

den tyske og danske modellen for legeutdanning med oppdeling i tre avdelinger, der studiet gikk fra det generelle til det spesielle.<sup>344</sup> Det var denne tradisjonen som var blitt utfordret, i hovedsak fra krefter utenfor fakultetet. Ved 100-årsjubileet i 1914, markert med det nye eksamensreglementet, var dette over. Man visste nå – riktignok foreløpig – hva en lege skulle være, underviste og eksaminerte i henhold til dette, og kunne for øvrig konsentrere seg mer om andre ting, som å drive medisinsk forskning.

## 28. Videre- og etterutdanning – universitetsanliggende eller profesjonsoppgave?

### *Annerledesfakultetet*

Hvis vi lener oss tilbake, tenker på utviklingen ved det medisinske fakultetet på slutten av det 19. århundret og litt inn i det neste, fester oss spesielt ved alle diskusjonene om studieplanene, organiseringen og læringsmålene og lar detaljene gli i bakgrunnen – hva ser vi da? Nærmere ettertanke kan føre til at vi ser hvordan debatten om hvordan studiet skal være, egentlig ikke gjelder hvordan studiet skal være. Debatten gjelder det som skal skje *etterpå*. Hvordan legen skal fungere i samfunnet.

Hensynet til pasienten og til befolkningens helse ligger over det hele som en overordnet *verdi*. Men i debattene om hvordan yrkesprofilen skulle være, hvilken legerolle som var best egnet i samsvar med denne verdi, var det legene, ikke fakultetet som førte ordet. Man kunne tenke seg at f. eks. utformingen av helsevesenet og profileringen av de personene som skulle gå inn i dette, var et akademisk tema, der grunnlaget var akademisk kunnskap. Det ble bare i liten grad slik. Fakultetets virksomhet og medisinerstudiet var så sin sak, men det var ytre krefter som styrte det som skulle skje *etterpå*.

Dette paradokset gir det medisinske fakultet et særpreg og gjør det annerledes enn de andre fakultetene. Det normative grunnlaget for de andre fakultetenes virksomhet ble i stor grad forvaltet av dem selv. Det normative grunnlaget for det medisinske fakultet kom i stor grad utenfra, og ble forvaltet av de utdannede legene selv. De ønsket leger i sitt bilde. Men dette bildet var også i endring, hvilket vi blant annet ser av de konfliktfylte drøftingene av oppsplitting i spesialfag.

344 Se: Puschmann T. *A history of medical education from the most remote to the most recent times*. London: H.K. Lewis, 1891, s. 608–11, der de nordiske land er omtalt og sammenliknes. Boka er en oversettelse av den opprinnelige tyske utgaven fra 1889. Legeutdanningens utvikling av en identitet er en rød tråd helt fra de eldste tider.

For Universitetets fagmiljø ville oppdelingen i spesialfag gi muligheter for fordypning og vitenskapelig utvikling. På den annen side ville helhetssynet og dettes vitenskapelige sider kunne bli skadelidende. For legestanden ville en slik oppdeling kunne ha en rekke praktiske implikasjoner for stillingsstruktur og helsevesen, mens den legerollen de selv undertiden trakk fram, den allsidige landslegen, kunne komme i faglig klemme.

Med andre ord: Aktørene i debatten opererte på grunnlag av forskjellige premisser.

### *Etterpå*

Det er et paradoks at for å forstå utviklingen *innenfor* det medisinske fakultet, må vi først og fremst vende blikket mot verden *utenfor*. Et spørsmål reiser seg da: I hvilken grad har fakultetet følt seg ansvarlig for den faglige utviklingen som skjer blant de uteksaminerte kandidatene *etterpå*, etter eksamen?

Dette oppfølgeransvaret gir seg især utslag i det ansvaret fakultetet føler for videre- og etterutdanning av sine kandidater. Å forstå fakultetets utvikling er derfor uløselig knyttet til videre- og etterutdanningen. For å få en oversikt over de lange linjene her, må vi faktisk trekke dem helt fram til vår tid, til avslutningen av den 200-årsperioden disse betraktningene skal dekke.

### *Må vi lære mer?*

Uten at det er så lett å dokumentere, især ikke på gruppenivå, er det en rimelig antakelse at mange mennesker har en velutviklet innebygd nysgjerrighet. Rent reflektorisk lurer de fleste på hvordan ting *er*. Derfor kan vi også anta at mange som gjennom formell utdanning eller annen opplæring har ervervet kunnskaper og ferdigheter innen et fagfelt, simpelthen blir drevet av egen nysgjerrighet og vil føle trang til både å lære mer og til å fornye det de allerede har lært. Hva har skjedd? Hva skjer?

På den annen side behøver det ikke være slik. Eksempler: Har man lært å hygge poteter og å hesje høy en gang i ungdommen, kan man gjennomføre et yrkesliv som gårdbruker likevel, selv om naboen bruker mer moderne metoder. Og har man en gang lært seg å fortolke og formidle en bibeltekst, kan man i prinsippet leve et helt liv i forkynnensens tjeneste uten faglig påfyll. Hvis man ikke er innstilt på å lære mer, kan krav om mer kunnskap simpelthen føles truende. Dessuten kan det å holde på det gamle i visse sammenhenger simpelthen ha en egenverdi.

Men dette varierer. I det medisinske fakultets 200. jubileumsår er det omtrent like mange nysgjerrige og kunnskapssultne ph.d.-studenter som det er studenter i grunnutdanningen. Det er ikke mer enn en drøy manns-

alder siden det for eksempel nærmest ikke var stuerent å forske hvis man var psykiater.

Hvor har norske leger plassert seg på skalaen mellom brennende kunnskapstørst og passiv selvtilfredshet?

### *Hva kvalifiserer legestudiet for?*

Dette kan vi studere ved å se på det som måtte foreligge av formulerte studiemålsettinger, men også ved å se på tradisjoner og regelverk for legers yrkesutøvelse.<sup>345</sup> På jakt etter innsikt i dette kan det være fruktbart også å se på legenes faktiske atferd. Det har vi allerede gjort i de tidligere kapitlene i denne boka. Det er et trekk som synes klart: Helt fra fakultetet begynte å utdanne leger, har de fleste av de utdannede kandidatene hatt et iboende, vedvarende ønske om *å lære mer*. Jakten på faglitteratur, opprettelsen av faglige foreninger, studiereisene og hospiteringen på sykehus beviser dette.

Studiet, slik det var lagt opp fra begynnelsen av, kvalifiserte uten tvil for selvstendig praksis. Til de uteksaminerte legene var det en allmenn forventning om at de skulle kunne utføre selvstendig arbeid av tidsmessig kvalitet, både når det gjaldt behandling av allmenmedisinske, indremedisinske og kirurgiske pasienter og ved utførelsen av andre oppgaver. Fordi sykehusene i begynnelsen var få og små, var det nødvendig at det var slik. Utdanningens dybde og bredde måtte dekke dette behovet. Med doktorkoffertens innhold til hjelp skulle de fleste situasjoner kunne beherskes.

Det ser imidlertid ut som om det varte lenge før fakultetet så det som sin oppgave å bidra aktivt til videreutdanning i spesielle områder innen medisinen, og til etterutdanning for å oppdatere legenes kunnskaper fra studietiden. Det gikk faktisk 150 år før fakultetet som sådant virkelig tok ansvar her. Det var andre som tok initiativet og var pådrivere.

### *Hvorfor utdanne seg mer?*

Motiver for å utdanne seg mer kan være forskjellige. De kan også være overlappende med motivene for å utdanne seg til lege i det hele tatt. Ser man legeyrket som et *kall*, kan drivkraften for å lære mer til pasientenes beste være den samme som drivkraften til å begynne på medisinstudiet. I den andre enden av skalaen ligger legeyrket som en *karrierevei* fram til en plass i samfunnet der andre sosiale kjennetegn råder, slike som økonomi og status. For å oppnå dette kan videre- og etterutdanning være nødvendig.

---

<sup>345</sup> Målsettingen for studiet er spesielt viktig for perioden etter 1954 da turnustjenesten ble innført, og især på 2000-tallet da diskusjonene begynte om å avskaffe den. Kvalifiserer studiet for å være turnuskandidat eller for å være ferdig, autorisert lege? Dette er egentlig to forskjellige ting og har betydning for studieopplegget.

Ligger statusen i å klatre i et stillingshierarki, er det innebygd en drivkraft for faglig utvikling. Ligger statusen i vitenskapelig retning, sier situasjonen seg selv. Da er det den faglige nysgjerrigheten som driver.<sup>346</sup>

Mange av 1800-tallets leger hadde en eller annen lønnet stilling, f. eks. som militærleger, der det å skaffe seg mer kunnskap ikke nødvendigvis ga mer karrieremessig eller lønnsmessig uttelling. Også for mange som drev allmenn legepraksis gjaldt det samme. Strukturen var flat.

Mot slutten av 1800-tallet ble legeyrket i større grad et av flere liberale yrker, der man drev på kommersiell basis. Da kunne det å ha spesialutdanning på et eller annet felt være et konkurransefortrinn.<sup>347</sup>

Men det var mer enn som så. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger man kunne by fram, preget også egen og standens prestisje, befolkningens oppfatning og legens plassering på samfunnets rangstige. Historikeren Per Haave legger vekt på at legene som ble uteksaminert fra vårt universitet på 1800-tallet, i likhet med kandidater fra andre fag, var sosialisert inn i en embetsmannskultur, der man forvaltet kunnskaper med felles beste for øyet, også når det gjaldt individrettet virksomhet. Det var *serve the society*. Legene skulle bli moralsk kompetente til å forvalte offentlig myndighet i omgang med liv og død.

Man ville på grunn av dette moralske ansvaret først ikke ta opp studenter uten *examen artium*, dvs. uten klassisk dannelse på forhånd. Men på grunn av legemangelen ble dette tillatt i perioden 1815–1832. Det var i alt 126 leger som hadde slik «norsk» utdanning uten latin, med avgangseksamen fra årene 1817–1853. De ble det som kaltes *examinatus medicinae*, altså ikke kandidater. Hele 103 av disse ble offentlige leger, derav 74 distriktsleger, og bare 17 ble privatpraktiserende. I samme periode, fra den første i 1820 og til 1853 ble det uteksaminert 218 med tittelen *candidatus medicinae*. Midt på 1800-tallet var det imidlertid ikke så mange privatpraktiserende leger i det hele tatt, stigende fra 8 (6,5 %) i 1832 til 99 (25 %) i 1872.<sup>348</sup>

Som stand betraktet, hadde legene et anseelsesproblem i forhold til andre akademikergrupper, eventuelt også overfor andre embetsmannsgrupper. Enkeltes åpenbart store interesse for å lære mer på eget initiativ, bør antakelig også oppfattes som en trang til å hevde seg og bli sett og hørt, i lys av den foreliggende situasjonen.

346 I boka Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications, 1996 er diskusjonen av profesjonsutviklingen orientert rundt fire *objectives*: *Serve the sick, serve the society, serve the science, serve yourself*. Det vises til drøftingen der og i andre kapitler i herværende bok.

347 Se Haave P. *I medisinenes sentrum. Den norske legeförening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub, 2011.

348 Lindbekk 1967, gjengitt fra Larsen, Berg, Hodne *op. cit.* (1986), tabell 4.4., s. 350.

### *Ny legerolle?*

På vei inn i det liberale samfunnet på slutten av 1800-tallet ble legerollen endret fra å ha den solide samfunnsstøtte som sitt faglige forbilde (*serve the society*), til mer å søke prestisje gjennom å opparbeide en blomstrende praksis (*serve the sick*) eller å oppnå vitenskapelige suksesser (*serve the science*). Disse målene fordret faglig oppdatering, men på ulik måte.

Den norske lægeforening ble opprettet i 1886 for å ivareta standsmedlemmenes interesser også når det gjaldt legerollen, men foreningen var også fagforening med et våkent øye for medlemmenes økonomi (*serve yourself*).<sup>349</sup> I likhet med i andre land følte den norske standssammenslutningen behovet for å utforme legestandens profil.<sup>350</sup> Både i Norge og andre steder ble det blåst støv av den hippokratiske legeetikken. Det ble også etablert andre kjennetegn som skulle ta vare på legens anseelse.

Den økende tendensen til spesialisering, til å skaffe seg videreutdanning fram mot en selverklært spesialistrolle må sees i lys av dette. Men den private legepraksis med salg av konkurranseutsatte tjenester i et fritt marked kunne også gi fritt fram for utvekster som ikke passet seg for en respektable yrkesgruppe. Derfor ble det behov for kontroll. Legeforeningen tok mål av seg til å utøve slik kontroll.

Fakultetet hadde sluppet tømmene samtidig som de delte ut eksamenspapirene.

### *Kunnskap og penger*

Ganske raskt ble spesialistbegrepet og de antatte kunnskapsmessige fortrinn som en lege med videreutdanning hadde, knyttet til hvordan honoreringen for legetjenestene skulle være. I 1890 hører vi forslag om at faste takster nok kan være vel og bra på landet og i småbyer, men i større byer bør det være fritt. Spesialistene bør bestemme sine priser selv, ble det hevdet, og det mentes at spesialistene ville gjøre både seg og sine kolleger en tjeneste ved å legge seg på et høyere prisnivå. I den klassesdelte hovedstaden kunne det i denne markedsliberalismens gullalder simpelthen være meget attraktivt å bli legespesialist. Pompøse villaer talte sitt sosiale språk om dette.

Et hederlig unntak var kirurgen Alexander Malthe (1845–1928) som drev avansert kirurgi i sin privatklinikk, men som likevel hadde ord på seg for å være raus mot pasienter som hadde lite å betale med – og som etterlot

<sup>349</sup> Se spesielt drøftingen av dette punktet i Haave P. *op. cit.* s. 47ff.

<sup>350</sup> Om Den norske lægeforenings historie, se spesielt Bergs kapitler i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986, og om profesjonsutformingen for øvrig i Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications, 1996.

sin store formue til formål som den dag i dag kommer norsk medisin til gode.<sup>351</sup>

Men nøkkelen til økonomisk suksess som privatpraktiserende lege lå i skaffe seg videre- og etterutdannelse slik at man kunne kalle seg *spesialist*. Dette ble en sterk drivkraft for utdanning.

Det å velge å bli lege var på en annen måte enn før blitt et valg blant et voksende antall valgmuligheter. Det ble et valg likestilt med andre valg av utdanningsretning fram mot en plass i solen i samfunnet. Men var man først blitt lege, fantes det høyere mål. På veien videre oppover trengtes stadige nistepakker med kunnskap. Og studenttilstrømmingen til det medisinske fakultetet økte kraftig, så konkurrenter pustet i nakken. I perioden 1890–1909 var hele 27 % av alle som tok embetseksamen ved Universitetet medisinere.<sup>352</sup>

### *Helhet og spesialfag – initiativer og kritikk*

Vi har allerede omtalt hvordan professorene ved det medisinske fakultet lenge var mot spesialiseringen av faglige grunner. De mente at medisinen var en helhet og burde bedrives slik.

Legeforeningen var til å begynne med enig i fakultetets standpunkt. På et noe annet grunnlag var foreningen motstander av den frie videreutdanningen fram mot å kalle seg spesialist. «Spesialistuvesenet» var blant ordene som ble brukt.

Det er ikke sikkert at den enkelte leges egne vurdering av hva som trengtes av videreutdanning for å kalle seg spesialist, var helt å stole på. Haave refererer<sup>353</sup> f. eks. en sak fra 1896 der en lege averterte sine tjenester som spesialist i hudsykdommer åtte dager etter at han hadde avlagt medisinsk embetseksamen.

I kapitlet om legers reisevirksomhet har vi hørt om sommerkursene i utlandet. Disse hadde stor tiltrekningskraft, især kursene i Berlin, der man endog kunne oppleve den store patologen Rudolf Virchow (1821–1902). F. eks. i 1890 var det hele 20 deltakere fra Norge.

Legeforeningen likte ikke slike kurs heller. I det hele likte de ikke utenlandsk medisin. I 1894 krevde Legeforeningen forbud mot at utenlandske leger skulle få arbeide i Norge, riktignok uten å få myndighetene med på

351 En gammel vandrehistorie om Malthe i sykebesøk i et vanskeligstilt hjem lyder som følger: «Han skrev sin regning i duggen på vinduet og lot solen kvittere». Det finnes fortsatt flere fond donert av Malthe, og der det regelessig deles ut forskningsmidler. Norsk kirurgisk forening mottok til og med ved Malthes død en testamenterisk gave på 40 000 kroner (mange penger rundt 1930), der avkastningen skulle gå til fester for medlemmene.

352 Se blant annet tallmaterialet som er samlet i Selman FT. *op.cit.* (2002).

353 Haave P. *op. cit.*, 2011, s. 52.