

på ferde. Viktigst er sannsynligvis legens betenkning om hvorvidt det hos et 15 ukers foster kan «siges at være Liv». Svaret på dette er at det er *liv* fra unnfangelsen, men ikke *levedyktighet* ved det tidspunktet i utviklingen det her er snakk om. For den ulykkelige piken var dette et viktig utsagn fra en sakkyndig person. For henne kunne det bety forskjellen på alvorlig straff og å gå fri.

Hvis vi ser legers rettsmedisinske sakkyndiguttalelser på 1800-tallet i et samfunnsmedisinsk lys, ser vi at denne, i forhold til vår tid, delegeringen nedover i systemet av ekspertoppgaver, var viktig og knyttet legearbeidet til offentlig virksomhet som gikk ut over det individ- og pasientrettede. Derfor var undervisningen i disse temaene så viktig. Tidens rettsmedisinske legeoppgaver var et element til ytterligere forståelse av hvorfor anatomifaget hadde en slik bred plass i fakultetets undervisning. Rettsmedisin var offentlige oppgaver med betydning for samfunnet, basert på enkelttilfelle.

Etter hvert skulle imidlertid legestandens offentlige helsearbeid få et annet tyngdepunkt.

11. Å lære av seg selv

Læring som profesjonsnorm

Vi har omtalt hvordan 1900-tallets sosiologer interesserte seg for at enkelte yrker skilte seg fra andre ved særtrekk som dannet grunnlaget for begrepet *profesjon*¹⁴⁴. De som var medlemmer av en profesjon, hadde gjerne en langvarig, felles og ensartet utdanning bak seg, og var innrettet mot en yrkesutøvelse som bare kunne utføres av personer med denne utdannelsen. Legene har også en autonomi i yrkesutøvelsen og et moralsk imperativ til handling, mens et verdibasert «kall» som motivasjon deles med blant andre teologene.

Slik profesjonsdannelse forsterker også faglig utenforliggende forhold som sosial anseelse, gruppens lønnsutvikling osv. Legene har vært ansett for å være en av de mest typiske blant profesjonene.

Men i tillegg til de nevnte karakteristika som både var inkluderende og ekskluderende, har vi sett at det etter hvert føyde seg inn et annet moment – innen legeprofesjonen hadde man selv hånd om utviklingen av yrkets faglige grunnlag.

¹⁴⁴ Om profesjonsbegrepet og legene se omtale og videre litteraturhenvisninger i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986 og i Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA; Science History Publications/USA, 1996.

Profesjon og faglig overtak

Sosiologisk sett er profesjonsdannelsen viktig av flere grunner. Egen dominans over kunnskapsgrunnlaget forsterker gruppepreget ytterligere og kan dermed understøtte den ekskluderende effekten. Dette sees ofte når nye grupper utvikler seg i retning av å bli en profesjon. Innenfor området helse og helsetjeneste er også utviklingen av sykepleiefaget typisk. Mot slutten av 1900-tallet ble fagidentifikasjonen både ute og hjemme oppfulgt med en egen *sykepleievitenskap*. Man ville ikke lenger uten videre basere seg på kunnskaper som var utviklet av andre, men videreutvikle de kunnskaper og ferdigheter som var *spesifikke* for egen yrkesutøvelse. Det samme mønsteret har man for øvrig sett innenfor andre fag og profesjoner. Det kan også sees innenfor etablerte profesjoner, f. eks. for legenes vedkommende ved utviklingen av medisinske spesialfag.

En viktig del av å utvikle kunnskapsgrunnlaget er at man lærer av seg selv på en måte som er en del av den rollen man er sosialisert i. For legene skjer dette på to måter. Den ene er at man hele tiden *lærer av seg selv*, dvs. gjennom studiet oppøver en faglig nysgjerrighet og en evne til å systematisere det man lærer. Den andre måten er at *profesjonen systematiserer medlemmenes læring*, f. eks. gjennom skriftlig informasjon, som fagtidsskrifter, eller ved videre- og etterutdanningsopplegg. Mer om dette senere.

Generelt sett fører profesjonaliseringen til et gradvis bedre kunnskapsmessig fundament for gruppens medlemmer. Det kan imidlertid også slå kontra, idet man kan vegre seg for å ta inn personer med annen, relevant fagbakgrunn i miljøet, fordi de ikke passer inn med profesjonsbegrepets øvrige kriterier. Profileringen kan bli preget av andre hensyn enn de rent faglige. Fagets dybde og bredde kan bli skadelidende.

Det er interessant å se på når og hvordan den norske legestanden ble profesjonalisert, spesielt hva angår standsmedlemmenes egen kunnskapsutvikling.

Selve den formelle profesjonaliseringen hadde for så vidt meget gamle røtter. Lege, dvs. *medicus*, var man ikke før man hadde studert medisin, og det strekker seg altså tilbake så langt vi kan følge universitetenes og legeutdanningens historie. Hos oss tilsa en kongelig forordning av 1619 at bare utdannede leger hadde lov til å drive innvortes medisinsk behandling.¹⁴⁵ Forholdene for kirurgene var tradisjonelt annerledes. Å være kirurg, *chirurgus*, var siden gammel tid et håndverksyrke, med håndverkernes laug og innebygde godkjenningsregler. Vi har imidlertid allerede omtalt hvordan dette endret seg på 1700-tallet, for Danmark-Norges vedkommende med

¹⁴⁵ Alver BG, Fjell TI, Ryymn T. *Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag*. Oslo: Scandinavian academic press, 2013.

mer formalisert undervisning fra 1736 og med opprettelsen av Det kongelige kirurgiske akademi i 1785. Altså: Ikke bare medici, men også de gamle kirurger passet med vårt profesjonsbegrep.

Profesjonens grep om kunnskapsgrunnlaget ga definisjonsmakt og bestemte hva som var god medisin og hva som lå utenfor.

Utøvere utenfor – med et annet kunnskapsgrunnlag

Frifanter på helseområdet fantes på 1800-tallet i form av alt fra kloke koner til omreisende stærstikkere.¹⁴⁶ Legene var få, men folk som tilbød helsetjenester var ikke så få. Dette ofte fargerike supplementet til den faglig funderte helsetjenesten ble etter hvert regulert gjennom kvakksalverlovgivningen.¹⁴⁷ Det er viktig for forståelsen av politikken overfor de folkelige behandlere at man reflekterer over forskjellen mellom dem og de utdannede legene og – i den første tid – kirurgene.¹⁴⁸

Det er et ubehagelig faktum for legevitenskapen at fram til siste halvdel av 1800-tallet var mulighetene for effektiv behandling for mange av befolkningens viktigste helseplager ikke så gode. Medisinen som fag var mer effektiv på gruppenivå, f. eks. gjennom sykdomsforebygging og tilrettelegging av samfunnet, enn på individnivå. For den syke som trengte hjelp kunne det derfor ofte være mindre viktig hvilken bakgrunn behandleren hadde, bare behandlingen hjalp. Hvis f. eks. den vonde ryggen ble bedre av å legge på et katteskin, var det likegyldig hvem som hadde gitt rådet og likegyldig hvilket faglige resonnement som lå bak.

Dessuten var det slik at mange råd om hjelp til selvhjelp simpelthen stammet fra gammel fagmedisin, blant annet gjennom den aktive helseopplysningen som var drevet fra myndighetenes side helt fra Christian IV (1577–1648, konge fra 1588) lot legen, botanikeren og anatomiprofessoren Simon Paulli (1603–1680) utgi *Flora Danica*¹⁴⁹ med oversikt over planter som kunne brukes i medisinsk øyemed. På slutten av 1700-tallet var interessen for denne type helseopplysning særlig stor. Dette viste seg blant annet

146 Se: Holck P. *Norsk folkemedisin: kloke koner, urtekurer og magi*. Oslo: Cappelen, 1996.

147 Kvakksalverforordningen av 1794 anga streng straff for den som utsatte syke for fare ved å ta dem under behandling, men ga også mulighet for at uautoriserte kunne få adgang til å praktisere. Kvakksalverlovgivningen ble liberalisert i 1871, men strammet inn igjen i 1936. I 2004 ble kvakksalverloven opphevet og det ble liberalisering av bruk av alternativ behandling. Jordmødrene har en noe tilsvarende yrkeshistorie: Ved Jordmorreglementet av 1810 fikk de enerett til å yte fødselshjelp. Dette ble ytterligere forsterket ved at kommunene ble pålagt å opprette jordmordistrikter og ansette jordmødre. Og konkurrenter ble nedkjempet ved Jordmorloven av 1898, da hjelpekoner ikke lenger fikk drive fødselshjelp som næringsvei. Se oversikt over reglene hos Alver & al *op. cit.* (2013).

148 Se f. eks. Bø O. *Folkemedisin og lærd medisin: norsk medisinsk kvardag på 1800-talet*. Oslo: Samlaget, 1972.

149 Paulli S. *Flora Danica. Det er: Dansk Urtebog*. Kiøbenhafn: Melchiore Marten (?), 1648.

gjennom at *Flora Danica* fra 1761 til 1883 ble gitt ut i en sterkt forøket utgave på 54 bind med hele 3240 plansjer.

Kostbarheter som *Flora Danica* var i høyeste grad for de få, men en hel rekke populærmedisinske tidsskrifter så dagens lys på slutten av 1700-tallet, tross sensur og publiseringsvansker, blant annet initiert av den dynamiske kirurgen og medisinprofessoren Johann Clemens Tode (1736–1806).¹⁵⁰ Slike legebøker med en mengde råd og anvisninger fantes rundt omkring, og den kunnskapen de formidlet, ble en del av det kulturelle fellesgodset i befolkningen, herunder for folkelige behandlere, selv da innholdet var blitt medisinsk utdatert.

Grensene mellom hva som var vitenskapelig basert medisin, den som legene arbeidet etter, og den folkelige, med sin blanding av kunnskaper, empirisk viten, psykologisk innsikt og kanskje ispedd folketro og religiøse forestillinger, kunne til tider være flytende. Grensene ble imidlertid i stor grad satt av dem som til enhver tid hadde *definisjonsmakten* på området, hvilket helt opp mot vår tid altså var legene, det medisinske establishment, men også lovgiverne og helseforvaltningen.

Etter hvert som medisinen som fag utviklet seg og ble mer effektiv og målrettet, ble forskjellen overfor den folkelige behandlingen større, og begrepet *alternativ* kom inn. Men da ble det også et poeng, et konkurransefortrinn, en del av selvbildet for de folkelige behandlerne at de alternative tilbudene nettopp var et *alternativ* til den etablerte medisin.

Kunnskapene og markedet

Vi må huske på at behandling av sykdom og skader faktisk til langt inn på 1900-tallet, før det allmenne trygdevesenets tid, foregikk i et *marked*, der legene og helsevesenet for øvrig møtte konkurranse på kvalitet og pris. Legenes faglige tyngde lå i at de benyttet kunnskaper som var etterprøvbare og kvalitetssikrede i henhold til tidens vitenskapelige standard, og de hadde også profesjonelle retningslinjer forankret blant annet i den gamle Hippokratiske legeed – vi vil i dag kalle dette medisinsk etikk – for sitt virke i befolkningen. Gjennom studiet hadde de også lært at samfunnsansvar hørte med i legerollen.

De enkelte legens selvstendige kunnskapsutvikling var imidlertid ikke noen selvfølgelig ingrediens – at det å selv samle og skape kunnskap skulle være en del av rollebildet. Fra gammelt av var, slik vi allerede har omtalt, undervisningen de hadde gjennomgått basert på eksisterende faglitteratur som ofte var både gammel og autoritativ. Disseksjoner og annen praktisk

¹⁵⁰ Se især innledningskapitlet i Larsen Ø, Lindskog BI. (eds.) *Sundhedstidende 1778–1781*. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for medisinsk historie, 1991.

undervisning var tradisjonelt å anse som illustrasjoner til kunnskapen. Teori og historie sto sterkt.

Vi har sett at da de store undervisningssykehusene ble opprettet, f. eks. Det kongelige Frederiks Hospital i København i 1757 eller Serafimerlasaretet i Stockholm i 1752, ble de enkelte sykehistoriene, kasuistikkene, anvendt som grunnlag for egen kunnskapsutvikling, blant annet for utgivelse av lærebøker.¹⁵¹ Det ble ført pasientjournaler som ble oppbevart, og studentene lærte at slik skal det være. Normen er at vi skal lære av det vi har gjort. Og slik ble det ved det nye universitetet i Norge. Det tegner seg et bilde av et prinsipp: *Medisinsk arbeid skal også være akkumulering av kunnskap*. Det er denne profesjonsnormen som skaper autoritet, og det er når denne normen svikter at autoriteten også tapes.

Lærelyst blant legene

Det var naturlig at universitetslærerne samlet og utviklet egen kunnskap. Men det er mer interessant om normen om kunnskapsutvikling også ble overført til studentene de utdannet og til legestanden som sådan.

Det er vanskelig å vite hvordan den faglige nysgjerrigheten artet seg hos den jevne 1800-talls-lege. Det vi snart skal høre mer om, den påfallende høye reisevirksomheten, er et tegn på at faginteressen var ganske stor hos mange.

En ting er å skaffe seg kunnskap selv, noe annet er et å systematisere nysgjerrigheten og skape ny erkjennelse som så formidles til andre. En indirekte måte å undersøke dette, er å se på floraen av legesammenslutninger og tidsskrift som etter hvert oppsto, der hensikten var nettopp å formidle og å utveksle erfaringer.¹⁵² Bergen fikk en legeforening i 1831, stiftet av legen Christian Wisbech (1801–1869). Som beskrevet tidligere hadde han blant annet hadde bevist sin vitebegjærighet ved å dra på en langvarig studiereise til utlandet allerede i 1823–1824.¹⁵³ Trondheim fulgte etter ved at byens fem leger og tre apotekere startet Trondhjems lægeforening i 1842.¹⁵⁴

151 Eksempler: Henholdvis: Bang FL. *Selecta diarii nosocomii Regi Fridericiani Hafniensis*. I-II (1782–1787). Hafniæ: Litteris Simmelkærianis, 1789. Tysk utgave 1790, og: Acrel O af. *Chirurgiska händelser, anmärkte och samlade uti Kungl. Lasarettet*. Stockholm 1759, flere utgaver, blant annet på tysk 1772.

152 Se Larsen Ø, Nylenna M. Medisinsk sakprosa som samfunnsbygger. Bd. I Ss. 302–13 i: Johnsen EB, Eriksen TB (red.) *Norsk litteraturhistorie – Sakprosa fra 1750–1995* I-II. Oslo: Universitetsforlaget, 1998 og for teorigrunnlaget vedrørende sakprosa i: Grepstad O. *Det litterære skattkammer. Sakprosaens teori og retorikk*. Oslo: Samlaget, 1997. Spesielt vedrørende tidsskriftlitteraturen, se Nylenna M. Pp 229–57 in Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA; Science History Publications/USA, 1996.

153 Larsen Ø, Heiberg A. Å legge ut på studiereise – med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823. *Michael* 2008;5:11–23.

154 Reichborn-Kjennerud I, Grøn F, Kobro I. *Medisinens historie i Norge*. Oslo: Grøndahl & Søn's forlag, 1936.

I det medisinske leseselskapet som ble opprettet i Christiania i 1826,¹⁵⁵ var det at tretten personer tilknyttet hovedstadens lille medisinske miljø ikke syntes at Universitetsbibliotekets service var god nok når det gjaldt å være à jour med den utenlandske tidsskriftlitteraturen. De abonnerte selv på 11 tidsskrifter som kom i tillegg til de tidsskriftene Universitetsbiblioteket holdt. Mens 16 av Universitetsbibliotekets 18 medisinske tidsskrifter var tyske, utvidet leseselskapet den internasjonale vinklingen ved at bare fire av deres 11 tidsskrifter var tyske, resten på fransk og engelsk. Det var stort sett de samme personene som i 1833 lot leseselskapet gå over til å bli det som nå heter Det norske medicinske Selskab.

Lærelyst blant studentene

Det er all grunn til å tro at studentene hadde fått stimulert sin faglige nysgjerrighet i løpet av studiet. Stud. med. Johan Heiberg (1805–1883), den senere generalkirurg, samlet den 12. desember 1829 medstudenter til et møte, der han lanserte sin idé om å stifte en forening av medisinerstudenter og yngre leger. Formålet var «fornemmelig at skaffe Medlemmene Leilighed til at ytre deres videnskabelige Virkshomhed i de forskjellige under Medicinen henhørende Grene» – med andre ord, en forening med et klart faglig siktemål og med egenaktivitet som middel. Forslaget ble møtt med begeistring og navnet ble «Det medicinske Øvelsesselskab».¹⁵⁶

Fra da virksomheten kom i gang i januar 1830 og i årene framover ble det holdt regelmessige møter der studentenes egne medisinske arbeider ble lagt fram. Det var gjerne 20–30 til stede på møtene, og det må ansees som mange i et lite miljø.

Øvelsesselskapet fra 1829 regnes som forløperen til det som nå heter Medicinerforeningen. Virksomheten var strengt faglig. Tilløp til løsslupenhet merkes etter hvert, blant annet ved at det i 1832 ble tillatt å røyke under møtene. Men i 1844 foreslo den unge kandidat, senere professor Ernst Ferdinand Lochmann (1820–1891) at Øvelsesselskapet skulle skifte navn til Den Medicinske Forening, at framleggelsen av avhandlinger skulle falle bort, og at det hver uke skulle holdes et møte med selskapelig karakter. Nyordningen ble enstemmig vedtatt. Nå var det ikke lenger bare tobakksrøyk på møtene, det ble også skjenket spirituosa. Denne store friheten varte bare til 1846, fordi det da ble funnet på at man mer eller mindre skulle bli en del av Det norske Studentersamfund. Da gikk det raskt som

¹⁵⁵ Grøn F. *Det norske medicinske selskab 1833–1933*. Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1933.

¹⁵⁶ Skaar T. *Medicinerforeningen gjennom 100 år*. Oslo: Webergs boktrykkeri A/S, 1929.

det ofte går når en liten og en stor organisasjon slår seg sammen. Dødsåret for Den Medisinske Forening kan tidfestes til 1850.

I 1859 ble det dannet en ny forening med en kombinasjon av vitenskapelige foredrag og punsjebolle. Dette later til å ha gått faglig sett ganske bra. Den senere professor Jacob Worm-Müller (1834–1889) var egentlig viseformann, men fungerte som formann den første tiden, avløst i 1861 av den senere professor Hjalmar Heiberg (1837–1897). Også i denne foreningen møttes både leger og studenter til et medisinsk fellesskap. Men i 1861 var det igjen noen som fikk igjennom en sammenslåing med Studenter-samfundet, denne gang riktignok mot protester. Foreningens lystige avslutningsfest i 1861 viste seg å være dens gravøl. I 1862 var det slutt.

Medicinerforeningen

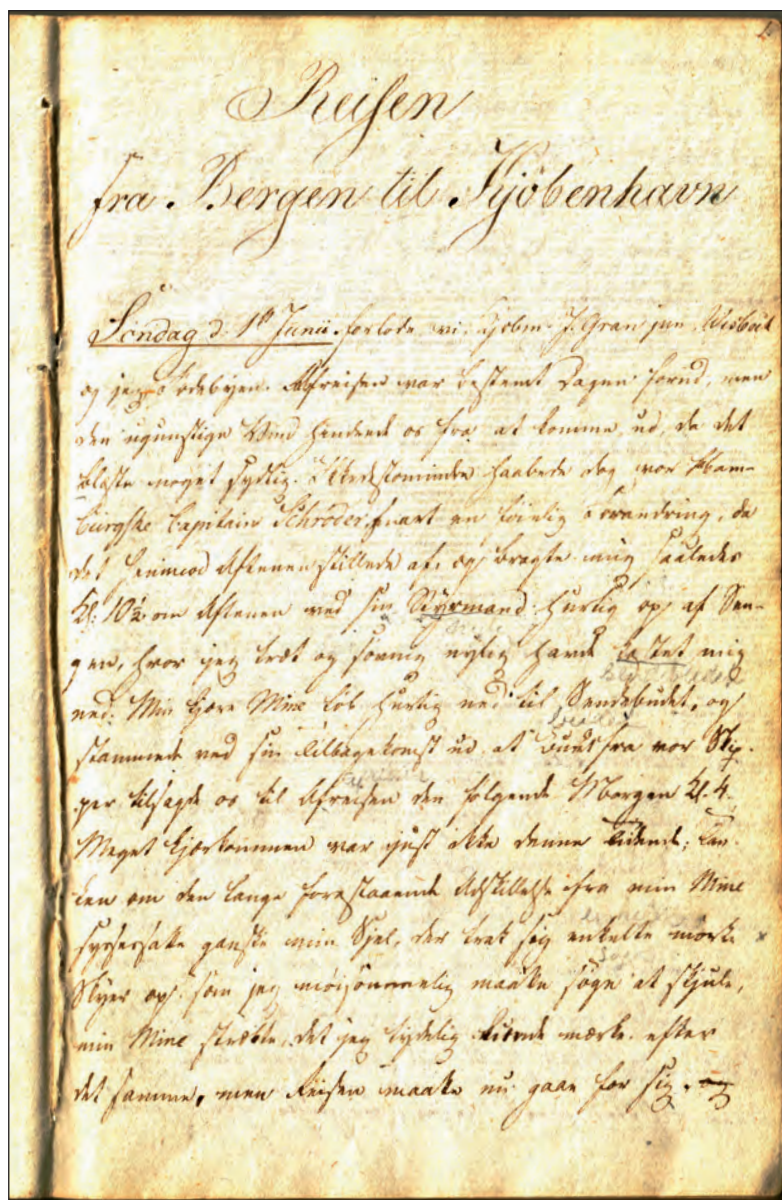
Selv om den nåværende Medicinerforeningen hårdnakket hevder at den stammer fra 1829, er det siden nyopprettelsen 23. oktober 1866 at det er snakk om kontinuerlig virksomhet. Igjen startet man opp med en kombinasjon av yngre leger og studenter blant medlemmene og med en kombinasjon av fag og fest.

Medicinerforeningen hadde således en mangslungen historie på 1800-tallet. Det er grunn til å ta den med her som et viktig bevis på at datidens medisinerstudenter virkelig hadde en faglig nysgjerrighet og en trang til å lære av seg selv – i tillegg til at de hadde en trang til sosialt fellesskap, noe som også er profesjonsbyggende. Som andre studentforeninger bidro den til å utforme profesjonens identitet og rollebilde, både de positive og negative sidene. Det er interessant at beskjeftigelsen med *faget*, egenaktivitet for å tilegne seg og utvikle kunnskap, hele tiden var til stede.

Norm om læring fra 1840

Mens tidsskriftet *Eyr* ikke har noen innledende «programerklæring» i sin første årgang 1826 som kan belyse dets intensjon om å stimulere egenlæringen, finnes dette i etterfølgeren *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* i 1840. Der står det om tidsskriftet i innledningen (side VII) «... dets Hovedøiemed deals er at afgive et Depot for vore egne Lægers litteraire Arbeider, dels i Uddrag at meddele det Vigtigste af den udenlandske Literatur; det er følgelig disse to Punkter, der ville udgjøre Skriftets videnskabelige Grundvold.» Og de egne «litteraire Arbeider» er nettopp samling, organisering og drøfting av viten, frambringelse av ny kunnskap og læring både for forfattere og lesere.

Å lære av seg selv var blitt en norm.



Figur 39: Den senere professor Christen Heiberg (1799–1872) var sammen med kollega Christian Wisbech (1801–1869) som unge leger på en lengre studiereise rundt i Europa i årene 1823–1824. Her sees et blad fra Heibergs dagbok om turen til København i 1823. (Tilhører Det norske medicinske Selskab). (Referat fra dagboka i: Larsen Ø, Heiberg A. Å legge ut på studiereise - med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823. Michael 2008; 5: 11-23.) (Foto: Øivind Larsen)