag. Noen har stadig sett *hele* pasienter og har støttet, trøstet og lindret etter beste evne. Noen har alltid ment at hvis man er ute etter å gjøre noe med lidelse, kommer man bare et stykke på vei med telling, måling og veiing. Selv om den historiske gjennomgangen ovenfor peker i retning av at medikaliseringsprosessen var en langt viktigere årsak til økt legeetterspørsel enn behandlingsfremskritt med bakgrunn i medisinsk forskningsaktivitet, har det gjennom de siste ca 200 årene alt overveiende vært leger som har dekket også det 'myke' behovet.

I boken «Medicinsk antropologi» skriver Lisbeth Sachs at når man vender seg til historien, overraskes man av at legene har kunnet opprettholde sin opphøyde status til tross for at deres botemidler og råd stort sett må ha vært ineffektive i snever forstand (altså med hensyn på rene helseeffekter) og til tider direkte skadelige.

«Det hadde naturligvis ikke vært mulig hvis det ikke samtidig hadde vært slik at legene faktisk hadde hjulpet sine pasienter. ... [E]ffektene kan fremfor alt henføres til forholdet mellom lege og pasient og det som antropologer ... har interessert seg for: det syke menneskets totale sosiokulturelle sammenheng.»¹⁹⁵

Hun slår altså fast at effekt må forstås som noe mer enn rent målbar helsegevinst (eller det motsatte), og at man i et samfunnsperspektiv ikke kan se bort fra slike effekter.

4 Legen i trygden

I dette kapitlet er tema legerollen i trygdeordningen: Kan man forstå de oppgavene legen fikk i norske trygdeordninger fra 1895 til 1967 i lys av den moderne legerollen som er beskrevet foran?

Trygd er et annet ord for sosialforsikring, og selve ordet trygd kom gradvis inn i språkbruken fra 1918. Den første norske trygdeloven trådte i kraft i 1895, men hadde da allerede en tiårig historie bak seg. Den var begrenset til utbetaling ved uførhet som følge av arbeidsulykker. Utvidelser på både årsaks- og ytelsessiden kom deretter på rekke og rad — riktig nok noe tregt fra starten.

Inntrykket som ble gitt av legerollen i forrige kapittel gjør det kanskje nærliggende å tro at legene ville få bukten og begge endene i et trygdesystem. Selv om de fikk en meget sentral rolle i å skille berettigede fra uberettigede krav, ble legen først og fremst en viktig brikke i et større spill, en kunnskapsressurs som systemet mente å ha behov for og festet sterk lit til.

Som representanter for systemet, det vil si i offentlige legestillinger, fungerte legen mot slutten av 1800-tallet som ekspert på hygieniske forhold og på hvordan individet kunne manipuleres til beste for nasjonen (slik makthaverne så det) innenfor en europeisk politikk preget av liberalisme, utilitarisme, statlig ikke-innblanding i økonomiske spørsmål og en forestilling om at de rike var blitt rike og de fattige fattige som følge av naturlig og rettfærdig utvelgelse. Som portner i et forsikringssystem (den som skulle skille mellom rettmessige og urettmessige krav), var det først og fremst *praktiserende leger* man henvendte seg til — de som solgte sine tjenester i et marked og var prisgitt forbrukernes villighet til å betale. Det måtte forventes at disse ville spille en litt annen rolle enn systemlegene, for det var jo ikke gitt at de ville være systemets lojale representanter når de sto overfor det enkelte lidende mennesket. På den økonomiske siden kommer i tillegg det meget vesentlige poeng at gratis legehjelp ble et sentralt element i forsikringen, ikke bare i Norge, men i tilsvarende ordninger i hele Europa, og på dette området kunne legenes interesser komme enda klarere i direkte konflikt med systemets: Jo flere syke, desto høyere garantert inntekt *uavhengig av pasientens betalingssevne*. Her lå en fristelse som fra betalers side var problematisk.

I spillet rundt oppbyggingen av trygden kommer altså den praktiserende legen mer til uttrykk enn i den samfunnsfokuserede historien jeg har lagt hovedvekt på hittil. I dette kapitlet dreier det seg mest om praktiserende leger i variable allianser med stat og pasient i livsverden, og rent faktisk handler det mye om legene som utøvere av et liberalt yrke med

behov for tilstrekkelig kundegrunnlag for å oppnå den materielle standard og posisjon i samfunnet de mente seg berettiget til og uansett higet etter.

I bilag til «Indstilling fra den Kongelige Lægekommisjon av 1898» gis en grundig gjennomgang av det norske legevesenets utvikling fra 1600-tallet frem til samtiden. Bortsett fra at antall leger var svært lavt frem til siste halvdel av 1700-tallet, er det ingen ting som tyder på at legerollen eller legesituasjonen på annet vis utviklet seg vesentlig annerledes i Norge enn i Europa for øvrig i løpet av 1800-tallet.¹⁹⁶ I siste halvdel av 1800-tallet økte antall leger meget sterkt (kfr tilsvarende utvikling i England frem mot midten av århundret beskrevet i forrige kapittel). I 1845 var det 186 leger totalt i Norge (1 lege pr ca 7150 innbyggere), mens i 1900 var antallet blitt 1006 (1 pr ca 2225 innbyggere), noe som gjorde Norge til et av de landene som var best forspent med leger i Europa, bare slått av England, Irland og Danmark.¹⁹⁷ De fleste av disse var privatpraktiserende, og det var ikke lett for alle å finne et tilfredsstillende økonomisk grunnlag for forretningsdrift. De trengte all den drahjelp de kunne få fra systemet og fikk stor glede av det moderne legebildet basert på idealisering av naturvitenskapen, forståelse av samfunnet som analogt til en biologisk organisme og ideologisering av medisinen i et opplysningsprosjekt. Den generelle tilliten til leger også i Norge og troen på helsegevinsten av deres arbeid kommer til uttrykk i følgende uttalelser fra Stortingets talerstol i 1925.

Representanten Wefring:

[V]i ser at dødeligheten synker år for år, og det til tross for enkelte store epidemier; ... vi er kommet op i den høieste levealder i Europa; vi ser at den ene epidemi efter den annen taper sin kraft. ... [Nu] tar man stort sett epidemier med ro, fordi man står rustet til å møte dem, fordi lægene rundt omkring går til forebyggende foranstaltninger, fordi folk har råd og adgang til å skaffe sig bedre lægehjelp og sykehushjelp, det som skal til.¹⁹⁸

Det er riktig at medisinsk forskning gjennom avdekning av årsaksforhold, risikofaktorer og mekanismer for smittespredning hadde ytt et betydelig bidrag til bekjempelsen av epidemier. Det er, med henvisning til punkt 1.4, imidlertid lite trolig at bedre *behandling* bidro til bedre folkehelse. Wefring blandet sannsynligvis flere effekttyper i sin støtteerklæring og var i tillegg sterkt påvirket av den historiske konstruksjonen som Torbjörn Gustafsson kalte fysiologisme (se forrige kapittel).

Representanten Ameln:

«Statsråden sa en passant i en replikkbemerkning til hr Norem, at man må huske på , at hvis lægesøkningen avtok, vilde sykepengene minske. Ja, hvad vet han om det? Det er megen sandsynlighed for at jo færre ganger man går til læge desto lenger sykeattest får man og desto mindre kontroll av sykepengene. ... Der er naturligvis brodne kar i alle stender, men jeg tror at lægestanden er den stand som mere enn nogen annen holder justis innenfor sine rekke. Når man samtidig tar hensyn til at dette er den stand hvortil der

kanskje kreves den største utdannelse og som mere enn noen annen står i kamp om liv og død i sin daglige gjerning, har et opslitende arbeide, så skulde man være forsiktig med å forsøke å senke kravene til lægene ved stadig å peke på den økonomiske motverdi som tilbys dem.»¹⁹⁹

Ameln begrunner ikke påstanden om at sykepengeperioden vil øke og kontrollen minske når man går sjelden til lege. Som det vil fremgå nedenfor ville trygdeetaten allerede på det daværende tidspunkt kunnet forsyne ham med tall som ga grunnlag for betydelig tvil. Det ser ut som Ameln valgte å holde seg til den gjengse oppfatning (som i seg selv aldri har innebåret noen sannhetsgaranti).

Representanten Madsen uttalte: «Istedenfor å hindre folk i å gå til læge i tide; istedenfor å opmuntre dem til å la være å gå til læge, mener jeg at det burde settes straff for å komme for sent til læge.»²⁰⁰ ... og representanten Bergersen ga uttrykk for mye av det samme:

Jeg har ingen tro på at det er så stort misbruk. Og om det hos medlemmene skulde være noget misbruk, så er det bare til fordel for medlemmene og samfundet. Det verste som kan hende hvis man går til legen uten å feile noget videre, det er at man får beskjed om at man er frisk, men det kan i mange tilfelle også hende at man tror selv det er en ubetydelig affære, og så viser det sig at det kunde bli en alvorlig affære, men fordi lægen er søkt i tide kan man kanskje bli reddet fra en alvorlig sykdom. Derfor, misbruk fra medlemmenes side, det synes jeg er meget lidet å snakke om, for misbruk fra medlemmenes side betyr bare at man stadig er trygg, så langt som det er mulig å være trygg, for at de skal komme til lægen og få lægebehandling før det er for sent.²⁰¹

Bergersen kritiserer i samme innlegg trygdeadministrasjonen for ikke å dokumentere godt nok de innsparinger man der hadde beregnet ved gjennomføring av visse endringsforslag vedrørende legehonorarer. Det hadde han muligens rett i, men gir ikke uttrykk for tvil om sin egen udokumenterte påstand om betydningen av å gå til lege. Det forekom ham muligens så åpenbart at det var uten behov for ytterligere begrunnelse.

Av oppfatninger som dette fremgår at det ikke bare var praktiserende leger som trengte drahjelp i et vanskelig marked, men staten trengte også praktiserende leger som den ønsket at innbyggerne skulle ha tilgang til. Spillet som fulgte av dette gjensidige avhengighetsforholdet er i seg selv komplekst og kompliseres ytterligere med tredjepartbetalers entré (trygdesystemet). Aktørene hadde stadig kryssende motiver og interesser, og benyttet ofte vikarierende argumenter for å fremme dem. Alliansene er ikke alltid lette å få øye på og deres mål ofte uklare. I dette spillet inngår i første rekke staten, legene og de trygdede (som inkluderer både syke med rett til utbetalinger og friske medlemmer av forsikringsordningen). Trygdens administrative organisasjon kommer inn med en mer uklar rolle. I og med at staten, arbeidsgiver og arbeidstaker sto felles ansvarlig for premieinnbetalingen (som de fortsatt gjør), representerte trygdeadministrasjonen dem alle. Som det vil fremgå nedenfor, kom det

raskt til konflikt mellom denne blandingsaktøren og legene (en konflikt som fremdeles til en viss grad pågår). Arbeidsgiverne kommer også inn som egen interessegruppe, men har som selvstendig aktør vært mindre aktiv.

I undersøkelsen har jeg benyttet tekster fra det politiske ordsiftet om trygd fra 1885 til 1967, hovedsakelig hentet fra proposisjoner, utredninger, kommisjonsinnstillinger og stortingsmeldinger i perioden. Bare i begrenset grad har jeg gått direkte til referater fra forhandlingene i Stortinget (som ovenfor), som muligens ville gitt avklarende tilleggsinformasjon på flere områder. Valget er rent praktisk begrunnet; materialet er omfattende og tidkrevende å finne frem i, og en grundig gjennomgang ville neppe latt seg gjennomføre innenfor rammene av en hovedoppgave. De tekstene jeg har benyttet må imidlertid også kunne leses som et utsnitt av samtidens diskurs om helse og sykdom. I den grad det foreligger både byråkratiske innstillinger, betenkninger fra legenes organisasjoner og omtale av Stortingets behandling, kan det sies at både staten, legene og forbrukerne kommer til uttrykk.

Trygdelovgivning er et område hvor legens oppgaver historisk sett er forholdsvis veldefinerte gjennom lovverket, hvor disse oppgavene har spilt og fortsatt spiller en viktig sosial og politisk rolle og hvor flere av legens oppgaver med tilknyttede uklarheter og problemer har holdt seg nesten bemerkelsesverdig konstante over tid. Min interesse i tekstene ligger på tre forskjellige nivåer. Det øverste og letteste å få fatt i er **tekstenes fokus** — altså hvilke konkrete temaer som berøres, som det er uenighet om og som det brukes tid til å diskutere. På neste nivå har jeg grepet fatt i hva som kommer spesifikt til uttrykk om **legenes plikter, rettigheter og oppgaver**, og til sist har jeg lett etter **begrunnelser** for disse tildelingene. Det vil fremgå at opp gjennom hele epoken har det siste bare i begrenset grad vært tema. Økonomi har derimot hele tiden stått i fokus — for staten i betydningen hva ordningen ville komme til å koste og hvor dekningene skulle tas fra, fra legenes side i form av å sikre gruppen som sådan et godt grunnlag for næringsdrift, og for trygdeadministrasjonen i form av forsøk på å redusere utgiftene til legene, som etter dens mening var langt mer opptatt av egen inntjening enn av ordningen som politisk, sosialt og helsemessig virkemiddel.

I punkt 4.1 beskrives trygdehistoriens historiske opptakt og de sosialpolitiske rammer rundt trygdeordningene frem til 2. verdenskrig. I punktene 4.2 til 4.4 gjennomgås de utvalgte tekstene med henblikk på de tre spørsmålene ovenfor og diskuteres i lys av foregående kapitler.

4.1 Politikk og legerolle i trygdeepokens opptakt

Allerede fra før midten av 1800-tallet — midt i liberalismens og laissez-faire-politikkens glansperiode — ble det i alle Europas mektige stater gjennomført en hel rekke offentlige tiltak rettet mot nød, sykdom og moralsk forfall i de raskt voksende byenes arbeiderslumner. Ifølge Tove Stang Dahl var slike tiltak i begrenset grad begrunnet i medmenneskelighet og forestillinger om allmenngyldige menneskerettigheter. Samfunnets behov for offentlig sosial kontroll — statlige tiltak for å beskytte den eksisterende sosiale orden mot trusler innefra — fremstår som det mest sentrale motivet, og ifølge Dahl er sosialpolitikken undertrykkende motiver forsømt i historiebøkene.²⁰² Det som skulle beskyttes var individets handlefrihet. Generelle rettigheter — forstått som statlige garantier om hjelp eller støtte i vanskelige situasjoner — hadde mindre betydning. Man festet lit til at Adam Smiths 'usynlige hånd' på litt lengre sikt ville styre alt til det beste.

Laissez-faire-koryfeene aksepterte avvik fra doktrinen bare hvis det var nødvendig for å oppnå et betydelig gode. Når i utgangspunktet liberalistiske borgere og politikere etter hvert var villige til å bruke store summer på sykeforsikring og bedre legedekning, må det altså ha vært fordi de oppfattet det som betydelige goder for samfunnet som helhet. I praksis oppfattet de det som nødvendig for opprettholdelsen av den bestående samfunnsorden. For eksempel hevder Dahl at avholdsbevegelsens sterkeste motivasjon var drukkenskapens økonomiske konsekvenser²⁰³ (ustabil arbeidskraft og dårlig arbeidskvalitet) og ikke den elendighet det medførte for misbrukeren og hans nærmeste. I Statsøkonomisk Tidsskrift ble det i 1894 argumentert med at «man maatte berøve socialismen utgangspunktet og anledningen for dens agitationer.»²⁰⁴ Men selv om konserverende og utilitaristiske holdninger var fremtredende, må de omfattende reformer som ble gjennomført i hele Europa i skole- og opplysningspolitikken (for å dempe uvitenhet og stoppe farlige tanker), i kriminalpolitikken (for å ufarliggjøre dem som likevel gikk over streken) og innenfor sosial- og helseområdet ifølge Dahl likevel ses som tegn på den *rene* laissez-faire-doktrinens død.²⁰⁵

Fra midt på 1840-tallet til 1870 var Fredrik Stang og Anton Martin Schweigaard ledende skikkelser i norsk politikk i henholdsvis regjering og Storting.²⁰⁶ Stang hadde i 1833 og –35 utgitt to studier som sammen uttrykte et syn der liberalismen ble kombinert med en aktivt intervenerende stat. Ifølge Rune Slagstad utformet og doserte Schweigaard den norske 'planliberalismen' på bakgrunn av disse og argumenterte mot den engelske standhaftige ikke-innblandingen.²⁰⁷ Schweigaard var en praktiker med stor tiltro til den vitenskapelige metode.

Opp mot idealismens «tomme Spekulation»^{*} forfektet han erfaringens metode, og som professor lukket han jussen mot filosofien og åpnet den for sosialøkonomi og statistikk isteden.²⁰⁸ Målet var rasjonell samfunnsstyring gjennom en aktiv statsmakt, men der de liberale idealer fortsatt skulle ligge i bunnen. Uten en sterk stat mente han det ville være umulig å få alle i samfunnet til å «samvirke til offentlige Formaal» slik at hele nasjonens kulturelle utvikling kunne sikres.²⁰⁹ De viktigste elementene i den kulturelle utviklingen var for ham «moralske Fremskridt, Sædeligheden [og] de politiske og retlige Institusjoners Fuldkommenhed»²¹⁰, og mange nye lover var begrunnet i en optimistisk tro på at man ved hjelp av dem kunne styre folks atferd og hindre misnøye og sosial uro.²¹¹

En del av de offentlige tiltakene mot fattigdom og elendighet oppsto i kjølvannet av og etter press fra private veldedighetsorganisasjoner. Privat aktivitet var stor i hele Europa, selv om motiver og måter å engasjere seg på varierte sterkt. Nøden og de enorme forskjellene i samfunnet ble uansett satt i fokus, og stadig flere krevde at staten måtte bidra. Det som begynte med statlige pengebidrag til private tiltak, utviklet seg ofte til statlig overtakelse og kontroll.²¹² Gjennom stadig mer konkret statlig innblanding i enkeltprosjekter, fikk den kommende og stadig mer helhetlige sosiallovgivningen dermed en materiell plattform i tillegg til den teoretiske (som altså besto i økende skepsis til den strenge ikke-innblandingens velsignelse).

Selv om Norge hadde Stang og Schweigaard, skilte ikke vår sosiallovgivning seg ut i europeisk sammenheng. Sundhedsloven av 1860, som kan betegnes som vår første folkehelselov, bygget på tidligere motstykker både i Frankrike og Tyskland og spesielt på den engelske Public Health Act fra 1848. Sundhedsloven er av interesse i denne sammenheng fordi den ga legen flere oppgaver på statens vegne og fordi den slo fast at legen skulle være *leder* av lokale helseråd (Sundhedscommissioner). Slike var blitt opprettet provisorisk allerede etter koleraepidemien i 1830, men med Sundhedsloven ble de lovfestet i «enhver Kjøbstad, i ethvert Ladested, som har særskilt Formandskab og i ethvert Formandskabsdistrikt paa Landet».²¹³ Selv om den klareste direkte foranledningen til loven var behovet for kontroll med koleraepidemiene, fikk helserådene i tråd med den politiske situasjonen et atskillig videre arbeidsfelt:

«Commissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa hvad der kan tjene til Sundhestilstandens Fremme og Fjernelse af de Omstændigheder, som især befordre Udvikling af Sygelighed og Udbredelse af Sygdom.»²¹⁴

* Han siktet her til den tyske filosofiske tradisjonen. (Slagstad s 14)

Sundhedsloven fikk stor betydning for hygienearbeidet, som igjen er blitt tildelt mye av æren for bedringen av den allmenne helsetilstand i hundreåret frem mot 2. verdenskrig.²¹⁵ Med hensyn på denne undersøkelsens tema er kanskje det viktigste at den la faglige og administrative rammer for at dette arbeidet skulle ledes av en lege. I de fleste andre land ble det praktiske hygienearbeidet lagt under politimyndigheten, noe som ifølge Karl Evang (se nedenfor) svekket forebyggelsesaspektet.²¹⁶ (Det er vanskelig å finne dokumentasjon på at dette hadde betydning i praksis for forebyggende arbeid i Norge sammenlignet med andre land, men uansett ga den norske modellen legene økt formell makt.) Etter hvert fikk helserådene også ansvar for oppgaver knyttet til nye lover, som skolelov, fabrikktilsynslov og bygningslov.

Hva besto så de praktiserende legenes *pasientrettede* arbeid av i tiden frem mot forrige århundreskifte, og hva kastet det av seg? Ifølge Fritz Hodne kan bare en ubetydelig del av reduksjonen i mortalitet mellom 1800 og 1940 tilskrives legenes individrettede virksomhet. Tradisjonelt er koppevaksinen blitt fremstilt som en meget viktig medisinsk nyvinning på begynnelsen av 1800-tallet, men Hodne angir at den maksimalt kan forklare 8% av nedgangen i dødelighet,²¹⁷ og bortsett fra dette har han ikke funnet noen effekter av «medisin i engere forstand».²¹⁸ I byene fantes likevel alltid de som var villige til å betale for en leges tjenester, og de aller fleste leger levde utelukkende av sine pasienthonorarer.

Også for de fleste embetsleger var privat praksis en vesentlig inntekstkilde i tillegg til offentlig lønn for varierende offentlige oppgaver. Allerede i 1603 ble den første embetslegen ansatt i Bergen.²¹⁹ Frem til 1860 hadde de sjelden noen klar og i hvert fall ingen felles instruks. Som regel hadde de pålegg om å komme de syke i distriktene til hjelp, og også etter at overvåkning av smittsomme og epidemiske sykdommer kom inn med Sundhedsloven, var dette kanskje den viktigste begrunnelsen for deres opprettelse. I tillegg var embetslegene helt fra 1785 pålagt å betjene de fattige vederlagsfritt,²²⁰ og de skulle overvåke og inngi rapporter om den generelle helsetilstanden i sitt distrikt og føre tilsyn med jordmødre og apoteker og etter 1860 forvalte helserådsoppgavene i henhold til Sundhedsloven.

Når departementet hadde behov for sakkyndig bistand fra legehold, benyttet de seg av medisinske professorer, som etter 1815 var pålagt å gå til hånd på denne måten. Fra rett før midten av århundret bevilget Stortinget midler til å benytte medisinsk sakkyndige konsulenter, og fra 1858 ble det ansatt en «lægekyndig ekspeditionschef inden departementet for behandling av medicinalvæsenets saker.» Fra 1875 ble det så ansatt en medicinaldirektør.²²¹

Både rundt ansettelse av distriktslegene og legene i det sentrale byråkratiet var det diskusjoner som det ikke er rom for å komme nærmere inn på her, bortsett fra at den i stor grad var sentrert rundt kostnader. Mange mente at staten ikke ville få noe igjen for utgiftene til legene. Søren Jaabæk, som med et gammelliberalistisk syn på økonomien var notorisk motstander av alt som kostet Staten penger og derfor fikk klengenavnet 'Neibæk', fremmet så sent som i 1886 et forslag om gradvis nedleggelse av distriktslegeembetene, først i de folkerikeste områder, men etter hvert i hele landet.²²² Det faktum at det stadig ble flere av dem, viser likevel at de som trodde på en eller annen legeeffekt sto sterkere. Da politikerne begynte å diskutere trygdelsøsninger mot slutten av århundret, fantes det leger i embetsstillinger både i byene og store deler av distriktene og i innflytelsesrike stillinger i det sentrale byråkrati. De fleste leger befattet seg imidlertid med ren kurativ virksomhet i privat praksis — hovedsakelig i byene, men også i mer tettbodde distrikter. Legenes interesseorganisasjon Den norske lægeforening ble stiftet i 1886.

4.1.1 Den tidlige trygdefasens sosialpolitiske rammer

Legens oppgaver i trygden dreier seg i stor grad om lege og forbruker i et en-til-en-forhold der legen skal attestere forbrukerens sykdom og helst kurere den. Men trygd som system er naturligvis sosialpolitikk. Samtidens forståelse av forholdet mellom sykdom, fattigdom, moral, kultur og samfunnsnytte var komplisert og variert, men fra slutten av 1800-tallet hersket det en utbredt forestilling om at fattigdom og arbeidsledighet var resultater av — og ikke årsak til — sykdom og sosial elendighet.²²³ Kanskje satt litt på spissen, antok man at hvis staten sørget for å behandle folks sykdommer og gi dem gode boliger, ville deres moral, arbeidsvilje, produktivitet og dermed inntekt komme av seg selv. Enhver reduksjon av sykdom i arbeiderklassen ville dermed gi nasjonen økonomisk gevinst.²²⁴ Dette ga politikerne et viktig argument for forsikringsordning fremfor utvidelse av fattighjelpen, som med utgangspunkt i en slik forståelsesform ville gitt folk som først var havnet i fattigføret liten anledning til å komme ut av det igjen. Ved å behandle sykdommene deres og i tillegg gi en viss økonomisk kompensasjon som skulle sørge for at de ikke ble tvunget inn i sosial nød, ville man hindre ytterligere 'rekruttering' til fattigkassene. Ved inngangen til første verdenskrig ble det i Storbritannia påpekt at hvis barnedødeligheten hadde vært lavere de 50 foregående år, ville man hatt ytterligere en halv million soldater å bruke i nasjonens tjeneste i skyttergravene på kontinentet (som kanonføde). Dette ble i sin tur brukt som argument for utbygging av mor-og-barn-tjenester.²²⁵ Også ved innføringen av trygdlovene i Norge var nytteperspektivet hele tiden i fokus. Da Johan Castberg i 1913 foreslo mødreforsikring som tillegg til sykeforsikringsloven, var det ut fra en overbevisning om at trygging av mødrene var

en forutsetning for å sikre effektiv reproduksjon og forvaltning av den oppvoksende slekt — samfunnets viktigste ressurs.²²⁶ Også vern mot utrygge arbeidsforhold og trygghet mot inntektstap ved sykdom anså han hovedsakelig som tiltak for å trygge reproduksjonen.²²⁷ I løpet av siste halvdel av 1800-tallet ble imidlertid også sosial urettferdighet i seg selv et stadig viktigere politisk tema, og medlidenhet med de nødstedte kom i økende grad inn som drivkraft i det sosiale arbeidet.²²⁸ Utilitaristiske og økonomiske argumenter dominerte som sagt imidlertid i det politiske ordskiftet.

Som det fremgikk i forrige kapittel var sykdom i dette scenariet ikke bare et biologisk fenomen, men også et sosialt, som til syvende og sist måtte håndteres politisk.²²⁹ I Storbritannia hadde rekrutteringen av soldater til Boerkrigen avslørt at det sto dårlig til med den fysiske tilstanden til engelske gutter fra de lavere samfunnslag, og da styrkene i første instans led nederlag, brøt det nærmest ut panikk over den fysiske kvalitetsforringelsen.²³⁰ Hvordan kunne styrker fra det kulturelt overlegne imperiet tape for en flokk halvsviviliserte bønder av flamsk herkomst? I 1904 avga en departemental komite en rapport som pekte på at den engelske menneskerase var i ferd med å degenerere som følge av naturlig seleksjon i storbyslummene.²³¹ Over hele Europa blåste en sosialdarwinistisk vind, og nærmest uavhengig av politisk retning ble eugenikk ansett som løsningen på mange av samtidens sosiale problemer. Man mente at kriminaliteten og umoralen som blomstret i fattigkvarterene ville bli ført videre ved arv hvis man ikke førte en aktiv foredlingspolitikk. Altså måtte de dårlige og uønskede elementene identifiseres så man kunne beskytte seg mot dem. Dette førte til segregering og tiltak som tvangssterilisering over hele Europa, og i sin mest ekstreme form førte det til industrielt organisert avlaving av uønskede elementer, som i nazi-Tyskland.²³²

Karl Evang, som var helsedirektør fra 1938–72 og ellers blant annet aktiv i opprettelsen av Sosialistiske legers forening i 1931–32, skrev i 1934:

Den tanke f. eks. å begrense antall dårlige arvebærere er en helt rasjonell tanke, som socialismen alltid har gått inn for. I det sosialistiske plansamfund vil dette naturlig inngå som ledd i det forebyggende sundhetsarbeide.*²³³

I fordelingsarbeidet trengte man leger, uavhengig av hvilke politiske regime det sprang ut fra og hvilke konkrete tiltak som ble iverksatt.

Det var imidlertid ikke klart hva slags leger man trengte. Både i Storbritannia og Norge mente noen leger og politikere at det måtte opprettes et fastlønnet legekorp i nasjonalstatens tjeneste. For Karl Evang var det forkastelig og uforenlig med det gode samfunn som han

* Det skal for ordens skyld ikke underslås at han la til: «Hvad socialismen protesterer mot, er for det første den tro at hele dette arbeidet er av dominerte økonomisk betydning, og at man her har med en av hovedårsakene til den kapitalistiske krise å gjøre.» (Berg s 57)

ønsket seg og arbeidet for, at de fleste leger var rekruttert fra borgerskapet og antok dets normer og moral, og gjennom sin avlønningsform hadde økonomisk interesse av mest mulig sykdom og elendighet.²³⁴ Ekteparet Sidney og Beatrice Webb, som satte sitt preg på det sosialpolitiske ordskiftet i England fra slutten av 1800-tallet til et stykke inn i mellomkrigstiden, mente at stykkprissystemet forsterket en misforstått tiltro til medikamenter og en vegring mot å anta en helsefremmende livsstil.²³⁵

Evang var en meget aktiv og innflytelsesrik representant for radikal helse- og sosialpolitikk i mellomkrigstiden. Han inntok en sterkt ideologiserende holdning til legevitenskapen og gjorde Virchows slagord til sitt: «Politikk er medisin i større sammenheng».²³⁶ (kfr pkt 3.3.1). Individet var etter hans syn en abstraksjon fordi det var umulig å tenke seg et individ annet enn i en sosial sammenheng,²³⁷ og i en spissformulering av samfunnets betydning for spredning av sykdom hevdet han at tuberkelbasillen ikke er årsaken til tuberkulose.²³⁸ * I dette ekspansive sosialmedisinske perspektivet forandret god helse seg fra å være et ideal til å bli en norm: Hvis bare forholdene ble lagt til rette av samfunnet, ville *alle* bli friske og lykkelige.

Evang benyttet medisinsk kunnskap mot trangsyn og moralisering — mot for eksempel seksualfientlighet og onanihysteri — og mot «hele det villnis av metafysikk, av overleverte dogmer og svunne tiders virkelighetsoppfatning» som det borgerlige samfunn hadde pådyttet folket.²³⁹ I dette arbeidet anga han vitenskapelighet som forutsetning:

«I sin kamp mot det kapitalistiske samfunns indre selvmotsigelser og irrasjonalitet tar socialismen naturlig den stadig utvidede og sikkert fastslåtte erkjennelse av virkeligheten i sin tjeneste, den støtter seg med andre ord på vitenskapen, først og fremst på naturvitenskapen og den marxistiske samfunnsvidenskap.»²⁴⁰

Men han ser ikke ut til å ha bekymret seg over at heller ikke han var i stand til å trekke klare grenser mellom vitenskap og moral — eller politikk, og slik sett havnet han i bås med sine 'borgerlige' kolleger, selv om han 'vitenskapeliggjorde' en *annen* moral en dem.[†] Om

* Det kan være interessant å se denne uttalelsen i sammenheng med Sør-Afrikas president Mbekis påstand om at AIDS ikke skyldes HIV-virus. Han vet naturligvis like godt som Evang visste om tuberkulose, at HIV-virus er en nødvendig betingelse for AIDS. Hans poeng er at samfunnsmessige hygieniske tiltak har langt større potensial i behandlingen enn noe rent medisinsk tiltak, og derfor er han lite lysten på å bruke store summer på medikamenter som mest av alt kommer vestlige legemiddelfirmaer med milliardgevinster til gode. Ifølge Dagsavisen 23. april 2002 har han nå snudd og er villig til å dele ut medikamenter i hvert fall til enkelte grupper. Ifølge Dagsavisen er Sør-Afrika det landet i verden med flest HIV-smittede.

† Det var naturligvis mange andre sosialmedisinske orienterte leger som med vitenskapen som vitnesbyrd samtidig fremmet sin egen og samtidens moral. Carl Schjøtz, som anses som grunnleggeren av moderne forebyggende medisin i Norge og var professor i hygiene fra 1932-38. Han gikk i sitt arbeid stort sett meget vitenskapelig til verks og har hatt stor innvirkning på det forebyggende helsearbeid i Norge (Legene og Samfunnet s 370...). Ikke desto mindre påsto han med personlig autoritet 'vitenskapelig' begrunnelse, at jenter burde ha andre læreplaner enn gutter fordi de hadde svake legemer — hjernen iberegnet — og fordi deres naturlige oppgave var å bli gift og stelle barn og hjem. «All samrøring er usund og støter på naturlovenes

steriliseringsloven av 1938 uttalte han for eksempel at den var «et viktig skritt henimot en mere rasjonell holdning fra samfunnets side overfor alle disse viktige problemer.»²⁴¹

For det store flertall mennesker, som traff legene bare når de hadde behov for behandling, sykmelding eller andre attester, var en lege imidlertid en lege. Det ser ut som det sosialmedisinske prosjekt ikke bare bidro til å gjøre akademisk medisin til et viktig verktøy i samfunnsbyggingen, men også banet veien for ytterligere makt til den privatpraktiserende legen. Trygdesystemet, som etter hvert kom til å omfatte *alle* borgere og *alle* praktiserende leger, må etter hvert ha bidratt betydelig i denne 'smitteprosessen'; Ordningen førte til at stadig flere ble tvunget til å gå til lege for å få legitimert sykefravær, og fikk dermed erfaring med legens autoritet og makt på denne måten. Staten og trygden ble prisgitt en samarbeidende privatpraktiserende legegroupe, og så lenge folket (velgerne) krevde tilgjengelige leger og ingen stilte spørsmål ved nødvendigheten, fikk legene også stor makt i denne konstellasjonen.

I tillegg til en del sosialmedisinsk orienterte leger var det også andre grupper som stilte spørsmål ved effekten den medisinsk behandling som ble gitt av praktiserende leger. I Storbritannia kom slike tanker i 1930- og 40-årene blant annet fra kvinneorganisasjoner, samfunnsvitere og enkelte lobbyister. Disse gruppene sto imidlertid for svakt til å slå gjennom med sine argumenter;²⁴² i diskursens orden hadde de ikke den 'riktige' kunnskap og ikke den fornødne anseelse og autoritet.

4.2 De første trygdedekningene — Legen får sin plass i trygden

«Lov om Ulykkesforsikring for Arbeidere i Fabriker m.v.» trådte i kraft i 1895 og regnes som Norges første trygdelov²⁴³. Frem til 1967, da lov om folketrygd integrerte stort sett all tidligere trygdelovgivning i samme lov og under samme administrasjon, gjennomgikk trygden en formidabel utvikling. I sin bok om trygdens historie deler Bjørnson og Haavet perioden i tre, nemlig en etableringsfase fra 1880 til 1920, en fase preget av depresjon og klassekamp frem til siste verdenskrig og en ny utbyggingsfase etter krigen.²⁴⁴ Fordi det er *legene* i trygden og ikke trygdehistorie som sådan som er mitt interesseområde, har jeg funnet det hensiktsmessig med et litt annet skille mellom de to første periodene. Først med «lov om sykeforsikring av 1909» hadde et av de store spørsmål behandlet av Arbeiderkommisjonen av 1885 fått et praktisk resultat i form av en lov, og først med denne loven kom legene for alvor inn i trygdespillet. Den trådte ikke i kraft før i 1911, kort tid før «Lov om utførelsen av de

ubønhørighet.» (Seip 1 s 74) — Et annet eksempel er Gabriel Langfeldt, professor i psykiatri og sakkyndig i saken mot Hamsun, som ifølge Trond Berg Eriksen skal ha hevdet at alle andre former for seksuell praksis enn misjonærstillingen må anses som sinnssykdom (Helse i hver dråpe s 195). Det er i den sammenheng interessant at en av Langfeldts mange bøker heter «Hvorfor blir et ekteskap ulykkelig».

offentlige lægeforretninger av 1912». Sykeforsikringsloven hadde nødvendiggjort sterkere styring av legetjenestene, og de to lovene må ses i sammenheng.²⁴⁵ Perioden frem til disse to lovene var operative behandles i dette punktet. Perioden videre frem til annen verdenskrig er preget av nye dekningsområder og utvidelser av forsikringsplikten i tillegg til en kontinuerlig konflikt mellom forsikringsadministrasjonen (senere trygdeadministrasjonen) og legene som solgte sine tjenester til trygden. Dette blir behandlet i punkt 4.3, mens punkt 4.4 tar for seg etterkrigsperioden frem til 1967, som var preget av universalistisk tankegang med generelt medlemskap i folketrygden og like rettigheter til et bredt knippe trygghetsdekninger i tilfelle sykdom, arbeidsledighet barnefødsel og etter hvert andre situasjoner hvor økonomisk bistand ble ansett som nødvendig eller som et politisk virkemiddel med hensyn på andre mål.

4.2.1 Arbeidercommissionen av 1885 og den første trygdelen

Selv om statsråd Arctander i «Departementet for det Indre» i Stortingsproposisjon nr 82 fra 1885 uttalte at «Norge kan i det hele ikke henregnes til Fabriklandene»,²⁴⁶ opplevde man også her gryende problemer forbundet med «den umaadelige Forskjel i økonomiske Vilkaar mellem Kapitalisternes Faatal og Haandarbeidernes store Mængde».²⁴⁷ I proposisjonen ba Arctander om bevilgninger til å dekke utgiftene til «en Kongelig Commission angaaende forskjellige Arbeiderne vedrørende Spørsmal»²⁴⁸ og argumenterte blant annet med at

«Selv hvor Jordbunden kan synes lidet skikket for deres Indplantning, vil disse Ideer — især når de ere populære i den Forstand, at de optræde som gjældende de Smaa's og de Manges materielle Interesser — blive optagne og finde ivrige Talsmænd»,²⁴⁹

som tegn på at det ikke var elendigheten som følge av 'den umaadelige Forskjel' han først og fremst var ute etter å gjøre noe med, men de ideene denne elendigheten kunne føre med seg.

Det var statsminister Johan Sverdrup som hadde anmodet Arctander om

«at bringe under Afgjørelse, hvorvidt der ikke burde bevirkes nedsat en Kommission af Sagkyndige med specielt Kjendskab til de arbeidende Klassers Tarv for at istandbringe Forslag til Love og andre Foranstaltninger sigtende til at komme den ubemidlede Del af Befolkningen til Hjælp under dens Bestræbelser for at sikre sin økonomiske Stilling og forbedre sine Livsvilkaar.»²⁵⁰

Bak Sverdrups anmodning lå i sin tur et initiativ fra Kong Oscar II etter at samme problemstilling var tatt opp til debatt i den svenske Riksdagen.²⁵¹ I kongens brev til Sverdrup ble viktigheten understreket av at «Arbeiderbefolkningen forstod at kongemakt og Regjæring tænkte på dens bedste.»²⁵²

Det er ting som tyder på at landarbeiderne faktisk hadde det enda vanskeligere økonomisk enn industriarbeiderne i de nye byslummene, men landbruket var for det første i mindre grad underlagt svingende konjunkturer, som førte til syklisk arbeidsledighet og hungersnød, og for

det andre må selve utryggheten og uvissheten forbundet med å være blitt revet ut av generasjonslange tradisjoner tillegges betydelig vekt.²⁵³ I tillegg førte tettbodddhet og elendige sanitærforhold i byene til epidemier, og særlig kolera var fryktet og svært farlig når den slo til. Koleraepidemiene i 1832-33, i 1848 og i 1853 hadde tatt livet av mellom 60 og 70% av dem som ble smittet.²⁵⁴ Ifølge Tove Stang Dahl var det ikke de ytterligere lidelsene arbeiderne ble påført som følge av kolera som først og fremst fikk de privilegerte til å reagere, men det faktum at også de privilegerte ble smittet.²⁵⁵ Sammen med behovet for å hindre utglidning og stagge uro og opptøyer utgjorde redselen for spredning av epidemier fra fattigkvarterene en vesentlig del av borgerskapets motiv for tiltak rettet mot fattigdom — først og fremst i den raskt voksende nye arbeiderklassen.

Ifølge Willy Edwin Mjånes hadde politikerne i prinsippet tre veivalg for å imøtekomme samfunnsutviklingen. Den første var å lukke øynene og la det skure og gå i tråd med ikke-innblandings-prinsippet. Den andre var å øke fattigstønaden, som hadde økt betraktelig og blitt en belastning for slunkne kommunekasser, og den tredje var å komme opp med alternativ lovgivning til fattigstønaden. Bevegelsen i retning av den siste løsningen ble i stor grad stimulert av tilsvarende debatt i resten av Europa, særlig de Bismarckske sosiallovene,²⁵⁶ som tematiserte den nye industrielle risiko som noe som var knyttet til egenskaper i samfunnet og spesifikt til de nye produksjonsprosessene, snarere enn til individet²⁵⁷.

De mange tusinders økonomiske afhængighed af industriens konjunkturer, af det enkelte fabrikanlægs vilkår og vedkommende arbejdsgivers personlighed har paakaldt og efterhaanden sat i værk en særlig beskyttelse for arbeiderne gennem samfundets indskriden,²⁵⁸

sa Sverdrup, og underbygde med dette rimeligheten i at industrien selv måtte bære utgiftene for skadede arbeidere. I Lov om Ulykkesforsikring for Arbeidere i Fabriker m.v. ble dette prinsippet fastslått:

«Det synes ogsaa urimelig, at den ved Bedriftsulykker frembragte Nød skal falde Fattigvæsenet til Byrde. Hvad Industrien forbruger af menneskelig Sundhed, Liv og Lemmer, hører dog i egentligste Forstand til dens Produktionsomkostninger, og dem er der ingen Grund til at lægge over paa Almenheden.»²⁵⁹

I vår første trygdlov tok altså staten kun på seg et indirekte ansvar overfor den enkelte arbeider gjennom et lovverk som påla arbeidsgivere å forsikre sine arbeidere mot arbeidsulykker. Forsikringens administrasjon, Rigsforsikringsamtalen, var en offentlig instans, men alle kostnadene knyttet til den måtte arbeidsgiverne bære.

Fordi ulykkesforsikringsloven ga rett til erstatning bare ved ulykkesbetinget uførhet, ble legenes rolle naturlig nok forholdsvis perifer* bortsett fra at stadsfysikus Marius Frimann Dahl Bøckman, konservativ høyrepolitiker og saksordfører for loven i Odelstinget, var en viktig pådriver for å få loven gjennom i en uvanlig allianse med den langt mer forandringsvennlige statsminister Gunnar Knudsen, som forøvrig også hadde vært medlem av Arbeiderkommissionen.²⁶⁰

4.2.2 Lov om sykeforsikring

Selv om ulykkesrisikoen i industrien var vesentlig høyere enn noe annet sted i samfunnet,²⁶¹ og det var denne man først og fremst var opptatt av å forsikre, var det bred enighet om at det også fantes andre 'verdige trengende'. Stortingsproposisjon nr 82 fra 1885 (kfr ovenfor), som ga Arbeiderkommissionen sitt mandat, tok «Arbeiderspørsmålet» opp i stor bredde, og også forhold som barnarbeid og «foranstaltninger for at skaffe de ubemidlede Klasser lettere adgang til intellektuell og moralsk Forbedring» ble berørt.²⁶²

Arbeiderkommissionens mandat var noe mer begrenset. I tillegg til å utrede behov og løsninger for fabrikktilsyn og ansvarsforsikring ved arbeidsulykker, skulle den komme med innspill til «Forsikringsindretninger til Arbeideres Forsørgelse i Sygdomstilfælde» samt alders- og enkeforsikring.²⁶³ Likevel skulle det gå ytterligere 19 år fra dens første forslag — og et kvart århundre fra kommisjonen ble nedsatt — før den første lov om sykepenger ble vedtatt etter en Odyssevslignende prosess i de politiske institusjoner.

Første innstilling fra kommisjonen kom i februar 1890 med forslag til lov. Regjeringen foretok små endringer og fremmet forslaget i 1893. Behandlingen i Stortinget ble imidlertid utsatt, og dette gjentok seg hvert år frem til 1897. I 1900 ble det nedsatt en ny kommisjon, som avga en flertalls- og en mindretallsinnstilling i 1902. Først i 1907 kom saken opp igjen i Stortinget etter press fra Johan Castberg og under hans ledelse. Det ble så opprettet en departementskomite for å utrede alle detaljer, og i mai 1908 ble lovforslaget oversendt departementet, som foretok små endringer og fremmet det for Stortinget, hvor det ble vedtatt 18. september 1909.²⁶⁴

Det var flere årsaker til at det tok så lang tid. En av dem var at laissez-faire-tanken fortsatt holdt stand i stortingssalen, men etter hvert som stadig flere mente at den 'usynlige hånden' trengte konkret hjelp fra staten, ble innstillingen til loven mer positiv. En annen faktor var

* Lov av 27de Juni 1892 om tilsyn med Arbeide i Fabriker var en komplimentærlov til ulykkesforsikringsloven, og også den et resultat av Arbeiderkommissionens arbeid. Den påførte legene betydelig ekstraarbeid i form av lovpålagte inspeksjoner og styrket legenes rolle som statlige kontrollører. Fordi det ikke var en trygdlov, vil den ikke bli nærmere omtalt.

frykten for store direkte kostnader for staten. I den endelige modellen ble den økonomiske hovedbyrden i ordningen lagt på de forsikrede selv, som skulle bære 60% av premien. Arbeidsgiverne skulle dekke 10%, kommunene 10% og staten 20%. Med denne løsningen ble det argumentert for at kommunene totalt sett ville spare penger fordi deres utgifter til et stadig mer kostnadskrevende fattigvesen ville gå ned. I tillegg ble loven hevdet å være moralsk oppbyggende for arbeiderne ved å stimulere dem til å ta vare på seg selv fremfor å motta almisser. Ifølge Mjånes må loven anses som en ren klasselov uten dypere idé om omfordeling eller utjevning.²⁶⁵ Bare de lavest lønnede hadde forsikringsplikt, mens et mellomskikt hadde rett til frivillig forsikring.*

Ytelser skulle utbetales «i tilfælde av sykdom og nedkomst, samt begravelshjælp»²⁶⁶. Særlig fet var kompensasjonen ved sykdom imidlertid ikke; det skulle ytes 60% av en på forhånd som regel svært lusen lønn. Det nye og vesentlige i forhold til fattiglovene var likevel at rettighetene slo inn før den totale forarmelse var et faktum.[†]

Legenes oppgaver ifølge den nye loven var for det første å vurdere om den syke var berettiget sykepenger og for det andre å gi behandling hvis vilkårene for sykepenger var oppfylt.²⁶⁷ Fri legehjelp inngikk i forsikringsytelsen og ble ansett som svært viktig. «På dette grunnlaget kom lækjarane i ein sterk maktposisjon,» skriver Mjånes,²⁶⁸ og det har han opplagt rett i, noe den historiske gjennomgangen nedenfor vil bekrefte. Det mest interessante i denne oppgavens perspektiv er hva slags begrunnelser som ble brukt for å sette legene i denne posisjonen. Hvorfor ble det antatt at de hadde spesiell kompetanse i å bedømme arbeidsuførhet? Og hva slags undersøkelser ble det krevd eller antatt at legene skulle foreta for å avgjøre om slik arbeidsudyktighet i så fall skyldtes sykdom? Hvorfor ble gratis behandling hauset sånn opp all den stund den behandlingen legene var i stand til å gi var svært begrenset (se pkt 1.4)?

Legene var gjennom hele debatten mest opptatt av to spørsmål som angikk inntjening, nemlig hvordan deres honorarer til behandling og annen legehjelp til de forsikrede skulle beregnes og at det skulle være ubegrenset fritt legevalg for forsikrede. Hva honorarene direkte angår, var poenget at legene frem til loven trådte i kraft hadde tilstått rabatter til fattige syke og til private sykekasser. De nye sykekassene mente seg berettiget samme

* Frivillig forsikrede måtte også dekke arbeidsgivers andel av premien, dvs 70% av totalen.

† Allerede da Arbeiderkommissionen ble nedsatt, var det en privat sykekassebevegelse i gang i Norge. En ytterligere grunn til at den politiske behandlingen tok så lang tid, var at mange mente at de private burde få utvikle seg av seg selv uten statlig innblanding. Ordningene ga imidlertid som regel svært lave ytelser, ofte ikke mer enn 1/3 av vanlig lønn, og dessuten hadde de som trengte det mest ofte ikke råd til å delta. I 1885 regner man med at ca en tredjedel av landets fabrikkarbeidere var tilknyttet en sykekasse (Bjørnson og Haavet s 55...). Da England samme år som Norge fikk sin første sykepengelov, regner man med at 9 av 12 millioner arbeidere allerede var medlemmer av tilsvarende frivillige sykekasser (Medicine in Society s 325).

rabatter, for det var jo den samme fattige gruppen legene nå skulle behandle på kassenes bekostning. Legene på sin side hevdet at fordi inntektsgrensene ikke var satt *lavt* nok — altså at forsikringsordningen også slapp til personer som egentlig burde kunne gjøre opp for seg etter høyere satser — ville de tape på å operere med særtakster overfor kassemedlemmene. Med dette utgangspunktet argumenterte de for at det ikke måtte bli for attraktivt å forsikre seg og at grensene for både forsikringsplikt og –rett måtte settes lavest mulig. Hva kravet om fritt legevalg angikk, var legene redde for at sykekassene ellers ville inngå kontrakter med enkeltleger som var villige til å selge sine tjenester 'for billig' og at de andre dermed ikke skulle få del i den betydelige ekstraintekt kassepraksisen ble antatt å representere.²⁶⁹

Et alternativ til gratis legehjelp var å yte et ekstra tilskudd som kunne disponeres etter eget forgodtbefinnende, deriblant til legehjelp og eventuelt medikamenter. I 1896 uttalte Rigsforsikringsanstaltens direktør (som den gang kun forvaltet lov om arbeidsulykkesforsikring) at arbeiderne i så fall sannsynligvis i praksis «altid ... vil undgaa Lægen for at spare Sygepenge.» En slik felles post for alle utgifter ville også lede folk til kvakksalvere eller til å benytte uvirksomme husråd, mente han,

«saa at det ofte vil indtræffe, at en Sygdom, der ellers ved rettidig Indgreb fra Lægens Side inden et kortere Tidsrum vilde kunne helbredes, gennem Selvbehandling betydelig vil kunne forlænges og derved paaføre Kassen en Merudgift, der i mange Tilfælde vistnok kan overstige, hvad en stadig Lægekonsultation kunde koste. Som det sees, har heller ingen av de udenlandske Lovgivninger på dette Felt vovet at udelukke Lægehjelpen. Tvertimod gør samtlige Lægekonsultationer til den viktigste Del av Sygepleien. Navnlig har flere tyske Sygekasser meget strenge Bestemmelser med hensyn til Befølgelsen af Lægenes Anordninger. Saaledes har Sygekassen i Bremen blandt andet optaget følgende Bestemmelser: 1) Den Syge tør kun forlade sin Bolig med den behandlende Læges Samtykke og kun til de Tider, der er fastsat i hans Sygebevis; 2) han tør kun nyde Spirituosa på Lægens Forordning; ...»²⁷⁰

Det fremgår ikke hva Rigsforsikringsanstaltens direktør har i tankene når han hevder at legen ved «rettidig Indgreb» ville kunne helbrede sykdom. Litteraturen tyder på at han tar feil. At utenlandske forsikringsordninger bygget på samme forestillinger, må tas til inntekt for at ideene var temmelig like over landegrensene og at overdreven tro på skolemedisinens muligheter var generelt utbredt. Det kan i hvert fall neppe hevdes at legene i Bremen gjennom sine medisinske faglige kvalifikasjoner skulle være i stand til å vurdere når det var sunt å bevege seg utendørs eller nyte brennevin og når det ikke var det. Det hele synes i langt større grad å dreie seg om en kombinasjon av en historisk oppfatning av legenes kvalifikasjoner og statens kontroll- og disiplineringsbehov. Det *skulle* koste noe for den enkelte å hente ut penger fra et solidarisk fellesskap, og legen var selvskreven som den som skulle definere prisen.

I §21 i sykepengeloven het det:

«Ingen har krav paa sykepenger efter denne lov uten efter lægeerklæring. Hvor tilveiebringelse av saadan erklæring vilde medføre uforholdsmæssige vanskeligheter, kan sykekassens styre godkjenne anden fyldestgjørende attest, dog ikke ved første gangs krav paa sykepenger.»²⁷¹

Ute i sykdomsforløpet sto altså den enkelte kasse til en viss grad fritt i å fastsette attestasjonskravet, men i første instans *måtte* sykdom og arbeidsuførhet stadfestes av lege. Imidlertid var også dette underlagt diskusjon på forhånd. Et lovutkastet fra 1896, som altså aldri ble vedtatt, lot det være opp til den enkelte sykekasse å fastsette både om det skulle ytes fri legehjelp og om attestasjon fra lege skulle være nødvendig. I utkastets §17 heter det: «I distrikter hvor forsikringen ikke omfatter Lægehjælp, kan ... Lægeattest erstattes ved Bevidnelse fra tvende troværdige Mænd».²⁷² Rigsforsikringsanstaltens direktør kommenterer at dette

«er et for svagt Bevismiddel til deraf at kunne afgjøre noget angaaende Sygdommen og dens virkelige Natur. ... [S]aadanne Udtalelser beror paa et subjektivt Skjøn af Folk, der ikke kan antages kompetente til at fælde nogen afgjørende Dom om, hvorvidt og naar en Mand er syg; de vil i de fleste Tilfælde maatte indskrænke sig til at gengive den Syges egne Mening om sin Tilstand.»²⁷³

Han argumenterte derfor for at det ikke vil bli vesentlig dyrere å dekke også utgifter til legehjelp, som vil sikre «bedre Kontrol og saaledes i en stor Mængde Tilfælde en Begrænsning af Sygepengenes Udbetaling.»²⁷⁴ Han *kan* ha hatt rett i dette isolert sett ut fra en betraktning om at den typiske legen tilhørte det konservative samfunnsskikt og ikke ville komme til å gi ved dørene, men være strenge og rettferdige og vokte samfunnsmoralen. Selv om vi ikke vet hvordan det ville gått hvis legene ikke hadde fått de oppgavene de fikk, er det i alle fall lite som tyder på at direktørens begrunnelse var riktig. Poenget er, at selv hvis han skulle hatt rett, ville bakgrunnen for legens vellykkede skjøtting av oppgaven uansett alt overveiende ha bygget på en historisk konstruert legerolle og ikke på legenes vitenskapelige kunnskap.

Det var likevel forståelse for at sykdomsbegrepet var vanskelig også for leger og at heller ikke de kunne avgjøre noe med absolutt sikkerhet. I utkastet til den departementale sykeforsikringskomite av 1907 var sykdom definert slik: «Ved sykdom forstaas i denne lov saadan forstyrrelse av den legemlige eller aandelige sundhedstilstand, at lægehjælp ansees paakrævet.»²⁷⁵ Med dette ville komiteen markere (med ordet 'aandelig') at sinnsykdom var inkludert i dekningen, mens (med ordet 'forstyrrelse') at verken medfødte tilstander eller tilstander som allerede var til stede før forsikringen inntrådte var det. Imidlertid tok departementet hensyn til lovavdelingens kommentarer om at det ville bli så vanskelig å «gi en

i alle henseender fyldestgjørende definition» av sykdomsbegrepet at det var bedre å la det forbli udefinert. Departementets lovforslag inneholdt derfor ingen definisjon. Man ønsket heller å la loven «henholde sig til den almindelige opfatning av, hvad der er at anse som sygdom.»²⁷⁶ Det er lite trolig at sløyfingen fikk praktiske konsekvenser, men det tyder på at man antok at legene nok ville finne en riktig løsning selv om det kunne være vanskelig. Grunnlaget for å tro at så ville skje, berøres imidlertid ikke. Faren som ligger et for slingrete sykdomsbegrep er imidlertid tema:

«Paa den anden side maa det naturligvis kræves, at paaviselig sygdom skal være tilstede for at opnaa de i loven foreskrevne sykepenge. En person maa i dette fald ikke alene anse sig syk, men der maa være paaviset sygdom av den paa dette punkt eneste sakkyndige, nemlig lægen. Alene at stole paa den sykes egne uttalelse vilde være altfor risikabelt for vedkommende sykekasses økonomi. ... Ogsaa her hjemme har man fra ulykkesforsikringen mange eksempler paa vedkommende patients lyst og forsøk paa at overdrive eller opdikte sygdom.»²⁷⁷

Misbrukspotensialet som her berøres, var et viktig politisk tema allerede fra Ulykkesforsikringsloven av 1895.²⁷⁸ Erfaringer fra Tyskland hadde vist at antallet bedriftsulykker hadde økt dramatisk etter innføringen av tilsvarende lov.²⁷⁹ Flere årsaker ble diskutert, hvorav den mest interessante i denne sammenhengen er at ulykkesbegrepet kanskje ikke var så klart og entydig som man hadde antatt. At sykdomsbegrepet var enda uklarerer, må man ha innsett, uten at man altså av den grunn tok det opp til grundig debatt eller definerte det nærmere.

Slik sykdomskravet er beskrevet ovenfor, kan det neppe tas til inntekt for at det måtte foreligge objektiviserbar sykdom i egentlig forstand for at det skulle gis rett til sykepenger; det var legens *legitimering* som var det springende punkt, og den enkelte leges sykdomsbegrep gikk man ikke nærmere inn på annet enn altså å gi til kjenne at man anså ham som den eneste kompetente til å uttale seg. I prinsippet åpnet altså allerede loven i 1909 for at plager uten objektive funn kunne gi rett til sykepenger så lenge legen gikk god for det. Poenget (og problemet hvis man ser det slik) er at regelverket *ikke* ga grunnlag for lik forståelse og ensartet praksis. På bakgrunn av forrige kapittels gjennomgang, bærer det preg av en generell forestilling (som legene delte) om at vitenskapelig medisinsk utdanning ga grunnlag for å besvare alle de uavklarte spørsmål, som dermed ikke trengte ytterligere avklaring i teksten.

Spørsmålet om fritt legevalg var et av de sentrale debatt- og konfliktemaer både før loven ble vedtatt og nærmest kontinuerlig deretter. Den departementale sykeforsikringskomite av 1907 foreslo begrenset fritt legevalg.

«Idet jo forholdet mellem læge og patient i særlig grad er et tillidsforhold, tilsier hensynet til de syke ogsaa, at der gis disse adgang til, saavidt gjørlig, at vælge den læge, som de maatte ha mest tillit til.»²⁸⁰

Det ble henvist til erfaringer i utlandet og argumentert med at de private norske kasser hadde vist at fritt legevalg var et krav fra både leger og publikum. Men ubegrenset fritt legevalg, hevdet komiteen, ville føre til at legene ikke ville kunne regne med kasseinntekter, for pasientene ville jo kunne svikte dem når som helst. På sykekassenes vegne fryktet man også at pasientene ville bruke flere leger samtidig hvis det ikke ble lagt inn noen form for begrensning på legevalget. Man foreslo derfor årlig valg av lege (med unntak for behov for øyeblikkelig hjelp)* og benyttet også presumptivt vitenskapelige argumenter ved å fremholde at den kjennskap legen ville få til det enkelte medlem «likt med huslægeordningen under de nuværende tilstande»²⁸¹ ville være en fordel for ordningen blant annet fordi

«[v]or tids medicin har ... i fremtrædende grad sat mange sygdomme i forhold til slækt og arv. Men bedømmelsen herav vil ofte vanskeligjøres, i mange tilfælde umuliggjøres, naar lægen under et ubegrenset frit lægevalg ofte vil savne det kjendskab, som ordningen med en til medlemmet fastere knyttet læge vil medføre.»²⁸²

Forestillingen om at mange sykdommer står i forhold til slekt og arv er i seg selv riktig, men neppe slik komiteen tenkte seg, og uansett uten praktisk betydningen i den aktuelle ordningen. Eugenikken sto imidlertid sterkt i kurs, og komiteens uttalelse var i hvert fall politisk korrekt med en tidsriktig medisinsk-biologisk innpakning — og i stor utstrekning støttet av legene. At det uansett er viktig å kjenne en pasients generelle bakgrunn bestred ikke legene, men de var mer interessert i det ubegrensede valget for å sikre sine økonomiske gruppeinteresser; de krevde at alle skulle få del i den forholdsvis sikre inntekt det ville gi å være 'kasselege', og Lægeforeningen greide å trumfe gjennom denne løsningen før forsikringens ikrafttreden.

Gratis legehjelp representerte muligheter for merinntekter for legen på to måter. For det første ville flere få råd til å oppsøke dem, og for det andre kunne de henvende seg til sykekassen med sine regninger istedenfor å avkreve honorar direkte fra pasientene, som, når det gjaldt de forsikrede, nærmest pr definisjon hadde svært lite å rutte med. Så lenge legene betjente private kasser, som i motsetning til de lovunderlagte sto fritt til å organisere seg som de ville, hadde legene måttet inngå kontrakter etter forhandlinger med en likestilt kontraktspartner og kunne ikke fastsette honorar etter forgodtbefinnende. Når forsikringen ble obligatorisk og legevalget ubegrenset, hadde derimot den enkelte lege langt svakere

* Prinsippet i fastlegemodellen er altså *ikke* nytt, selv om det naturligvis er store konkrete forskjeller mellom forslaget fra 1907 og dagens ordning. Da fastlegeordningen ble innført i juni 2000 hadde prinsippet vært diskutert i hundre år — og enda lenger hvis man går utenfor Norges grenser.

forpliktelse overfor sykekassen og sto formelt sett fritt til å beregne honorar. Imidlertid hadde Lægeforeningen utarbeidet en liste med veiledende takster for konsultasjon, sykebesøk og definerte tjenester, og Ormestad, som ledet Oslo Trygdekasse fra 1911-44, skrev i 1936:

«Med hensyn til takstene var det lægene som fra begynnelsen av bestemte disse. Men det skal innrømmes at de viste moderasjon i sine forlangender. Takstene blev fastsatt nogenlunde efter den norm for landsbygden og i byene som var gjeldende for almindelig lægepraksis på det tidspunkt. Disse var dog å betrakte som minimumstakster.»²⁸³

Fra legenes side får man sterkt inntrykk av at deres viktigste interesse i den nye loven lå i dens økonomiske potensial, og i hvert fall kom denne interessen sterkest til uttrykk. I medicinaldirektør Holmboes høringsuttalelse til departementets lovutkast dreier kun ett avsnitt seg om medisinske forhold, nemlig at «barselkvinder bør kunde erholde hjælp av sykekasserne [ikke bare] 6 uker efter nedkomsten [men også] 2 uker før det tidspunkt, da denne forventes.»²⁸⁴ Hans øvrige kommentarer er av mer eller mindre ren økonomisk karakter, og han dveler lengst ved det som berører legenes økonomi direkte.²⁸⁵ Det ser altså ut som at for legene var loven mer interessant som posisjoneringmiddel enn som noe annet. At de hadde tilstrekkelige faglige kvalifikasjoner synes de å ha vært så overbevist om at det ikke var tema for diskusjon — en oppfatning store deler av samfunnet delte med dem. Med solid støtte i samfunnet søkte legene med andre ord den status de mente deres kvalifikasjoner og kompetanse ga dem soleklar rett til.

Volummessig inneholder både sykepengeloven av 1909 og Odelstingsproposisjon 19 av samme år lite om leger. Den eneste konkrete, men svært viktige oppgaven de ble tildelt etter loven var portnerfunksjonen, altså å avgjøre hvem som kvalifiserte til forsikringsutbetalinger. Hvordan oppgaven skulle eller burde løses, ble imidlertid ikke berørt. Uansett — og kanskje det viktigste hva økning av legemakt angår — åpnet loven for at mange som tidligere ikke hadde hatt råd til å gå til lege fikk anledning til det. Selv om disse legebesøkene sannsynligvis hadde liten eller ingen effekt på de plagene de gikk for å få behandlet, førte det i hvert fall til at flere vente seg til å bruke lege og begynte å se på det som et naturlig valg og en rettighet i gitte situasjoner. For praktiserende leger førte loven til sterkere integrasjon i den formelle samfunnsstrukturen, mer reell makt og høyere inntjeningssevne. Og for samfunnet som sådan representerte den en ny omdreining på medikaliseringsskruen.

4.2.3 Lov om offentlige lægeforretninger av 1912

Allerede før lov om sykeforsikring trådte i kraft i 1911, var det tatt til orde for at den forutsatte en tilpasset lov om landets legevesen. I 1910 anmodet en gruppe stortingsrepresentanter regjeringen «om at undersøke muligheten av en omordning av det

civile lægevæsen, gjennomført i forbindelse med og i tilslutning til gjennomførelsen av den offentlige sykeforsikring»²⁸⁶ begrunnet i de store endringer sykeforsikringen ville føre til i legenes arbeid.²⁸⁷ På bakgrunn av landets ujevne legedekning, hadde også medicinaldirektør Holmboe ved flere tidligere anledninger tatt opp behovet. Mens legedekningen i de sentrale strøk ble beskrevet som tilfredsstillende «paa grund av stedfundne utvikling og forøkede lægeforsyning»²⁸⁸, mente han den var for lav i både nordlige og vestlige landsdeler. Én viktig begrunnelse for ny legelov var med andre ord å sikre folket leger for konsultasjon i tilfelle sykdom. Den andre var at legenes arbeidsbelastning til samfunnsmedisinske plikter hadde økt betraktelig.

Som følge av at stadig flere oppgaver var blitt tillagt sunnhetskommisjonene, hadde mange embetsleger måttet overføre sine embetsplikter til privat- og kommuneleger. Det dreide seg om oppgaver som inspeksjon av skolebygg, kommunale slaktehus, «Hussamlinger, hvor saadanne begynder at samles» (med andre ord byggefelt) og kirkegårdsanlegg i tillegg til overoppsyn med jordmorvirksomhet og overvåkning av barn som var utplassert fordi foreldrene ikke var egnet til å ta seg av dem eller var ugift.²⁸⁹ Det som førte til mest tilleggsarbeid var imidlertid at legene i henhold til «Lov om tilsyn med Arbeide i Fabriker» (se ovenfor) var pålagt «jevnlige at besøge personlig de Anlæg i Distriktet» som kom under loven.²⁹⁰ Forhold som bruk av barnarbeid, utvidet arbeidstid og pausebestemmelser for unge arbeidstakere skulle overvåkes og utgjorde bare ett av de områdene offentlige leger skulle skrive rapport om etter en innberetningsplikt som opprinnelig skrev seg helt fra Forordning av 4de December 1672:

«Medici overalt i de kongelige Riger og Lande skal aarlig, eller ved forefallende Leilighed, med Decano facultatis i Kjøbenhavn kommunikere, hvis rart og besynderligt in Re Medca eller Naturali forefalder, hvilket Decanus skal optegne in Actis Facultatis, Posteritatem til efterretning.»²⁹¹

Plikten var blitt konkretisert og utvidet, som for eksempel i «Sindsygeloven af 17de august 1848» som fastslo at ingen sinnsyk måtte

«... holdes indelukket eller under Bevogtning i sit hjem eller hos Slægtninge eller hos Andre, uden at der snarest mulig sker Anmeldelse derom til en examineret Læge, der har at undersøge, om de trufne Forføininger kan ansees beføiede og hensigtsmæssige. Paa samme Maade skal der forholdes med de Sindsyge, som paa offentlig Bekostning maa forsørges og holdes indespærrede eller under Bevogtning.»²⁹²

Legene skulle årlig melde til Medicinalstyrelsen en nøyaktig fortegnelse over de sinnsyke som kom inn under loven.

Etter Sundhedsloven hadde enhver praktiserende lege fått en viss innberetningsplikt til offentlig lege, som igjen hadde videreformidlingsplikt, og «Afgivelse af

Medicinalberetninger» var altså blitt en betydelig oppgave for offentlige leger.²⁹³ Gjennom dette var legen en viktig kontrollør for staten av de helsemessige og hygieniske forhold i samfunnet. Registreringen ga mulighet for epidemiologiske undersøkelser og forståelse for hvordan helsen ble påvirket av sosiale og andre forhold. Medicinalrapportene kunne gi innspill til konkrete hygienetiltak som i sin tur kunne påvirke folkehelsen og må overfor staten ha befestet legenes posisjon som viktige aktører i oppbygningen av det gode samfunn.

Som samfunnsmedisinere som førte kontroll med helsetilstand og hygienetiltak, fikk altså legenes arbeid betydning både for politisk og byråkratisk styring og sannsynligvis indirekte for folkehelsen gjennom noen av de tiltak arbeidet førte til. I den andre oppgaven, som behandlende leger, tyder alt på at deres bidrag i beste fall var svært beskjedent. De to rollene ble sannsynligvis i liten grad oppfattet uavhengig av hverandre, og på den bakgrunn trengte ikke medicinaldirektør Holmboe, som formann i den Kongelige lægekommission af 1898, begrunne at man måtte gjøre noe med den dårlige legedekningen i utkanten, for det ble tatt for gitt at stedlig lege var et gode som hørte den moderne tid til. Søren Jaabæks tidligere nevnte forslag om «ophævelse av distriktslægeembederne» ble oversendt Gage og pensionskomiteen, som blant annet uttalte:

«Store dele av landet, som kanskje endnu i menneskealdre vilde være utelukket fra kyndig lægetilsyn, er ved statens mellemkomst kommet i besiddelse av dette civilisasjongs gode. ... Betragter man derfor forholdet i sin helhet, ... tror flertallet, ... at de ofre som vort civile lægevæsen har krævet, neppe kan betegnes som overdrevent store i forhold til den nytte institusjonen har stiftet.»²⁹⁴

Gage og pensionskomiteen konkretiserte ikke hvilken nytte den siktet til.

Lægekommission af 1898 hadde avgitt sin innstilling i februar 1903. Iberegnet Holmboe, som var formann, var fire av de seks medlemmene leger. Deres mandat var de sivile legers gjøremål, organisering, ansettelsesforhold og avlønning. Utredning av legebehovet lå dermed utenfor mandatet, formodentlig fordi det ikke ble ansett nødvendig å utrede fordi det sa seg selv. Innstillingen åpner med å beskrive «mangler ved den nuværende Ordning af det civile Lægevæsen». Som hovedproblem påpekes den ujevne fordelingen og Norges spesielle geografi. Legenes gjøremål beskrives i runde formuleringer, som blir svært detaljerte når omtalen penser over på administrative og organisatoriske forhold og legers skyssgodtgjørelse og lønn.²⁹⁵ Departementet fulgte langt på vei innstillingen og konkluderte blant annet med: «En omordning synes ikke alene ønskelig, men paakrevet.»²⁹⁶ Begrunnelsen var den samme som kommisjonens: Variasjonen i tilgang på legetjenester var for stor. Noen diskusjon av legenes gjøremål og effekt der tilbudet var godt, som kunne tjene som dokumentasjon på hva de mer griskendte områdene gikk glipp av, foreligger ikke.

Tilsynet med fattige syke ble ofret stor oppmerksomhet helt fra de første offentlige leger ble tilsatt. I første del av 1800-tallet var hensynet til de fattige syke den viktigste årsaken til at «der er tilstaaet Læger i Landdistikterne Gager».²⁹⁷ Holmboes gjennomgang av tema på vegne av legekommisjonen er i meget stor grad viet legenes godtgjørelser og sier lite om hva oppgavene besto i og intet om hvilken effekt man forventet eller mente å ha påvist. Etter hvert som hygiene- og overvåkningsarbeidet ble viktigere, særlig etter 1860, ble ansvaret for fattige syke tonet ned for de offentlige legene, og det ble vanligere at fattigstyrene ansatte leger i privat praksis, som så denne oppgaven som en kjærkommen ekstrainntekt. Hva de tok seg til, eller burde ta seg til i form av instruks er ikke nevnt — kun hvilke forskjellige godtgjørelsesløsninger som fantes og hva dette påførte det offentlige av utgifter og legene av inntekter samt at oppgaven ga «Adgang til at erhverve sig privat Praksis rundt om i Bygden».²⁹⁸ Poenget med dette er ikke at det ikke *kan* ha vært til hjelp og støtte for de fattige, men at det ikke synes å ha eksistert noen forestillinger om at det kanskje *ikke* var slik. Dette kan vanskelig forstås på annen måte enn at man mente at legenes kvalifikasjoner i seg selv borget for en betydelig effekt.

Legene selv var i utgangspunktet skeptiske til ny lov, sannsynligvis som et uttrykk for at eksisterende ordning med svært begrenset offentlig kontroll og styring fungerte godt for de fleste av dem. Mot slutten av 1800-tallet var det imidlertid stadig flere som ønsket forandring, og dette må i hvert fall delvis ses i sammenheng med økt antall leger og derav følgende usikrere inntjening, men det ble også lagt vekt på at man hadde mistet mye av kontrollen med de offentlige oppgavene som følge av at så mange av dem var blitt overlatt til privatpraktiserende leger²⁹⁹ (kfr ovenfor).

I tillegg til å skaffe folket legehjelp må Lov om offentlige lægeforretninger også forstås som et ledd i statens behov for overvåkning og kontroll i nasjonsbyggingen. Gjennom hygieneinspeksjoner, helseovervåkning og medicinalinnberetninger fylte legene en funksjon i samfunnsordningen som i noen tilfeller fikk viktige indirekte effekter, men som også til tider mer synes å ha vært et ledd i en generell tilbøyelighet til å måle, kategorisere og kontrollere. Selv om effekten av legenes *kurative* virksomhet var tvilsom, er det likevel ingen tvil om at borgerne fra alle samfunnsklasser ønsket seg tilgjengelige leger og at politikerne anså det som nødvendig. Som borgere selv er det liten grunn til at legene skulle se annerledes på det. Mitt anliggende er verken å kritisere borgerne for uvitenhet, politikerne for uforstand eller legene for å ha solt seg i en glans de forsto eller burde forstått de ikke fortjente. Poenget er at da staten forpliktet seg til å «sørge for at lægehjælp kan erholdes også i egne, hvor befolkningen ikke selv formaar at skaffe det nødvendige antal læger rimelig utkomme,»³⁰⁰ er en sannsynlig

delforklaring på at den påtok seg denne forpliktelsen at legene gjennom en historisk prosess var blitt tillagt kvalifikasjoner og kompetanse som deres faglige bakgrunn qua leger langt fra ga dem og at man tok effektene av deres arbeid for gitt.

Lov om sykeforsikring og lov om offentlige legefretninger var grunnlaget som den videre utviklingen av trygdesystemet bygget på. De hadde brakt de privatpraktiserende legene inn i det offentlige helsevesenet og åpnet nye økonomiske muligheter for dem. De offentlige legenes oppgaver ble også klarere definert, og det ble opprettet flere legestillinger — hovedsakelig under forutsetning av at de skulle kombineres med privat praksis. For folk flest bidro begge lovene til å øke tilgjengelighet til legene, og lov om sykeforsikring økte også legebehovet gjennom kravet om legeattest ved sykdom.

4.3 Styrking av legerollen og konflikt

Fordi sykeforsikringsloven først trådte i kraft i 1912, hadde legene hatt god tid til å forberede seg gjennom Lægeforeningen, som 26 år etter sin stiftelse hadde fått tid til å bli en effektiv organisasjon. Legenes krav var i korthet fritt legevalg og betaling pr enkeltytelse. Selv om de andre aktørene hadde kritiske synspunkter, var motstanden svak så lenge man ikke hadde erfaring med hvordan loven ville virke. Dessuten sto Lægeforeningen atskillig sterkere enn kretssykekassene, som ikke organiserte seg før i 1912 i Kredssykekassenes Landsforening. Samme år innledet den forhandlinger med Lægeforeningen, og det utviklet seg raskt til en konflikt som aldri siden er helt bilagt. Selv om temaene på overflaten var nettopp det ubegrenset frie legevalget og legenes takster, ser det likevel ut som det på et dypere plan egentlig handlet om sykdomsbegrepet, som verken i perioden frem til 1912 eller i den perioden jeg her skal beskrive, ble tematisert som *medisinsk faglig* problem. Rigsforsikringsanstalten synes å ha ment at legene i enhver sammenheng egentlig visste hvor grensen gikk mellom sykt og friskt, og hvis bare forsikringsordningen ble organisert hensiktsmessig, ville legene fatte 'riktige' beslutninger og de forsikrede få 'riktige' utbetalinger. Ordsiftet jeg skal gå inn på nedenfor er en del av diskursen om sannheten om sykdom, hvor også måten ting blir sagt på, hvem som sier det og hva som *ikke* blir sagt er sentrale elementer.

Allerede i 1913 la departementet frem en proposisjon for Odelstinget med forslag om forandringer i lov om sykeforsikring. (Selv om den aldri ble behandlet i Stortinget, er det i denne sammenhengen *debatten* som er undersøkelsesobjektet — ikke dens resultat.) Initiativet var motivert av at ordningen var blitt dyrere enn antatt. Departementet ba i første instans Rigsforsikringsanstalten om en redegjørelse for sitt syn, men fikk til svar at man

trengte mer tid fordi det var behov for fundamentale forandringer. Anstalten ble deretter anmodet om å avgi et nytt lovutkast med visse begrensninger fordi det etter departementets mening var for tidlig med en total revisjon; man måtte først vinne mer erfaring. Anstalten pekte på at årsaken til at ordningen var blitt dyrere enn antatt særlig var høye legeutgifter, noe som først og fremst ble tilskrevet det frie legevalg.³⁰¹ Legene hadde begrunnet sitt standpunkt på dette feltet både i lege-pasient-forholdet og i at alle leger burde få del i den presumptivt innbringende kassepraksisen.³⁰² Rigsforsikringsanstalten kommenterte:

«Det frie lægevalg gjør nemlig lægerne i væsentlig grad avhengig av sit klientel. Selv om lægen ingen opfordring føler til forhaling av det enkelte sygdomstilfælde, vil han, for ikke blandt kassemedlemmerne at faa ord paa sig som den, der ikke tar sig grundig av sine patienter og ikke viser tilstrækkelig redebonhet i retning av utskrivning av attester for arbeidsudygtighet — bli nødt til at strekke sig længst mulig likeoverfor medlemmernes paagaenhet for ikke at se hele sit sykekasseklientel vandre over til en mindre nøieregnende læge.»³⁰³

Denne forsiktig formulerte kritikken av legene setter fingeren på det som fra kassenes og Rigsforsikringsanstaltens side skulle vise seg å bli en gjenganger (slett ikke alltid formulert så forsiktig som ovenfor), nemlig alliansen mellom de forsikrede og legene. Det fremgikk klart at det var de forsikrede som hadde sterkest interesser i misbruk og som også ble antatt å stå bak og presset.

«Det frie lægevalg gjør lægerne avhengig av patienternes luner og krav. Faar de ikke alt som de vil, gaar de næste gang til en anden læge. Systemet beforder simulation og overdrivelse. Den enkelte læge står magtesløs hvis han ikke vil se sit klientel forsvinde. Og det paafører kassenes administration — og lægerne selv forresten ogsaa — en arbeidsmængde som utenforstaaende vanskelig kan gjøre sig begrep om.»³⁰⁴

Poenget er altså at det frie legevalg presset legene til å være 'snillere' enn det var grunnlag for, for hvis en uetterrettelig lege praktiserte i neste kvartal, ville han kunne 'lure til seg' kunder gjennom en mer liberal praksis med hensyn på sykmelding enn sin kollega. Systemet tvang dermed selv de skikkelige legene til uskikkelighet. Det virker ikke usannsynlig at en slik mekanisme kan ha vært i sving, men etter all sannsynlighet var en langt viktigere årsak at ingen egentlig visste hva sykdom ifølge loven var — heller ikke legene, og dermed visste heller ingen hva som egentlig skulle til for å bli sykmeldt. Når dette i så liten grad ble problematisert, kan det ses som et uttrykk for at det var en forholdsvis fremmed idé for samtiden å tenke seg at legen muligens ikke skulle ha den nødvendige forståelse.

Rigsforsikringsanstalten ga forskjellige forslag til løsning, som alle ville redusert legens inntekter og frie og sentrale posisjon. Blant annet ble det foreslått en ordning hvor

«kassemedlemmerne vilde være avskåret fra efter forgodtbefinnende at søke de læger, som omgaaes flottest med attester for arbeidsudygtighet. Thi det er i de mere eller mindre uberettigede krav paa sykepengen, at spiren til sykekassernes ruin ligger. Og disse krav vil

stige etterhvert som medlemmerne faar øinene op for, at dette er en bue som stadig lar sig spænde uten at briste.»³⁰⁵

Selv om hovedansvaret for utglidningen også her legges på forbrukerne, var jo problemet for kassene likevel leger som lot seg presse. Gjorde de slik de egentlig skulle (det vil si slik *kassen* mente de skulle), ville alt bli vel. Som gruppe sto imidlertid legene sterkt på sitt prinsipp og vant gjennom til tross for at det heller ikke blant dem var full enighet:

«Nu er det vistnok ikke loven, der fastslaaer princippet om et frit lægevalg, men derimot lægernes sammenslutninger, endskjønt der også blandt lægerne findes mange, der underhaanden indrømmer faren derved. Spørsmålet er da, om der findes noget virksomt middel til at bryte lægernes sammensluttede magt.»³⁰⁶

Et praktisk problem for kassene og Rigsforsikringsanstalten var at de på den ene siden tjente premiebetalernes interesser og på den andre siden de syke arbeidernes. Det samme gjelder naturligvis i prinsippet ethvert forsikringsselskap, men det spesielle i dette tilfellet var ordningens sosiale profil. Det dreide seg om mennesker som uten forsikringsytelser med stor sannsynlighet ville gå den skinnbarlige nød i møte med både seg og sin familie — og nær på gjorde det selv med ytelser. På denne bakgrunn foreslo kassene ofte utvidelser av dekningsomfanget, men i tillegg var det deres oppgave å få ordningen til å stå seg økonomisk, og dermed var de også nødt til å tenke kostnadskontroll. I 1913 foreslo Rigsforsikringsanstalten blant annet heving av inntektsgrenser for pliktig forsikring³⁰⁷ og opphevelse av fullstendig utelatelse av kronisk syke.^{*}³⁰⁸ Sammen med andre forslag ville dette gi flere innpass i ordningen og sikre dem bedre, og det ville nødvendigvis bli dyrere. Det de neppe innså — og i hvert fall ikke kommenterte — er at det også med stor sannsynlighet ville gjøre flere til pasienter og bidra ytterligere til å viske ut grensene mellom sykt og friskt.

Kassene var sterke tilhengere av gratis legebehandling og en viss frihet i legevalg, så lenge de selv fikk fastsette honorarene og hvordan legevalget skulle begrenses. Med intensjon om bedre forsikringsordning var kassene naturlig nok villige til å ofre legenes interesser. Men under konfliktene, slik de kom til uttrykk i ordskiftet, synes hele veien uklarheten om sykdomsbegrepet å ligge som et slags sovende tema som tiden og kulturen ikke tillot berørt annet enn indirekte og på overflaten.

Departementet tok i liten grad direkte stilling og spilte sine kort mest som en pragmatisk megler. Det ble kommentert at Rigsforsikringsanstaltens samlede forslag til utvidelser «paa

* Personer med en eller annen kronisk sykdom kunne ikke opptas i forsikringen, selv om de var i arbeid, begrunnet i den økte risikoen de representerte for forsikringsordningens økonomi. Forslaget gikk ut på at de måtte få anledning til å opptas og få utbetalinger hvis de ble syke av noe annet enn den kroniske tilstanden. Fra et forsikringsfaglig ståsted innebar dette en betydelig økning av risiko.

grund av sin finansielle rækkevidde [fremkalte] sterke betænkeligheder»³⁰⁹, men man kom likevel noen av dem delvis i møte. Heller ikke Anstaltens forslag om begrensning av det frie legevalg ble tatt særlig varmt imot. Det synes klart at departementet var lite interessert i å legge seg ut med legene og ytret et diplomatisk håp om at de pågående forhandlinger mellom Kredssykekassernes landsforening og Den norske lægeforening skulle lede til et tilfredsstillende resultat. Man kommenterte imidlertid at hvis så ikke skulle skje «er man enig med anstalten i, at forholdet bør søkes regulert ved en lovændring.»³¹⁰ Departementet etterkom kassenes ønske om å legge til rette for at det skulle kunne ytes kontantstøtte istedenfor full refusjon til legehjelp hvis det ikke ble oppnådd enighet mellom partene om honorarene. Rigsforsikringsanstalten hadde bedt om en slik ordning med begrunnelsen: «Skulde lægerne mod formodning nægte sin medvirkning til en ny og bedre ordning, vil man heri ha et middel til midlertidig at hjælpe sig ut over vanskelighederne».³¹¹

Også i forhold til kravet om legeattest ved sykdom foreslo Rigsforsikringsanstalten en forandring som ville gjøre legen mindre sentral, nemlig ved å ta opp igjen forslaget om at også ved første gangs krav på sykepenge, skulle legeerklæringen kunne unnlates «[h]vor tilveiebringelse av saadan erklæring vilde medføre særlige vanskeligheter.»³¹² Det var kassene som da skulle vurdere kravet, uten at det sies noe om hva slags sykdomsbegrep de hadde tenkt å benytte seg av. Forslaget fikk ikke medhold av departementet, som uten nærmere begrunnelse skriver at det «skal i anledning herav bemerke, at man nærer betænkeligheter ved at sløife kravet paa legeattest ved første gangs utbetaling av sykepenge.»³¹³

En av lovens fristelser, som etter Rigsforsikringsanstaltens oppfatning førte til mange urettmessige utbetalinger, var dens åpning for at et medlem som til tross for sin sykdom var i stand til å ta annet lønnet arbeid enn sin faste jobb, kunne tjene til sammen inntil 90% av den inntekten vedkommende hadde hatt før sykdommen. Anstalten kommenterte at dette førte til forsinket helbredelse og forlengelse av sykdomsperioden fordi man kunne tjene nesten det samme som før med langt lavere arbeidsinnsats. Dessuten var det umulig å kontrollere 90%-grensen, slik at mange måtte antas å tjene mer når de var 'syke'. Rigsforsikringsanstalten diskuterte blant annet å gi legene anledning til å gradere sykmeldingen «idet der ofte kan foreligge en mellemtilstand mellem helt frisk og helt syk»³¹⁴, men konkluderte selv med at løsningsforslaget var dårlig fordi «det ved indre sygdomme er saa meget vanskeligere at bestemme invaliditetsgraden end ved ulykkestilfælder.»³¹⁵ Man var redd for å styrke den uheldige alliansen mellom lege og pasient gjennom

patientens selvfølgelige lyst til at gjøre saa mange penger ut av sykdommen som mulig og lægens usikkerhet i bedømmelsen og hans ulyst til at se sit klientel formindsket ved større strenghet i invaliditetsfastsettelsen end hans nærboende kollega.³¹⁶

Et ytterligere argument mot en slik løsning var at erfaringene fra forsøk med gradering i en del private sykekasser i Christiania, hadde vist at legene kvidde seg mot dette og holdt seg til enten null eller 100%. I dette ligger to interessante forhold. Det ene er at graderingsvegringen til Christianialegene *kan* ha vært et tegn på at de ikke følte seg kompetente til den fininndelingen de ble bedt om å foreta og i så fall implisitt tilkjennega en viss tilkortkommenhet i sine roller som portnere i forsikringssystemet. Den andre er at Anstaltens uttalelse må tas til inntekt for at den var innforstått med at legene ikke hadde noen enkel oppgave når de skulle fastsette invaliditetsgrad ved «indre sykdomme». Man innså altså at heller ikke legene kunne forventes å dele frisk-syk i en 'sann' dikotomi. Det synes imidlertid ikke å foreligge annet enn slike indirekte henvisninger til problemstillingen.

4.3.1 Konflikten mellom legene og sykekassene

Ingvald Marius Ormestad, som var sjef for Oslo trygdekasse fra 1911–44³¹⁷, skriver i sin bok «Syketrygden i 25 år»:

«En av de saker som i sterkere grad enn andre har påkalt trygdekassenes oppmerksomhet og gjennom årene har vært gjenstand for uavladelig behandling i organisasjonene, er ordningen av lægetjenesten i forholdet mellem de forsikrede, trygdekassene og lægene.»³¹⁸

De første årene var det ingen kontrakter mellom kassene og legene. De lokale legeföreningene utarbeidet en detaljert liste over takster som den enkelte kasse uten videre utbetalte etter.³¹⁹ Den bestemmelsen som ble tatt inn i loven i 1915 om at kassene kunne øke sykepengeutbetalingen istedenfor å dekke hele legens honorar,³²⁰ ble ikke anvendt de første årene fordi det forutsatte en vidløftig byråkratisk prosess. Da det i 1918 bare hadde lyktes svært få av kassene å komme frem til etter deres mening tilfredsstillende kontrakter med legene, begynte de imidlertid seriøst å overveie å ta den i bruk og prøvde å få støtte fra departementet, som fortsatt til kassenes skuffelse kviet seg for å ta stilling.³²¹ Selv om Ormestad skriver at det etter 1918 ble noe mer «planmessighet i kontraktsforholdet», legger han til at kassene likevel måtte konstatere at de innførte kontrollbestemmelsene ofte ikke fungerte som man hadde tenkt seg. «Man var på dette tidspunkt som også ofte senere trett av de stadige rivninger mellem lægene og kassene», og i 1920 ble igjen «nødvendigheten av at der snarest mulig blir truffet ny ordning med hensyn til fastsettelsen av lægenes godtgjørelse for sykekassepraksis» fremholdt overfor departementet.³²²

Det er vanskelig å få klarhet i hvordan legenes honorarer egentlig utviklet seg. Saken diskuteres både i Ormestads bok, Odelstingsproposisjon 33 fra 1925 og i to innstillinger av henholdsvis 1928 og 1930 fra 'Den departementale sykeforsikringskomite av 1927'. Legene selv hevdet at deres honorarer gjennomgående økte mindre enn leveomkostningene.³²³ Grafiske fremstillinger utarbeidet av sykeforsikringskomiteen gir dem delvis støtte, men tyder også på et mer sammensatt bilde. Det gjøres blant annet oppmerksom på at tallene må tolkes med forsiktighet fordi det stadig skjedde endringer i ordningen som førte til at de fra år til år ikke var direkte sammenlignbare.³²⁴ Man får inntrykk av at selv om det ofte lå skjulte økonomiske motiver bak legenes argumenter, var trygdeadministrasjonens irritasjon heller ikke alltid berettiget; at ordningen ble dyrere enn forutsatt og at premien måtte økes utover det forhåndsberegningene hadde tydet på, synes uten videre verken å kunne lastes legenes griskhet eller de forsikredes utilbørlige press, men snarere den manglende avklaringen av dekningsomfanget som lå i selve ordningen, som i svært begrenset grad ble problematisert, og som i stor grad ser ut til å være en følge av en dårlig underbygd faglig forventning til legen.

Uansett beveget det seg sakte, men sikkert mot et sammenbrudd. Det så en stund noe lysere ut da det i 1922 ble oppnådd enighet mellom Kretssykekassenes Landsforening og Lægeforeningen om et kontraktsforslag som ble vedtatt av samtlige sykekasser. Men da bare legeforeningene i Hedmark, Oppland og Rogaland (med unntak av Stavanger) sluttet seg til, av Lægeforeningen begrunnet med at det var praktisk umulig å komme frem til en ensartet kontrakt for hele landet,³²⁵ sa samtlige kasser uten honorarkontrakter opp avtalene om full refusjon og begynte isteden å gi bidrag til legehjelp etter takster fastsatt av departementet. Etter mislykkede forsøk på å oppnå ny enighet, begrunnet i at full dekning av legekostnader var en svært viktig del av forsikringen, ble i 1925 refusjonssystemet lovfestet, hvilket innebar at gratis legehjelp ble avskaffet til fordel for bidrag til legehjelp. Men problemet var ikke ute av verden av den grunn, for fremdeles var det et mål for både trygdeadministrasjonen og departementet at gratis legehjelp skulle gjeninnføres. Derfor gikk saken videre også i det senere politiske ordsiftet.

Etter Rigsforsikringsanstaltens mening var legenes krav til forsikringsordningen og makt til å få dem gjennomført den viktigste hindringen mot at ordningen kunne utvides. Legene sto dermed etter Anstaltens syn i veien for et viktig samfunns gode, og den uttalte i 1921 at

«[e]n frigjørelse for kassene fra lægenes nuværende maktstilling ... er ikke alene en ... nødvendighet for den nugjældende forsikring, men også en absolut betingelse for overhodet å gå til utvidelse av forsikringen som påtænkt.»³²⁶

Problemet ble stadig oppfattet å være at de forsikrede og legene hadde felles økonomiske interesser. Dette støttes isolert sett av Rigsforsikringsanstaltens angivelse av reduksjon i

legeutgiftene med 40-50% etter at avtalene med legene ble brutt i 1922,³²⁷ men dette er ikke overbevisende dokumentert. I motsatt retning og som tegn på at det kunne forekomme vikarierende motiver fra begge sider, skrev for eksempel Kretssykekassenes Landsforening i en uttalelse til Sosialdepartementet i 1928 at den frie legehjelpen så snart som mulig måtte gjeninnføres som «naturalydelse og ikke en pengeydelse» blant annet fordi refusjonsordningen *ikke* hadde gitt de ønskede økonomiske resultater.³²⁸

Den forklaring besparelsene ble tillagt er interessant — uavhengig om de var reelle:

«Snarere må denne store besparelse antas å hitrøre fra den omstendighet, at de forsikrede uvilkårlig betenker sig på å søke læge i utrengsmål, når de vet, at de selv i første hånd skal ut med pengene.»³²⁹

Dette ble oppfattet som en sterk kvalitetsreduksjon av ordningen, men spørsmålet om medlemmene kanskje hadde overforbrukt legene eller om de faktisk ble fratatt muligheten til viktig behandling ble ikke berørt. Det fremgår likevel av andre uttalelser at anstalten ikke så bort fra et visst overforbruk, men det synes klart at den uansett anså begrensningen i bruk av legetjenester, som den hevdet at refusjonsordningen hadde ført til, måtte få negativ innvirkning på de forsikredes helse

Sykeforsikringskomiteen av 1927 fulgte opp med at

«Lægehjelpen er en av sykeforsikringens viktigste ydelser og det er av vital betydning for forsikringen at spørsmålet om ordningen av denne hjelp løses på en måte som er fullt tjenlig for de forsikrede og under hensyntagen til kassenes økonomi.»³³⁰

Det ble (på ny) skissert forskjellige løsninger for begrenset fritt legevalg, som man mente legene burde kunne godta, og for hvordan honorarene kunne holdes nede. Det ble imidlertid ikke stilt spørsmål ved nødvendigheten eller effekten av legehjelpen, og dermed var det heller ikke naturlig å ta opp selve prinsippet om gratis legehjelp.

I tillegg til å være et krav fra legene ble fritt legevalg også hevdet å være av stor betydning for medlemmene,³³¹ uten at dette ble dokumentert eller begrunnet. Med bakgrunn i den forutgående debatten, må det antas at sykeforsikringskomiteen hadde betydningen av tilliten i lege-pasient-forholdet i tankene. Ut fra forestillingen om at legen faktisk kunne behandle en betydelig andel av de sykdommer han fikk presentert for seg, er det egentlig overraskende at man skulle tillegge dette forholdet så stor vekt. Det kan se ut som det delvis ble fremholdt som et demokratisk prinsipp uten særlig relasjon til konkret sykdom og behandling, men man kan også få inntrykk av at enkelte formuleringer er utformet for ikke å trække legene for hardt på tærne.

I et brev til Sosialdepartementet i februar 1928 ga Den norske lægeförening sitt syn på saken. Det ble hevdet «at den norske sykeforsikrings utgifter i forhold til hva forsikringen yder ikke er for store»³³² med blant annet følgende argument:

«De deler av et folk en sykeforsikring omfatter vil uten forsikring være altfor tilbakeholdne i sine krav om hjelp ved sykdom og ofte til uhjelpelig skade vente med å søke læge til det er for sent. Når disse befolkningslag får gratis adgang til læge etc. — eller ialfall for en meget rimelig betaling får hjelp ved sykdom — vil de efterhvert forstå betydningen av å søke lægen i tide, da de erfarer, at sykdomstilfeller, som til å begynne med for den usakkyndige kan fortone sig som ubetydelige, ofte av lægen kan avsløre som alvorlige lidelser. [Avs.] Det er derfor av uvurderlig betydning for folket at der er lett adgang til lægehjelp, sykehusophold etc., at denne adgang benyttes og at den er effektiv.»³³³

Selv om det sikkert var riktig at legen til tider kunne oppdage en alvorlig sykdom som for pasienten syntes banal, var det, som poengtert flere ganger tidligere, ikke grunnlag for å hevde at dette var av betydning for sykdommenes utvikling (selv om det var blitt av betydning for befolkningen som et naturlig og tilvendt gode). Det er naturligvis vanskelig å gjøre seg til doms over hvor stor del av legenes argumentasjon som var farget av deres økonomiske interesser, men det er i hvert fall ikke grunn til å tvile på at de (som resten av befolkningen) i tillegg mente at det var statistisk hold i analysen. De la for øvrig heller ikke skjul på sine økonomiske interesser:

«Som bekjent er antallet av læger i vårt land i meget rask stigning, og det har fra Det medisinske fakultet og Lægeföreningen vært reist mosjon om å innføre en innskrenkning i tilgangen til det medisinske studium ... [M]an må ... ha lov til å vente at de unge læger ialfald gis en chance til å kunne tjene sitt levebrød. Å nekte disse adgang til sykekassepraksis, som sikkerlig i gjennomsnitt utgjør minst 2/3 av all praksis, vil være ensbetydende med å nekte dem muligheten av ved sitt arbeide å tjene til livets underhold.»³³⁴

Lægeföreningen tok med dette ikke stilling til hva som var best for kassenes medlemmer og økonomi, men hevdet at staten hadde plikt til å sørge for et tilstrekkelig økonomisk grunnlag for praktiserende leger i et fritt erverv. Det ble nemlig gjort helt klart at det ubegrensede frie legevalg og betaling pr ytelse var man ikke villig til å fire på.³³⁵ Det ble også hevdet uten ytterligere kommentarer at «man må ... holde fast ved det frie legevalg som det eneste som er fullt tjenelig for de forsikrede».³³⁶ Det er som sagt ikke lett å skille rene økonomiske fra andre motiver, men uansett synes det her klart at de (bevisst og/eller ubevisst) spilte på en kulturskapt forestilling om lege-pasient-forholdet.

Et innspill fra Sykeforsikringskomiteen som departementet tok til følge, var opprettelsen av kontrolleger: «Trygdekassen skal føre kontroll med den syke og med utbetalingene. Rikstrygdeverket kan ... bestemme at der for en enkelt eller for flere kasser i fellesskap skal

ansettes kontrolllege.»³³⁷ Bakgrunnen var igjen at man mente legene — delvis i egen vinnings hensikt — i for stor grad lot seg presse av forbrukerne. Opprettelsen av kontrollegefunksjonen kan ses som et tegn på en forestilling om at den faktiske 'sannheten om sykdom' lå der ute i verden et sted, og bare man fikk ansatt uhildede leger uten vikarierende motiver, ville den la seg avsløre. Ut fra de erfaringer man hadde gjort og de vanskeligheter man hadde støtt på, ville det kanskje vært naturlig å spørre seg om det kunne være noe galt med forutsetningene. Det kan se ut som om man stolte mer på sine traderte ideer om legen som både menneske- og samfunnsorganismens fagmann, reparatør og ubestridte autoritet enn de erfaringer man faktisk hadde.

I sine kommentarer til refusjonsordningens* ulemper, skrev sykeforsikringskomiteen at den

«bryter med en av sykeforsikringens bærende ideer, nemlig at det nårsomhelst skal være adgang for enhver forsikret uten hensyn til hans økonomi å få lægehjelp når det er nødvendig. Nu må en forsikret når han søker ... lægen skaffe de fornødne penger til å betale med. ... Er han ute av stand til å skaffe beløpet, kan det være at han utsetter med eller undlater å tilkalle lægen selv i meget påkrevde tilfeller. Sykdommen kan på grunn herav forverres og helbredelsen kan kreve lengere tid enn om lægehjelpen var kommet tidligere.»³³⁸

Komiteen konkluderte med at ulempene var av både sosial, moralsk, hygienisk og økonomisk karakter. Det kan imidlertid argumenteres for at de beskrevne ulempene mest av alt var av teoretisk og politisk karakter, noe som også kan gjøres gjeldende for dens uttalelse om «at det ikke uten tvingende grunner bør bli spørsmål om avskaffelse av det fri lægevalg da det for de forsikrede er et meget vesentlig gode.»³³⁹ Det er vanskelig å finne grunnlag for denne påstanden, og selv begrunnet komiteen den ikke. Spørsmålets historikk gir tvert imot klart inntrykk av at det hele tiden var legene som krevde fritt legevalg. At pasientene også var tjent med det, synes å være et standpunkt hovedsakelig fremkommet gjennom legenes teoretisering, og jeg har i hvert fall ikke vært i stand til å finne et eneste begrunnet krav om fritt legevalg fra medlemmene. Som medlemmenes representanter mente riktignok trygdeadministrasjonen at en begrenset frihet måtte være av det gode, men bakgrunnen for deres konklusjon synes mest av alt å ha vært en forsiktig og diplomatisk tilslutning til legenes standpunkt.

Sykeforsikringskomiteen av 1927 hadde opprinnelig 5 medlemmer, hvorav én lege, men ble i 1928 utvidet med formannen i Den norske lægeforening. De to legene dissenterter fra

* Refusjonsordning er altså betegnelsen på ordningen hvor utgiftene til legebehandling ikke ble dekket i sin helhet, men bare etter takster, slik at det enkelte forsikringsmedlem måtte bære større eller mindre deler av utgiftene selv.

flertallet ved flere anledninger. Man kan også få inntrykk av at de i enkelte spørsmål styrte komiteens resultat på en slik måte at den unnlot å konkludere med ting de fire ikke-legene var enige om, men som legene avviste. Blant annet følgende utdrag fra diskusjonen om kontraktsformer peker i den retning:

«I sin innstilling av 1927 har komiteen antydnet en ordning, hvorefter departementet skulde fastsette et beløp pr. medlem som kassens lægeutgifter ikke måtte overstige i et år. Det er denne tanke som ovenfor nærmere er utformet, men på en mer elastisk måte som man håbet vilde vise sig gjennomførbar og vinne tilslutning også fra lægenes side. ... Det har ikke vært meningen at beløpet skulde være ufravikelig i den forstand at det ikke skulde kunne overskrides under ekstraordinære forhold ... Imidlertid hevder de læger som er medlemmer av komiteen ... at lægene sannsynligvis ikke vilde komme til å slutte kontrakter med kassene hvis loven kom til å inneholde en bestemmelse som den foran antydede. [Avs.] Tiltross for at komiteens flertall ikke kan innrømme at en lovbestemmelse av innhold som det foran anførte burde stille sig hindrende iveien for kontraktavslutning, vil man dog — efter det av lægene anførte — ikke fremsette forslaget. ... Komiteens flertall sikter her spesielt til det i ikke liten utstrekning i andre land anvendte system med en fast betaling pr. forsikret pr. år. Det er klart at hvis et slikt system kan tenkes anvendt også i vårt land og man kunne få istand kontrakter på dette grunnlag, vilde kontrollspørsmålet i høi grad forenkles.»³⁴⁰

Det er vanskelig å tolke dette annerledes enn at legene ble ansett som så sentrale og viktige i både dokumentasjon av arbeidsuførhet og behandling av sykdom at man ikke ville risikere ytterligere krancling og eventuelt brudd. Ved å flyte på sin autoritet var legene dermed i stand til å styre deler av prosessen etter egne interesser. Likevel avga flertallet (alle komitemedlemmene unntatt legene) en uttalelse som på enkelte punkter angående legevalg og kontraktsforhold avvek fra legenes ønsker.³⁴¹ Mindretallet (de to legene) innledet sine kommentarer slik:

«Mindretallet ... er prinsipielt av den mening at det frie lægevalg og betaling pr ydelse på samme måte som tidligere bør oprettholdes ... Når man inntar dette standpunkt har det for det første sin grunn i at lægespørsmålet ikke bare har en økonomisk side, men også en *medisinsk*, som også må tillegges adskillig vekt.»³⁴² (min utheving)

Det interessante er at argumentasjonen etterpå likevel dreier seg atskillig mindre om medisin enn om økonomi. Det ubegrensede legevalg og betaling pr ytelse ble fastholdt kompromissløst og uten slingringsmonn, og legene ga til kjenne en oppfatning om sin egen betydning i ordningen, som de i meget begrenset grad hadde holdepunkter for og heller ikke gjorde forsøk på å begrunne.³⁴³

Av konkrete resultater av innstillingen kan nevnes at legeerklæringen ved sykdom skulle skrives på formular godkjent av Rikstrykdeverket, øyensynlig for å tvinge legene til å avgi den informasjon som kassene mente var nødvendig for sitt eget arbeid. Kassene bygget på sykdomsøkonomismodellen, og selv om man hadde forstått at slike essenser var vanskelig å

identifisere selv for legene, ser det ut som de forestilte seg at bare legene var vitenskapelige, nøyaktige og flinke nok — og ikke lot seg avlede fra den rette vei av muligheten for raske penger — hadde de kunnskap og kvalifikasjoner som gjorde dem i stand til å avsløre en sannhet som for ikke-leger aldri ville kunne åpenbare seg.

For øvrig skal det her nevnes at det var sykeforsikringskomiteen som første gang benyttet begrepet syketrygd. Begrepet var tidligere benyttet i utredningen av uføretrygd, som jeg kommer tilbake til nedenfor. Departementet likte ordet og byttet forsikring med trygd, blant annet Rikstrygdeverket og trygdekasser.

4.3.2 Nye problemer — uførebegrepet

Med forslag om helt nye dekninger brakte Odelstingsproposisjon nr 11 fra 1918, «Om uførhets- og alderstrygd for det norske folk», også helt nye dimensjoner inn i ordskiftet om trygd og om legen. (Alderstrygd blir ikke ytterligere kommentert her; det er alder som gir rettigheter, og på den har legen ingen påvirkningsmuligheter.) I utkastene til uføretrygd ble legene ikke overraskende overlatt hovedforvaltningen av uførebegrepet, som er tema nedenfor. I tillegg til lovforslag, består odelstingsproposisjonen hovedsakelig av diskusjon av resultatet av arbeidet til Folkeforsikringskomiteen av 1907. Komiteen, som var sammensatt av to statistikere, to økonomer, en bonde og en kontorsjef (altså ingen leger) omdøpte seg selv til Trygdekomiteen, og departementet adoptere navnet. Trygdekomiteens resultat besto av to separate innstillinger fordi medlemmene blant annet ikke greide å bli enige om hvordan uførhet skulle defineres og i praksis vurderes. Proposisjonen fikk ingen direkte praktiske følger i form av nye operative lover. Riktig nok ledet den frem til lov om alderstrygd i 1923, men den ble ikke iverksatt,³⁴⁴ og Norges første lov om uføretrygd trådte i kraft først i 1961³⁴⁵ etter helt ny utredning. Blant annet forvirring knyttet til uførebegrepet skapte for stor usikkerhet til at forslaget vant tilslutning fra politikerne. Ordskiftet om legene er likevel interessant fra denne undersøkelsens ståsted.

Tanken om uføreforsikring var langt fra ny. I proposisjonen hevdes at «spørsmålet om offentlig forsikring mot alderdom og invaliditet i Norge er reist tidligere end saavidt vites noget andet sted»³⁴⁶, nemlig i 1844. Spørsmålet ble ikke behandlet av Arbeidercommissionen av 1885, men saken «blev dog i aarene fremover holdt i erindring gjennom fremsættelse for Stortinget av en række private forslag og andragender.»³⁴⁷ Årsaken til at saken aldri var kommet forbi tegnebrettstadiet, ble angitt å være at «reformens talsmænd allerede fra tankens første fremkomst har tænkt sig den gennemført for saa store dele av befolkningen, at den ikke vilde ha faat karakteren av en ren arbeiderforsikring.»³⁴⁸ Disse høye ambisjonene hadde

representert uoverstigelige problemer frem til man nå grep fatt i tema på ny. Heller ikke denne gangen skulle de altså la seg overkomme.

Proposisjonens første setning lyder:

«Den nuværende samfunnsorden hviler paa den forutsætning, at ethvert normalt utrustet voksent menneske har en plikt til at forsørge sig selv og sine nærmeste, og paalægger derfor den enkelte ansvaret for, at saa sker.»³⁴⁹

Dette må ses som et klart signal om at man ønsket en restriktiv holdning til en ny forsikring. I diskusjonen av uførebegrepet slo departementet fast at det var vanskelig å «trække bestemte grenser, da disse i alle tilfælde mere eller mindre maa overlates til avgjørelse ved skjøn.»³⁵⁰ Man kan lese denne delen av proposisjonen som først en stadfesting av at uførebegrepet måtte være velavgrenset hvis forsikringen skulle kunne fungere etter hensikten, og deretter en (lett innpakket) innrømmelse av at en slik avgrensing ikke lot seg utforme.³⁵¹

Legens rolle skulle hovedsakelig ligge i fastsettelse av arbeidsevne og avgrensningen mot ervervsevne. Det ble laget et stort nummer av og teoretisert kraftig rundt forskjellene mellom begrepenes innhold, særlig i mindretallets innstilling (to av de seks representantene). Kort fortalt (men neppe særlig mindre praktisk anvendelig enn de vidløftige utredningene i proposisjonen) betegnet arbeidsevne individets mulighet for å skaffe seg arbeid vurdert med bakgrunn i fysisk og psykisk 'objektiv' tilstand, som legene skulle vurdere. Ervervsevne betegnet derimot en persons mulighet til «ved hjelp av sit arbeide (virksomhet) at skaffe sig økonomisk utbytte»³⁵². Det var mot tap av *ervervsevne* forsikringen rettet seg. I bedømmelsen av ervervsuførhet måtte det tas hensyn til arbeidsmarkedet, men det ble likevel understreket at det ikke var «den ydre mulighet for at skaffe sig et erhverv» forsikringen skulle gjelde.³⁵³ Problemet var altså å finne en rimelig balanse mellom arbeidsevne, som legen ble forventet å gi de viktigste innspill til og ervervsevne.* Trygdekomiteens mindretall ønsket separat vurdering av arbeids- og ervervsuførheten og mente at den første skulle «undersøkes av en læge og at trygdenævnden ingen særlig befatning har dermed.»³⁵⁴ 50% av arbeidsevnen måtte være tapt før rett til 'uførelivøre' (uføretrygd) inntrådte, et vilkår som kom *i tillegg* til kravet om tap av 2/3 av ervervsevnen. Departementet sluttet seg til denne vurderingen.³⁵⁵ Man innså at det i en del tilfeller kunne bli vanskelig å bedømme ervervsuførheten, men håpet at

* Det er interessant at Trygdekomiteen, til tross for den store usikkerhet som erkjennes, likevel gjør et poeng av at den opererer med at 2/3 av ervervsevnen må være tapt og ikke 'bare' 60%, som tidligere var blitt foreslått. De mellomliggende 6,7% ligger åpenbart godt innenfor det som ville blitt skjult av skjønn og varierende praksis. Likevel legges det stor vekt på forskjellene i innstillingenes beregninger. Troen på tallenes og matematikkens mulighet til å gi 'sanne' svar ser ut til å ha slått gjennom, til tross for at man nærmest i setningen foran har erkjent at slike svar ikke lar seg beregne fordi forutsetningene er så usikre.

trygdenemndenes avgjørelser i mange tilfeller ville kunne bygge på legenes vurdering av arbeidsevne:

«[H]vorledes man enn former reglerne, er det vel sandsynlig, at trygdenævndene ... vil handle efter et frit skjøn i de tilfælde, hvor de ikke kan innskranke sig til at følge lægeerklæringen.»³⁵⁶

Ellers er det svært sparsomt med henvisninger til legene i den delen av innstillingen som omhandler uførebegrepene. Dette kan tas til inntekt for at man antok at oppgaven ville være forholdsvis enkel for legen, selv om man i og for seg også hadde uttalt det motsatte. Det er også mulig at departementet fant det uhensiktsmessig eller upassende å diskutere et tema som så klart ble ansett å ligge innenfor legenes fagområde. Uansett fremgår det at man gjennom den uskarpe avgrensningen mellom arbeids- og ervervsuførhet antok at legene i de fleste tilfeller ville være i stand til å uttrykke seg med så stor sikkerhet om det første, at det ville være naturlig å lene seg til resultatet også i vurderingen av det siste. Begrunnelsen for at leger skulle bedømme arbeidsuførhet begrenser seg til følgende: «De to set oppgaver ... er saaledes fordelt på forskjellige hænder: Paa lægerne for den dels vedkommende som hører deres fag til.»³⁵⁷ At både sykdomsbegrepet i seg selv og kobling til arbeidsevne var vanskelig ble ikke tematisert med utgangspunkt i legenes oppgaver og rolle. Det ser ikke ut til å ha vært noen klar forestilling om at sykdom og fremskritt i samfunnet var relative størrelser (kfr pkt 1.2). Erfaringene fra sykeforsikringsordningen pekte i den retning, men disse erfaringene ble ikke grepet fatt i. Rigsforsikringsanstaltens kritikk av at legene var for 'snille' i sine vurderinger og lot seg presse av medlemmene bunnset sannsynligvis i stor grad i at man ikke forsto denne relativiteten, men oppfattet legens arbeid som atskillig mer likefrem og objektivt enn det i virkeligheten var (og er). Det man neppe heller innså, var at trygdenemndenes grunnlag for vurdering av ervervsuførhet i praksis i all vesentlighet ville bero på de samme elementer som legens vurdering av arbeidsuførhet. Selv om den teoretiske utredningen skilte sterkt mellom de to, ville altså forskjellen være liten i den praktiske hverdagen. Teorien bygget i første instans på en oppfatning om at sykdom i de fleste tilfeller var lett å identifisere, noe som for mange diagnoser naturligvis er riktig, men som likevel hadde vist seg ikke å være tilfelle for mange av de plagene kassemedlemmene gikk til lege for å bli sykmeldt og behandlet for. I neste instans — og viktigst i denne sammenhengen — antok man at kyndige leger forholdsvis greit ville kunne fastsette sykdommens betydning for fysisk og psykisk funksjonsnivå med akseptabelt slingringsmonn. Denne forestillingen er det enda vanskeligere å finne grunnlag for annet enn som idé.

Sammenblandingen av uføretypene fremgår av følgende utdrag fra mindretallets innstilling:

«Som mere enn halvt arbeidsufør ansees enhver, der paa grund av legemlige eller sjælelige abnormiteter, mangelfulle sans- eller virkeorganer, sykелighet, alderdomssvakhet eller anden mangel paa legems- eller aandskraft maa antages at være ute av stand til i løpet av et aar fremover at utføre saa meget som halvdelen av det arbeide, han, om han ikke hadde været beheftet med de paagjældende mangler, kunde ha utført i løpet av et aar i et for ham høvelig yrke, som maa forutsættes særlig at egne sig for ham, eller som han er fortrolig med. [Avs] Blandt manglerne medregnes ikke smaa evner, medmindre vedkommende maa betragtes som abnorm, eller svak legemsbygning, naar der ikke foreligger en paaviselig sykelig tilstand. ... Den, som ikke er mere end halvt arbeidsufør, kan under ingen omstændighet anerkjennes som erhvervsufør.»³⁵⁸

Ved å gå kritisk gjennom denne 'oppklaringen' kan det stilles spørsmål ved om den oppklarer noe som helst. I første instans er mange tilstander vanskelige nok å diagnostisere (klassifisere, sette navn på), men hovedproblemet ligger i bedømmelsen av hvilken innvirkning plagen og/eller sykdommen har på arbeidsevnen. Dette kan kanskje eksemplifiseres gjennom en kort analyse av følgende spørsmål: Hvor vond må en rygg være for at arbeidsevnen skal være redusert med halvparten? Det er ikke rom for en grundig diskusjon av alle de problemstillingene dette (og lignende spørsmål) reiser, men for å peke på noen av dem: Hvordan skal legen skille 'hvor vond en rygg er' fra 'hvor vond en rygg *angis å være*'? Hvilke kvalifikasjoner setter legen i stand til å evaluere en persons arbeidskapasitet på en arbeidsplass legen ikke har sett (med mindre arbeidskapasiteten er så åpenbart redusert at *alle* ville kunnet konkludere, men hva skal man da med legen)? Hvordan skal 'et for ham høvelig yrke' oppfattes? Det kan stilles mange flere spørsmål, og hvert av dem kunne underlegges en lang diskusjon. Selv om de få som er stilt, kanskje blir hengende litt i luften, oppfyller de hensikten hvis de illustrerer at begrepet 'arbeidsevne' er svært uklart, at det neppe er klarere for en lege qua lege enn for andre og at arbeids- og ervervsevne i praksis neppe lar seg skille fra hverandre i noen av spørsmålene.

Mindretallets innstilling inneholdt også en utredning om arbeidsevners betydning for rett til å bli opptatt som medlem i trygdeordningen. En som hadde en risikotilstand allerede ved tegningstidspunktet, kunne ikke opptas i ordningen.

«Det siger sig selv, at der ved bedømmelsen av arbeidsevnen er spørsmål ikke blot og bart, om hvad vedkommende har utrettet, men om, hvad han uten forsømmelser har kunnet utrette. ... Der er overhodet ingen grund til at opta i Trygden folk, som paa grund av sit levesæt er blit udugelige til arbeide — alkoholister, skjøger, forbrytere, omstreifere og uforbederlige lediggjængere. Og naar man paa dem anvender arbeidsevnen som maalestok, kan man i almindelighet opnaa at utelukke dem, fordi de vil være mere end halvt arbeidsuføre efter nærværende paragraf. De er paa en maate sjælelig abnorme; de savner ialfald fornøden viljesenergi, altsaa fornøden aandskraft. ... Ved spørsgsmaal om antagelse til trygdning vil det i regelen bli trygdenevndene, som får at avgjøre, om vedkommende er mere enn halvt arbeidsufør eller ikke. I almindelighet vil dette ikke frembyde nogen større vanskeligheter.»³⁵⁹

Fordi disse sakene var enkle, regnet man altså med at det i liten grad ville bli bruk for leger i behandlingen av dem. Sykdomsbegrepet som det her opereres med, er hovedsakelig moralsk og kulturelt fundert, og det er vanskelig å se at ikke også legenes bidrag, når man først følte behov for det, i de aller fleste tilfeller ville måtte bero på rent skjønn.

Ved krav om ytelser ved uførhet mente man at legeerklæring i de aller fleste tilfeller *måtte* foreligge:

Her kreves en bedømmelse, bygget paa en sagkyndig undersøkelse av vedkommendes tilstand. Det skal bringes paa det rene, hvorvidt en paastaat sykkelighet eller svakhet virkelig er tilstede, og i tilfælde, i hvilken grad og tildels for hvor lang tid arbeidsevnen maa antages at være blit nedsat derved. Spørsmål herom maa — bortset fra aldeles utvilsomme tilfælde av livsvarig arbeidsuførhet — nødvendigvis besvares av en læge.³⁶⁰

For sykeforsikringens del hadde det vist seg at legene så ofte kom til resultater som kassene og Rigsforsikringsanstalten fant urimelige, at det altså kom til konflikt. Det var neppe grunn til å tro at noe annet skulle bli resultatet i en uføreordning, men tema ble ikke berørt. I et betydelig antall av de tilfellene hvor trygdeetaten mente at legene lot seg presse av økonomiske grunner, er det like sannsynlig at det har dreid seg om legenes uklare oppgave. Hvis legen i møte med en lidende forbruker — syk eller ei i tradisjonell forstand — forsto behovet, ville han i mangel av et verktøy som ga grunnlag for å fatte 'riktige' beslutninger, være hensatt til hovedsakelig å konkludere på verdibasert (morsalsk og politisk) grunnlag også i uføreordningen. Dette er ikke realitetsbehandlet i utredningen.

Trygdekomiteens flertall kritiserte mindretallets teoretisering og også dets vektlegging på arbeidsuførhet. Flertallet minnet om at det var inntektsbortfallet som skulle forsikres for å få bukt med nød som følge av fattigdom. Selv om man ikke led av sykdom var det ikke gitt at man ville være i stand til «at gjøre arbeidskraften frugtbringende», selv om redusert ervervsevne som oftest ville være forårsaket av sykdom. Flertallet kritiserte også mindretallet for sin forestilling om at alt kan kvantifiseres. Hva med lærere og kontorister, spurte de og la vekt på at det i slike tilfeller dreide seg om kvalitative reduksjoner i inntektsevne som vanskelig kunne måles.³⁶¹ Flertallet inntok altså en mer relasjonell holdning til uførebegrepet enn mindretallet, hvilket i teorien innebærer sterkere usikkerhet og uforutsigbarhet og mindre vekt på legenes innspill. Men likevel havnet også flertallet i praksis på en løsning som i stor grad måtte lene seg til legens vurdering. «Hvad der falder ind under sygdom, er ikke let at bestemme, og det antages heller ikke nødvendig at definere begrepet», uttalte de og henviste til at legeerklæringen stort sett ville gi den rette avklaring,³⁶² til tross for at man altså samtidig slo fast at det var atskillig mer problematisk enn som så. Det ser ut som man hadde svært vanskelig for å ta innover seg det man faktisk hadde oppdaget gjennom både teoretisk

utredning av uførebegrepet og praktisk erfaring fra sykeforsikringen, nemlig at man ikke kunne forvente så klare svar fra legen som man ønsket. I stedet for å ta konsekvensen av det, ser det ut som man likevel landet på en løsning som i praksis så bort fra det man hadde oppdaget og la ansvaret på legene. Hvis det skulle være mulig å oppfylle intensjonen om at ytelse bare skulle tilstås når «de i loven opstilte *objektive* betingelser foreligger» (min uthevelse), måtte man for det første lukke øynene for at de objektive betingelser i stor grad var et fantasifoster og dernest legge til grunn en meget ensartet *kultur* både hos leger og trygdenevnder slik at skjønnets i liten grad ville variere.

Perioden fra 1912 til 2. verdenskrig kan oppsummeres gjennom den overskriften jeg har benyttet: Styrking av legerollen og konflikt. Ved begynnelsen av perioden var de aller fleste privatpraktiserende leger uvant med offentlige oppgaver, og både staten og trygden var uvant med å samarbeide med privatpraktiserende leger. Konflikten som varte gjennom hele perioden kan kanskje betraktes som en 'nødvendig' prosess for å klargjøre spilleregler som ikke var klargjort på forhånd. Det er kan herske liten tvil om at legene kom styrket ut av perioden. En viktig årsak ser ut til å være at verken politikere, trygdefunksjonærer, forbrukere eller legene selv fant grunn til å stille spørsmål ved betydningen av legehjelp eller diskutere begrunnelsene for legenes oppgaver i forbindelse med legitimering av sykefravær. De ser alle ut til å ha tatt for gitt at i hvert fall 'ideallegen' hadde de rette svarene, selv om det nok kunne oppstå problemer med dem som ikke var flinke nok eller lot seg presse av forskjellige sosiale krefter. I utredningen av uførebegrepet ser det ut som både komiteen og departementet teoretiserte seg bort og mistet skogen av syne mellom alle trærne. Uansett trakk de verken konsekvensene av de betenkeligheter som kom frem i deres egen utredning eller av de erfaringene man hadde med syketrygden. Det ble lagt opp til å tildele legene en meget sentral rolle i ordningen, formodentlig på bakgrunn av de forestillinger de hadde om legene.

4.4 Universalismen får gjennomslag

I «I skuggan av framtiden — modernitetens idéhistoria» skriver Sven-Eric Liedman:

«Motstrømninger mot universalismen er av avgjørende betydning for alle som vil forstå så vel opplysningen som de tre siste århundrer revolusjoner og hele det moderne menneskebildet. ... Dets særmerke er ... konflikten mellom en universalisme som prøver å gjøre seg praktisk anvendelig og en partikularisme som formulerer seg like generelt som sin motpol og som i like stor utstrekning utvikler sin praksis»³⁶³

Universalisme betegner den holdningen at alle mennesker i utgangspunktet er likeverdige uavhengig av kjønn, rase, klasse, kaste, stamme osv. Partikularisme står for det motsatte standpunktet, som altså innebærer at moral er et gruppeanliggende: Med 'de andre' er det

ikke så farlig. Liedman hevder at før 1600-tallet finner man kun spredte eksempler på universalisme (for eksempel det greske demokrati). De siste 400 årene har derimot den moderne europeiske universalismen utviklet seg langsomt og smertefullt. Adelenes kamp for sine særrettigheter, klassekamp, rasehygiene og kvinnefrigjøring er alle eksempler på motsetninger mellom partikularisme og universalisme. Jeg skal ikke gå nærmere inn i materien annet enn å referere Liedman når han hevder at etterkrigstidens universalisme var en reaksjon på den «orgie i partikularisme» som nazismen representerte.³⁶⁴ Etterkrigstidens bærende idé ble at vi alle har et likt fellesmenneskelig råmateriale som formes av samfunnsforhold, som i sin tur kan endres. Sett i sammenheng med førkrigstidens rasefokus og segregasjonspolitik, *måtte* dette føre til reformer — ikke minst i sosial- og helsepolitikken og dermed også for legen.

Karl Evang, som var helsedirektør fra 1938 til 1972, spilte en sentral rolle i utviklingen av trygdepolitikken og sosialpolitikken generelt (kfr også pkt 4.1.1). Det vil hyppig bli henvisning til ham i det følgende. Han hadde allerede i mellomkrigstiden brukt begrepet velferdsstat, men først etter krigen ble det allemannseie. Vidt definert innebærer en velferdsstat at politikerne har et mål for innbyggernes velferd og treffer tiltak for å nå disse målene.³⁶⁵ I etterkrigs-Norge ble sosialdemokratiets tre søyler — universalitet, omfordeling gjennom skattelegging og offentlig ansvar — stående sentralt i en politikk der målet var trygghet for alle.³⁶⁶ Innenfor omsorgsfeltet gikk utviklingen fra segregering til integrasjon og fra differensiering til enhetsprinsipp.³⁶⁷ Det skulle være slutt på de forskjellige særomsorgene, og de som hadde redusert funksjon i en eller annen form skulle gis anledning til likevel å fungere mest mulig normalt i samfunnslivet. Gjaldt det barn, skulle enhetsskolen gi et tilpasset tilbud, og gjaldt det voksne skulle man i den grad det var mulig tilrettelegge arbeid for dem. Først skulle individet behandles så langt *det* gikk, og deretter skulle samfunnet tilrettelegges så langt *det* gikk.

I de politiske partienes fellesprogram fra 1945 het det blant annet:

«Sosialvesenet utvikles med sikte på å gjøre forsorgsvesenet overflødig. De sosiale trygder samarbeides så vi får en felles trygdeordning ved sykdom, uførhet, arbeidsløshet og alderdom.»³⁶⁸

Stortingsmelding 58 fra 1948, «Om folketrygden», grep fatt i denne intensjonen. Å utarbeide den hadde tatt noen år, og det ble gitt klart uttrykk for at også gjennomføringen måtte antas å bli en mangeårig prosess. Det angis at en

«sentral oppgave for folketrygden blir å skape større ensartethet på disse forskjellige områdene. Det gjelder både ...stønadenes størrelse og ... finansieringsprinsippene. ... Men en like viktig oppgave er å få dekket de områder som burde være med i sosialtrygden, men som ennå står utafør. Det gjelder i første rekke en alminnelig uføretrygd, [og] utvidning av

syketrygden, På denne måten skulle en kunne nå fram til en så vidt mulig fullstendig trygd mot inntekstbortfall.»³⁶⁹

Målet fra myndighetenes side var altså (som med sykeforsikringsloven av 1909) å sikre borgerne mot uforutsett inntekstbortfall — det som truet den enkeltes og familiens velferd. Sykdom var i prinsippet bare én mulig grunn til slikt bortfall. Et tema som imidlertid stadig skulle komme til å gå igjen, og som hadde gjort det helt siden sykeforsikringen av 1909, var at man i tillegg til arbeidsledighet (som ikke vil bli berørt ytterligere) likevel ikke aksepterte andre årsaker enn sykdom, skade eller lyte til at noen kunne betraktes som verdig trengende til trygdeytelser (bortsett fra barnefødsler).

Som tidligere ønsket departementet å integrere legebehandling i den nye ordningen, men det kom klarere til uttrykk enn før at dette måtte ses som en del av en helhet. Man ønsket å knytte sammen

«det offentlige helsestell og trygden, slik at det alminnelige forebyggende arbeid, bekjempelsen av de store folkesykdommene og den alminnelige sykebehandlingen går inn i et vel avveiet samarbeid. ... [T]rygdens oppgave skal være å dekke utgiftene ved all sykebehandling ... [S]ykehjelpen [bør] ta sikte på at en hver får den best mulige sykebehandling samfunnet kan gi uten hensyn til sin økonomiske stilling.»³⁷⁰

Implisitt i dette synes å ligge et ønske om å bake sammen de to legerollene (samfunnsmedisineren og den praktiserende legen). Selv om man var klar over at de høye ambisjonene kom til å koste penger, ble det også oppfattet som en investering i fremtiden. I 1945 uttalte Evang optimistisk: «Mange vil spørre: men har vi råd...? vi har ikke råd til å la det være. ...De pengemidler som nedlegges på dette felt er ... i aller egentligste forstand produktiv kapital.»³⁷¹

Gratis behandling var fortsatt et viktig mål for mange og understreker hvilken betydning som ble lagt i de praktiserende legenes arbeid. Departementet understreket at den syke bare ble delvis hjulpet hvis ikke dette kunne oppfylles.³⁷² Hvis folk skulle utsette eller unnlate å oppsøke lege på grunn av kostnadene, fryktet man fortsatt at det totalt sett ville bli dyrere ut fra forestillingen om at legen kunne ta ondet ved roten hvis sykdommen ble oppdaget tidlig.³⁷³ * Gratis legehjelp var imidlertid vanskelig å kombinere med avlønning av leger etter

* Selv i 2002, hvor den medisinske teknologi inkludert behandlingsmuligheter er kommet svært mye lengre enn i 1945 (og flere 'lysår' lengre enn da man først begynte å hevde at tidlig diagnostikk var så viktig), er det for mange sykdommer fremdeles stor usikkerhet knyttet til om tidlig diagnostikk er gunstig — både for den enkelte pasient og økonomisk. Et tema som har vært gjenstand for betydelig faglig debatt siste årene er rutinemessig mammografi for tidlig diagnostikk av brystkreft hos kvinner. Jeg kan naturligvis ikke gå inn i debatten her, men uenigheten dreier seg hovedsakelig om hvordan man kan, bør eller skal tolke resultatene av forskjellige omfattende studier som har forsøkt å avklare spørsmålet. Kreftregisteret har funnet det nødvendig å presisere sitt ståsted (at det er betydelig effekt) i Tidsskrift for den norske lægeforening nr 2, 2002; 122: 211-3 nettopp fordi flere andre tunge forskningsmiljøer hevder det motsatte, og begge sider slår hverandre i hodet med bruk av

stykkeprissystemet, som var iboende sykdomsdrivende. Dessuten visste man av erfaring at stykkeprissystemet var dyrt og at legene inntil da ikke hadde gitt ved dørene. Både av prinsipielle og økonomiske grunner tok departementet derfor til orde for en ny avlønningsform for leger.

«Det er ... uheldig at en stand med så viktig samfunnsoppgave som legenes for en stor del har sine inntektsforhold ordnet på en slik måte, at deres økonomiske interesse ikke faller sammen med deres samfunnsmessige oppgave, ... Selv om åpenbare misbruk fra legenes side hører til unntakelsene, kan en imidlertid ikke vite hvor meget denne oppgjørsmåten influerer på størrelsen på utgiftene til legehjelp. Under en hver omstendighet er det klart at legen, når han er avhengig av betaling pr. enkeltytelse, ikke kommer til å stå så sterkt overfor den enkelte pasient. Han kan vanskeligere motarbeide eventuell unødvendig legesøkning, ubegrunnede krav om utskrivning av sykemeldinger, attester, medisin, osv.»³⁷⁴

Nok en gang er det verdt å merke seg at man verken diskuterte effekten av legenes behandling eller realitetsbehandlet rimeligheten i at de skulle være portnere for trygderettigheter ved arbeidsuførhet — altså at alle saker måtte gjennom legen, som i praksis fikk meget stor innflytelse på resultatet. Det er vanskelig å tenke seg andre årsaker til dette enn at man anså både behandlingseffekt og portnermonopol* som så opplagt at man rett og slett ikke fant det nødvendig eller interessant å diskutere det.

Den utbredte enigheten om den store betydningen i samfunnet av et individrettet helsevesen legitimerte en dominerende rolle for klinisk medisin,³⁷⁵ og kombinert med portnerrollen til trygderettigheter ble den praktiserende legen med stykkeprisinntekter en kromtapp i systemet — om de sosialmedisinorienterte fastlønnsstilhengerne likte det eller ei. Sett i et maktspillperspektiv mellom forbrukere, stat og leger, hadde forbrukerne ingen formell plass ved bordet, men hadde bedret sine påvirkningsmuligheter på selve spillebrettet. I tillegg til at de kunne manipulere legene gjennom å spille på uklarheten i helsebegrepene, var helsetjenester blitt valgflesk. Forbrukeren hadde en forestilling om legene som et vesentlig og nødvendig samfunns gode og trengte dem i tillegg som sanksjonsinstans for sykepenger. Det ville være dårlig politisk taktikk å foreslå endringer som ville redusere tilgjengeligheten til praktiserende leger, og ved å sette hardt mot hardt overfor legene, visste politikerne av erfaring at nettopp dette med stor sannsynlighet ville bli konsekvensen. Det

metoder og tolkninger av tall. Tema blir også diskutert i samme tidsskrift nr 22, 2001; 121: 2636-7. Også for flere andre alvorlige sykdommer hvor behandlingsresultatene er usikre, hevdes det ofte at for pasientene er det sannsynligvis best at sykdommen oppdages *senest* mulig. Det kan uten videre fastslås at dette var sannere da behandlingsmulighetene var dårligere, hvilket de helt klart var på det tidspunktet det her er snakk om.

* Det er kanskje ikke helt riktig å benytte monopol i denne sammenhengen, for det var (og er) andre kriterier enn de medisinske som skal være oppfylt før rett til trygdeytelser ved arbeidsuførhet inntreffer. Det er imidlertid bare det medisinske kriteriet som er knyttet til en spesifikk faggruppes vurdering og som utover opptjeningstid, alder og den slags formaliteter er vilkår for at trygdeytelser overhodet er aktuelt.

som sto i veien for gratis legehjelp til alle var fremdeles legenes honorarkrav og myndighetenes manglende 'mot' til å avvise dem.

Departementet innså at de seks mål som Stortingsmelding 58 satte opp for legebehandling og legelønn var umulig å oppfylle samtidig. Disse var fri behandling av alle syke, fritt legevalg, hensiktsmessig fordeling av leger i landet, lønssystem som gjorde legens økonomi uavhengig av pasientens sykdom, lønssystem som stimulerte til kvalitet og lønssystem som fremmet samarbeid (og ikke konkurranse) mellom legene.³⁷⁶ I litt store bokstaver diskuterte man med andre ord det samme som man hadde gjort før (og har gjort siden) og falt nok en gang ned på en løsning bygd over en lest ikke ulik dagens fastlegeordning.³⁷⁷ Staten prøvde å slå kloa i og få kontroll over legetjenestene ut fra egne interesser, mens det kan se ut som legene i stor grad kunne stå fast på sine krav i temmelig trygg forvissning om at de var så viktige at ingen ville tørre å beslutte noe som kunne føre til redusert tilgjengelighet for menigmann. Og heller ikke denne gangen kom det til prinsipielle endringer i honoreringen av praktiserende leger, som altså forble selvstendig næringsdrivende med (i hvert fall teoretisk) egeninteresse i mest mulig sykdom i samfunnet.

4.4.1 Generell syketrygd

Odelstingsproposisjon 52 fra 1955 behandlet generell syketrygd — altså obligatorisk sykeforsikring for alle — og var et klart skritt i universalistisk retning og mot oppfyllelse av intensjonen i fellesuttalet av 1945. Utvidelsen ville medføre at trygdekassene ville bli de privatpraktiserende legenes klare hovedinntektskilde. I høringsutkastet ble det ikke foreslått endringer i kravet til legeattestasjon ved arbeidsuførhet, og ordningen med kontrollege ble videreført, altså en lege ansatt av trygden med oppgave å kontrollere de praktiserende legene (bortsett fra at navnet ble forandret til rådgivende lege, som det fortsatt heter i 2002). Det ble også foreslått at tvistemålsorganet for tvister mellom leger og trygdekasser skulle fjernes og trygdekassens adgang til å treffe vedtak om å utelukke en lege fra kassepraksis oppheves. I stedet skulle departementet ha anledning til både å gi generelle regler som ville begrense legers adgang til å drive for en trygdekasses regning (altså en begrensning av det frie legevalget), og det skulle kunne utelukke en lege fra å praktisere for en trygdekasse «hvis departementet finner det godtgjort at han har gjort seg skyldig i misbruk overfor kassen, at han ikke forsvarlig skjøtter sin legegjerning eller ikke oppfylder sine plikter etter denne lov.»³⁷⁸ Forslaget falt Lægeforeningen tungt for brystet, som argumenterte med at generell syketrygd innebar en ny økonomisk situasjon, hvor utelukkelse fra retten til å praktisere for en trygdekasse i realiteten ville innebære utelukkelse fra praksis overhodet fordi inntektsgrunnlaget ville bli borte. Legenes krav innebar dermed en kombinasjon av

uinnskrenket rett til å drive privat praksis hovedsakelig på fellesskapets bekostning med statlig plikt til å sikre alle et visst næringsgrunnlag. De fikk gjennomslag for noen av sine synspunkter i departementet, delvis med støtte fra Helsedirektoratet og trygdeinstanser.³⁷⁹ Det ubegrensede frie legevalget ble opprettholdt. Retten til å utelukke en lege som gjorde seg skyldig i misbruk overfor trygden eller ikke oppfylte sine plikter i henhold til sykestrygdloven ville departementet imidlertid ikke fjerne.³⁸⁰ Legene mente at slik utestengning bare måtte kunne gjøres med hjemmel i lov om legers rettigheter og plikter,³⁸¹ men måtte altså finne seg i en viss økt kontroll fra statens side. Fortsatt var det imidlertid stort byråkrati forbundet med å gå til forføyninger mot en praktiserende lege og dermed også høy terskel for å gjøre det. Det faglige innholdet og effekten av de praktiserende legenes virksomhet ble, som så mange ganger tidligere, ikke underlagt diskusjon.

Bortsett fra at flere ble kanalisert til legen og gjort til pasienter, og at legene dermed økte sitt inntektsgrunnlag, ser det ikke ut som lov om generell sykestrygd fikk særlig betydning for legenes maktposisjon eller innflytelse. Departementets rett til å gå til forføyninger overfor legene (selv om det skulle mye til) var kanskje et signal om at de ikke kunne forvente å beholde sin fullstendig frie stilling i en utvikling hvor de ble trukket stadig sterkere inn i statens formelle prosjekter og mottok en stadig høyere andel av sine inntekter gjennom det offentlige.

4.4.2 Legen og uførebegrepet nok en gang

Neste skritt i trygdeutbyggingsprosessen kom med Odelstingsproposisjon 22 i 1959 med utkast til lov om generell uføretrygd og forslag til derav følgende nødvendige endringer og tillegg til lov om sykestrygd og en hel del andre lover. Om uførebegrepet heter det i proposisjonens innledning:

«[Det] lar seg meget vanskelig definere eller klart avgrense. Utgangspunktet er at det foreligger en medisinsk tilstand (sykdom skade eller medfødt lyte) som en ikke kan regne med vil bli helbredet.»³⁸²

Som mange ganger tidligere i ordskiftet, ser det ut til å ligge en dobbelthet — nesten en selvmotsigelse — i dette utsagnet. sett i sammenheng med den øvrige teksten (se nedenfor), må det antas at departementet med 'medisinsk tilstand' mente det som sorterte inn under det utvidede sykdomsbegrep (avvik fra fullt fysisk, psykisk og sosialt velvære). Slik sett ble i realiteten nær sagt ethvert menneskelig ubehag inkludert i legenes vide autoritetsfelt. Et slikt sykdomsbegrep definerer i realiteten legen som ekspert på ethvert tilfelle av funksjonsreduksjon (og dermed arbeidsuførhet) — uansett årsak. Proposisjonen ble foredratt av sosialminister Gudmund Harlem, som selv var lege og i stor grad tilhenger av Evangs

prosjekt.* Den kraftige politisk styrte medikaliseringen som ligger i ovenstående var derfor ikke overraskende; politikk ble jo ansett som medisin i større målestokk.

Selv om et slikt syn på uførhet kan virke overmodig på medisinfagets og legenes vegne, hadde departementet forståelse for at den oppgaven man ville pålegge legene på visse områder gikk utover deres rent formelle fagkompetanse:

«Om en ... tilstand skal lede til uførhet vil være avhengig av hvor alvorlig eller inngripende sykdommen ... er. I noen grad kan dette objektivt måles ... Sammenlagt utgjør imidlertid disse formene for det medisinske grunnlaget for uførhet en liten del. ... Spørsmålet om uførhet foreligger, vil ... være avhengig av en rekke andre faktorer enn de rent medisinske.»³⁸³

I dette kan det kanskje sies å ligge en viss erkjennelse av at legenes rolle og fullmakter også var motivert av praktiske hensyn. Selv om uførhet ikke var *rent* medisinsk, må imidlertid formuleringene forstås slik at alt til syvende og sist likevel var medisinsk og at legen måtte stå for vurderingen. Proposisjonens diskusjon og beskrivelse av uførebegrepet er i det hele tatt forvirrende. Ovenstående må tas til inntekt for at man ikke kunne forvente objektive funn i særlig mange tilfeller, og i den videre diskusjonen slås det fast at ved

'lettere' mentale lidelser ... vil imidlertid den medisinske fagkunnskap ofte bli stillet overfor vanskelige problemstillinger i praksis. Man er her inne på et felt hvor de medisinske kriterier har mindre skarpe konturer og er vanskeligere å registrere objektivt. Slike *sykdomstilstander* kan under tiden skyldes miljøskader og sosial feiltilpasning ... Hvorvidt det dreier seg om en sykdomstilstand eller ikke, vil — generelt sett — avhenge av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet.³⁸⁴ (min utheving)

Det er vanskelig å tolke dette annerledes enn at legene kunne avgjøre at også tilstander som ikke lot seg objektivisere i vanlig forstand skulle defineres inn under sykdomsbegrepet.

Likevel slås det fast at det «selvsagt ikke [er] tilstrekkelig at pasienten selv angir å ha de symptomer det er spørsmål om»,³⁸⁵ og uførhet er i selve lovutkastet definert slik:

«Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling frambyr alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom skade eller lyte.»³⁸⁶

Legger man lovens forarbeider til grunn, ser det ut som departementet opererte med et problematisk 'relativt objektivitetsbegrep' i betydningen at legevitenskapen og legene skulle kunne fastslå hva 'objektiv' skulle bety i den forstand at hvis legen mente det var sykdom, skulle det anses som objektivt selv om det ikke ble gjort objektive funn i vanlig forstand. I

* Selv om velferdsstaten som sagt ble skapt under stor politisk enighet, hadde Karl Evang en sentral posisjon. Rune Slagstad hevder: «I 'systemet Evang' ... gikk politikk og administrasjon opp i en høyere enhet som het helsedirektør Evang.» Ifølge Slagstad var Evang for utenrikspolitisk radikal til å kunne få plass i Gerhardsens kabinett, og først med Harlem fikk han en sosialminister som 'matchet' ham. (Slagstad s 308)

den praktiske hverdagen ville avgjørelsen i de fleste tilfeller falle på den enkelte lege. Det må dermed antas at departementet forventet at legene ville se temmelig likt på saken, for ellers måtte jo forskjellsbehandlingen bli betydelig, og det var åpenbart ikke meningen. En annen mulighet er naturligvis at de ikke tenkte over problemstillingen, hvilket i så fall også må tas til inntekt for meget sterk tiltro til leger. Det foreligger ingen klargjøring fra departementet, men ut fra de holdninger som kommer til uttrykk i teksten, synes det mest nærliggende å slutte at man mente at dette var noe som lå i legevitenskapen: Bare legene lærte sitt fag godt nok, ville den objektive sannheten på et eller annet vis tre frem, selv om man, slik sitatene ovenfor viser, var klar over at denne objektiviteten ikke var det man vanligvis legger i begrepet.

Helsedirektoratet foreslo i sin høringsuttalelse et litt annet uførebegrep:

«Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling, lider av en alvorlig grad av medisinsk invaliditet, bedømt på grunnlag av vedkommendes objektive og subjektive symptomer, sykehistorie, alder, yrke, mentale status og de muligheter for å gjenoppta et tidligere eller lære seg et nytt yrke som vedkommende medisinsk sett frembyr.»³⁸⁷

Etter denne formuleringen kan objektiv registrerbarhet ikke oppfattes som en forutsetning for å bli tilstått trygd, men det fremgår likevel helt klart at det var legen som skulle forvalte hele begrepsinnholdet. Sammenholdt med departementets diskusjon, er det ikke sikkert at Helsedirektoratet egentlig la til grunn en videre tolkning, men direktoratet var klarere på at en slik vid tolkning var intensjonen. Uansett mente både departement og direktorat at det til syvende og sist måtte være legen som skulle vurdere om de plagene pasienten eller forbrukeren presenterte (objektiverbare eller ei i vanlig forstand) skulle kvalifisere til trygd.

Ovenstående kan tas til inntekt for at enhver som *etter legens skjønn* hadde varig redusert fysisk, psykisk eller sosial funksjon i en slik grad at arbeidsevnen var betydelig redusert, og uten at gjennomført behandling eller attføring hadde bedret arbeidsevnen, ville fylle medisinske vilkår for uføretrygd. Følgende kompliserer imidlertid dette bildet:

Personer som f. eks. på grunn av miljøskade mangler evnen til å tilpasse seg normalt regelmessig arbeid, hører ikke hjemme i en uføretrygd. Det samme gjelder personer som på grunn av alkoholisme, avhengighet av narkotika, kriminelle tilbøyeligheter eller psykopatisk konstitusjon er mer eller mindre uskikket i arbeidslivet. ... De bør ha spesialbehandling med sikte på sosial rehabilitering av et personale som har særlig innsikt i de problemer som knytter seg til sosial avsporing, miljøskade og tilpasningsvansker.³⁸⁸

Det er mulig man med dette mente at personer i de nevnte kategorier godt kunne være i en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende til tross for sin tilpasningssvikt og antisosiale atferd. I så fall ville det vært naturlig med retningslinjer for hvordan legene skulle

skille disse uverdige trengende fra de verdige. Mer trolig er det at det er departementets (og samtidens) fordommer som kommer til uttrykk.*

Summa summarum synes avgrensningene så uklare at det er vanskelig å forstå proposisjonen annerledes enn at sosiale problemer skulle gi rett til trygdeytelser når legen oppfattet det som sykdom, men ellers ikke, altså at legen ble sittende med bukten og begge endene. Både departementet og Helsedirektoratet må ut fra dette antas å ha operert med et bilde av en slags enhetslege eller ideallege slik at det i praksis ville bli en rimelig grad av likebehandling. (Trygdens egne rådgivende leger kunne naturligvis konsulteres, men det er tilsvarende vanskelig å forstå hvordan de skulle kunne avgjøre hva som var 'riktig' annet enn gjennom historisk opparbeidede oppfatninger.) At problemstillingen ikke ble diskutert, må sannsynligvis tas til inntekt for at legenes kompetanse ble antatt å omfatte også alle forhold vedrørende mennesket som sosialt vesen.

Men det eksisterte også motstridende syn. For eksempel advarte begge Rikstrygdeverkets hovedleger mot et for inkluderende sykdomsbegrep. I sin uttalelse skrev Tharp-Meyer: «Begrepet medisinsk invaliditet må derfor tolkes på en måte som gir mest mulig entydig tolkning og som holder seg til vurderingsforhold som den medisinsk skolerte behersker.»³⁸⁹ Han rettet også en klar advarsel mot å tillegge legene oppgaver utover hva de qua leger måtte antas å beherske. «En eventuell ervervsmessig uføregrad og muligheter og omskolering bør vurderes av arbeidskonsulenter og psykologer. På disse felter er legene — qua medisinsk skolerte fagfolk — ikke sakkyndige.»³⁹⁰ Tharp-Meyer ga dermed uttrykk for det Liedman kalte en ekspertholdning til vitenskapen (kfr pkt 3.4.3) og fikk støtte av sin kollega Linneberg, som la vekt på problemene knyttet til de ikke-objektiverbare tilstandene, spesielt nevrosene. Også han viste stor edruelighet vedrørende legenes rolle i spillet om trygd og uttrykte betydelig tvil om legens kvalifikasjoner overhodet i fastsettelse av arbeidsevne: «Muligens kan legen også si noe om hvilket arbeid vedkommende ikke kan eller bør ta fortsatt.»³⁹¹

Gjennom innføringen av uføretrygd fikk legene nye oppgaver og økt makt på fellesskapets vegne. I det politiske ordskiftet, slik det fremstår i Odelstingsproposisjon 22 fra 1959, ble dette i liten grad problematisert gjennom for eksempel undersøkelse og diskusjon av legenes forutsetninger og kompetanse for oppgavene. Andre løsninger ble ikke antydnet. Rikstrygdeverkets leger hadde erfaring med nettopp de vanskelige vurderingene og ga uttrykk

* Selv om personer med nevnte tilstander ikke skulle anses som syke, skulle den spesialbehandlingen de skulle underlegges også ledes av leger — hvilket jo borger for at det likevel måtte foreligge sykdom. Forholdet ble ikke problematisert. Muligens mente departementet å gi uttrykk for at slike problemer som oftest ville kunne behandles på samme måte som lettere mentale lidelser.

for skepsis. Selv om deres høringsuttalelser er referert i proposisjonen, realitetsbehandlet departementet ikke synspunktene. Helsedirektoratet og delvis departementet så det hele mer fra et idealistisk, politisk og teoretisk ståsted og synes å ha vært sterkt preget av en optimistisk tro på fremskritt mot 'det gode samfunn' med legene i nøkkelroller som både arkitekter og styrmenn. Forestillingen om at politikk ikke var annet enn medisin i stort preger holdningene.

Verken Rikstrygdeverkets hovedlegers forsiktige holdning eller Helsedirektoratets svært ekspansive (på legenes vegne) vant frem, men det kan hevdes at den siste fikk større gjennomslag enn den første.

4.4.3 Behandling og attføring

Uføretrygd skulle i prinsippet bare komme på tale etter at behandling og attføringsmuligheter var uttømt,³⁹² og etter departementets syn var enhver behandling til syvende og sist legens ansvar: «Hvilken form for behandling som i de enkelte tilfelle kan anses hensiktsmessig er, liksom de øvrige kriterier utkastets §2 benytter seg av, overlatt til den medisinske sakkunnskap og skjønn.»³⁹³ For ikke-objektiverbare lidelser, som for eksempel lettere mentale lidelser, som departementet selv henviste til (se ovenfor), er diagnosen i kraft av å være ikke-verifiserbar nødvendigvis usikker. Dermed må det samme gjelde behandling og prognose. Departementet kommenterte ikke dette problemet direkte, men hevdet at det bare unntaksvis ville bli aktuelt å gi opp behandling ved slike tilstander,³⁹⁴ og derfor mente man det ville være uproblematisk for ordningen. Lægeforeningen kommenterte avgrensingen med:

Hvor det gjelder sværere grader av nevrasteni og især psyko[so]matiske lidelser bør, efter specialist-uttalelse, plasseres i gruppe sammen med sværere nevroser og altså komme inn under den nye trygds bestemmelser.³⁹⁵

Det ble ikke gitt noen utdyping av hva spesialisten skulle se etter eller legge vekt på for å fastslå om den aktuelle tilstanden skulle regnes som sykdom.

Det ble erkjente at også andre terapeutiske tilnærminger enn de rent medisinske kunne være interessante og kommentert at både i Norge og andre land hadde man «søkt å utvide behandlingen av uførhet og truende uførhet med yrkesmessig, sosialt og psykologisk pregede behandlingsformer i tillegg til de medisinske» og at resultatene hadde vært oppmuntrende.³⁹⁶ Likevel var det den akademiske medisinen som eventuelt måtte anerkjenne metodene og stå ansvarlig for å tilby dem eller la det være. Helsedirektoratet kommenterte at

«bedømmelsen av hvorvidt den gjennomgåtte behandling er hensiktsmessig vil avhenge av hva som forstås ved behandling i denne forbindelse. Bedømmelsen vil i ethvert tilfelle

måtte omfatte medisinske ledd, men kan i mange tilfelle også omfatte pedagogiske og yrkesmessige ledd.»³⁹⁷

At et medisinsk ledd *måtte* være en del av bedømmelsen, må nok en gang ses som uttrykk for at både fysisk, psykisk og sosial dysfunksjon lå under legenes kompetanseområde og at det derfor det *måtte* en lege inn i bildet. Legen skulle ikke bare forstå hva som var galt og kunne iverksette egen behandling, men også ha oversikt over og koordinere annen behandling og vite når forskjellige metoder måtte antas å kunne anvendes med hell og når de ikke kunne det.

Når behandling ikke hadde ført til målet eller legene mente at det ikke ville gjøre det, representerte attføring et ytterligere område hvor legen var tiltenkt en viktig ny funksjon. Bakgrunnen for konseptet var integrerings- og enhetstanken; individer som ikke var som alle andre skulle ikke lenger identifiseres for å isoleres fra samfunnet forøvrig, men for at det skulle kunne tilrettelegges for et mest mulig normalt liv for dem i samfunnet.

Helsedirektoratet argumenterte sterkt for opprettelse av attføringsinstitusjoner og sosialmedisinske avdelinger og hevdet at behovet var betydelig:

Selv ved utbyggingen av de sosialmedisinske institusjoner som her er foreslått, vil den medisinske side av uføretrygden på langt nær kunne ivaretas. Skal attføringsmedisinen få den plass den bør ha, og etter gjennomføringen av uføretrygden må få, er det påkrevet at de alminnelig praktiserende leger får en grundigere opplæring i attføringsmedisin.³⁹⁸ (mine uthevninger)

Det er uklart hva som egentlig skulle legges i begrepet attføringsmedisin. For å forstå det behovet som skisseres, må det antas at Helsedirektoratet mente at en betydelig del av befolkningen ville komme til å trenge attføring en eller annen gang i løpet av livet på grunn av medfødte og/eller ervervede fysiske, psykiske eller sosiale problemer. Det ble skissert behov for et vesentlig antall nye offentlige leger i tillegg til helsesøstere og sosialkuratorer som skulle bistå legene og lette deres arbeid for å gjøre det mulig for dem

å fordype seg i de sosialmedisinske problemer som må løses i forbindelse med de mange pasienter som lider av en medisinsk invaliditet. Arbeidet må ledes ut fra kjennskap til pasientens medisinske lidelse, og det er og blir de fleste steder i vårt land de offentlige leger som må påta seg denne oppgave.³⁹⁹ (mine uthevninger)

Helsedirektoratet pakket inn begrepet 'sosiale problemer' i begrepet 'sosialmedisinske problemer', men forskjellen fremgår ikke. Sett i sammenheng med det utvidede helsebegrep og den betydelige kompetanse- og antallsøkningen det ble angitt behov for på legesiden, er det vanskelig å se at det skulle være noen forskjell i det hele tatt, hvilket i så fall må tas til inntekt for en forestilling om en nærmest omnipotent medisin. Hvis helsevesenet, særlig det offentlige, ikke ble utbygget, hevdet Helsedirektoratet at utgiftene til uføretrygd ville komme

til å eksplodere, men det ble ikke gitt noen klar begrunnelse for påstanden.* Det interessante i denne sammenheng er tiltroen til at legene kunne styre det hele ut fra en profesjonelt tillært kunnskap om hva som var normalt og unormalt, sunt og usunt, behandlingstrengende og til å leve med, trivselshemmende og trivselsfremmende, samfunnsgagnelig og samfunnsskadelig. Løsningen gir assosiasjoner til ideen om medisinpolitiet på slutten av 1700-tallet.

Legeforeningen kommenterer de nye attføringsplanene med at når legene inntil da hadde vist liten interesse for attføringsarbeid skyldtes det blant annet «at ved organisering av virksomheten ved attføringsinstitusjonene, har lægene ikke alltid fått den plass som med rette tilkommer dem som følge av attføringsarbeidets medisinske grunnlag».⁴⁰⁰ De sa seg dermed enig med Evang, men dette må sannsynligvis mest av alt ses som et uttrykk for at begge — til tross for forskjellige ståsteder i mange andre spørsmål — representerte samtidens bærende sannhet om sykdom og om legenes kvalifikasjoner og kompetanse. Det var viktig, hevdet Lægeforeningen, at departementet var oppmerksom på disse forholdene «slik at virksomheten ved attføringsinstitusjonene kan bli lagt slik til rette at læger kan bli interessert i å gå inn i attføringsarbeidet.»⁴⁰¹ Legene signaliserte altså vilje til å delta i attføringsarbeidet, forutsatt at de fikk en sentral posisjon. Noen redegjørelse for hva slags medisinsk grunnlag man hadde i tankene ble ikke gitt.

4.4.4 Trygd som behandling

I tillegg til at trygden var et viktig nytt sosialt gode, anså Helsedirektoratet det også som et nytt hjelpemiddel for legene i sitt arbeid for å hjelpe pasientene.

«Legenes innstilling overfor disse ytelsene må være av samme karakter som ... overfor medikamenter, dvs. at ytelsene bare må nyttes etter en nøyaktig diagnose og etter en nøyaktig vurdering av hvilken effekt medikamentet vil ha under de foreliggende forhold.»⁴⁰²

Det gjøres ingen forsøk på å diskutere om denne idealiserte fremstillingen av legenes hverdagsaktiviteter er realistisk. Tre problemområder kan i hvert fall identifiseres: For det første er det ingen ting som tyder på at legene stort sett hadde den fokuserte og restriktive holdningen til medikamenter som det gis uttrykk for. Det er riktig nok ingen tvil om at medisinen på det daværende tidspunktet hadde gjort betydelige fremskritt på behandlingssiden, men det har vært vist at i moderne medisinsk praksis er det ofte viktigere *at* noe blir forskrevet enn at effekten er dokumentert.⁴⁰³ For det andre problematiserte man ikke at nøyaktig diagnose ville være vanskelig å stille i et betydelig antall tilfeller fordi de fleste

* Av tabeller fra statistiske og trygdestatistiske årbøker fremgår at antall uføretrygdete i befolkningen har økt parallelt med antall leger. Det er naturligvis ingen som vet hvordan det hadde gått uten legeøkningen, men det er neppe hold i Helsedirektoratets påstand.

'truende uføretillfeller' etter direktoratets egen oppfatning ikke ville være ledsaget av objektive funn. (Direktoratet slo selv dette fast i behandlingen av uførebegrepet; se ovenfor). For det tredje, og viktigst i denne sammenhengen, tilkjennegis en forestilling om at legen ville kunne plukke ut de sykdomstilfellene hvor fravær fra arbeid ville være gunstig for den enkeltes sykdomsutvikling fra de tilfellene hvor det ikke ville være det. Dette ville forutsatt nettopp den helhetsforståelsen Evang ønsket seg, men som det ikke ble begrunnet at leger qua leger hadde, og det ble heller ikke beskrevet hvordan de skulle tilegne seg den.

4.4.5 All trygd under samme tak

Lov om folketrygd, som ble fremmet i Odelstingsproposisjon nr 17 (1965-66), representerer på mange måter avslutningen på det prosjektet som ble skissert i fellesprogrammet av 1945 selv om også denne loven i praksis skulle vise seg å være bare et skritt på en vei som gikk videre. Hensikten med loven var å samle eksisterende trygdelover under samme tak, og det ble ikke lagt opp til vesentlige reformer. Uførebegrepet fra lov om uføretrygd (som trådte i kraft i 1961) ble imidlertid revidert begrunnet i at det delvis hadde vært forvirrende og ført til en for snever tolkning av loven.

«Den som etter lovens ordlyd blir ansett for å være 'ufør' vil ofte ha vanskelig for å forstå at han ikke av den grunn alene er berettiget til noen ytelse av uføretrygden. Uttrykket 'objektivt registrerbare symptomer' har vært gjenstand for tolkningsproblemer, idet man til dels ved praktiseringen av bestemmelsen har stilt for store krav til symptomenes ytringsformer. ... [D]epartementet ... er kommet til at det vil være lite hensiktsmessig å opprettholde en særskilt definisjon av medisinsk uførhet»⁴⁰⁴

Det er vanskelig å tolke dette annerledes enn at departementet mente at loven var blitt tolket for snevert i forhold til intensjonene. I overensstemmelse med lang tradisjon på uklar tale heter det likevel så å si i samme åndedrag:

«Dette innebærer likevel ikke at departementet foretar noen reell endring av de nåværende helsemessige vilkår for å få ytelse. Etter departementets mening må det fortsatt settes som vilkår for rett til ytelse etter uførekapitlet at uførheten har en medisinsk årsak (sykdom, skade eller lyte). Uførhet som skyldes andre årsaker bør som hittil ikke gi rett til ytelse etter disse bestemmelser.»⁴⁰⁵

Bortsett fra at det ligger en selvmotsigelse i uttalelsene,^{*} overlot man med dette enda mer av et ikke-medisinsk anliggende til den enkelte leges vurdering — selv om det kanskje hele

* Rikstrygdeverket antyder også at det lå en selvmotsigelse i dette. I et rundskriv fra 2000 heter det: «Folketrygdloven av 1967 inneholdt ingen definisjon av sykdomsbegrepet, men loven bygget på den tidligere uføretrygdlovens forståelse av sykdomsbegrepet som et relativt begrep — avhengig av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer det. Ved å fjerne kravet om at det måtte foreligge sykdom med alvorlige objektivt registrerbare symptomer, ble det åpnet for en liberalisering av vilkårene for uførepensjon, selv om dette i henhold til forarbeidene ikke var hensikten.» (RTVs rundskriv 11/00 til §12 (12-00) s 9)

tiden hadde vært intensjonen i henhold til forarbeidene, men dem var det jo ikke så mange som hadde lest.

4.4.6 Universalismeperioden i perspektiv

Som det ble innledet med, var etterkrigstidens trygdehistorie frem til 1967 preget av universalisme, og som det har fremgått av teksten, fikk legen en meget sentral rolle i prosessen — både som arkitekt og normsetter og som utøver av de nødvendige oppgavene. Trygden ble også i perioden en enda viktigere inntekstkilde for privatpraktiserende leger, og legene og staten kom dermed i et enda nærmere gjensidig avhengighetsforhold. Den sterke tilliten og tiltroen til legene, som ser ut til å ha vært meget utbredt til tross for visse skeptiske røster, var preget av at medisinen kunne analysere å forstå *hele* mennesket og *hele* samfunnet. Helsedirektoratet uttalte i den sammenheng (muligens i Evangs penn, og temmelig sikkert under hans innflytelse):

Våre dagers medisin betrakter menneskene ut fra det samspill som foreligger mellom mennesket og de andre levende organismer som omgir dem og mellom de andre levende organismer og det miljø av materiell, kulturell og økonomisk og sosial karakter som omgir dem ('ekologi'). Ut fra dette resonnement må et menneskes helsetilstand bedømmes ut fra alle de organiske og mentalt betingete symptomer av objektiv og subjektiv karakter som det frembyr hvortil i videste forstand også hører dets kjønn, alder og mentale eller intellektuelle utrustning og de muligheter som pasienten objektivt sett frembyr for opplæring i nytt yrke eller for å gjenoppta sitt gamle yrke.⁴⁰⁶

Dette helhetssynet synes imidlertid ikke å reflektere over at det *kan* finnes fenomener som ikke lar seg underlegge og ikke kan forstås gjennom lovmessigheter. Gjennom en overoptimistisk og ekspansiv logisk positivistisk holdning avvises implisitt livsverdens eksistens.* I utredningen og debatten om flere av trygdeordningene druknet nærmest det medisinske kriteriet i sosialteoretisering, men likevel innenfor en positivistisk forståelse som gjorde det rimelig å overlate totalansvaret til legen. Legenes faglige kvalifikasjoner til å forvalte det meget omfattende medisinske kriteriet man til slutt havnet på, ble ikke ofret stor plass i debatten. Hvis legene *ikke* skjøt det tilfredsstillende, synes holdningen å ha vært at det ikke var den vitenskapelige medisinen som kom til kort, men den enkelte leges kunnskap om faget eller hans personlighet i form av manglende ansvarsbevissthet, gale prioriteringer, dårlig moral, pengegriskhet eller lignende. Trygdeordningene bygget på en medisin som i

* Logisk positivism betegner Wienerkretsens (aktiv fra 20-årene frem mot 2. verdenskrig) oppfatning om hva som avgjør om et utsagn gir mening. Utsagn som ikke var enten analytiske (eller negasjoner av slike) eller kunne testes empirisk, ble ansett som kognitivt meningsløse. Det betydde imidlertid ikke at de i alle sammenhenger var irrelevante, bare at det var meningsløst å diskutere sannhetsinnholdet i dem (Dictionary of philosophy s 592). Det kan se ut som Evang i hvert fall i praksis var nær opp til å avvise at det overhodet eksisterte en slik klasse spørsmål som medisinen til syvende og sist ikke ville kunne besvare på vitenskapelig basis.

prinsippet *visste* hva som var friskt og sykt og til en samlet og idealistisk legestand i Evangs ånd. Men så enkel var ikke virkeligheten, og i praksis ble både tolkning av sykdomsbegrepet og vurdering av tilstrekkelig og hensiktsmessig behandling overlatt leger med svært varierende faglige forutsetninger, politiske ståsteder og motiver.

Det ble ikke diskutert alternativer til å la legen forvalte sykdomsbegrepet, heller ikke etter hvert som det ble utvidet. Man *kunne* for eksempel ha innført begreper som 'kronisk rusmisbruk uten utsikter til bedring' og 'sosiale tilpasningsproblemer uforenlig med deltakelse i arbeidslivet' og løsrevet dem fra sykdomsbegrepet og legenes forvaltning. Med hensyn på de stadige uoverensstemmelsene om avlønningsform *kunne* staten på samme måte ha fastsatt honorarer pr tjeneste uten diskusjon og henvist til at resten fikk pasientene betale selv, for legene var ikke *så* uunnværlige. Eller de kunne ha sagt at nå slutter vi å bruke leger ved attestasjon av arbeidsuførhet, for slik sykdomsbegrepet er utformet er legene egentlig ikke spesielt velkvalifisert i kraft av sin utdanning, og da kan liksom godt noen andre som gjør det billigere ta seg av det. I tillegg til at politikerne rent karrieremessig neppe ville overlevd slike forslag, var de naturligvis selv representanter for folket, med de samme forestillinger og ideer. Den viktigste årsaken til at slike løsninger ikke ble nevnt som mulighet var sannsynligvis at folk flest (inkludert politikere og legene) var overbevist om at legene *måtte* forvalte de aktuelle oppgavene og at staten dermed til en viss grad *måtte* finne seg i å oppfylle noen av legenes krav.

Det ser ut til å ha hersket en forestilling om at legene hadde et vitenskapelig grunnlag for å håndtere de oppgavene de fikk, men hva som lå i dette grunnlaget ble aldri klargjort. Der med ble det heller aldri klargjort hvordan legene i praksis skulle skille verdige fra uverdige trengende, ferdigbehandlede fra behandlingstrengende og sosialmedisinske problemer fra 'bare' sosiale problemer. På den annen side, skal man naturligvis ikke være blind for at løsningen med legen som portner var en *praktisk* fornuftig løsning. Så lenge staten mente det var behov for en eller annen kontroll, var det neppe andre løsninger som pekte seg ut i den eksisterende samfunnsstrukturen. At heller ikke legene var fullt ut kvalifisert til oppgavene, er i seg selv ingen grunn til at de ikke skulle kunne forvalte dem hvis forutsetningen først var at jobben måtte gjøres. Utgangspunktet for diskusjonen var imidlertid ikke praktiske hensyn i en verden med flere mulige valg. Den rollen legene ble tildelt fremsto i diskursen snarere som den eneste mulige, og dette synes igjen i stor grad å ha vært basert på den kompetanse og de kvalifikasjoner man *tilla* legene og ikke den kompetanse de qua leger hadde. I den grundige utredningen av uførhet *kunne* man for eksempel ha gjennomført et tankeeksperiment der ansvarlig portner i systemet skulle være en person med bred samfunnskompetanse og noe

sykdomskunnskap som skulle koordinere behandling, attføring og tilpasning og som kunne trekke inn legen for undersøkelse, behandling og andre innspill ved behov. Om et slikt utgangspunkt ville gitt en 'bedre' eller 'dårligere' løsning, skal naturligvis være usagt, men det er heller ikke poenget. Poenget er derimot at det knapt nok ble tenkt i alternative baner, og det ser ut som man i en del tilfeller heller ikke var i stand til å gripe fatt i temmelig klare indisier på at grunnlaget for å tenke annerledes var til stede.

Det kan neppe være tvil om at legene også mellom 1945 og 1967 økte sin makt og innflytelse i samfunnet og at det i det politiske ordsiftet i meget begrenset grad kommer frem begrunnelser for den betydelige overføringen av makt til legene. Men selv om oppgavene de skulle forvalte var svært vanskelige og kanskje i utgangspunktet umulig å utføre på en enhetlig måte, er det vanskelig å finne holdepunkter i form av massiv kritikk av legene for at de ikke stort sett oppfylte samfunnets forventninger, selv om trygdeadministrasjonen klagde over både honorarene og for liberal tolkning av sykdomsbegrepet, og selve avlønningssystemet ble kritisert for å være sykdomsdrivende. Jeg har heller ikke funnet holdepunkter for at legene ikke gjennomgående anså seg riktig posisjonert i samfunnet og var fornøyd med sin innsats.

4.5 Oppsummerende perspektiv på legen i trygden frem til 1967

Ifølge den teoretiske tilnærmingen som ble beskrevet i første kapittel, oppstår sannhetsspill i relasjonene mellom subjekt (den som *vet*) og objekt (det som subjektet *vet* noe om). Legenes rolle og de oppgaver de fikk i den beskrevne epoken kan analyseres som et slikt sannhetsspill om sykdom, hvor legen i stor grad har formet sannheten og i sin tur selv er blitt formet av den. Og dette har foregått i et samfunn som har påvirket og er blitt påvirket av prosessen. Til tross for at Norge i epoken gradvis gikk over fra å være en 1800-talls liberalistisk stat til å bli en sosialhjelpstat og deretter en velferdsstat bygget på universalitet, omfordeling og offentlig ansvar, ser det ut som spillereglene i sannhetsspillet om sykdom i liten grad forandret seg til tross for at de ble kraftig utfordret.

Kort tid etter at legene begynte å få individrettede oppgaver på samfunnets vegne — både som portnere i et solidarisk trygdesystem og som behandlere — viste det seg at kartet ikke stemte med terrenget. Da sykepenge ble en rettighet, og en forholdsvis anonym tredjepart (trygdekassene) overtok ansvaret for utbetalingen, definerte pasientene sine egne sykdommer. Disse var legene i økende grad rede til å forstå, kategorisere, benevne og legitimere — sannsynligvis med både faglige, sosialpolitiske og personlig økonomiske motiver. Den nye alliansen mellom lege og pasient som de obligatoriske sykekassene skapte, fikk konsekvenser

som ingen hadde innsett, og årsaken var neppe i første rekke at leger og pasienter var uten moral, men at man hadde forestilt seg at legenes sannhet om sykdom i større grad også ville avklare sannheten om arbeidsdyktig eller ikke-arbeidsdyktig. Hva som var sykdom og i hvilken grad den i så fall reduserte arbeidsevnen viste seg å være langt vanskeligere ute i terrenget enn på kartet. Dette førte til en serie teoretiske runder om sykdoms- og uførebegrepet, men til tross for enkelte kritiske røster, ga man gjennom hele perioden ikke slipp på forestillingen om at legene nok til syvende og sist — bare de ble organisert riktig og fikk den rette opplæringen — ville håndtere problemene til så vel samfunnets som den enkelte pasients beste, fordi de gjennom hele epoken innehadde sannheten om sykdom.

Det er ingen grunn til å anta og heller ingen ting som tyder på at legene ikke gjennomgående gjorde så godt de kunne. Dette er imidlertid egentlig uinteressant i denne undersøkelsens perspektiv. Spørsmålet er isteden hvilke utfordringer spillet om sannheten om sykdom ble utsatt for og hvordan dette kom til uttrykk. Den misnøyen trygdeadministrasjonen ga uttrykk for, representerer en slik utfordring. Det skinte gjennom at legenes kompetanse på området ikke sto i forhold til forventningene. Da samfunnet, inkludert legene, ikke fikk erfaringene med trygdeordningene til å stemme med det kartet de hadde i hodene sine, ser det ut som de istedenfor å tegne om kartet, forsøkte å gjennomføre en serie mer eller mindre vellykkede forandringer ute i terrenget fordi de følte seg så sikre på at kartet i det store og hele *måtte* være riktig. Bare noen få ser ut til å ha reflektert over at det kanskje var omvendt — at det var *kartet* som trengte omfattende revisjon på bakgrunn av terrenget. Slike synspunkter befant seg imidlertid ikke innenfor samtidens spilleregler for sannheten om sykdom. Derfor fikk de heller ingen gjennomslagskraft.

5 Konklusjon, ettertanker og avslutning

Denne studien er et forsøk på det som Foucault kalte 'nåtidshistorie' (se pkt 1.3) — å bruke historien for å undersøke om 'selvfølgelige' forhold og sammenhenger i samfunnet kanskje likevel ikke er så selvfølgelige hvis historien går nærmere etter i sømmene. Hensikten er ikke å forstå fortiden med nåtidens øyne, men å forstyrre den 'opplagte' forståelsen av nåtiden med fortiden.⁴⁰⁷ Hvis det avdekkes at noe som tas for gitt, har oppstått eller henger sammen på en annen måte, åpnes også nye muligheter for *forandring*. Hvordan denne forandringen bør skje eller hva som bør være dens mål, ligger langt utenfor dette prosjektets rammer. Hvis jeg skulle være ubeskjeden nok til å håpe at det skulle komme noe ut av denne studien, måtte det være nettopp at den bidro til å åpne for at også nye muligheter for forandring ble tatt opp til debatt.

Hypotesen som har vært drivkraft bak prosjektet er at mange av de oppgaver og mye av det ansvar vi tar for gitt at legene skal ha i det moderne samfunnet, har et annet grunnlag enn det naturvitenskapelige vi gjerne tror at det har. For å undersøke om det kan være hold i denne hypotesen har jeg angrepet den på to måter. **For det første** har jeg prøvd å få (og gi) en forståelse av den moderne legens historiske tilblivelse. Jeg har beskrevet legens funksjon i samfunnet — hvilke oppgaver de hadde, om de ble tildelt dem eller tok seg til dem, hvordan de ble oppfattet og hvordan de oppfattet seg selv. Dette har jeg forsøkt å se i lys av både idéhistorien og den vitenskapelige medisinske historien.

Med utgangspunkt i at legene gjennom ca 100 år har hatt en sentral rolle i det norske trygdesystemet, har jeg **for det andre** gjennomgått en rekke tekster fra det politiske ordskiftet mellom 1885 og 1967 i forbindelse med innføringen av trygdeordninger i Norge for å undersøke hvilke begrunnelser som er blitt brukt for å tildele legene de oppgavene de har fått og se dette i lys av det legebildet eller den legerollen som kom til uttrykk i den første delen.

Forholdet mellom makt og kunnskap har dannet et analytisk utgangspunkt i begge delene av studien. Michel Foucault argumenterer for at det lærende subjekts måte å posisjonere seg på i forhold til sitt kunnskapsobjekt avgjør hva det går an å utsi om objektet, og hvis man er interessert i å finne ut hva som er blitt sagt, må man 'grave' i diskursene (arkeologi). Jeg har oppfattet tekstene fra det politiske ordskiftet om trygd som en del av diskursen om sykdom som dermed kan utsi noe om moderne sannhet om sykdom. Og jeg har forsøkt å se legenes posisjon i samfunnet — den moderne sannheten om legen som kunnskapssubjekt — i lys av deres forvaltning av den moderne sannheten om sykdom. Legen skapte historisk sykdomsforståelse, og historisk sykdomsforståelse skapte legen.

Etter mitt skjønn viser den historiske gjennomgangen at legenes status og posisjon har utviklet seg gradvis gjennom ca tusen år (og mer enn dobbelt så lenge hvis man skal legge vekt på at det var klassisk medisin som for ca 100 år siden kom til heder og verdighet igjen), og at det ikke er lett å forstå bakgrunnen for dette — i hvert fall ikke fra starten. Vivian Nutton angir at det foregikk en medikaliseringsprosess allerede i senmiddelalderen og at folk i stadig økende grad oppfattet medisinen som behandlende selv om det ikke finnes dokumentasjon på at dette var tilfelle.⁴⁰⁸ Medisinens sterke institusjonalisering gjennom universitetene er blitt angitt som en sannsynlig viktig årsak. Siden økte status sakte, men sikkert, og legene trakk stadig fra sine konkurrenter uten at det er helt klart hvorfor. Både vitenskapens generelle status fra 1600-tallet, behovet for å fylle opp tomrommet etter at kirken tapte mye av sin autoritet og en tilbøyelighet til å se menneskeorganismen som modell for samfunnsorganismen er blitt nevnt ovenfor som bidragende faktorer. Jeg har også referert Jane Lewis, som hevder at selv så sent som i begynnelsen av 1900-tallet hadde legenes økte status neppe noe å gjøre med faglig suksess, men snarere med økt sekularisering og økt generell interesse for mennesket som fysisk og psykisk handlende og produktivt vesen.⁴⁰⁹ På bakgrunn av dette synes jeg det er vanskelig å finne igjen de klare bruddene Foucault beskriver, selv om han forholder seg til vitensdisipliner og ikke til historien som sådan. Selv om det virker ganske klart at overgangen til det moderne samfunn (slik Foucault beskriver det) skapte en uendelighet av nye muligheter for 'kreativ kunnskap', og dermed økte vitenskapens aktivitet og vitenssubjektens makt, finnes det tilsynelatende i hvert fall i tillegg en atskillig mer langvarig trend som ser ut til å ha operert i hvert fall delvis uavhengig av Foucaults epistemeskifter.

Den historiske gjennomgangen bygger utelukkende på sekundærlitteratur og er dermed ikke annet enn mine egne tolkninger av andres resultater og synspunkter. Med de implikasjoner dette innebærer, er likevel min konklusjon at den moderne legerollen ser ut til å være en historisk konstruksjon som i stor grad bygger på to hovedforhold som griper inn i hverandre og som jeg ikke mener å rangere betydningen av selv om jeg nødvendigvis må nevne den ene før den andre. For det første har legene oppnådd status gjennom å forvalte vitenskapen om mennesket, som av mange grunner, som forhåpentligvis fremgår av teksten foran, ble omfattet med stor interesse i samfunnet og i seg selv fikk høy status uavhengig av hva vitenssubjektet (legen) var i stand til å utrette med vitenskapen sin. Et element i denne prosessen *kan* ha vært at legen også 'rebesatte' visse deler av en etter hvert frynsete presterolle. Det andre hovedelementet ser ut til å være at legen gjennom en mer spesifikt moderne 'kreativ medisin' har vært i stand til å skape sykdommer og sette mennesker i båser

som friske eller syke, normale eller unormale, dumme eller kloke, verdige eller uverdige osv, alt etter hva som passet inn i kulturens forståelsesform som denne kreative medisinske prosessen i sin tur var med på å skape.

Undersøkelsen av legerollen i trygden har rent faktisk avslørt at det svært sjelden ble gitt begrunnelser for at de oppgavene man mente måtte gjøres, nødvendigvis hørte inn under legenes kompetanseområde. Heller ikke legene har tatt opp dette tema når de har uttalt seg gjennom partsinnlegg og tilkjenne gitt sine synspunkter. Etter mitt skjønn indikerer undersøkelsen sterkt at tildelingene i stor grad er gjort med bakgrunn i den legerollen som kom til uttrykk i den historiske gjennomgangen og ikke med utgangspunkt i den kompetanse og de kvalifikasjoner legen har qua lege. Spesielt sterkt kommer dette til uttrykk i det stadige fokus på betydningen av gratis behandling gjennom hele trygdeperioden (og også lenge før ifølge den historiske gjennomgangen). Først de siste 25 årene av den perioden som er undersøkt har det vært påvist effekt på folkehelsen av medisinsk behandling, og selv i dag ser den ut til å være moderat, selv om den naturligvis *kan* bety liv eller død for det enkelte individ. I trygdesammenheng er imidlertid liv eller død sjelden tema, og betydningen av å komme tidlig til lege, som ser ut til å ha vært et hovedargument for gratis legehjelp, er som beskrevet tvilsom.

Slik jeg tolker resultatene, kan tildelingene av oppgavene til legen i liten grad oppfattes som pragmatiske valg bygget på hva som var praktisk mest fornuftig i situasjoner med andre muligheter i tillegg. Det synes tvert imot som alle aktørene, der de viktigste har vært staten, trygden, forbrukeren og legen, gjennom hele perioden tok for gitt at legene var både kvalifiserte og kompetente til alle oppgavene, og når det oppsto problemer, skyldtes det mest av alt økonomiske og organisatoriske forhold.

5.1 Ettertanker

I sin bok «Limits to Medicine — Medical Nemesis: The Expropriation of Health» refererer Ivan Illich den amerikanske legen Oliver Wendell Holmes fra 1883: «Med noen få unntak ... tror jeg fullt og fast at hvis all medisin, slik den anvendes i dag, ble dumpet på sjøen, ville det vært en velsignelse for menneskeheten — og en tilsvarende forbannelse for fisken.»⁴¹⁰ Illich gir i sin bok, som ble utgitt nærmere 100 år senere, klart uttrykk for at han deler Wendells holdning selv om han ikke forsøker å benekte at de rent vitenskapelige fremskritt innenfor fagmedisinen har vært betydelige. Helse handler imidlertid bare i liten grad om vitenskap og teknologi, hevder Illich, og i stor grad om hvordan politikken legger til rette for selvstendighet, evne til å ta vare på seg selv og verdighet for den enkelte.⁴¹¹ I dag har

medisinen skapt sin egen epidemi, nemlig iatrogenese;⁴¹² den sykdommen som *skapes* av institusjonalisert medisin. Etter Illichs mening er dette bare ett eksempel på at moderne institusjoner er blitt kontraproduktive, og han nevner blant annet også skolesektoren og transportsektoren.⁴¹³

Helsevesenet er, slik han ser det, blitt kontraproduktivt på tre forskjellige måter. For det første genererer det mer skade enn gagn overfor enkeltpersoner. For det andre fortsetter det å ekspandere til tross for at det tilslører mer enn det avdekker av de forhold som gjør samfunnet usunt. Og for det tredje tilslører og eksproprierer det individets evne både til å ta vare på seg selv og til aktivt å bidra til å forme samfunnet.⁴¹⁴ Med ordet 'nemesis' i tittelen sikter Illich til hvordan helsevesenets hybris (overmot) har fratatt individet evnen til å takle smerte, sykdom og død, slik at det istedenfor å forbedre menneskenes evne til å opptre autonomt, nå bryter denne evnen ned.⁴¹⁵

Illich har selv et prosjekt hvor skurker identifiseres, skyld plasseres, det objektivt sett gode samfunn defineres og veien frem klarlegges. Slik jeg oppfatter ham, er det i siste instans kapitalismens fremmedgjørende effekt han vil til livs. Skurkene er hele det universitetsutdannede borgerskapet⁴¹⁶ — 1900-tallets herksende klasse, som legene er en del av og som har sikret legene makt. I denne undersøkelsens perspektiv, der historien som sådan ikke har et mål, resultatet i stor grad er tilfeldig og idealsamfunnet en absurditet fordi det alltid vil finnes aktive krefter som fører til at det er i kontinuerlig forandring (se pkt 1.3), er dette aspektet i Illichs fremstilling uten interesse og har sannsynligvis bidratt til å forsterke en del av kritikken som har vært reist mot ham. (Alle leger er ikke *nødvendigvis* samfunnsfiender, og alle pasienter som oppsøker dem er ikke *nødvendigvis* 'zombier', for å sette det litt på spissen.) Mange av Illichs analyser av hvordan tingene *er* er imidlertid tankevekkende, sannsynligvis ganske presise og vel verd å tenke over.

5.1.1 Det utvidede helsebegrep i livsverden

Flere enn Illich har stilt seg skeptiske til den institusjonaliserte vestlige medisinen i løpet av de siste tiår, også flere leger. To av dem er professor i fysiologi og klinisk medisin Eugene D. Robin og toksikolog, lege og medredaktør i The Lancet (et av verdens mest velrenommerte medisinske tidsskrifter) Petr Skrabanek som henholdsvis utga boken «Matters of Life and Death: Risks vs. Benefits of Medical Care» i 1984 og «The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism» i 1994. Skrabanek er mest kritisk og henviser hyppig til Illich, selv om han tar avstand fra hans normative prosjekt.⁴¹⁷ Naturligvis er jeg en ikonoklast, skriver Skrabanek, og mange kolleger vil sikkert bli sterkt provosert av teksten. «Hensikten med denne boken er [imidlertid] ikke å glede noen, men å advare.»⁴¹⁸ Robin vil

på sin side ikke oppfattes som legefiendtlig, selv om han håper å «lykkes i å knuse noen myter».⁴¹⁹ Robins utgangspunkt er hovedsakelig den individuelle medisinen. Mye av det legene gjør er grunnløst, og mye er skadelig, skriver han, og henviser til enkeltpasienter. Et av Robins viktigste poenger er at det må være legene selv som må ta ansvar for å forandre seg slik at behandlingen kan bli målrettet og effektiv.⁴²⁰ Jeg tror han er representativ for mange leger ved at han ikke tar hensyn til (eller forstår) at legene innehar en kulturell posisjon hvor de slett ikke er autonome og kan forandre ting på egen hånd og etter eget forgodtbefinnende. Kravet om leveranser fra forbrukerne er én kompliserende faktor; legens økonomiske interesser i et mangefasettert samarbeid med en aggressiv medisinsk industri, som innebærer atskillige muligheter for lettjente penger og tilsvarende mange etiske snubletråder, er en annen.* Det er lite trolig at Robins løsning vil kunne lykkes. Det ville i så fall kreve at alle leger hadde ett felles, overordnet, altruistisk motiv som alltid ble prioritert foran alt annet: Pasientens beste! Dette måtte, så vidt jeg kan forstå, innebære at de medisinske fakulteter enten bare tok opp studenter med slik innstilling på forhånd eller la inn et omfattende og aggressivt personlighetsformende program i studiene (som naturligvis ville være dømt til å mislykkes). I tillegg måtte markedene for alt fra plaster og bilsykepill til hjertelungemaskiner og magnettomografer reguleres på en helt annen måte enn i dag. Satt på spissen på denne måten, vil neppe noen — heller ikke Robin — hevde at legene vil ha mulighet til å lykkes alene med hans forandringsprosjekt. Jeg tror likevel hans løsningsforslag skriver seg fra en rotfestet og fortsatt sterkt utbredt forestilling om at leger vet hva som er best hvis de bare opplæres godt nok og organiseres riktig.

Skrabanek griper som Illich fatt i medisinenes samfunnseffekter og –funksjon og advarer blant annet mot normaliseringstyranni og moralsk funderte nasjonale helsemål. «Alle totalitære ideologier benytter seg av frihetens og gledens retorikk,» skriver han, «med falske løfter om en lykkelig fremtid for alle.»⁴²¹ 'Coercive healthism' (tvangssunnisme) angis å være en slik ideologi, og boken hans handler ifølge ham selv ikke om medisin, men om pervertering av dens idealer.⁴²² Han hevder at anvendelsen av forskningsresultater i dag er

* Et ferskere og nærmere eksempel på at ansvarsgrensene i helsevesenet er vanskelige, er uttalelsene til professor i psykiatri Einar Kringlen i et avisinnlegg høsten 2001, hvor han slår fast at siste generasjon antidepressiva, den såkalte lykkepillen, er mindre effektiv og virker på færre pasienter enn det store forbruket avspeiler. Jeg forutsetter at han har rett. Det interessante i relasjon til Robins løsning er imidlertid at Kringlen retter sin kritikk mot det *offentlige* som tillater legemiddelindustrien å styre medisinsk behandling og forskning (kronikk og artikkel i Aftenposten 07.11.01), uten å kommentere at det utelukkende er legenes samhandling med industrien som muliggjør dennes innflytelse og at legene sitter på den eneste nøkkelen til medikamentvolumet, nemlig forskrivningsretten. Jeg tror både Robin og Kringlen i for liten grad reflekterer over at både leger, myndigheter, industri og forbrukere spiller på en arena hvor fagmedisin bare er en del av spillet. Og selv hvis den medisinsk sett 'riktige' behandlingen skulle settes foran alle andre motiver, kan det i dette tilfellet i alle fall ikke være riktig å klandre *bare* myndighetene.

mer avhengig av hvor konforme de er med eksisterende holdninger enn av hva de faktisk har avdekket⁴²³ og underbygger med eksempler.⁴²⁴ Dette er naturligvis en viktig observasjon som det kan være grunn til å advare mot, men jeg tror Skrabanek tar feil i at konformitetskrav til forskningsresultater er typisk for vår tid, selv om konformitetskravene er *annerledes* enn tidligere fordi de holdningene som resultatene skal tilpasses er tidstypiske og dermed selv *annerledes*. Når man tenker på alt det politisk korrekte, men i etterpåklokskapens selvgode lys regelrettet tøvet som har vært hevdet i vitenskapens navn med påstått vitenskapelig underbygging, tror jeg det er vanskelig å hevde at idealene er mer pervertert nå enn tidligere, selv om de åpenbart er det på en *annen* måte.

Skulle Skrabaneks bok danne grunnlag for en 'kulturell redningsaksjon', som han i og for seg etterlyser uten å foreslå noen konkret handlingsplan, måtte den hovedsakelig vært rettet mot *systemet*, og derfor vært ganske *annerledes* enn Robins. Men til tross for sine forskjellige innfallsvinkler understreker begge at det ikke er den medisinske *vitenskapen* de vil til livs. Vi trenger mer, ikke mindre vitenskap, sier Robin,⁴²⁵ og Skrabanek minner om at vestlig medisin er den eneste med en rasjonell kjerne og påpeker at en arabisk sjeik som trenger avansert medisinsk behandling heller reiser til et sykehus i Vesten enn å stole på lokal magi — og reisen foretar han med et fly bygd i Vesten og ikke på et flyvende teppe.⁴²⁶ Den 'rene' medisinske vitenskapen* som har utviklet seg gjennom det jeg har kalt den instrumentelle historien ser de begge stort behov for, og den faller utenfor deres kritikk. Det er hvordan medisinen er blitt *anvendt* — for Robin av legene og for Skrabanek av hele samfunnet (inkludert legene) — som de begge griper fatt i og kritiserer, og det kan også ses på som denne undersøkelsens tema. Jeg tror de begge undervurderer legenes og medisinenes bundethet i kulturen.

Reidun Førde har i artikkelen «Har Illich fått rett?» rettet blikket mot legenes bidrag til *risikosamfunnet* som sosiologer og sosialfilosofer har satt fingeren på gjennom de siste tiårene.⁴²⁷ Hun spør om legene gjennom sin medisinske praksis kanskje skaper mer angst og utrygghet enn de kurerer ved å fokusere på alt det truende og skadelige i samfunnet. Hun oppfordrer medisinerne til selv å prøve å forstå på hvilken måte de kanskje bidrar til å opprettholde og styrke en risikokultur «som på sikt kan virke negativ på folkehelsen», og avslutter med å ønske seg «et samfunn der helsetjenesten får en mindre sentral plass».⁴²⁸ Hun hevder altså ikke at legene alene kan kurere det uføret kulturen også etter hennes mening er kommet opp i. Likevel ser det ut som hun har en forestilling om at legenes bidrag på et vis

* Egentlig burde i denne sammenhenge begrepene 'ren' eller 'verdifri' vitenskap problematiseres. Det ligger imidlertid utenfor oppgavens rammer.

kan trekkes fra eller fjernes fra helheten som man fjerner en kloss fra et legotårn. I det scenariet jeg har forsøkt å fremstille, er dette ikke mulig. Legene bør naturligvis reflektere over sin gjøren og laden, men denne undersøkelsen tyder på at de bare til en viss grad styrer den selv, og den helhetlige legerollen, forstått som resultatanten av alle legens målbare og umålbare effekter og funksjoner i samfunnet, har de sannsynligvis svært liten innvirkning på annet enn over lang tid, og i så fall neppe som hovedaktør, men i samspill med resten av samfunnet i en prosess hvis resultat ville være dømt til å bli annerledes enn planlagt.

I sin bok «Helse i hver dråpe — Innspill om etikk, kunnskap og omsorg» skriver Trond Berg Eriksen at moderne teknisk reseptmedisin representerer en amputert form for omsorg og at det i dag stort sett er sykepleiere og hjelpepleiere som oppfyller kunstkravene i legerollen⁴²⁹ — arven fra Hippokrates. Legene har plassert en mengde teknologi, det vil si apparater og målte verdier (ubegripelige og derfor uangripelige for alle andre enn leger), mellom seg og pasienten. Det er likevel i ingeniørrollen legens prestisje er samlet,⁴³⁰ hevder Berg Eriksen, selv om dette er uønsket fra pasientens side. Dette er sikkert ofte (og kanskje som regel) riktig, men, som det fremgår av ovenstående, tar også legene problemet alvorlig og er blitt stadig mer opptatt av å la pasienten komme til orde på sine egne premisser. Det kan likevel stilles spørsmål ved om det er rimelig å forvente at enhver lege skal kunne ta vare på kunsten i medisinen, som, hvis jeg forstår Berg Eriksen rett, innebærer en holistisk og empatisk tilnærming til pasienten. Er ikke dette bare et nytt aspekt av forestillingen om at legerollen kan formes slik at alle gjøres til lags ? Det bør være et mål for alle å behandle sine medmennesker med respekt og omtanke, og for yrkesgrupper som har kunder, blir dette åpenbart særlig viktig — spesielt når kundene ofte er lidende personer. Det er likevel vanskelig å se at man vil kunne lykkes med å forme en hel yrkesgruppe på denne måten gjennom en slags dannelsesprosess, og i lys av denne studien er det heller ikke klart at bare leger i så fall skulle vært gjennom den. Kanskje er det til og med slik at personer som har vært gjennom en akademisk medisinsk utdanning, hvor naturvitenskapelig tenkning og opplæring *må* være faglig basis, som gruppe betraktet vil ha vanskeligere enn mange andre for å se helheter. For selv når en lege gjør sitt beste for å være en empatisk medspiller med et holistisk blikk, vil likevel alltid den aktuelle tilstanden i vedkommendes medisinsk faglig konstituerte forestillingsverden sorteres inn under en sykdomsforståelse som innebærer at det finnes en sykdoms essens som kan 'behandles bort fra' den ellers friske kroppen. Og denne essensen — imaginær eller reell — vil ha en tendens til å skygge for helheten. Og kanskje enda viktigere: Heller ikke i Berg Eriksens ønske om sterkere fokus på elementer i klassisk legekunst står legen 'fritt' til å velge sin posisjon. Legenes tilbøyelighet til å underbygge sin

autoritet med teknologi og vitenskapelig terminologi bunner ikke *bare* i at det er det tryggeste for legene ut fra det deres faglige basis, men også i at markedet i aller høyeste grad etterspør generelle, nomologiske, abstrakte og 'kalde' forklaringer. Gjennom den lange opplysningen (kfr punkt 2.7.2) har samfunnet vent seg til vitenskapelige innpakninger og forventer å få servert 'sannheter' på den måten. Myke svar blir gjerne oppfattet som ansvarsfraskrivelse eller uvitenhet — eller gufs fra en 'metafysisk tid', og selv når all erfaring tilsier at medisinen og legene ikke er i stand til å gi de svar samfunnet søker, argumenteres det gjerne med at det må utdannes flere leger. Men det blir ikke mer mat av å sette flere tallerkener på bordet. Pasientene slåss for å få en biomedisinsk diagnose, hevder David B. Morris i «Illness and Culture in the Postmodern Age», fordi dette fremdeles er den eneste fullt ut kulturelt akseptable formen for lidelse.⁴³¹ Erfaringene i Norge helt fra 1911 (da vi fikk vår første lov om sykepenger) og frem til i dag viser at legene *ikke* har oppfylt samfunnets forhåpninger og ønsker med hensyn på å vurdere folks arbeidsevne og at 'tradisjonell' sykdom (som leger naturligvis forstår seg på) har liten innvirkning på sykefravær og arbeidsevne. I perioder med økende sykefravær er likevel flere leger eller flere kontrolloppgaver til legene fremdeles et vanlig løsningsforslag.*

Også når legene kritiseres i dag, settes fokus hovedsakelig på deres håndtering av oppgavene, mens oppgavene som sådan og legenes forvaltningsansvar ikke problematiseres. I en serie artikler høsten 2001 satte Dagsavisen fokus på at legenes verdier avgjør om folk får uføretrygd⁴³² med henvisning til resultatene av en undersøkelse utført ved Senter for profesjonsstudier av blant annet professor Lars Inge Terum. Noen leger oppfatter seg som pasientens advokat, sier Terum, og andre som portvakt for trygdeytelser. Direktør Ola Heen Strømmen i Rikstrygdeverket kritiserer legene for å legge for liten vekt på hva pasientene fortsatt kan gjøre. «Vi har presisert overfor våre rådgivende leger, som driver opplæring ute blant våre primærleger, at vi vil ha medisinskfaglige råd og ikke en personlig vurdering av om pasienten bør få trygdeytelser eller ikke. Legene er konsulenter — ikke advokater», sier Heen Strømmen og høres ut som han har børstet støv av og språklig modernisert noe sjefen for Rigsforsikringsanstalten sa for 75 år siden. Daværende president i Legeforeningen Hans Petter Aarseth ble på sin side «ekstremt provosert» av Heen Strømmens advokatstempel og understreker at legene ikke har bedt om oppgavene, men tvert imot er blitt anmodet av systemet om å utføre dem. De gjør så godt de kan, sier han, og legger ikke skjul på at det er meget vanskelig i de mange tilfellene hvor det mangler objektive funn.

* Ifølge Aftenposten fra 12.12.01 trekker for eksempel NHO-leder Finn Bergesen frem samarbeid med Lægeforeningen som et viktig tiltak i forsøket på å redusere sykefraværet. I tråd med det som er kommet frem i denne studien, er det neppe grunn til å tro at det vil ha effekt.

«Dette ser jeg på som alvorlig,» sier sosialminister Ingjerd Schou. «Det er objektive medisinske krav og ikke legens personlige syn som skal føre til innvilgelse av uføretrygd.» Lege med doktorgrad i trygdemedisin Bjørgulf Claussen blåser i alle de andre og sier: «Jeg skammer meg ikke for å ha opptrådt som advokat når jeg har skrevet legeerklæringer om uføretrygd. Når ingen arbeidsgivere vil ha deg, er det et tegn på at du har for dårlig helse til å arbeide.»

Ingen av dem griper fatt i det jeg har forsøkt å vektlegge i denne undersøkelsen og som jeg tror er sakens kjerne, nemlig at de medisinsk faglige opplysningene Heen Strømmen ber legene om og Schou synes det er alvorlig at de ikke gir, neppe lar seg gi av noen, og i alle fall i svært liten grad lar seg identifisere med diagnostiske verktøy som ligger innenfor legens fagområde. Hvis dette er riktig, har ikke Heen Strømmen holdepunkter for å hevde at legene er egenrådige (i hvert fall ikke på grunnlag av denne saken); poenget er heller at legene ofte mener noe annet enn Heen Strømmen om et spørsmål som ikke bare har ett svar. Sett i sammenheng med den nære kontakten praktiserende leger har med de vanskeligstilte og trygdesøkende, er det neppe overraskende at de også til tider opptrer som advokater og vanskelig å se hvordan det skulle forhindres. Både Aarseth og Claussen tilkjenner at oppgaven ofte er svært vanskelig for legene og at de i stor grad må bruke skjønn (selv om Aarseth ikke liker bruken av ordet advokat). Men ingen av dem trekker den konklusjonen som kanskje ville vært naturlig, nemlig at det er grunnlag for å stille spørsmål ved legenes rolle overhodet i rasjoneringen av trygd. En av årsakene kan være at ved å ta opp et slikt spørsmål ville legene generelt risikere å miste betydelig makt og de praktiserende legene risikere å miste betydelige inntekter innenfor dagens tilskudds- og honorarmodell.

Men det tunge tradisjonstoget ruller ufortrødent videre tilsynelatende uanfektet av denne lille ansporingen til debatt som raskt døde hen. I nye regler for sykmelding som nylig er trådt i kraft (mai 2002), skal leger uttale seg klarere (og med presumptiv autoritet) om pasientenes funksjonsnivå med hensyn på arbeidslivet. Poenget er at nå, som gjennom hele den epoken som ble beskrevet i forrige kapittel, er dette noe legene i de fleste tilfeller i liten grad har spesielle kvalifikasjoner til å uttale seg om. Naturligvis kan de fortelle at et brukket ben er uforenlig med postombæring eller at en person med epilepsi ikke bør arbeide i stillaser, men det kan neppe sies å være særlig epokegjørende informasjon som det strengt tatt trengs en lege for å dokumentere, og det er heller ikke slike tilfeller som genererer problemer for både praktiserende leger, trygdesystemet og til syvende og sist samfunnet. Dagsavisen har også pekt på dette problemet, og Hilde Haugsgjerd skriver:

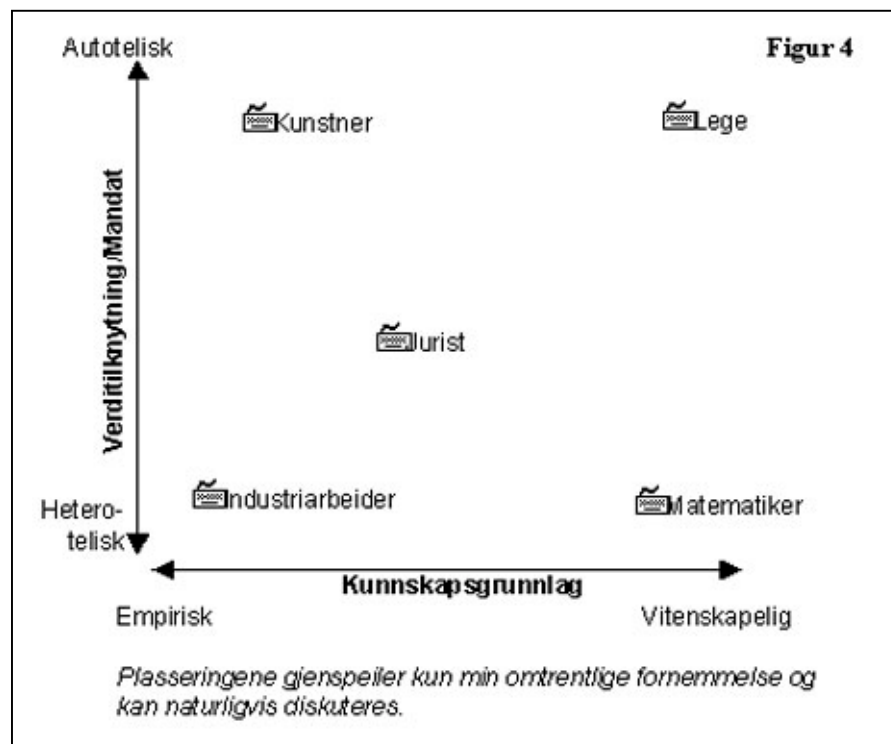
«Slik får legen større makt og en vanskeligere rolle som folketrygdens portvokter og arbeidslivets innkaster. Det er ikke lett å bedømme om journalisten, typografen og

annonseselgeren kanskje kan gjøre et eller annet meningsfylt i avisa, når de kommer med senebetennelse i armen, skade på øyet eller psykiske problemer og ber om å bli sykmeldt.»⁴³³

I diskursen om sannhet om sykdom har dette ikke ansporet til ytterligere debatt.

I boken «Medisinens logikk — Studier i medisinens sosiologi og politikk» presenterer Ole Berg en modell for yrkeskarakteristikker på bakgrunn av kunnskapsbasis (eller teknologi) og verditilknytning (eller sitt mandat). Idealtypisk sett finnes det to typer kunnskap, skriver han, nemlig empirisk og vitenskapelig, og man kan dermed plassere et yrke på en akse mellom disse to ytterpunktene.⁴³⁴ Eksempler på sterkt empirisk baserte yrker er prester og kunstnere, mens matematikere og fysikere ligger langt ute på den andre siden. Et yrkes mandat plasserer Berg i en dimensjon som går mellom autotelisk, det vil si yrker knyttet til ting som er mål i seg selv (for eksempel skjønnhet, lykke eller helse), og heterotelisk, det vil si yrker knyttet til instrumentelle verdier (for eksempel matproduksjon, transport eller kraftindustri).⁴³⁵ Setter man disse to dimensjonene opp i et aksesystem (figur 4), synes det rimelig å plassere dagens lege både langt mot

det autoteliske og langt mot det vitenskapelige. Det har imidlertid ikke alltid vært slik. Helt til et stykke inn på 1800-tallet var kirurger, apotekere og uorganiserte kvakksalvere med varierende bakgrunn de vanligste



behandlere for folk flest (kfr kapittel 2), og skulle de plasseres i figur 4, måtte det kanskje bli omtrent der jeg har plassert kunstneren. Som tidligere beskrevet fordrev den akademiske medisin sine uvitenskapelige konkurrenter — uten at det er noe som tyder på at legene på den tiden hadde bedre behandlingsresultater. I løpet av de siste tiår har imidlertid både gamle og nye yrkesgrupper dukket opp og oppnådd varierende status med behandlingsmetoder som tradisjonelt er blitt avvist av akademisk medisin som uvitenskapelige. Noen av metodene er

også annektert av leger. Utviklingen skyldes sannsynligvis mest av alt at forbrukerne ikke lenger bare påvirker spillet om sykdom gjennom subtile aktiviteter på brettet, men også har tatt plass ved spillebordet, slik at legene og staten ikke lenger alene kan bestemme hvilke tilbud som skal være tilgjengelige. Og forbrukerne vil selv bestemme hva de vil ha, og ikke minst vil de selv bestemme hva som er til hjelp for dem og hva som ikke er det. Nå skal det ikke legges skjul på at flere av yrkesgruppene som representerer andre behandlingsformer og kunnskapstradisjoner enn akademisk medisin har anstrengt seg sterkt for å 'vitenskapeliggjøre' seg innenfor dagens dokumentasjonskonvensjoner, men dette må i stor grad ses i lys av at det er vitenskapens språk som er politisk korrekt. Som Skrabanek har vist og påpekt, blir resultatenes betydning og samfunnsmessige implikasjoner uansett ofte tilpasset preformerte holdninger og forventninger.

I tre prøvefylker har i dag kiropraktorer og manuelle terapeuter fått sykmeldingsrett mot legeforeningens anbefaling. Formann i Allmennpraktiserende legers forening i Vestfold (et av prøvefylkene) Arne Aarflot uttrykte ved prøveordningens start frykt for at det ville føre til lengre sykmeldingsperioder.⁴³⁶ Det er naturligvis et greit standpunkt, men han grunnga ikke sin frykt og oppga heller ikke hvilke kvalifikasjoner leger skulle ha som skulle gjøre dem bedre skikket enn kiropraktorer og manuelle terapeuter til å fastslå hva som er *lenge nok* eller *passe lenge* sykmelding for den aktuelle pasientgruppen. Det kan for eksempel også hevdes at legene gjennom en snart hundreårig tradisjon kan ha utviklet en slepphendt sykmeldingspraksis som det ville være vanskeligere å bryte for dem enn for nye aktører å sette ny og strengere standard (i den grad det er målet). Jeg sier ikke at dette er *mer* sannsynlig, men kan heller ikke se at det motsatte er tilfellet så lenge utgangspunktet er at man ikke vet. Legenes skepsis kan vanskelig oppfattes som annet enn fundert i *en forestilling* om sin egen tilpassethet til oppgavene. Av en artikkel i Aftenposten⁴³⁷ fremgår at kiropraktorer sykmeldte *få* pasienter de første månedene av prøveordningen, og nestleder i Norsk Kiropraktorforening Øystein Ogre hevdet at hans yrkesgruppe gjennomgående har en mer restriktiv sykmeldingspraksis enn fastlegene. President i Den norske lægeforening Hans Kristian Bakke hevdet på sin side at ordningen likevel er faglig betenkelig fordi «almenlegen er best skikket til å vurdere om pasienten trenger å gå til spesialist eller få videre utredning.» Dette begrunnes imidlertid ikke.

Mest interessant er kanskje likevel Bakkes fortsettelse: «På den måten sikres også almenlegen den informasjonen om pasienten som almenlegen må ha for å ivareta det ansvaret som ligger i fastlegeordningen.» Det er naturligvis riktig at legen gjennom fastlegeordningen er tildelt ansvar for oppsøkende kunder og pasienter, men legen har (like naturligvis) ingen

plikt til overvåke alle sine 'sognebarn' ved å passe på at de fra tid til annen kommer innom og 'skrifte'. Formann Svein Steinert i fagutvalget i Allmennpraktiserende legers forening foreslo i et intervju i Dagens Medisin at ungdom mellom 13 og 19 års alder skal fritas for egenandel (staten skal betale) for å venne seg til å gå til legen, slik at terskelen blir lav hvis det skulle oppstå et reelt behov.⁴³⁸ «Er dette et utspill fra allmennlegene for å sørge for flere fastlegepasienter?» spør intervjueren, og Steinert svarer: «Nei. *Vi som leger* [min utheving] vet at det skjer veldig mye med barn og ungdom fra 13–14-årsalderen. Da skjer mye av identitetsskapningen hvor vi tror vi kan ha noe å tilføre dem.» Det er ingen grunn til å betvile Steinerts gode hensikter, men i henhold til denne studien er det grunn til å peke på at det ikke finnes noen dokumentasjon på (og neppe særlig grunn til å tro) at allmennlegene i korte konsultasjoner inne på anonyme legekontorer skal ha spesielle forutsetninger for å bistå ungdommen i den tiden hvor ikke bare legene, men *alle* vet at det skjer veldig mye med barn og ungdom. Det er også grunn til å peke på at intervjueren ikke stilte Steinert kritiske spørsmål. Den historiske legerollen synes å være helt opplagt for dem begge.

I løpet av de siste årene har begrepet 'narrative based medicine' dukket opp i medisinsk praksis. I forordet til en bok med nettopp den tittelen og undertittel «Dialogue and discourse in clinical practice» beskriver Howard Brody et lett schizofrent utgangspunkt for klinisk medisin med at studentene i den første del av studiene presenteres for en verden hvor alle er like, for så å bli kastet ut i den ordentlige verden for å gjenopplage det de egentlig visste av erfaring fra barnsben, nemlig at alle er forskjellige.⁴³⁹ Videre sier han: «Noe av medisinen fungerer ekstremt bra nettopp fordi den behandler menneskene som om de alle var like, og noe av medisinen fungerer veldig bra fordi den behandler mennesker som om de alle var forskjellige.»⁴⁴⁰ I tillegg til å være meget velformulert, fremstår påstanden umiddelbart som riktig. Det kan likevel være grunn til å kikke litt nøyere på den siste delen av utsagnet. Det synes opplagt at i situasjoner hvor selve kommunikasjonsprosessen er et middel i en eller annen hensikt, er det avgjørende å tilpasse kommunikasjonen til situasjonen. Og dette gjelder sannsynligvis sterkere når samtalepartneren er et lidende og derfor i utgangspunktet sårbart menneske. Dessuten er det sannsynligvis slik at legene ved å behandle pasientene med empati og respekt får bedre frem forhold som *kan* være av betydning også på områder hvor medisinen fungerer bra fordi den behandler alle mennesker som om de var like. Jeg tror imidlertid Brody med ovenstående sitat har i tankene de situasjoner hvor legen må bruke seg selv som person i samhandling med et annet unikt individ som *ikke* bare er ett eksempel blant mange på et sykt stykke menneske. I lys av ovenstående er det dermed grunn til å spørre om det egentlig er *medisinen* som fungerer bra fordi legen «behandler mennesker som om de alle

var forskjellig». Naturligvis er det positivt og kjærkomment at praktiserende leger tar dette mer på alvor enn tidligere. Mange av dem er helt sikkert flinke både på grunn av personlighet og erfaring, og jeg prøver overhodet ikke å antyde at leger burde holde seg unna praksis som krever en individuell tilnærming. Det er imidlertid ikke gitt at legen er den mest naturlige 'håndterer' eller behandler av situasjoner hvor slik tilnærming er påkrevet selv om hun eller han tar seg av nødvendig *medisinsk* behandling.

Poenget med ovenstående er at legen ikke trenger å være den eneste som kan ta et helhetlig ansvar for det lidende mennesket selv om det i et par hundre år har vært slik og selv om legen er den som vet mest om hvordan mennesket biologisk sett er skrudd sammen og fungerer. Tidligere har rollene vær mer delt, og det er dermed ikke gitt at de hører uløselig sammen. Jeg sier overhodet ikke at det nå er riktig og viktig å arbeide for et radikalt skille; poenget er bare at det ikke *må* være som det er, og at denne erkjennelsen åpner for helt andre løsninger enn Steinerts forslag om å senke ungdommens terskel for å gå til legen, og at de situasjonene Brody henviser til når han snakker om individualiserende medisin, kanskje i liten grad er en naturlig del av akademisk medisin, men av en mer generell bestrebelse.

5.1.2 Intet er nytt under solen

Om den franske nevrologen Jean-Marie Charcot står det i «Medisinenens historie» at hans «omdømme og genialitet lå i hans universelle tilnærmelse, ... og han bidro med en mesterlig beskrivelse av hysteri og hypnotiske tilstander Charcots definisjoner av hysteri og hypnose ... gjorde at disse tilstandene endret seg fra å være underholdning til å bli vitenskap.»⁴⁴¹ Elaine Showalter, professor i engelsk ved Princeton University i New Jersey, gir en bredere dekning av Charcots praksis i boken «Histories — Hysterical Epidemics and Modern Culture», hvor det fremgår at Charcot, som også var en utpreget showmann med stort skuespillertalent, på slutten av 1870-årene gjennomførte to ukentlige forestillinger på Paris hopital la Salpêtrière.

«Hver fredag morgen holdt han en forelesning hvor han ofte presenterte hysteriske pasienter for tilhørerne, og i sine meget velrenommerte 'leçons du mardi' [tirsdagsforelesninger], diagnostiserte han offentlig pasienter som han aldri hadde sett før, som en illusjonist, eller en linedanser uten sikkerhetsnett. ... All aktivitet hadde til hensikt å tiltrekke oppmerksomhet og trollbinde publikum gjennom visuelle og auditive inntrykk.»⁴⁴²

Det angis at politikk og medisin var sterkt bundet til hverandre i datidens Frankrike og at liberale politikere og tidens vitenskapsmenn delte antikirkelige holdninger. Ifølge Showalter benyttet Charcot i denne situasjonen åpent medisinen for å fravriste religionen sine tidligere forklaringsmodeller i form av besettelser eller helgenforklaringer,⁴⁴³ og hysteri definerte han

som fysisk sykdom grunnet enten i arvelige defekter eller påførte skader i sentralnervesystemet.⁴⁴⁴

Ifølge Showalters fremstilling ga Charcot hysteri en jordisk forklaring i tråd med tidsånden. Selv om mange av hans teorier ble imøtegått og gikk av moten etter hans død i 1893, er poenget at Charcot *skapte* hysteri som en historisk konstruksjon. At den ble så vellykket, kan naturligvis ikke bare forstås ut fra Charcots skuespillertalent, men også ut fra at mange av elementene i teorien var tilpasset samtidens sannheter om mennesket og sykdom.

Om det skapes sykdom i dag? Tja ... Hva vet vi egentlig om de aller fleste tilfeller av sick building syndrome, kronisk utmattelsessyndrom, whiplashskader, jappesyke, amalgamallergi, spormetallmangel og mye annet? La meg med en gang understreke at jeg ikke prøver å antyde at personer som får slike diagnoser ikke er plaget, og jeg setter meg ikke til doms over hva slags ytelser samfunnet bør stille opp med når de ikke greier å ta vare på seg selv. Jeg spør imidlertid hvilket grunnlag akademisk medisin har for sine forklaringer og om den ikke gjennom disse skaper historisk tilpasset sykdom. Og for å understreke kompleksiteten og mangfoldet i problemstillingen, må det poengteres at hvis legene *ikke* hadde gjort det, ville resten av samfunnet sannsynligvis beskyldt dem for å være arrogante, likegyldige og kunnskapsløse, og deres interesseløshet ville blitt forklart med tilstandenes lave status i sykdomshierarkiet eller med at de hyppigst opptrådte hos kvinner. De delvis skjulte kreftene som kan skimtes (men langt fra avdekkes) i denne beskrivelsen antyder hvordan makt styrer samfunnsmaskineriet, også når den ikke er bevisst ute etter å undertrykke eller ødelegge. Når til tider fliker av slike historiske krefter stikker frem under samfunnsteppet, kan det ofte være fristende å dytte dem tilbake fremfor å avdekke mer, fordi det lille man får øye på indikerer at helheten er noe man helst vil slippe å se. Churchill skal ha sagt noe sånt som: Det hender at folk tilfeldigvis snubler over sannheten. Heldigvis reiser de aller fleste seg raskt opp og fortsetter videre som om ingen ting var hendt. I eksemplene ovenfor kan man tenke seg at det ikke ville være særlig hyggelig for personer med whiplashskade, inneklimateykdom eller amalgamallergi å bli fortalt at det egentlig er svært få holdepunkter for at plagene deres har den årsaksforklaringen som tidligere er gitt, og tilsvarende lite hyggelig for legen som hadde informert å bli konfrontert med sitt sviktende faglige grunnlag.

For det moderne mennesket skal alt helst ha en rasjonell, materialistisk forklaring. Når ingen finner en ytre årsak, antas det som regel at det kommer 'fra hodet'. Selv om sjelen for lengst er sekularisert, materialisert og vitenskapeliggjort, har slike 'interne' årsaker lavere status enn de identifiserbare eksterne. Psykiske plager er liksom litt vår egen skyld. Hvem kan klandres for å være blitt påkjørt bakfra av en notorisk råkjører eller å være blitt påvirket av

giftige gasser fra veggplater benyttet av et kynisk byggfirma eller å være alvorlig plaget av giftige plomber som en dilettantisk tannlege har satt inn i tennene dine? Uansett hvor tynt grunnlaget for forklaringsmodellene skulle være, er det kulturelt sett høyst forståelig at de opprettholdes, og i dette spillet er legene nødvendige for å legitimere tilstandene; delvis blir de 'brukt' av samfunnet, men til gjengjeld opprettholder de sin makt. Om dette er rimelig eller rasjonelt i driften av en nasjon, må være opp til den enkelte å mene noe om. Poenget er bare at man ikke bør la seg lede til å tro at det *må* være slik og dermed at de mest nærliggende løsningene nødvendigvis er de riktige — for eksempel enda større bevilgninger til medisinsk forskning, enda flere leger eller enda strengere byggforskrifter.

5.1.3 Finnes kronisk utmattelsessyndrom?

Kronisk utmattelsessyndrom er, som det fremgår av navnet, preget av tretthet og nedsatt funksjon i forhold til hverdagslivets krav. Ledere slutter å arbeide og skolelys legger seg til hjemme og lar være å gå opp til eksamen. Ellers kjennetegnes tilstanden av forskjellige plager som gjerne kommer og går og varierer i styrke, og det finnes ingen blodprøver eller andre spesifikke funn som gir grunnlag for å stille en 'sikker' diagnose. Det finnes heller ingen plausibel årsaksforklaring. I en velrenommert indremedisinsk lærebok heter det blant annet at personer med diagnoser som nevrasteni, hyperventilasjonsyndrom, kronisk brucellose, epidemisk nevromyasteni, myalgisk encephalomyelit, hypoglykemi, multippelt kjemisk sensitivitetssyndrom, kronisk candidiasis, kronisk mononukleose, kronisk Epstein-Barr infeksjon og postviralt tretthetssyndrom sannsynligvis alle har kronisk utmattelsessyndrom.⁴⁴⁵ I «Histories — Hysterical Epidemics and Modern Culture» beskriver Elaine Showalter en skotsk familie hvor mor og tre barn hadde fått diagnosen kronisk utmattelsessyndrom, mens far og eldste sønn, som var av gårde på college da barndomshjemmet ble rammet, var uaffisert. I et intervju sier far: «Jeg er fullstendig overbevist om at dette ikke er noe psykiske greier. Jeg kjenner Eiledh og stoler fullt og fast på henne.»⁴⁴⁶ Showalter tar tak i begrepet 'psykiske greier' og påpeker hvordan vår kultur har en forestilling om at sånt som bare er 'psykiske greier' egentlig ikke eksisterer og derfor bare kan blåses av. Hvis legene ikke har et håndfast prøvesvar å holde seg til, er det i hvert fall viktig at tilstanden står på diagnoselisten deres med eget klassifikasjonsnummer og gjerne med latinske eller engelske ord i navnet.* På den måten kan det hevdes at kronisk utmattelsessyndrom ikke bare legitimeres, men *skapes*.

* I 10. revisjon av International Classification of diseases (ICD-10) er kronisk utmattelsessyndrom klassifisert flere steder under flere av navnene nevnt i teksten ovenfor, bl. a. som Nevrasteni med diagnosekode F48.0 under tema Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser og som Postviralt utmattelsessyndrom med kode G93.3 under tema Sykdommer i nervesystemet (ICD-10, Norsk utgave, Oslo 1998)

Den britiske psykiateren Simon Wessely har studert kronisk utmattelsessyndrom i et historisk perspektiv. Han kaller det «ny vin i gamle flasker» og hevder at det ikke kan trekkes noen skillelinjer mot kronisk smertesyndrom, 'jappesyken', amalgamforgiftning, 'jet lag', Gulfkrig-syndromet og nevrasteni (som var på moten på begynnelsen av 1900-tallet, som Freud tilskrev overdreven masturbasjon, og som raskt avtok etter at British Medical Journal på lederplass i 1909 skrev at sykdommen var imaginær og bygget opp under den tidstypiske bekymringen rundt helsespørsmål).⁴⁴⁷ Wessely sier at det ikke har noen hensikt å fundere på om kronisk tretthetssyndrom eksisterer eller ikke,

«for det eksisterer i den virkelige verden. Det som ligger bak er verken virus eller psykiatri, men våre forestillinger om hva som kan kalles ordentlig sykdom, hva som ikke kan det, og hva som skal til for at den ikke-ordentlige skal bli ordentlig.»⁴⁴⁸

I sin sammenligning mellom nevrasteni og det i dag mer populære myalgisk encephalomyelit (kfr ovenfor) konkluderer han blant annet med at

«nevrasteni holdt seg populært så lenge det ble oppfattet som en ikke-psykiatrisk, nevrologisk lidelse forårsaket av faktorer i omgivelsene som affiserte vellykkede mennesker og hvor behandlingen var hvile. ... Verken nevrasteni eller myalgisk encephalomyelit kan forstås fullstendig innenfor en enkelt medisinsk eller psykiatrisk modell. Begge har derimot oppstått innenfor en kontekst av tidstypiske forklaringer og holdninger til psykiatrisk lidelse.»⁴⁴⁹

Wessely mener at fremtidig forståelse, behandling og forebygging av alle tilstander som går under fellesnevneren kronisk utmattelsessyndrom må bygge på både psykososiale og nevrobiologiske forklaringer. Det er naturligvis fint at fagmedisinen interesserer seg for og forsker på lidelsen. Men selv om det i fremtiden skulle bli avdekket en *ren* nevrobiologisk forklaring og en behandling som klart lå innenfor medisinenes fagfelt, forandrer ikke det på de forklaringsmodeller som brukes i dag er historiske konstruksjoner skapt og forvaltet av leger, men at det er svært vanskelig å finne holdepunkter for at legene qua leger skulle ha spesielle forutsetninger for å forstå og diagnostisere tilstanden(e), angi alvorlighetsgrad og konsekvenser for funksjonsnivå, eller hva slags behandling som bør iverksettes.

Legenes inklusjon (eller ekspropriering som Illich kalte det) av tilstander som for eksempel kronisk utmattelsessyndrom inn under sitt fagområde og samfunnets overlatelse av håndteringen av dem til legen, dreier seg blant annet om vitenskapeliggjøring av et livsverdenfenomen. I forsøket på å legitimere den plagedes plager blir spørsmålet om tilstandens årsaker og hva den vitenskapelig sett egentlig *er* (sykdommens essens) viktigere enn den plagede. Og hvis legene ikke kan gi et svar som forbrukerne er fornøyd med, reageres det med indignasjon. Den ustoppelige letingen etter en 'virkelig' årsak synes å være forårsaket av at svært mange både leger og pasienter ser på alt som ikke har en håndfast

ekstern årsak som moralsk svakhet, skriver Showalter.⁴⁵⁰ Hvis dette er riktig, og slik kan det unektelig se ut, bør det ikke overraske noen at sosiale krefter settes i sving, tidsbundne politisk korrekte sannheter oppstår og vanskelig tilgjengelige maktkamper utspiller seg.

Mitt poeng med dette er altså at ikke bare legerollen er en historisk konstruksjon, men også mange av de tilstander legen forventes og i de fleste tilfeller anser seg selv å være ekspert på. Av Rikstrygdeverkets kommentarer til lov om folketrygd fremgår det at kronisk utmattelsessyndrom skal anses som sykdom og gi rett til ytelser forutsatt at det er undersøkt av indremedisiner, psykiater og nevrolog.⁴⁵¹ Det sykdomsbegrepet samfunnet dermed overlater til legene å forvalte, og som legene riktig nok i dag gir til kjenne at de synes er vanskelig, men uten å signalisere at de kunne tenke seg å frasi seg hele oppgaven, blir dermed så utvannet at man kan lure på om det lenger eksisterer i det hele tatt — akkurat som de virksomme stoffene i den klassiske homøopatiens medikamenter. Det eneste legen kan bidra med, er å gjengi pasientens plager og sine egne manglende funn. Legen blir altså i tråd med ovenstående både samfunnets troverdighetsdommer og gissel. I denne situasjonen kan ingen forvente likebehandling eller sannheter eller at legen *ikke* skal fungere som trygdesøkernes advokat.

5.2 Avslutning

Jeg håper at det har fremgått av det som er skrevet at jeg ikke har prøvd å utarbeide en oppskrift på hva leger bør og ikke bør gjøre eller hvordan de bør te seg overfor pasienter eller forbrukere som av en eller annen grunn (som ikke trenger å være lidelse og elendighet) har behov for legekontakt. Og jeg har heller ikke prøvd å foreslå løsninger for de andre aktørene i spillet om sykdom. Det er heller ikke slik at de temaene som her er tatt opp ikke har vært berørt tidligere. Legens vanskelige rolle, forårsaket av en kombinasjon av autotelisk verditilknytning, naturvitenskapelig tradisjon og sterkt behov for god kommunikasjon i sitt daglige virke, er blitt sterkt fokusert de senere årene, som blant annet begrepet 'narrative based medicine' illustrerer. Men heller ikke dette er nye tanker. Jeg har tidligere nevnt Paracelsus foraktet sine teoretiserende kolleger på 1500-tallet og at Thomas Sydenham på 1600-tallet advarte mot for sterk vitenskapeliggjøring av medisinen og ville ha empatiske leger ved pasientenes senger. Claude Bernard, en av de store 1800-talls-fysiologer, var redd for at medisinen skulle bli drevet frem uten styring av sin indre dynamikk grunnet mangel på et høyere siktepunkt,⁴⁵² og den tyske legen og filosofen Karl Jaspers advarte mot at medisinen naturvitenskapelige suksess skulle undertrykke dens humane side.⁴⁵³ I artikkelen «Hva skal medisinen med filosofer?» konkluderer Åge Wifstad med at det er

«legenes autonomi det står om. Nettopp i en tid hvor kunnskapsbaserte prosedyrer og teknologiske nyvinninger gir lovnader om mer treffsikre behandlingsregimer, er det avgjørende at legen aktivt tar stilling til hva det vil si å være lege, ikke bare subspecialisert helseingeniør.»⁴⁵⁴

Naturligvis er dette viktig, og mitt poeng har ikke vært at legen kun skal være tekniker og holde seg strengt til dokumentert medisinsk vitenskap. Det som har vært mitt poeng, er at det kan settes spørsmålsteget ved legenes *autoritetshегemoni* på flere områder. En dyktig lege må være empatiske og vise respekt, men ikke i den hensikt å forsvare et yrkeshegemoni som det ikke er grunnlag for eller utvide sitt revir ytterligere. Følgende uttalelse av generalsekretær Magne Nylenna i Legeforeningen kan tas til inntekt for at flere leger i dag deler denne oppfatningen:

«Det enkleste og mest veldefinerte en lege gjør, er å stille diagnose og behandle. Vi har imidlertid fått en rekke andre roller samfunnet har tillagt oss, trolig fordi vi har tillit ... Mange av disse rollene oppleves som et åk for legene.»⁴⁵⁵

Han berører imidlertid ikke at disse rollene, selv om de skulle bli oppfattet som problematiske av mange leger i dag, også har vært til velsignelse for dem både økonomisk og maktmessig og at legene stort sett har tatt imot dem med åpne armer. Mitt anliggende har vært å problematisere hvorfor legene har fått denne tilliten, og jeg har påpekt at den i hvert fall ikke synes *bare* å skyldes stadig bedre kvalifikasjoner som følge av en eksplosiv medisinsk teknologisk utvikling, det jeg har kalt den instrumentelle medisinske historien, men også i aller høyeste grad urealistiske forestillinger om disse kvalifikasjonene — om hva den medisinske vitenskap allerede har avdekket, hva den vil komme til å avdekke og hvordan den kan hjelpe mennesker ikke bare i behandling og bekjempelse av sykdom, men også til behandling og bekjempelse av alt vi ikke liker med eksistensen.

Liedman hevder at det som kjennetegner opplysningstradisjonen ikke er tanker om frihet, likhet og medmenneskelighet som sådan, men koblingen av disse idealene med moderne vitenskap, teknologi og økonomi.⁴⁵⁶ Med dette utgangspunktet kan det kanskje sies at siden opplysningstidens forestilling om et uatskillelig forhold mellom kunnskap, moral og lykke (som ifølge Liedman ble avlivet av Kant, kfr pkt 2.7.2) har historien vist at hard opplysning må overvåkes, kontrolleres, diskuteres og kritiseres med grunnlag i en *selvstendig* stillingtagen til myke verdier. Hva vil vi med livet og samfunnet? Hvordan skal vi bruke vitenskap og teknologi i vår streben etter å bli lykkelige? Hard opplysning i seg selv er det ingen ting i veien med, men det kan neppe sies å finnes historiske holdepunkter for at fremskritt og opplysning innenfor vitenskap og teknologi alene bringer menneskeheten nærmere lykken, og *medisinsk* vitenskap og teknologi er inkludert i dette resonnementet. Når

astronomiske investeringer knapt nok gjør oss friskere og i hvert fall ikke lykkeligere, bør det være rom for å stikke fingeren i jorda og spørre om vi investerer pengene fornuftig.

Innbyggere i vestlige samfunn synes i dag i stor utstrekning å kreve at staten ikke bare skal legge til rette for et godt liv, men også sørge for et tilbud som kan behandle nærmest ethvert ubehag. Uansett hva man måtte mene om rimeligheten i dette kravet, fyller helsevesenet — med akademisk medisin og praktiserende leger i hovedrollen — en viktig funksjon ved å skape trygghet og delvis behandle sykdom og skader, selv om det også finnes negative sider som sannsynligvis blir for lite synliggjort og debattert, blant annet at helsevesenet muligens selv har ytt et stort bidrag til det trygghetsbehovet det nå sliter for å fylle, slik Illich hevder. Den offentlige debatten tyder på at det eksisterer en utbredt forestilling i samfunnet om et oppnåelig idealhelsevesen skodd over samme lest som dagens, og som skal sikre at vi alle blir trygge og lykkelige. Min konklusjon på bakgrunn av ovenstående er at lidelsen, mange av diagnosene og alle diagnosenes sosiale konsekvenser (det vil si sykerollen) i tillegg til legenes oppgaver og mange av de verktøy de har til rådighet (som for eksempel sykmeldingsretten) ikke er endelige størrelser, men historiske variabler.

Hvis det er riktig — eller i hvert fall virker plausibelt — at mye av den autoritet og forståelse, som i dag gjerne tillegges legene, best kan forstås som en overføring av autoritet ervervet i vitenskapens verden til livsverden, betyr det at en hel del plager, vantrivsel og avvik, som i dag naturlig kategoriseres som sykdom og dermed kommer inn under legens autoritetsområde i det tradisjonelle helsevesenet, ikke nødvendigvis hører hjemme der (hvilket naturligvis ikke betyr at en empatisk lege ikke kan ta seg av slike problemer, men bare at deres hegemoni er urimelig). Så lenge stadig flere av livsverdens problemer defineres som sykdom, vil sannsynligvis både samfunnets misnøye med legene og legenes egen frustrasjon og avmaktsfølelse øke. Det som ofte beskrives som krisen i helsevesenet kan i så fall ikke løses med flere av de samme gamle tiltakene, hvorav et av de vanligst foreslåtte er flere leger, men heller — og i hvert fall i tillegg — noe helt nytt. Hva dette helt nye skulle være, må bli en annen historie.

Bibliografi

I listen har jeg bare inkludert bøker, artikler og andre tekster som det er henvist til i studien. I mange tilfeller er henvisningene ikke skrevet helt ut i hver note. I slike tilfeller står den forkortede versjonen i fete typer i bibliografien, evt. som parentes til slutt. Listen er ordnet alfabetisk etter forfatter. Offentlige dokumenter og andre tekster uten oppgitt forfatter følger til slutt.

- Conrad LI, et al. **Western Medical Tradition 800 BC to AD 1800**. Cambridge University Press 1997
- Berg**, Siv Frøydis. «... ikke bare fravær av sykdom» *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*. Hovedoppgave i idehistorie, Universitetet i Oslo, våren 2000
- Bjørnson Ø, Haavet IE**. *Langsomt ble landet et velferdssamfunn — Trygdens historie 1894–1994*. Ad Notam 1994
- Dahl**, Tove Stang. *Statsmakt og sosial kontroll — et bidrag til velferdsstatens historie*. Inst. for kriminologi og strafferett; Stensilserie; Univ. i Oslo; Nr 24, 1977
- Darwin, Charles. *The Origin of Species*. Wordsworth Classics 1998
- Eriksen**, Trond Berg. *Helse i hver dråpe*. Universitetsforlaget 1995
- Foucault, Michel. *The Birth of the Clinic*. Vintage Books 1994 (**Klinikkens fødsel**)
- Foucault, Michel. **The Art of Telling the Truth**. In: *Michel Foucault: Politics, Philosophy, Culture. Interviews and other writings 1977-1984*. Routledge 1988
- Foucault, Michel. *Diskursens orden*. Spartacus forlag 1999
- Foucault, Michel. *The Order of Things — An Archaeology of the Human Sciences*. Vintage books 1994
- Foyn S, Lund AM, Viken O**. *Pasienters rettsstilling*. Tano 1990
- Freud**, Sigmund. *Ubehaget i kulturen*. Cappelen 1993
- Førde**, Reidun. Har Illich fått rett? nordisk medisin nr 4, 1996: 113-5
- Greenhalgh T, Hurwitz B**. *Narrative Based Medicine — Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books 1998
- Greer TH**, Lewis G. *A Brief History of the Western World, 7th Edition*. Harcourt Brace
- Grolier** 1997 Multimedia Encyclopedia (Leksikon på CD-ROM)
- Gustafsson**, Torbjörn. *Själens biologi*. Symposion 1996
- Gutting G (Editor). *The Cambridge Companion to Foucault*. Cambridge University Press 1994
- Harrisons Principles of Internal Medicine, 14th Edition (CD-ROM-versjon)
- Indstilling S XXXXIII
- Illich I**. *Limits to Medicine — Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Penguin 1976
- Jacobsen TG**. *Vtenskapsfilosofi for natur- og humanvitenskapene*. Cappelen 1996
- Kendall G, Wickham G**. *Using Foucault's Method*. SAGE Publications 1999
- Kjønstad A, Syse A**. *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*. Ad Notam 1992
- Larsen Ø, Falkum E**. Helse, medisin og befolkningsutviling i Norge. Tidsskr for den norske lægeforsening nr 30, 1999; 119: 4482-7
- Larsen Ø, Berg O, Hodne F**. *Legene og samfunnet*. Den norske lægeforsening 19866
- Liedman**, Sven-Eric. *I skuggan av framtiden — Modernitetens idéhistoria*. bonnier 2000
- Löwith, Karl. **Meaning in History**. Phoenix Books 1949
- Margotta R. **Medisinens historie**. Notabene 1996
- Mjånes**, Willy Edwin. *Sjukforsikrings-saka i det politiske oredskiftet 1885–1909*. Hovedfagsoppgave, Historisk institutt; Bergen, 1975
- Morris DB**. *Illness and Culture in the Postmodern Age*. University of California Press
- Nielsen TH**. Sosiologiske teorier om risiko: Beck, Giddens, Luhman. Arr, 2000, 2-3; 74-84
- Nordenfelt**, Lennart. *Samtal om hälsan*. Fallköping 1996
- Okri**, Ben. *Dangerous Love*. London 1996
- Ormestad M**. *Syketrygden i 25 år*. Halden 1936
- Peterson A, Bunton R (Editors). **Foucault, Health and Medicine**. Routledge 1997
- Philipson S, Uddenberg S (red). **Hälsa som livsmening**. Natur och kultur, 1990
- Porter**, Roy. *The Greatest Benefit to Mankind — A Medical History of Humanity*. Norton & Company 1997
- Reiser SJ**. Responsibility for Personal Health: A Historical Perspective. *Journal of Medicine and Philosophy*, 10 (1958): 7-17
- Robin ED**. *Matters of Life and Death: Risks v. Benefits of Medical Care*. Freeman and Company 1984

- Sachs, Lisbeth. *Medisinsk antropologi*. Liber 1987
- Schaanning E. *Kommunikative maktstrategier*. Spartacus 1993
- Schjønby HP. Vekst og stagnasjon — utviklingen av helse på 1900-tallet. Tidsskr. for den norske lægeforening, 30, 1999; 119: 4501-5
- Seip, Anne-Lise. Veien til velferdsstaten — Norsk sosialpolitikk 1920–75. Gyldendal 1994 (**Seip 1**)
- Seip, Anne-Lise. *Om velferdsstatens framvekst*. Universitetsforlaget 1981 (**Seip 2**)
- Showalter E. *Hystories — Hysterical Epidemics end Modern Culture*. Picador London 1997
- Skrabanek P. *The Death of Humane Medicine and the Rise of coercive Healthism*. Social Affairs Unit 1994
- Slagstad, Rune. *De nasjonale strateger*. Pax 1998
- Smith B, Amith DW. *The Cambridge Companion to Husserl*. Cambridge University Press 1995
- Statistisk årbok 1994
- Wallace J. Translator's Introduction. In: Blumenberg H. *The Legitimacy of the Modern Age*. MIT Press 1995
- Wear, Andrew (Editor). *Medicine in Society — Historical Essays*. Cambridge University Press 1992
- Weber, Max. *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. Routledge 1992
- Wessely S. *Old wine in New Bottles: Neurasthenia and 'ME'*. Psychological Medicine, 1990 (20): 35-53
- Wifstad, Åge. *Vilkår for begrepsdannelse i praktisk psykiatri*. Tano Aschehoug 1997 (**Wifstad 1**)
- Wifstad, Åge. Hva skal medisinen med filosofien? Tidsskr. for den norske lægeforening nr 9, 2001; 121: 1115-7 (**Wifstad 2**)
- Yates, Frances A. *Giordano Bruno and the Hermetic Tradition*. University of Chicago Press 1964
- Østerberg, Dag. *Det moderne — Et essay om vestens kultur 1740–2000*. Gyldendal 1999
- Aftenposten 3. april 2002
- Aschehougs konversasjonsleksikon 1974
- Aschehougs Verdenshistorie, 1984 (Bind 6: Europa i krise)
- Dagens medisin 30. august 2001
- Dagens medisin 22. november 2001
- Dagens medisin 21. mars 2002
- Dagsavisen 6. oktober 2001
- Dagsavisen 28. oktober 2001
- Dagsavisen 29. oktober 2001
- Dagsavisen 5. november 2001
- Norges Offentlige Utredninger nr 23, 1990 (**NOU 23/1990**)
- Odelstingsproposisjon nr 30, 1896 (**Otprp 30/1896**)
- Odelstingsproposisjon nr 19, 1909 (**Otprp 19/1909**)
- Odelstingsproposisjon nr 39, 1911 (**Otprp 39/1911**)
- Odelstingsproposisjon nr 35, 1913 (**Otprp 35/1913**)
- Odelstingsproposisjon nr 11, 1918 (**Otprp 11/1918**)
- Odelstingsproposisjon nr 33, 1925 (**Otprp 33/1925**)
- Odelstingsproposisjon nr 46, 1928 (**Otprp 46/1928**)
- Odelstingsproposisjon nr 19, 1930 (**Otprp 19/1930**)
- Odelstingsproposisjon nr 52, 1955 (**Otprp 52/1955**)
- Odelstingsproposisjon nr 22, 1959 (**Otprp 22/1959**)
- Odelstingsproposisjon nr 17, 1965 (**Otprp 17/1965**)
- Rikstrygdeverkets meldinger nr 2 og 3 fra 1999 til folketrygdlovens kapittel 10 og 12 (**RTV-meldinger**)
- Stortingsmelding nr 58, 1948 (**Stmeld 58/1948**)
- Stortingsproposisjon nr 82, 1885 (**Stprp 82/1885**)
- Tidende O&L 1925
- Verdens helseorganisasjons hjemmesider på internett
- Verdens litteraturhistorie, Gyldendal 1985 (Bind 3)

Noter

- ¹ Seip 1 s 300
- ² Seip 1 s 300
- ³ Seip 1 s 300
- ⁴ Jacobsen s 61...
- ⁵ Medicine in society s 222...
- ⁶ Hentet fra WHO's hjemmesider på internett
- ⁷ Nordenfelt s 48
- ⁸ Nordenfelt s 48
- ⁹ Nordenfelt s 97
- ¹⁰ Nordenfelt s 98
- ¹¹ Nordenfelt s 106
- ¹² Hälsa som livsmening s 54
- ¹³ Blant annet Sachs
- ¹⁴ Joseph Rouse. Power/Knowledge. I: *Companion to Foucault*, s 92
- ¹⁵ Kendall, Wickham s 47
- ¹⁶ Companion to Foucault s viii
- ¹⁷ Companion to Foucault s 314
- ¹⁸ Companion to Foucault s 314
- ¹⁹ Liedman s 151
- ²⁰ The art of telling the truth s 88
- ²¹ The art of telling the truth s 88
- ²² The art of telling the truth s 90
- ²³ Companion to Foucault p315
- ²⁴ Kendall, Wickham s 27
- ²⁵ Kendall, Wickham s 30
- ²⁶ Companion to Foucault s 315
- ²⁷ Order of things s 311
- ²⁸ Companion to Foucault s 317
- ²⁹ Companion to Foucault s 318
- ³⁰ Companion to Foucault s 318
- ³¹ Companion to Foucault s 318
- ³² Foucault, Health and Medicine s 4
- ³³ Larsen, Falkum
- ³⁴ Larsen, Falkum
- ³⁵ Larsen, Berg, Hodne s 104
- ³⁶ Larsen, Berg, Hodne s 104
- ³⁷ Larsen, Falkum
- ³⁸ Kjønstad, Syse s 55
- ³⁹ Medicine in society s 342
- ⁴⁰ Medicine in society s 319...
- ⁴¹ Companion to Foucault s 319
- ⁴² Western medical tradition s 1; Medicine in society s 2
- ⁴³ Western medical tradition s 2
- ⁴⁴ Medicine in society s 1
- ⁴⁵ Schaanning s 98...
- ⁴⁶ Porter s 54
- ⁴⁷ Western med tradition s 19
- ⁴⁸ Porter s 54
- ⁴⁹ Porter s 53
- ⁵⁰ Porter s 54; Western medical tradition s 23
- ⁵¹ Western med tradition s 29
- ⁵² Porter s 57
- ⁵³ Porter s 56...
- ⁵⁴ Reiser
- ⁵⁵ Porter s 73
- ⁵⁶ Margotta s 41
- ⁵⁷ Porter s 77
- ⁵⁸ Western med tradition s 40

- ⁵⁹ Western med tradition s 47
⁶⁰ Western medical tradition s 74
⁶¹ Porter s 106
⁶² Porter s 106
⁶³ Porter s 107
⁶⁴ Margotta s 54
⁶⁵ Margotta s 55
⁶⁶ Greer s 260
⁶⁷ Western medical tradition s 176
⁶⁸ Porter s 132
⁶⁹ Porter s 132
⁷⁰ Porter s 133
⁷¹ Porter s 75
⁷² Porter s 119
⁷³ Porter s 134
⁷⁴ Porter s 171
⁷⁵ Porter s 172...
⁷⁶ Porter s 166...
⁷⁷ Margotta s 80
⁷⁸ Porter s 176-7
⁷⁹ Porter s 197
⁸⁰ Porter s 197
⁸¹ Porter s 198
⁸² Margotta s 82
⁸³ Porter s 173
⁸⁴ Yates
⁸⁵ Western medical tradition s 313
⁸⁶ Western medical tradition s 315...
⁸⁷ Margotta s 82
⁸⁸ Margotta s 85
⁸⁹ Porter s 209
⁹⁰ Grolier
⁹¹ Greer s 411
⁹² Greer s 412
⁹³ Greer s 419
⁹⁴ Greer s 424
⁹⁵ Verdens litteraturhistorie bd. 3 s 150...
⁹⁶ Greer s 353
⁹⁷ Greer s 354...
⁹⁸ Margotta s 118
⁹⁹ Porter s 246
¹⁰⁰ Western medical tradition s 397
¹⁰¹ Medicine in society s 92
¹⁰² Medicine in society s 95
¹⁰³ Grolier
¹⁰⁴ Medicine in society s 98
¹⁰⁵ Medicine in society s 124
¹⁰⁶ Medicine in society s 123
¹⁰⁷ Weber s 105
¹⁰⁸ Porter s 286
¹⁰⁹ Porter s 628
¹¹⁰ Porter s 302
¹¹¹ Porter s 302
¹¹² Order of things s xxii
¹¹³ Order of things s xxii
¹¹⁴ Order of things s 308
¹¹⁵ Liedman s 30
¹¹⁶ Østerberg s 14
¹¹⁷ Østerberg s 15
¹¹⁸ Østerberg s 37

- 119 Østerberg s 21
120 Liedman s17...
121 Liedman s 44
122 Liedman s 44
123 Liedman s 42
124 Liedman s 41
125 Liedman s 24
126 Østerberg s 56
127 Liedman s 26
128 Greer s 384
129 Østerberg s 178
130 Østerberg s 178
131 Østerberg s 178
132 Blumenberg (Translator's introduction) s xx
133 Blumenberg (Translator's introduction) s xvii
134 Blumenberg (Translator's introduction) s xx
135 Löwith s 207
136 Western medical tradition s 478...
137 Darwin (Introduction by Jeff Wallace)
138 Grolier
139 Medicine in society s 171...
140 Medicine in society s 173
141 Klinikens fødsel s 25-6
142 Klinikens fødsel s 46...
143 Medicine in society s 173
144 Klinikens fødsel ps 34...
145 Klinikens fødsel s 34...
146 Klinikens fødsel s 34
147 Klinikens fødsel s 42
148 Klinikens fødsel s 35...
149 Gustafsson s 10
150 Gustafsson s 75
151 Gustafsson s 76
152 Gustafsson s 34...
153 Gustafsson s 57...
154 Grolier
155 Gustafsson s 68
156 Gustafsson s 45
157 Gustafsson s 68
158 Grolier
159 Gustafsson s 71
160 Gustafsson s 118
161 Freud s 100 (Etterord ved 'Redaksjonen')
162 Freud s 96
163 Gustafsson s 220
164 Gustafsson s 195
165 Medicine in society s 250
166 Medicine in society s 251
167 Gustafsson s 121
168 Reiser
169 Gustafsson s 133
170 Gustafsson s 128
171 Gustafsson s 155...
172 Gustafsson s 218
173 Medicine in society s 167
174 Margotta s 112
175 Porter s 229
176 Klinikens fødsel s 14
177 Medicine in society s 178...
178 Klinikens fødsel s 88

-
- 179 Klinikkenes fødsel s 6...
180 Klinikkenes fødsel s 58...
181 Medicine in society s 171
182 Medicine in society s 222
183 Medicine in society s 221
184 Medicine in society s 227
185 Medicine in society s 229
186 Medicine in society s 242
187 Medicine in society s 229
188 Medicine in society s 320
189 Liedman s 310
190 Liedman s 310
191 Companion to Husserl s 416
192 Wifstad 1 s 171
193 Wifstad 1 s 181
194 Okri
195 Sachs s 110
196 Otprp 39/1911 (Bilag 2 til Lægekommissionens indstilling som i sin tur er vedlegg til prp.)
197 Otprp nr 39/1911 s 3; Statistisk årbok 1994 s 37
198 Tidende O&L 1925 s 668
199 Tidende O&L 1925 s 680
200 Tidende O&L 1925 s 689
201 Tidende O&L 1925 s 648
202 Dahl s 1...
203 Dahl s 8
204 Mjånes s 24
205 Dahl s 4...
206 Slagstad s 12...
207 Slagstad s 13
208 Slagstad s 14
209 Slagstad s 15
210 Slagstad s 15
211 Dahl s 16
212 Dahl s 9
213 Otprp 39/1911 (s 65 i kap III i Bilag 4)
214 Schjønby
215 Larsen, Berg, Hodne s 104
216 Schjønby
217 Larsen, Berg, Hodne s 93
218 Larsen, Berg, Hodne s 104
219 Otprp 39/1911 s 7
220 Otprp 39/1911 s 9
221 Otprp 39/1911 s 9
222 Otprp 39/1911 s 24
223 Porter s 639
224 Medicine in society s 323
225 Medicine in society s 324
226 Bjørnson, Haavet s 105
227 Bjørnson, Haavet s 108
228 Bjørnson, Haavet s 111...
229 Porter s 634
230 Medicine in society s 271
231 Medicine in society s 271
232 Porter s 648...
233 Berg s 57 (Sitat fra Evang i *Rasepolitikk og reaksjon* s 131)
234 Berg s 21
235 Medicine in society s 326
236 Berg s 36
237 Berg s 11
238 Berg s 26

-
- 239 Slagstad s 175
240 Berg s 77 (Sitat fra Evang i *Rasepolitikk og Reaksjon*, s 129)
241 Slagstad s 175
242 Medicine in society s 319
243 Bjørnson, Haavet 37
244 Bjørnson, Haavet s 12-13
245 Foyn, Lund, Viken s 57
246 Stprp 82/1885: s 5
247 Stprp 82/1885: s 5
248 Stprp 82/1885: s 16
249 Stprp 82/1885: s 5
250 Stprp 82/1885: s 1
251 Stprp 82/1885: s 3
252 Mjånes s 25
253 Dahl s 6
254 Schjønsby
255 Dahl s 7
256 Bjørnson, Haavet 16
257 Bjørnson, Haavet 37
258 Mjånes s 26
259 Bjørnson, Haavet s 40 (Sitert fra Arbeiderkommissionens Indstilling III s 27)
260 Bjørnson og Haavet s 45
261 Mjånes s 26
262 Stprp. 82/1885 s 2
263 Stprp. 82/1885 s 9...
264 Mjånes s 3-4
265 Mjånes s 17
266 Otprp 19/1909 s 3
267 Mjånes s 126
268 Mjånes s 126
269 Mjånes s 126... og Otprp 19/1909 s 5
270 Otprp 30/1896 s 3
271 Otprp 19/1909 s 65
272 Otprp 30/1896 s 3
273 Otprp 30/1896 s 4
274 Otprp 30/1896 s 4
275 Otprp 19/1909 s 11
276 Foyn, Lund, Viken s 34
277 NOU 1990/23 s144... (Sitert fra Forslag til lov om sykeforsikring, Kristiania 1908: s 11-12)
278 Bjørnson, Haavet s 42
279 Bjørnson, Haavet s 39
280 Otprp 19/1909 (i vedlegg: «Motiver» s 36)
281 Otprp 19/1909 (i vedlegg: «Motiver» s 36)
282 Otprp 19/1909 (i vedlegg: «Motiver» s 37)
283 Ormestad s 90
284 Otprp 19/1909 s 80
285 Otprp 19/1909 s 78...
286 Otprp 39/1911 s 119
287 Otprp 39/1911 s 120
288 Otprp 39/1911 s 2
289 Otprp 39/1911 s 69
290 Otprp 39/1911 s 70
291 Otprp 39/1911 s 92
292 Otprp 39/1911 s 78
293 Otprp 39/1911 s 70...
294 Otprp 39/1911 s 24...
295 Otprp 39/1911 s 36...
296 Otprp 39/1911 s 40
297 Otprp 39/1911 s 93
298 Otprp 39/1911 s 93...

-
- ²⁹⁹ Otprp 39/1911 (Bilag 5: Lægekommisionens indstilling, s 25)
³⁰⁰ Otprp 39/1911 s 45
³⁰¹ Otprp 35/1913 s 3
³⁰² Indst. S. XXXXIII s 54...
³⁰³ Otprp 35/1913 s 19
³⁰⁴ Otprp 35/1911 s 140
³⁰⁵ Otprp 35/1913 s 82
³⁰⁶ Otprp 35/1913 s 81
³⁰⁷ Otprp 35/1913 s 67
³⁰⁸ Otprp 35/1913 s 5
³⁰⁹ Otprp 35/1913 s 9
³¹⁰ Otprp 35/1913 s 21
³¹¹ Otprp 35/1913 s 20
³¹² Otprp 35/1913 s 34
³¹³ Otprp 35/1913 s 34
³¹⁴ Otprp 35/1913 s 83
³¹⁵ Otprp 35/1913 s 83
³¹⁶ Otprp 35/1913 s 83
³¹⁷ Aschehougs konversationsleksikon 1974
³¹⁸ Ormestad s 90
³¹⁹ Ormestad s 92
³²⁰ Ormestad s 94
³²¹ Ormestad s 95
³²² Ormestad s 95...
³²³ Ormestad s 96
³²⁴ Otprp 46/1928 (Bilag 2: Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen s 9...)
³²⁵ Ormestad s 97
³²⁶ Otprp 33/1925 s 7
³²⁷ Otprp 33/1925 s 7
³²⁸ Otprp 46/1928 (Bilag 2: Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen, s 5)
³²⁹ Otprp 33/1925 s 7
³³⁰ Otprp 46/1928 (Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen s 28)
³³¹ Otprp 46/1928 (Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen s 28)
³³² Otprp 46/1928 (Brev fra Dnlf til Soc.dept; Bilag 3 til Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen, s 6)
³³³ Otprp 46/1928 (Brev fra Dnlf til Soc.dept; Bilag 3 til Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen, s 6)
³³⁴ Otprp 46/1928 (Brev fra Dnlf til Soc.dept; Bilag 3 til Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen, s 7)
³³⁵ Otprp 46/1928 (Brev fra Dnlf til Soc.dept; Bilag 3 til Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen, s 8)
³³⁶ Otprp 46/1928 (Brev fra Dnlf til Soc.dept; Bilag 3 til Innstilling I fra sykeforsikringskomiteen, s 9)
³³⁷ Otprp 46/1928 s 58
³³⁸ Otprp 19/1930 (Innstilling II fra sykeforsikringskomiteen s 22)
³³⁹ Otprp 19/1930 (Innstilling II fra sykeforsikringskomiteen s 22)
³⁴⁰ Otprp 19/1930 (Innstilling II fra sykeforsikringskomiteen s 26)
³⁴¹ Otprp 19/1930 (Innstilling II fra sykeforsikringskomiteen s 31...)
³⁴² Otprp 19/1930 (Innstilling II fra sykeforsikringskomiteen s 34)
³⁴³ Otprp 19/1930 (Innstilling II fra sykeforsikringskomiteen s 34...)
³⁴⁴ Bjørnsom, Haavet s 239
³⁴⁵ Bjørnsom, Haavet s 229
³⁴⁶ Otprp 11/1918 s 3
³⁴⁷ Otprp 11/1918 s 6
³⁴⁸ Otprp 11/1918 s 3
³⁴⁹ Otprp 11/1918 s 1
³⁵⁰ Otprp 11/1918 s 96
³⁵¹ Otprp 11/1918 s 96...
³⁵² Otprp 11/1918 s 96
³⁵³ Otprp 11/1918 s 97
³⁵⁴ Otprp 11/1918 s 113
³⁵⁵ Otprp 11/1918 s 114
³⁵⁶ Ot prp 11/1918 s 113
³⁵⁷ Otprp 11/1918 s 84
³⁵⁸ Otprp 11/1918 (Vedlegg: Mindretallets indstilling s 3...)

-
- 359 Otprp 11/1918 (Vedlegg: Mindretallets indstilling s 401...)
360 Otprp 11/1918 (Vedlegg: Mindretallets indstilling s 402)
361 Otprp 11/1918 s 175...
362 Otprp 11/1918 s 178
363 Liedman s 158
364 Liedman s 191
365 Seip 2 s 9
366 Seip 2 s 15...
367 Seip 1 s249
368 Stmeld 58/1948 s 1
369 Stmeld 58/1948 s 1
370 Stmeld 58/1948 s 19...
371 Seip 1 s 313 (Cit. Evang 1945)
372 Stmeld 58/1948 s 21
373 Stmeld 58/1948 s 21
374 Stmeld 58/1948 s 22
375 Medicine in society s 330
376 Stmeld 58/1948 s 24
377 Stmeld 58/1948 s 24...
378 Otprp52/1955 s 81
379 Otprp52/1955 s 54
380 Otprp52/1955 s 55
381 Otprp52/1955 s 54
382 Otprp 22/1959 s 2
383 Otprp 22/1959 s 2
384 Otprp 22/1959 s 11
385 Otprp 22/1959 s 12
386 Otprp 22/1959 s 34 (§2 i lovutkastet)
387 Otprp 22/1959 s 88
388 Otprp 22/1959 s 11
389 Otprp 22/1959 s 90
390 Otprp 22/1959 s 90
391 Otprp 22/1959 s 90
392 Otprp 22/1959 s 10
393 Otprp 22/1959 s 10
394 Otprp 22/1959 s 11
395 Otprp 22/1959 s 69
396 Otprp 22/1959 s 3
397 Otprp 22/1959 s 80
398 Otprp 22/1959 s 84
399 Otprp 22/1959 s 84
400 Otprp 22/1959 s 69
401 Otprp 22/1959 s 69
402 Otprp 22/1959 s 82
403 Porter s 686
404 Otprp 17/1965 s 40
405 Otprp 17/1965 s 40
406 Otprp 22/1959 s 13
407 Foucault, Health and Medicine s 3
408 Western medical tradition s 204
409 Medicine in society s 320
410 Illich s 152
411 Illich s 14
412 Illich s 11
413 Illich s 15
414 Illich s 16
415 Illich s 275
416 Illich s 14
417 Skrabanek s 12
418 Skrabanek s 12

- 419 Robin s x
- 420 Robin s x
- 421 Skrabanek s 11
- 422 Skrabanek s 12
- 423 Skrabanek s 33
- 424 Skrabanek s 34...
- 425 Robin s ix
- 426 Skrabanek s 12
- 427 T. Hviid Nielsen. Sosiologiske teorier om risiko: Beck, Giddens, Luhman. Arr; 2-3, 2000: 74-84
- 428 Førde
- 429 Helse i hver dråpe s 85
- 430 Helse i hver dråpe s 85
- 431 Morris s 71
- 432 Dagsavisen 28. oktober, 29. oktober og 5. november 2001
- 433 Dagsavisen 6. oktober 2001
- 434 Berg s 30
- 435 Berg s 30...
- 436 Dagens medisin, 30.08.01, s 21
- 437 Aftenposten, 03.04.02
- 438 Dagens medisin, 22.11.01
- 439 Narrative based medicine s xiii
- 440 Narrative based medicine s xiii
- 441 Margotta s 180
- 442 Showalter s 31
- 443 Showalter s 32
- 444 Showalter s 30
- 445 Harrison's. Part 14, Section 4
- 446 Showalter p116
- 447 Wessely
- 448 Wessely
- 449 Wessely
- 450 Showalter p129
- 451 RTV-melding nr 2 og 3 1999
- 452 Wifstad 2
- 453 Wifstad 2
- 454 Wifstad 2
- 455 Dagens Medisin 21.03.02 s 6
- 456 Liedman 540