

Medisinsk historie: Vi har noe viktig å fortelle

Michael 2018; 15: 167–74.

De som er engasjert i medisinsk historie i Norge, har noe å fortelle hverandre og omverdenen. De kan fortelle om stor, allsidig og økende aktivitet på fagområdet. Det arbeides med medisinsk historie i forskjellige fora i Norge. En viktig gruppering – blant flere – er nettverket for medisinhistoriske samlinger rundt om i landet. Folk fra dette nettverket pluss en del andre interesserte møttes i Trondheim 12.–13. april 2018. Det var det et rikholdig program som belyste medisinsk historie og spesielt medisinsk museumsdrift fra flere sider. Møtet ble en bred mønstring av det som foregår innenfor medisinsk historie.

«Vi har noe viktig å fortelle» – slik er også en av underoverskriftene i Per Evtuns artikkel om utfordringer ved å lage et medisinsk historielag (1). Den står her i dette nummeret av *Michael* og er basert på et foredrag han holdt i Trondheim. Han tok der opp viktige sider ved det som for tiden foregår i medisinsk historie i Norge. Hans eksempel er fra Tønsberg, men prosessen som beskrives i artikkelen, er generell. Historiefaget har sine perspektiver og arbeidsmetoder, medisin og helsefag likeså. I fagområdet medisinsk historie møtes disse fagtradisjonene. Da oppstår ofte ny kunnskap og ny, kanskje overraskende erkjennelse. Man får noe viktig å fortelle.

Medisinhistorisk mangfold

Det foregår ganske mye på det medisinhistoriske fagfeltet i Norge, og på ulike arenaer som utfyller hverandre. Noe av aktiviteten er akademisk virksomhet ved universitetene, især ved de medisinske fakultetene. Det forskes, undervises og formidles vedrørende temaer der det dobbelte perspektivet fra historie og medisin er høyst relevant. Stipendiater er i gang med arbeider, og det settes i gang nye, dels store, interessante prosjekter, både tverrfaglige og internasjonale. Gradvis er det bygd opp sterke medisinhistoriske miljøer

ved flere av universitetene, riktignok uten at dette alltid har fått tilsvarende uttelling på studentenes timeplaner. For legestudentenes vedkommende er konkurransen om undervisningstid alltid hard overfor basalfag og klinikk. Men medisinhistorisk studentundervisning er viktig, ikke minst fordi den bibringer forståelse for profesjonell håndtering av tidens gang. Den gir forståelse for at både individuell helse og folkehelse utvikler seg over tid og i en samfunnsmessig kontekst. Dette er nødvendig for å kunne utnytte fortidige erfaringer til framtidig virksomhet. Praktisk arbeid med helsespørsmål er ofte her-og-nå-preget på alle plan.

Andre deler av den medisinhistoriske aktiviteten engasjerer folk fra andre felter. Det er f. eks. de som gjerne vil se tilbake på og reflektere over sin egen tid og sine egne erfaringer fra arbeidsplasser i helsevesenet. I slike lokale medisinhistoriemiljøer gjøres mye godt arbeid, blant annet for lokal dokumentasjon. Like viktig er at det bygger opp den allmenne interessen for å se helsespørsmål i tidsperspektiv og sosial sammenheng.

Blant de ulike aktørene i det medisinhistoriske feltet er også Det norske medisinske Selskab, som har hatt gleden av å bidra med møtevirksomhet og å kunne tilby tidsskriftet *Michael* som en publikasjonskanal.

Kildekategorien gjenstander – sentralt og lokalt

Å ta vare på og å analysere kilder fra tid som ligger bak oss, er blant historiefagets oppgaver. Det er mange slags historiske kilder, og kilder må velges ut. En av kildekategoriene er *gjenstander*, konkrete levninger fra tiden som er passert. Gjenstander er gjerne hovedanliggendet for museer og samlinger, så også innenfor medisinsk historie.

Det var lenge håpet at det skulle stått klart et nytt, nasjonalt medisinsk museum i en av bygningene ved det gamle og fraflyttede Rikshospitalet i Oslo sentrum til feiringen av det offentlige legevesens 400-års-jubileum i 2003. Man hadde ikke noe sentralt medisinsk museum, og mye entusiasme hadde derfor vært investert i planene. Et mangeårig, kostbart og godt utredningsarbeid lå bak da ombyggingsarbeidene i Pilestredet Park skulle settes i gang og det medisinske museet skulle ta form. Arkitekttegninger, nødvendige forberedende politiske vedtak og alle detaljer var klare.

Men intet skjedde. Det ble uro blant dem som hadde vært med i prosjektet så langt. Tiden gikk og 2003 nærmet seg. Forsiktige spørsmål om hvor saken sto, ble besvart med at den lå på statsrådets bord. Og der på bordet lå den, inntil statsråd Tore Tønne (1948-2002) vendte tommelen ned. Dermed var saken om et separat museum for medisin, helsevesen og helsefagene over for denne gang.

Skuffelsen var stor i vide kretser. De umiddelbare reaksjonene fra dem som hadde lagt rygg og prestisje til prosessen og hatt tillit til politikernes sakshåndtering, varierte fra raseri til apati, fra stilltiende aksept til bitre ønsker om omkamp.

Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum ble derfor opprettet i 2002 av folk som hadde vært aktive i planleggingen av det nasjonale museet, og som ikke uten videre aksepterte at dette skulle være siste ord i saken, selv om hovedmålet, et nasjonalt medisinsk museum, egentlig var oppnådd – om enn annerledes enn opprinnelig tenkt. Stiftelsen har fortsatt som mål å opprette et separat, nasjonalt, medisinsk museum.

Men det Tore Tønne også bestemte, var at Norsk Teknisk Museum på Kjelsås i Oslo skulle få oppgaven som nasjonalt medisinsk museum i tillegg. Og slik ble det. På Norsk Teknisk Museum fikk man både samfunnsoppdraget og et tilhørende budsjett. Her fikk man fagkompetanse, hit kom gjenstandssamlinger, blant annet fra Rikshospitalet, hit kom bøker, osv. – kort sagt, man var i gang, slik det blant annet er beskrevet av Lange i dette *Michael*-heftet (2). Her begynte man å utvikle en permanent medisin-historisk utstilling og man la opp til å ha skiftende utstillinger ved siden av. Kanskje var løsningen ikke så uhensiktsmessig likevel, selv om man både kunne tenke seg og forvente kulturkollisjoner når teknikk, helse og medisin skulle inn under samme hatt, i ethvert fall i den første tiden.

Museumsnettverket

Som en del av oppdraget til Nasjonalt Medisinsk Museum ved Norsk Teknisk Museum hørte også at man skulle være faginstans for de mange lokale, medisinhistoriske samlingene rundt i landet (3). Man skulle vedlikeholde faglige kontakter og yte museologisk bistand, blant annet gjennom å arrangere møter med nettverket for medisinhistoriske samlinger. Dette var det også var budsjettet med. Et slikt møte var det som ble arrangert i Trondheim 12.–13. april 2018 med det lokale medisinhistoriske miljøet som vertskap (4).

De rundt femti medisinhistorieinteresserte som hadde samlet seg i Trondheim to vakre vårdager 2018, tilhørte derfor i hovedsak «museumsarenaen» innen medisinsk historie, og de kom fra hele landet. De fleste var primært opptatte av spørsmål vedrørende medisinhistoriske samlinger.

Vi fikk høre om lokale samlinger som hadde store problemer med å holde aktiviteten i gang, og vi hørte om samlinger som gikk riktig bra og hadde en god utvikling. Her stilte selvsagt Nasjonalt Medisinsk Museum ved Norsk Teknisk Museum i en kategori for seg selv, på grunn av sin offisielle posisjon. Ikke desto mindre har dette miljøet fått til ganske mye

(2). Den medisinske delen er tross alt underlagt en felles ledelse med de øvrige samlingene ved Norsk Teknisk Museum.

«Gammeldoktoren»-utstillingen ved Glomdalsmuseet på Elverum er en vellykket, medisinhistorisk satsing som har fungert i mange år til allmenn tilfredshet. Den hadde utspring i en utstilling som ble arrangert i forbindelse med Legeforeningens sterkt historieorienterte 100-årsjubileum i 1986. Utstillingen er nå blitt permanent, både som attraksjon og dokumentasjon. Arnesens artikkel gir et overblikk over hvordan man har oppnådd dette (5).

Museet ved Kunnskapssenteret ved St. Olavs Hospital og NTNU i Trondheim er lite, men det har «museion»-funksjoner ved at det knytter sammen både aktuell og historisk kunnskap, gjerne presentert slik at det passer både for fagfolk og andre (6).

I likhet med museet ved Teknisk Museum på Kjelsås og museet ved Glomdalsmuseet på Elverum har Trondheimsmuseet en fordel ved å ha en langsiktig institusjonell tilknytning. Er man avhengig av entusiastens innsats og utholdenhet og f. eks. sykehusadministratorens skiftende velvilje, er usikkerheten meget stor. Det ble således gitt nedslående eksempler på steder hvor ivrige veteraners museumsarbeid bare ble sett på som underholdning for institusjonens pensjonister – og dermed en salderingspost som kunne strykes når det passet. Evtuns artikkel fra Tønsberg gir mange gode råd om hvordan slik usikkerhet kan motvirkes (1).

I det hele er det et kardinalspørsmål hvem som skal forvalte det medisinske arvegodset. Lorentz M. Irgens' innlegg på møtet og artikkel her i *Michael* har nettopp dette som tema (7). Spørsmålet er aktualisert i Bergen, ettersom en av de viktigste bygningene i norsk medisinhistorie, Pleiestiftelsen for Spedalske no.1, er lagt ut til salg i det åpne markedet. Institusjonell forankring er altså heller ikke nok, dersom institusjonene bakom heller ikke forvalter sitt ansvar på egnet måte. Fagområdet medisinsk historie har som sin skjebne å ligge midt mellom sfærer med ulike verdigrunnlag.

Immateriell historie

I enhver helserelatert situasjon, for eksempel i et møte mellom en pasient og en lege eller sykepleier, skjer det to ting. Det ene er at helseproblemet håndteres. Det andre er at man lærer noe. Det oppstår en informasjon som kan være nyttig senere, sammen med annen, akkumulert informasjon. Systematisk journalføring ved sivile sykehus har i vårt land tradisjoner tilbake til dansketiden og åpningen av Det kongelige Frederiks Hospital i København i 1757. Over tid samler det seg opp en stor informasjonsmengde på enkeltpasientnivå, også egnet for historisk analyse.

Et virvar av regelverk, rutiner og lokale kassasjonspraksiser har imidlertid skapt vansker for å oppbevare og utnytte arkivmaterialet. Opprettelsen av helsearkivet på Tynset, med planlagt åpning i 2019, og den tilhørende spesialutdanningen av personell til å betjene dette, er derfor en medisinhistorisk milepæl. I løpet av de siste femti år har vi altså opplevd utbygging av den medisinhistoriske aktiviteten på universitetene, og etter århundreskiftet er museumsvirksomheten konsolidert, lokalt og sentralt. Grepet med å etablere et eget helsearkiv er imidlertid like viktig. Les Carstens og Jenssens artikkel i dette *Michael*-nummeret (8) og reflekter over hva dette kan bety!

Forhåpentligvis vil man også komme videre i det pågående arbeidet med å sikre primærhelsetjenestens arkivstoff. Fordi primærhelsetjenesten i Norge er tillagt så mange viktige funksjoner i møtet mellom befolkningen og fagmiljøene, er arkivspørsmålene presserende, dersom erfaringer og kunnskapstilfang skal kunne utnyttes. Men dette er fortsatt et uryddig område, og informasjonsmengden er meget stor. Sannsynligvis trengs et revidert regelverk, ikke bare for hva som skal tas vare på og på hvilken måte av Arkiverket, men også for hvordan informasjonen som skal arkiveres, blir registrert ute i primærhelsetjenesten.

Det er imidlertid noe annet vi også mangler. Det er en trygg havn for litteratur med medisinhistorisk relevans. Selv om det nok finnes medisinhistoriske boksamlinger rundt omkring, mangler vi et sentralt, profesjonelt ledet medisinhistorisk bibliotek. Dette ville kunne være et kunnskapssentrum for medisinenes immaterielle historie.

Gamle fagbøker og tidsskriftårganger lever ofte farlig i mer bredt anlagte biblioteker. Noen, også folk som burde vite bedre, tror at «alt» er på nettet, eller at «alt» finnes tilgjengelig et annet sted, hvilket betyr fritt fram for å kassere. Eksempler: Prøv å finne seriene med gamle, utenlandske medisinske fagtidsskrifter som det har vært abonnert på og som har vært lest i Norge. Det var ofte der at tidens nyvinninger ble presentert for norsk medisin. De pietetsfullt innbundne årgangene man ofte fant på sykehusene, betydde mer enn enkeltartiklene som sto i dem, fordi det var man kunne finne hvordan resonnementer utviklet seg. Eller prøv å finne gamle lærebøker – og akkurat den riktige utgaven – der det står hvordan «state of the art» for behandling av nyretuberkulose var i 1935, den dagen du trenger å vite nettopp dette. Eller de populærmedisinske bøkene som slo an og formet folks helseoppfatninger i brede lag og forklarer hvorfor de søkte lege og hvorfor de ikke gjorde det, når f. eks. avkommet hadde vondt i magen.

Vi prøvde allerede i slutten av 1960-årene å etablere en slik boksamling ved Universitetet i Oslo, men det gikk ikke så bra. En del bøker er nok der,

men de må voktes hver dag mot kassasjonslystne øyne. Tilbud om bokgaver kommer stadig vekk, men må avslås. Det ligger således en oppgave forut.

En medisinhistorisk boksamling venter også på spesialutdannede folk, slik man nå får ved arkivet på Tynset. Kanskje kunne det nasjonale medisinhistoriske museet på Kjelsås, som allerede har en boksamling, få styrket sitt samfunnsoppdrag også på bibliotekfeltet og derved knytte den materielle og immaterielle medisinhistorie mer sømløst sammen?

Møtet i Trondheim dreide seg altså vesentlig om gjenstander som samleobjekter og kunnskapsbærere. Dette var i full erkjennelse av at medisinsk historie består av mye annet – kanskje mest av mye annet, nemlig den immaterielle historie som er bygd på andre kildegrunnlag. Den vises bare indirekte gjennom fysiske minner. Det er tankene bak som bestemmer, også over hva gjenstander kan fortelle. En pent utstilt sykepleieruniform forteller lite om sykepleien. En pinsett er like viktig for kirurgen som for frimerkesamleren. Knipetang og speiderkniv kan i givne tilfelle også være kirurgiske instrumenter. Magne Nylenna ga i sitt foredrag en oversikt over medisinenes immaterielle historie (9). Et innblikk i den immaterielle medisinhistorien viser hvilke enorme felter som åpner seg, ikke bare ved å gi bakgrunnsstoff for det museale, men for å utvikle medisinsk historie som et aktivt, samfunnsengasjert fag.

Fortelling

Å *fortelle* er et eget område innenfor historisk metode, å sette ord på noe man vil meddele på en kvalitetssikret måte. Det å drive slik formidling er viktig, nyttig og inspirerende. De gode medisinhistoriske fortellingene har bidratt til mye av fagområdetets tiltrekningskraft og levedyktighet. Metoder og medier kan variere. Aktørseminarer er en slik metode, som beskrevet av Nylenna (9). Sentrale personers egne ord om hva som har hendt, blir tatt vare på ved hjelp av en systematisert teknikk. Det norske medisinske Selskab har engasjert seg i dette, og stilt *Michael* til disposisjon for publisering av referatene.

Men formidling kan også skje på nye måter: Legen Tore Salte benytter noe så moderne som en blogg som medium for å fortelle medisinsk historie, kfr. hans artikkel (10).

Dette *Michael*-nummeret avrundes med to medisinhistoriske fortellinger av ulik karakter. Tidligere departementsråd og nøkkelperson i norsk helseforvaltning i de turbulente årene rundt 2000, Anne Kari Lande Hasle, forteller om hva som skjedde på sentralt nivå i en periode med gjennom-

gripende forandringer, sett fra en sentral aktørs side (11). Tidligere kirurgisk overlege Thorstein Bache Harbitz har benyttet notater fra sin far, kirurgen Hans Fredrik Harbitz (1900–1971) som sto for skadebehandlingen med sykehuset i Molde da krigen raste i 1940 (12). Farens notater og annen dokumentasjon som forfatteren har gravd fram, gir krigen et menneskelig ansikt gjennom omtalen av hva som hendte med hver enkelt av de 29 britiske soldatene.

Et lite eksempel på hvordan krigens medisinhistorie kan fortelles med museale virkemidler, er nevnt med henvisning til det medisinske historiske museet i Kiev i Ukraina (13).

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum med dens tilhørende venneforening gjør for øvrig en meget god jobb gjennom sine både interessante og godt besøkte møter, seminarer og studieturer. Stiftelsen står dessuten bak en omfattende, nettbasert fortellervirksomhet ved hjelp av sitt nettsted *www.helsehistorie.no*. Der er det blant annet verdifulle intervjuer med informanter fra nyere og eldre helsehistorie.

Alt helt greit?

Mye av det som skjer i medisinhistoriske fora er ikke bare interessant, men dessuten underholdende. Vektleggingen av underholdningsaspektet kan imidlertid også være et problem og en snublestein for medisinsk historie. For den museale delen kan f. eks. grensen mellom å benytte pedagogiske teknikker og det å lage lekeland for barn lett trås over. Denne balansen kan studeres når man sammenlikner medisinske museer (14).

Dessuten: Epidemier, tærende sykdommer, død, angst, hjelpeløshet, rigorøse kurer som ikke virker, smertefull kirurgi, sosial nød og andre temaer fra livets mørke sider er ikke morsomme, selv om de er engasjerende. Det er dette som er kjernestoffet i medisin- og helsehistorie. I tillegg til historiefaglig kvalitetsforankring må formidlingen også ha etisk bakkekontakt. En god historie må være basert på god historie.

Det foregår altså mye innenfor norsk medisinhistorie for tiden. Det vellykkede Trondheimsmøtet i 2018 bidro til gjensidig informasjon. For kanskje trenger vi nettopp å drøfte hva som er hva, hvem som gjør hva og hva som er det felles mål?

Dette målet må være å dokumentere og å fortelle om hvordan medisin, helse og helsevesen er blitt som det er, på en måte som både er kvalitetssikret og fanger interessen. For medisinsk historie *har* noe viktig å fortelle

Og for dem som skulle ønske å fortelle til *Michaels* lesere, har vi tatt med gjeldende forfatterveiledning sist i heftet (15).

Litteratur

1. Evtun P. Utfordringer ved å lage et medisinsk historielag – eksemplet Tønsberg. *Michael* 2018; 15: 204-11.
2. Lange E. Utviklingen av Nasjonalt Medisinsk Museum og medisinhistorisk museumsnettverk i Norge. *Michael* 2018; 15: 175-88.
3. Lange E. Medisinhistoriske samlinger og museer i Norge. *Michael* 2018; 15: 189-92.
4. Medisinhistorisk nettverksmøte i Trondheim 12.-13. april 2018. *Michael* 2018; 15: 193-4.
5. Arnesen E. «Gammeldoktoren» – et godt liv på Glomdalsmuseet. *Michael* 2018; 15: 221-39.
6. Medisinsk museum i Trondheim – for leg og lærd. *Michael* 2018; 15: 195-203.
7. Irgens LM. Hvem skal forvalte det medisinske arvegods? *Michael* 2018; 15: 212-20.
8. Carstens S, Jenssen LC. Hva skjer med helsearkivene i Norge? *Michael* 2018; 15: 240-5.
9. Nylenna M. Medisinens immaterielle historie. *Michael* 2018; 15: 246-59.
10. Salte T. Hvordan blogge om medisinsk historie? *Michael* 2018; 15: 260-2.
11. Hasle AKL. Reformene i sentral helseforvaltning 2002 og etableringen av Helsedirektoratet. *Michael* 2018; 15: 263-9.
12. Harbitz TB. The saving and rescue of wounded British soldiers from Romsdal in Norway in World War II. *Michael* 2018; 15: 270-88.
13. Larsen Ø. Museum og virkelighet – det medisinskhistoriske museet i Kiev. *Michael* 2018; 15: 289-91.
14. Børdahl PE, Tschudi-Madsen S, Due J, Espeland E, Evensen SA, Larsen Ø, Lerheim K, Schiøtz A, Schjønby HP, Aarli JA. *Medisinsk museum. Utredning levert Sosial- og helsedepartementet Oslo april 1997*. Oslo 1997.
15. Instructions for authors. *Michael* 2018; 15: 292-5.

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn

oivind.larsen@medisin.uio.no