

30. 1940 og årene som fulgte

1940 – fakultetet blir eksklusivt

Uavhengig av storpolitikk og krig var det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo, betraktet som legeskole, blitt dramatisk forandret i 1940 ved at *numerus clausus* var blitt innført. Som uttrykket tilsier: «Lukket antall». Fra høsten 1940 var det frie opptaket av ungdommer som gjerne ville bli leger, blitt erstattet med en streng forhåndsutsiling. I 126 år hadde studiet vært åpent. Nå var dette slutt.

Mylderet i auditorier, kurssaler og på sykehusene kunne nå avta, men var fortsatt der en tid framover. Slik måtte det være, for foreløpig var de fleste viderekomne studentene blitt tatt opp etter den gamle ordningen, dvs. uten noe spesielt opptak. Mylderet var også avtakende, fordi det i prinsippet var blitt betydelig mer ro og orden i miljøet med mer samsvar mellom undervisningskapasitet og studenttall.

Ved høstsemesterets begynnelse i 1940 ble det bare tatt opp 42 studenter. I 1941 var tallet det samme. I 1942 var det ikke mer enn 21 nye medisiner. De unge studentene som nå var tatt opp, var dessuten betydelig mer homogene enn sine forgjengere på grunn av opptakskravene. De var dessuten homogene på øverste hylle, fordi det var *artiumskarakterene* som var opptakskriteriet. Det var de beste som kom inn.

Studentpopulasjonen ble forandret også på en annen måte. Nå besto den store konkurransen i å komme inn på medisinstudiet. Tidligere hadde studentene begynt å lese medisinske fag, og så kom den store bøygen i form av de mange eksamener, der mange strøk og falt fra etter hvert. Dertil kom usikkerhetene i forbindelse med ventetider for å komme med på obligatoriske kurs og obligatorisk tjeneste. Konkurransesklimaet var knallhardt. Nå var bøygen flyttet ned, til før studiestart.

Legestudentene etter 1940 skilte seg dermed ut fra studentene ved de fleste andre studieretninger ved Universitetet. Dette kunne gi en distanse som ikke alltid var så gunstig. At man tilhørte de beste blant artianere og var valgt ut på dette grunnlaget, kunne føre til at enkelte av dem utviklet en selvbewissthet som andre ikke likte. Dessuten må vi huske at det var mange som hadde søkt opptak til medisinstudiet, men som ikke var kommet inn. At medisinerne ikke kunne bli møtt med misunnelse fra disse, er naivt å tro. Det kom også annet i tillegg: Som vi straks skal se, begynte det blant annet å skje interessante ting innenfor medisinsk vitenskap som tiltrakk seg oppmerksomhet, f. eks. de nye behandlingsmåtene for tidens svøpe, infeksjonene. Medisin og medisiner fikk en høyere status på grunn av det som nå kunne utrettes. *Serve the sick* – oppgavene hadde fått bedre

Teologer, jurister, medisinere, filologer og realister uteksaminert 1810–1959; menn; fordelt etter hovedkarakter til examen artium og uteksamineringsår. (%) (Etter Lindbekk 1967)

	Uteksamineringsår			
	1810–49	1850–1909	1910–39	1940–59
Teologer				
Særdeles	0.4	2.3	1.5	
Meget	32.1	55.0	38.2	36.6
Tilfredsstillende	51.1	32.7	41.1	42.8
Nogenlunde	11.1	8.0	6.6	6.0
Oppl. mangler	5.2	2.0	12.5	14.5
Sum%	99.9	100.0	99.9	99.9
(n=)	(710)	(1468)	(1300)	(459)
Jurister				
Særdeles	0.6	3.7	1.8	2.0
Meget	50.8	51.4	35.4	41.3
Tilfredsstillende	42.4	37.1	53.3	49.4
Nogenlunde	5.9	7.0	7.7	3.5
Oppl. mangler	0.3	0.6	1.5	3.8
Sum %	100.0	99.8	99.7	100.0
(n=)	(687)	(3350)	(3169)	(1721)
Medisinere				
Særdeles		2.3	2.0	16.1
Meget	29.6	53.5	38.7	53.1
Tilfredsstillende	53.2	37.2	51.3	21.4
Nogenlunde	15.3	6.2	5.2	2.1
Oppl. mangler	2.0	0.8	2.8	7.3
Sum%	100.1	100.0	100.0	100.0
(n=)	(203)	(1558)	(1854)	(1918)
Filologer				
Særdeles	4.0	9.2	6.4	9.6
Meget	82.0	75.5	55.4	50.1
Tilfredsstillende	12.0	13.5	30.4	21.8
Nogenlunde		0.7	2.3	1.7
Oppl. mangler	2.0	1.1	5.6	16.8
Sum %	100.0	100.0	100.1	100.0
(n=)	(50)	(437)	(753)	(1546)
Realister				
Særdeles		10.1	6.3	4.0
Meget		68.0	54.6	50.9
Tilfredsstillende		19.5	33.0	24.0
Nogenlunde		2.5	2.7	0.6
Opp. mangler			3.4	20.3
Sum%		100.0	100.0	99.8
(n=)		(200)	(445)	(1446)

* For jurister og medisinere omfatter tallene bare personer med vanlig examen artium. Dvs. preliminaristene er holdt utenfor analysen. Tallene for jurister og teologer refererer seg i kolonnen til høyre til kullene uteksaminert henholdsvis 1941–55 og 1940–55.

Figur 81: Målt etter artiumskarakterene S og M var i første halvdel av 1800-tallet filologene de desidert mest skoleflinke av dem som senere ble uteksaminert ved Universitetet, fulgt av juristene. Medisinene var til og med dårligere enn teologene. I siste halvdel av 1800-tallet er bildet omtrent det samme. I perioden 1910–1939 lå filologer og realister høyst, medisinere og teologer var omtrent like dårlige, mens juristene nå hadde havnet nederst. At medisinene er på topp fra 1940 er systembetinget, for nå var det blitt numerus clausus. (Fra: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Den norske lægeforening, 1986)

faglig grunnlag. Legen i rollen som *livredder* sto mer fram enn bare kort tid før. Det ble større forventninger og tilhørende status.

Var man først kommet inn på medisinstudiet, var selvsagt sjansen for å stryke til eksamen fortsatt tilstede, men den var ikke så truende, blant annet fordi alle nå stort sett hadde de samme gode forutsetningene for å lære. Etter hvert ble det også slik at studieopplegget så å si forutsatte at alle fulgte samme løp. Skulle man være uheldig og stryke, ville gjerne en kontinuasjonseksamen kort tid etterpå kunne sørge for at det ikke ble noe studieavbrudd. Medisinstudiet var blitt *forutsigbart*.

Da krigen var over og alt kom i gang igjen, oppsto det gradvis et skille mellom Det medisinske fakultet og resten av Universitetet. Utviklingen fra eliteuniversitet til masseuniversitet bølget framover som en bevisst og prioritert utdanningspolitikk. Ved innføringen av *numerus clausus* i 1940 hadde Det medisinske fakultet tatt et skritt som definitivt gikk motsatt vei. Fakultetet ble ikke med på ferden mot masseuniversitet. Det medisinske fakultet utviklet seg isteden i elitistisk retning.

Ny medisinsk kontekst

Etter krigen sto man etter kort tid overfor en ny helsesituasjon, fordi selve helsebegrepet ble utvidet til blant annet å omfatte sosiale forhold og det vi kan kalle subjektiv sykdomsoppfatning. Karl Evang (1902–1981) hadde vært med på å opprette Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1948. Denne utvidelsen er med i organisasjonens helsedefinisjon.

Fordi det norske helsevesenet var forholdsvis egenrådig styrt av helsedirektør Karl Evang³⁷⁵, forandret forholdene seg i den retningen han la opp til, med vekt på å betjene befolkningen ved hjelp av offentlige sykehus, offentlige poliklinikker og offentlige sykehus. Utviklingen i England med Beveridge-planens visjoner for en heldekkende, nasjonal, offentlig helsetjeneste var også en inspirator.

Fram mot 1970 foregikk det en storstilt utbygging av offentlige sykehus med tilsvarende behov for nye leger som skulle arbeide der. Det typiske målet for medisinstudiet ved fakultetet flyttet seg nå over fra å kvalifisere for å kunne arbeide i privat praksis til å bli sykehuslege.

Medisinsk forandret forholdene seg også, fordi sulfapreparater og antibiotika ble tilgjengelige for behandling av de viktigste folkesykdommene – infeksjonene. Ganske snart fulgte andre effektive medikamenter, f. eks. mot psykiske sykdommer og giktskykdommer. Denne utviklingen med stadig større vekt på medikamentell behandling og utvikling av nye farma-

375 Se: Nordby T. *Karl Evang – en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.

søytiske spesialpreparater, flyttet også mye av utviklingen av nye *behandlingsmetoder* over fra universitetsmiljøene til eksterne aktører, nemlig til den farmasøytiske industri. På den annen side ble *diagnostiske metoder* vesentlig styrket ved at laboratoriemedisinen på institutter og sykehus også gjennomgikk en sterk utvikling i tiårene etter krigen.³⁷⁶

Hygiene og forebyggende medisin måtte få en annen profil.³⁷⁷ Andre problemer enn før ble viktige. Folks sosiale kontekst ble nemlig fort annerledes enn den hadde vært før. Boligbyggingen hadde stoppet opp i krigsårene og mange hus var blitt ødelagt av krigshandlinger. Men norske arkitekter hadde likevel ikke ligget på latsiden. De hadde planlagt. Da boligreisingen tok til igjen etter krigen, var det med nye standarder, gjennomført ved hjelp av Husbanken (opprettet 1946) og revisjoner av bygningslov og forskrifter. Blant annet ble innlagt bad og WC, foruten egne soverom for foreldre og barn ny standard, hvilket det ikke hadde vært før. Nye boliger skulle være større, hvilket var ansett som bra for den mentale trivsel og helse. Moderne sanitæranlegg skulle redusere fortidens tallrike vannbårne smittesykdommer. Dette ble da også resultatet over tid. Legenes beskjeftigelse med smittsomme sykdommer ble annerledes.

Det gikk heller ikke lenge før ernæringsfaget skiftet siktemål. Før gjaldt det å legge vitenskapelig grunnlag for et tilstrekkelig kosthold i en delvis underernært og feilernært befolkning. Nå ble blikket skiftet til det motsatte. Til *overvekt*.³⁷⁸

Undervisningen av leger måtte simpelthen orientere seg på nytt innenfor mange områder av medisinen.

For den medisinske vitenskapen ble det også et tidsskifte. Norsk medisin hadde alltid vært sterkt tyskorientert. Tolv år med nazistisk omforming ødela tysk medisins rykte. Enda verre ble dette ryktet etter hvert som uhyrlighetene under krigen kom for dagen. Etterkrigstidens oppblomstring av faget medisinsk etikk hadde Nürnbergprosessenes avdekking av nazimedisinen som drivkraft. Tysk medisin hadde tapt vitenskapelig anseelse. I norske studenters og legers bokhyller var det tysk faglitteratur. Tyskland hadde vært faglig reisemål. Medisinen ble nå vendt i angloamerikansk retning.

Det hendte imidlertid noe annet i 1940-årene som betydde et tidsskille for det medisinske fakultet i Oslo. Det skjedde i 1946: Universitetet i Oslo

376 Se: Stokke O. *Fra håndverk til høyteknologi. Klinisk kjemi på Rikshospitalet fra 1953 til 2003*. Oslo: Rikshospitalet, 2003.

377 Se omtale og litteraturoversikt i Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.

378 Se: Tranøy BS. Overflod som faglig problem ved Universitetet i Oslo. S. 173–273 i: Collett JP (red.) *Samtidshistoriske perspektiver*. (Universitetet i Oslo 1811–2011, bok 7) Oslo: Unipub, 2011.

var ikke lenger enerådende som vårt nasjonale universitet. Universitetet i Bergen var blitt opprettet. Snart ville det også komme medisinerere derfra.

Det lå dessuten etter krigen noe i luften som i ethvert fall enkelte ved det medisinske fakultet i Oslo og i Legeforeningen oppfattet som foruroligende: Norsk ungdom reiste *til utlandet* for å studere medisin! Uhørt!

Det medisinske fakultet i Oslo og utenlandsmedisinerne

Det var legemangel i Norge i de første årtiene etter krigen. Det var mange årsaker til det, som blant annet nye medisinske terapimuligheter, utvidet helsebegrep, sterk sykehusutbygging og bedre finansiering av helsetjenester. De foreløpig relativt fåtallige nyuteksaminerte legene fra Universitetet i Oslo ble møtt med åpne armer på arbeidsmarkedet.

Professor i øyesykdommer i Bergen, Torstein Bertelsen (1923–2008) var selv student som var blitt sendt til Tyskland etter aulabrannen i Oslo 30. november 1943. Han hadde avsluttet sitt medisinstudium i København i 1952. Han mente og skrev med stor styrke gjennom mange år at legemangelen var kunstig, at den var skapt av sentrale krefter innen norsk medisin, hvilket i første rekke ville si i Oslo, og nærmere bestemt av koalisjonen Legeforeningen og Det medisinske fakultet.³⁷⁹

Legeforeningen og fakultetet ville nemlig ikke ha utenlandske leger til Norge, selv om dette kunne løst legemangelproblemet. De ville verken ha ferdig utdannede, utenlandske leger eller nordmenn som hadde reist ut for å studere medisin. En lang rekke hindringer ble lagt i veien for dem som ville til utlandet for å studere. Det gjaldt alt fra å gjøre studiefinansiering hjemmefra vanskelig til advarsler om at det ville bli umulig å få jobb i Norge etterpå.

Hvorfor satte Det medisinske fakultet i Oslo seg på bakbeina? Det kan ha vært tungtveiende faglige argumenter. Fram til turnustjenesten fra 1954 var eksamenspapiret fra fakultetet i Oslo inngangsbilletten til selvstendig legearbeid. Det var inntil da Det medisinske fakultet i Oslo som tok ansvaret for kvaliteten og anbefalte slik autorisasjon som ble gitt av helsemyndighetene i henhold til Legeloven av 1927.³⁸⁰ Hvordan skulle man sikre at kandidater fra utlandet holdt samme kvalitet?

I de første årene etter Den annen verdenskrig var det fortsatt det gamle mønster for helsetjenesten, dvs. at både allmennpraksis og spesialistpraksis i stor grad ble tilbudt av selvstendig næringsdrivende leger. Dette betydde at privat legepraksis var konkurranseutsatt virksomhet. Legeforeningens omsorg for de privatpraktiserende har tradisjonelt vært sterk, og omsorgen

³⁷⁹ Bertelsen TI. *De skapte legemangelen*. Bergen: Alma Mater, (1998).

³⁸⁰ Fakultetet i Oslo hadde denne myndigheten også etter at fakultetet i Bergen var opprettet. Dette ble et stridsspørsmål.

var det også da. Det var tett kontakt mellom fakultet og forening. Fakultetet i Oslo delte Legeforeningens bekymring for konkurransen utenfra, selv om dette objektivt sett ikke var deres anliggende. Bertelsen refererer et fakultetsmøte 10.9.1946 om utenlandsmedisinere: «–at det oppstår spørsmålet om vi har behov for dem og om vi har plass til dem eller om vi må beskytte de av oss selv utdannede leger mot denne konkurranse.» Bertelsen legger vekt på at innføringen av *numerus clausus* i Oslo i 1940 var begrunnet med plassmangel, ikke overproduksjon. Argumentasjonen om for mange leger var kommet til etter krigen.

Det var en del studenter som var blitt forsinket i sitt studieløp eller i sin skolegang for å oppnå tilstrekkelig gode artiumskarakterer på grunn av krigen, f. eks. ved at de hadde drevet motstandsarbeid. Det ble ordnet med ekstraordinære studieplasser i København, Århus og Göteborg allerede høsten 1945, og da kunne disse komme med etter søknad.³⁸¹ Det var Det medisinske fakultet i Oslo som sto for opptaket til disse utenlandsplassene i henhold til gjeldende, norske opptaksregler. Kandidatene som studerte på denne måten var sikret arbeid i Norge når de kom hjem, på samme måte som dem som var utdannet hjemme. Andre som ville studere i utlandet på eget initiativ, ble ettertrykkelig advart av fakultetet i Oslo som hadde myndigheten til å anbefale autorisasjon.³⁸²

Det medisinske fakultet i Oslo hadde således en nøkkelrolle når det gjaldt det totale omfang av utdanning av leger for det norske arbeidsmarkedet. Og fakultetet ønsket å beholde denne kontrollen. Motstanden mot utenlandsmedisinere varte lenge. Så sent som i 1959, på en tid da antallet legestudenter som begynte sitt medisinstudium i utlandet til og med var blitt større enn tallet på dem som begynte i Norge, skrev nyutnevnt dosent i barnesykdommer og medlem av Det medisinske fakultet Martin Seip (1921–2001) en kronikk i *Dagbladet*³⁸³ med tittelen «Forfeilet universitetspolitikk». Der gikk han i krasse og mistenkeliggjørende vendinger imot oppmykning av godkjenningsreglene.³⁸⁴

381 Dette var litt kinkig, ettersom man få år før hadde argumentert med stor styrke mot å fravike opptakskravene. I praksis ble det derfor vansker med artiumsforberedelser som ble kriteriet.

382 Et tilleggsmoment når vi ser på Oslo-fakultetets skepsis overfor studenter med utdanning fra utlandet, har vært hørt, men er vanskelig å dokumentere. Det er at det skulle være etterdønninger av fakultetets steile holdning under krigen overfor studenter som ønsket opptak på politisk grunnlag, uavhengig av *numerus clausus* og artiumskarakterer. Politiske opptak ble unngått den gang. I etterkrigstiden kunne man kanskje risikere at slike som var blitt nektet opptak under krigen, nå reiste ut, studerte medisin, fikk eksamen i utlandet og ville komme tilbake hit til Norge som leger!

383 *Dagbladet* 10.1.1959. Her referert etter Bertelsen (1998), s. 140ff.

384 Seip slo til og med «under beltestedet» ved å ville informere skattebetalerne om at Lånekassen bevilget rentefrie lån til et urimelig stort antall nye medisiner. Kvaliteten ved de utenlandske lærestedene trakk han også i tvil.