



# Om å se seg selv i en sammenheng – medisin og historie – de to kulturer

---

## TEMA

AINA SCHIØTZ

Email: [aina.schiotz@samfunnsmed.uio.no](mailto:aina.schiotz@samfunnsmed.uio.no)  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0317 Oslo

---

Historikernes og medisinerens ulike legitimeringsgrunnlag for yrkesutøvelsen har skapt forskjellige profesjonelle kulturer. Dette preger de to profesjonenes rolleforståelse og har nedfelt seg i ulike teoretiske og metodiske tilnærminger i forskningen. I medisinhistorisk forskning er det behov for begge parters innfallsvinkler. Så vel faget som forskerne kan nyte godt av hverandres kunnskapstilfang og kompetanse.

Forfatteren spør hvilket utbytte medisinerne kan ha av å tilegne seg historiemetodiske ferdigheter og bredere kunnskaper om fagets og profesjonens historie. I dagens kompliserte og uoversiktlige helsevesen vil historisk kunnskap kunne gi noe større forståelse for de problemer legene må hanske med og de strukturer de inngår i. Det ligger trolig også en viss tilfredsstillelse i å få innsikt i hvorfor og hvordan ting er blitt som de er blitt. På sitt beste kan historisk kunnskap bidra til at leger reflekterer mer over sin egen rolle og sitt fags begrensninger, og slik blir bedre i stand til å justere rollebildet i tråd med tidens krav. Kanskje kan historisk kunnskap til og med bidra til litt mer ydmykhet i forhold til egne oppgaver og ansvar, og andres kompetanse og andres problemer.

---

Historikere legitimerer sin virksomhet gjennom å bli lest av et større publikum, hevder sentrale norske historikere, og binder samtidig legitimiteten til historikernes synteskapende evner (1). Medisinerens legitimitet hviler først og fremst på deres kunnskaper og ferdigheter til å kunne forebygge, lindre og helbrede sykdom. Slik skapes ulike profesjonelle kulturer. Dette nedfeller seg blant annet i de to fags forskningsvirksomhet, deres teoretiske og metodiske tilnærminger til sitt forskningsobjekt og i deres rolleforståelse. Hvordan er så forholdet mellom historiefaget og

medisinen? Hvilke forskningstradisjoner har de ulike profesjonene utviklet, og sist hvilket utbytte kan medisinere ha av innsikt i historisk metode og å kjenne sitt fags og sin profesjons historie? Med utgangspunkt i en sykehistorie fra Bergen i 1849, vil jeg antyde noen svar på disse spørsmålene.

## En sykehistorie

Torsdag den 4. januar 1849, under en koleraepidemi i Bergen, fikk en tidligere frisk 34-årig koleralege plutselig diaré. Tok Likvor nervinus (kamfer) og opium. Lørdag voldsomme brekninger samtidig med liten urinavgang. Tørst og kramper, hes stemme, kald tunge og hud, hudfolden stående, svak puls og cyanose. Han ble behandlet med frotering og sennepsplaster. Vedvarende brekning som avtok tirsdag samtidig med at cyanosen også forsvant. Onsdag bra puls, bedre hudtemperatur. Behandlet med klyster. Torsdag ingen forandring, men pulsen bedre. Da pasienten klaget over hodepine ble det foretatt en årelating på ca. 170 g og det ble senere satt tre igler i hver tinning og siden ti i nakken. Etter denne behandling ble han dårligere. Natt til fredag kom det tung pust, hikke og kramper. Tross gjentatt bruk av igler og kalde omslag ble tilstanden forverret, uklarheten mer uttalt og respirasjonen snorkende. Lørdag morgen døde pasienten (2).

En ikke utenkelig situasjon er at redaktøren i *Tidsskriftet* ber henholdsvis en medisinere og en historiker om en artikkel om koleraens historie til bladets julenummer. Artiklene skal begge ta utgangspunkt i kilden om den kolerasyke legen som led en smertefull død i Bergen for vel 150 år siden. Hvordan kan vi forestille oss at oppgaven vil bli løst av de to forfatterne, og hva vil dette kunne fortelle oss om de to kulturer? Jeg understreker at jeg i det følgende rendyrker noen prototyper.

## Medisinerens tilnærming

Medisineren, la oss kalle ham Per, fascineres av 1840-årenes behandlingsregime. Han både gremmes og smiler over bruken av årelating, igler, frotering og klyster. Per fastslår at behandlingen snarere fremskyndet enn forhindret pasientens død, og at den nærmest representerer motsatsen til hva vi i dag anser som adekvat. Videre kan vi tenke oss to innfallsvinkler i Pers artikkel, en epidemiologisk og en terapeutisk. Først interesserer han seg for smitekilden, morbiditeten og letaliteten, og gjerne også for hvilke tiltak av forebyggende art som ble satt inn for å forhindre sykdomsspredning. Han tar utgangspunkt i sin egen profesjons arbeid på feltet. Dernest vil han, ut fra et terapeutisk perspektiv, følge utviklingen frem til det endelige gjennombrudd i utryddelsen av kolera i den vestlige verden.

Per søker litteratur om koleraen som *medisinsk* fenomen, sannsynligvis fra de siste 10 – 15 år. Ut fra det faktum at medisinere er lite trent i å bedømme vitenskapelig argumentasjon, vil Per neppe stille kritiske spørsmål ved sine kollegers vitenskapelige artikler – design, datagrunnlag, diskusjon og resultater. Og slett ikke dersom artikkelen er publisert i et anerkjent internasjonalt tidsskrift. I seg selv borger dette for høy kvalitet (3). Per vil bestemt følge tidligere kollegers kamp mot koleraen og beskrive den medisinske vitenskaps triumfer i sykdomsbekjempelsen. Med det anlegger han et *innenfra-perspektiv*. Medisinen og legeprofesjonen blir Pers kontekst. Slik vil kampen mot koleraen fremstå som en suksesshistorie, der medisinen nærmest alene får æren for at sykdommen ikke lenger eksisterer i det vestlige samfunn. Per nevner sannsynligvis enkelte navn, nærmere bestemt store menn i faget, som har stått for epokegjørende gjennombrudd i sykdomsbekjempelsen. Det er mindre sannsynlig at han trekker frem faderer og skandaler forårsaket av den medisinske ekspertise. I den grad slike nevnes, knyttes de trolig til andre aktører og/eller strukturelle og kulturelle forhold i samfunnet. Per lærte så godt som ingenting om forskning og forskningsmetodikk i studietiden. Den kunnskap han har

tilegnet seg inngår i den biomedisinske forskningstradisjonen. En tradisjon hvis fremste mål er å produsere generaliserbar kunnskap og å øke den allment tilgjengelige kunnskapsmassen. Per er overbevist om at vi i vår tenkning står på våre for *fedres* skuldre. Han betrakter vitenskapen som en stadig fre

madgående og selvkorrigerende prosess – forenklet, positivistisk og uproblematisk. Slik *forklarer* han koleraens endelikt som et resultat av medisinsk forskning, der den biomedisinske tolkingsrammen nærmest er enerådende, og der oppdagelsen av kolerabasillen i 1883 var epokegjørende, for ikke å si avgjørende. Per er, som sine kolleger, overbevist om at det er mulig å nå objektiv kunnskap om sykdommers spredning og utviklingsforløp. Man får lett følelsen av at det bare er et tidsspørsmål innen alle problemer er løst (3).

## Historikerens tilnærming

Hva med historikeren? La oss kalle henne Kari. Hvordan vil Kari gå til verks når hun nå skal skrive en artikkel om koleraens historie med utgangspunkt i koleraepidemien og den kolerasyke legen i Bergen midt på 1800-tallet? (4). Hun er ikke helt fremmed for Pers angrepsmåte. Som historiker er hun vel kjent med en kvantitativ tilnærming til et historisk fenomen, og hun vil, som Per, spørre om omfang, utbredelse og dødelighet, men ønsker også å se disse spørsmålene i en noe videre demografisk sammenheng. Hvilken betydning fikk sykdommen for befolkningsutviklingen? Stod den for en temporær nedgang eller fikk den konsekvenser på sikt? er spørsmål hun vil stille. Kari ser det dramatiske i sykehistorien, og vil nok også stusse ved behandlingsregimet. Men hun har ingen faglige forutsetninger til å kunne uttale seg om hvorvidt dette var adekvat eller ikke. Hun vil neppe konsultere andre medisinske artikler om koleraen, om f.eks. kolerabakteriens virulens eller diskusjoner om behandlingsregimet.

Kari er opptatt av et aspekt som Per ikke vurderer – *kontekstualiseringen*. Samfunnet og tiden er historikerens kontekst. Hva slags samfunn ble rammet av koleraepidemien i 1849 og hvilke følger fikk epidemien – kulturelt, sosialt, politisk og økonomisk? Hvilke tiltak ble satt i verk både i offentlig og i privat regi for å forhindre spredning, og var disse tiltakene i tråd med tidens tenkning når det gjaldt forholdet mellom stat og individ og synet på regulering av borgernes atferd? Slik blir Kari opptatt av helselovgivning – lovene og deres forarbeider. Et samfunns lover sier mye om maktforhold og kulturelle strømninger. Kari er dessuten interessert i å finne ut av hvorvidt det medisinske regimet knyttet til bekjempelsen av koleraen, var i tråd med ideologiske strømninger i tiden. Sist stiller hun trolig spørsmål ved sannhetsgehalten ved ulike tiders postulater om koleraens vesen og natur, hun relativiserer.

I tråd med profesjonens idealer om å sette mennesket inn i en *totalhistorisk* sammenheng, stiller Kari mange spørsmål. Det er trangt om plassen i Tidsskriftets julenummer, og hun må heller findyrke noen få perspektiver. Kontekstualiseringen er imidlertid selvsagt. Koleraen og koleraepidemien kan ikke sees isolert, men som fenomener i et stort og komplisert samspill der en rekke fenomener og prosesser oppstår, forsvinner og påvirker hverandre. Hun vil ha en diakron og en synkron tilnærming til sitt studieobjekt – hun studerer det i tid og rom.

Kari gjør som Per. Hun orienterer seg i *sine* kollegers arbeider om fenomenet kolera og epidemier. Hun forsøker dessuten å finne samtidige beretninger, det vil si andre kilder som omhandler sykdommen, gjerne produsert av legestanden. Men i motsetning til Per stiller hun kritiske spørsmål til så vel de vitenskapelige arbeidene som til samtidige kilder. Kari har trening i såkalt kildekritikk og bedømmer selv om hvorvidt en monografi eller en artikkel er god eller dårlig. For henne har det mindre betydning hvor den er publisert, men hun kan ikke fri seg fra hvem forfatteren er.

Karis ambisjon er både å *forklare* og *forstå* hva som skjedde i Bergen rundt 1850. Hun arbeider både hypotetisk-deduktivt og hermeneutisk (4, 5). I sin teksttolking og sin kildekritiske

gjennomgang forsøker hun å trenge bak det som blir åpent formulert. Hun analyserer så vel forsker som beretter. Hvem var de og hvilke hensikter hadde de med det de skrev? Hun leter etter motiver – alt i tråd med ”mistenksomhetens hermeneutikk” (5). Det er sannsynlig at Kari problematiserer sin egen rolle som forsker, dvs. sin egen forutforståelse når hun tar fatt på arbeidet. Hun har i studietiden, i arbeidet med hovedoppgaven, fått kjennskap til og trening i historieforskningens teorier og metoder. Hun er skolert i en av historiefagets forskningstradisjoner, kanskje den politisk orienterte, den sosialhistoriske eller den kulturhistoriske? Som medisinhistoriker kan hun faktisk knytte seg til alle disse tradisjonene og anlegge så vel et kvantitativt som et kvalitativt perspektiv på sin forskning. Det mest sannsynlige er at hun rendyrker én teoretisk tilnærming, men likevel er opptatt både av de fenomener som kan tallfestes og de som krever fortolkning. Presentasjonsformen vil klart skille seg fra Pers. Han følger Tidsskriftets oppskrift for vitenskapelige artikler, Karis er mindre skjematisk.



En 23-årig kvinne – før og én time etter kolerautbruddet (13)

## Gjensidig befruktning

Medisinere og historikere har sin styrke og sine svakheter på ulike felter. *Medisinere* er dyktige i behandling av kvantitative data, men trives ofte dårlig med kvalitative tilnærminger til sitt forskningsobjekt. Skolering i kildekritikk og kritisk analyse faller utenfor faget. Ut fra svak kjennskap til fortidige samfunn, har de lett for å bedømme fortiden ut fra nåtidige standarder. Slik står de i fare for å anlegge et formynderisk historiesyn, mens de samtidig påberoper seg politisk nøytralitet og vitenskapelig renhet (6). *Medisinere* er skolerte i kroppens biologiske funksjoner, prosesser og reaksjonsmønstre, slik de fungerer innenfor en naturvitenskapelig forståelsesramme. Men kroppens problemforståelse overføres gjerne i analyser av samfunnsmessige spørsmål. Dette blir ikke alltid like vellykket. Benyttes medisinen og den medisinske profesjon ensidig som utgangspunkt i historiske analyser av medisinske spørsmål, blir resultatene i beste fall mangelfulle, i verste fall direkte gale.

*Historikere* er mest fortrolige med kvalitative tilnærminger, og farer lettere over de spørsmål som krever løsninger ut fra kvantitative analyser (med klare unntak). De er nærmest blottet for kunnskap om de biologiske prosessenes kompleksitet. Det samme gjelder kjennskap til medisinsk terminologi. Men de er vel skolerte i å drive kildekritikk og i å analysere historiske fenomener i relasjon til det omkringliggende samfunn. Den historiske utviklingen og interaksjonen mellom ulike samfunnsprosesser og fenomener, er historikerens kompetanse- og studiefelt. Historikere er gjennomgående kritiske, for ikke å si mistenksomme – til dels også mot seg selv.

*Medisinere* beskyldes for å konsentrere seg om heltenes historie. Historikere kan anklages for å ha en forkjærlighet for studiet av de dramatiske og symbolmettede, for ikke å si de ”spektakulære” sykdommene: kjønnsykdommer, lepra, psykiske lidelser og de store epidemiene med pest og kolera som de fremste studieobjektene. Konklusjonen er klar: I medisinsk-historisk forskning er det behov for en tverrfaglig tilnærming. Både medisinerens innenfra-perspektiv og historikernes utenfra-perspektiv vil bidra til å kunne belyse et fenomen i større bredde. Begge parter har utbytte av hverandres tilnærming,

kunnskapstilfang og kompetanse, og begge parters kompetanse er relevant, nyttig og nødvendig i forskning omkring medisinsk-historiske problemstillinger. Et fruktbart samarbeid mellom de to faggruppene ligger også i den mulighet de i fellesskap har til å kunne ringe inn og formulere nåtidige problemfelter som krever historiefaglige tilnærminger.

## Historiefaglig kunnskap – nytten og gleden

Man snakker gjerne om "det teknologiske imperativ" som drivkraft i den medisinske og helsefaglige utvikling. Koste hva det koste vil, intet skal spares i arbeidet med å redde liv (7). Videre blir medisinen betegnet som et reduksjonistisk system. Nærmest som en iboende egenskap ved faget ligger at man jager stadig videre i jakten på å avsløre menneskekroppens innerste mysterier (8). Medisinen, blir det argumentert, er en progressiv vitenskap som må se forover for videre forbedringer heller enn å skue bakover til stadier som nå er overvunnet (9). Resultatet er blitt et helsevesen som aldri får nok og et helsevesen som står overfor uløselige problemer. Den britiske historikeren Graham Mooney hevder at medisinsens største utfordring i dag er "to come to terms with its own success" – å komme overens med sin egen suksess (10).

Kan kjennskap til *historisk metode* og bredere *realhistorisk* kunnskap blant medisinerne bidra til å hjelpe oss ut av dette uføret? Et vanskelig spørsmål som forsøksvis kan besvares ut fra to vinklinger, nytteperspektivet og gledesperspektivet. Kanskje kan skolering i kildekritiske metoder og samfunnsfaglig komparasjon, bidra til at medisinerne får styrket sine analytiske evner og kritiske sans i forhold til egen virksomhet? Slik kan det bli enklere å forstå de strukturer de inngår i og forstå og løse de problemene de daglig skal hanskles med. Det kan gjelde fagpolitiske spørsmål og spørsmål av strengt medisinsk karakter. Det kan gjelde prioriteringer mellom forebygging og behandling, og prioriteringer innen sykdomsbehandling. Det kan gjelde valg av forebyggingsstrategier, etisk grensesetting og vurderinger av hvilke type spørsmål medisinerne er kompetente til kunne besvare. Spørsmål og problemområder settes både inn i en større nåtidig sammenheng, og sees som ledd i en prosess som har utviklet seg over tid.

Historiemetodiske ferdigheter og realhistorisk kunnskap kan, om vi bruker sykdomshåndtering som eksempel, gi større forståelse for hvordan sykdomsopplevelser og sykdomstolkinger konstant påvirkes og til dels omformes av det omgivende miljø. At forventninger til helbredelse, til utvikling, til takling, til utgang er tids- og rombestemte. Unektelig ligger det også en stor tilfredsstillende, for ikke å si glede, i å få innsikt i og å forstå hvorfor og hvordan ting er blitt som de er blitt.

På det mest optimistiske kan vi til og med ha forventninger om at medisinerne kan lære av tidligere suksesser og feilgrep. At de vil bli seg mer bevisst at de inngår i en tradisjon der feilvurderinger og mistak er likelig fordelt med faglige gjennombrudd og suksess. Videre kan vi ha forventninger om at historisk kunnskap kan bidra til at leger reflekterer mer over sin egen rolle, at det blir enklere å se sitt fags begrensninger, og at de slik blir bedre i stand til å justere sitt profesjonsbilde i tråd med tidens krav (11). Vi kan dessuten ha håp om at kjennskap til egen historie kan bidra til litt større ydmykhet i forhold til oppgaver og ansvar, andres kompetanse og andres problemer. I dagens kompliserte helsevesen er det viktigere enn noen sinne å se seg selv og sitt fag i relasjon til omgivelsene, slik de var og slik de er blitt. Først da er det mulig å oppnå god kommunikasjon. Medisinhistorikeren Owsei Temkin refererer i *An essay on the usefulness of medical history for medicine* til kollegaen Theodor Puschmann, som allerede i 1889 uttalte seg om behovet for undervisning av medisinstudenter i medisinsk historie. Nyttens av historiske studier manifesterer seg på tre måter, hevdet Puschmann: Først: de komplementerer den generelle utdanningen. Dernest: de former fundamentet for profesjonell kunnskap og styrke. Til slutt: de styrker utdanningen og foredler karakteren (9). Slik så Puschmann både nytteperspektivet og den egenverdi som lå i større historisk kunnskap. Til det siste knyttet han glede, dannelse og kultivering. Det vil si tre komponenter som, etter min mening, med fordel kan styrkes blant

mange av dagens medisinere.

I forbindelse med min doktoravhandling om det gamle distriktslegevesenets historie (12) fikk jeg i sommer et brev fra en tidligere distriktslege, 81 år gamle Knut Rein. Han skriver: "På side 252 i din avhandling siterer du Thomas Mann: "Mennesket lever ikke bare sitt eget liv, som individ, men også, bevisst eller ubevisst, epokens liv". Uten at jeg har kunnet formulere det så klart, har denne sannhet gått gradvis opp for meg etter hvert som jeg er blitt eldre. Din avhandling viser tydelig hvor avhengig distriktslegeetaten og den enkelte distriktslege har vært av ytre rammebetingelser. En får se etaten og sitt eget liv i perspektiv. På denne måten har det vært berikende å lese. For meg personlig har det vekket fram minner – både om det en ser tilbake på med glede, men også av og til på ting en gjerne skulle ha gjort annerledes . . . Gang på gang har jeg tenkt at dette skulde jeg ha lest før jeg begynte som distriktslege . . ." (brev til forfatteren, 18. juli 2000). For Knut Rein var det berikende å se seg selv i en sammenheng, som del av et faglig fellesskap og som del av et større samfunn i tid og rom. Rein kombinerte utvilsomt nytten med gleden i sin lesing. Bare synd at det først var så sent i livet at han fikk tilgang på medisinsk-historisk materiale som gav ham denne muligheten. La oss håpe at ikke alle medisinere må bli pensjonister før de gir seg tid til å lese og reflektere over historien om sitt fags utvikling og sin profesjons rolle i samfunnet. Jeg tenker på nytten og gleden – begge deler er vi avhengige av.

---

#### LITTERATUR:

1. Myhre JE. Den norske historiske kultur. Om sammenheng og fragmentering i norsk historieforskning. *Historisk tidsskrift* 1994; nr. 3: 320 – 37.
2. Kolera i Bergen. *Norsk Mag Lægevidensk* 1849; 2: 214 – 5.
3. Persson BEB. Att studera historiska farsoter. *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet årskrift* 1994; 91 – 117.
4. Kjeldstadli K. Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
5. Kjørup S. *Menneskevidenskabernes. Problemer og traditioner i humanioras videnskapsteori.* Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag, 1996.
6. Fee E, Brown TM. Why history? *Am J Public Health* 1997; 87: 1763 – 4.
7. Nordby T. Karl Evang. En biografi. Oslo: Aschehoug, 1989.
8. Berg O. *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk.* Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
9. Temkin O. *An essay on the usefulness of medical history for medicine. The Double Face of Janus and other essays in the history of medicine.* London: The Johns Hopkins University Press, 1977.
10. Mooney G. Mooney on Roy Porter. I: *The Cambridge Illustrated History of Medicine.* Review in *History.* London: Institute of Historical Research, 1996. [www.ihinfo.ac.uk/ihr/reviews/porter.html](http://www.ihinfo.ac.uk/ihr/reviews/porter.html) (29.6.99).
11. Larsen Ø. Historien og legeprofesjonens vesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2562 – 4.
12. Schiøtz A. Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900 – 1984. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2000.
13. Vogt H. *Das Bild des Kranken.* München: Lehmanns Verlag, 1969.

---

Publisert: 10. desember 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2020. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no)