

funnsengasjement viste seg også gjennom internasjonal innsats av forskjellig slag.

Ti ble psykiatere, ti laboratorieleger og ni ble allmenntmedisinere. Det var fire pediater og fire radiologer, tre valgte gynekologi og obstetikk. En ble patolog, en ble anestesilege og en ble øyelege.

Oppfølgende studier som denne reiser nødvendigvis det generelle spørsmålet om hva som avgjør valget av vei videre etter studiet. Det er mange faktorer som spiller inn – så mange at det egentlig er et spørsmål om det har vært ens egne, frie valg. Alle som besvarte henvendelsen var tilfredse når de så seg tilbake. Men det var jo ikke noe alternativ å velge om igjen!

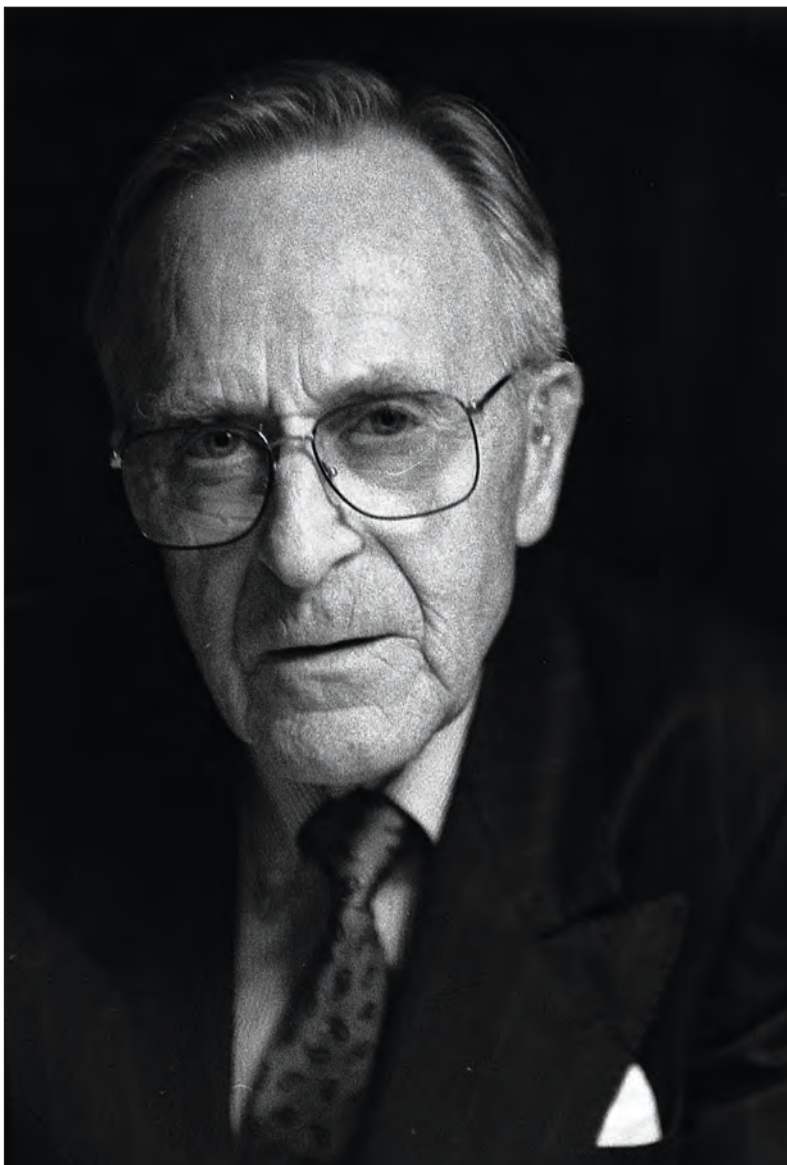
32. Legeskole i en ny verden

Nye faglige omgivelser

Vi har sett hvordan Det medisinske fakultetet tilsynelatende fortsatte i det gamle spor da Den annen verdenskrig var over. Men det var egentlig bare utenpå.

Vi har allerede omtalt hvordan tyngdepunktet for studentenes framtidige arbeid som leger gradvis ble flyttet fra praksiskontorene og over til sykehusene. Det faglige målet studentene så for seg, forandret seg. *Serve the sick* var ikke lenger noe legen forutsattes å gjøre alene, i en én-til-én-situasjon overfor pasienten. Helsedirektør Karl Evangs plan om utbygging av sentralsykehus ble satt ut i livet. Norge fikk fra 1950-årene et økende antall sykehussenger også for slike vanlige sykdommer som man tidligere hadde blitt behandlet for hjemme. Nå ble det mer og mer et helt system som pasienten møtte. I den kliniske undervisningen ble det å utrede og å behandle en pasient med f. eks. vondt i brystet *på sykehus* studenten lærte. Det er ikke helt det samme som å møte en pasient med vondt i brystet på et enkelt utstyrt legekontor eller i sykebesøk.

Selve den medisinske kunnskapen hadde også forandret seg. Det finnes diverse sprang i utviklingen hvor vi har sett at det er kommet relativt raske faglige endringer. Innenfor den perioden som faller sammen med fakultetets 200-årige historie, er kanskje innføringen av *cellularpatologien* fra 1850-årene et av de store sprangene. Ved å skifte blikket fra organene til cellene «oppdaget» man anatomen på ny, både den normale og den patologiske. Og man oppdaget mye mer, ikke minst fordi dette paradigmeskiftet også stimulerte utviklingen både av relaterte fag og av de tekniske hjelpemidlene man trengte. Mange mindre slike sprang fulgte etter hvert.



Figur 99: I fakultetets jubileumsår 2014 inngår medisinsk etikk som en naturlig del av studieopplegget. Faget går som en rød tråd fra første undervisningsuke til slutteksamen. Det stopper heller ikke der, for går man videre med f. eks. et ph.d.-prosjekt eller annen forskning, trengs det i de aller fleste tilfeller godkjenning fra en etisk komité. Dette er imidlertid forholdsvis nytt, idet den som innførte faget etikk for medisinerere på en systematisk måte, var filosofen Knut Erik Tranøy (1918–2012) som på slutten av sin karriere ble professor i medisinsk etikk ved fakultetet i 1986. (Foto: Øivind Larsen 1994)

I etterkrigstiden kom imidlertid et stort sprang – innføringen av *laboratoriemedisinen*. Vel hadde man tatt laboratorieprøver av pasienter før også, men ikke i særlig stort omfang, blant annet fordi metodene var langsomme og tungvinte og resultatene ikke alltid til å stole på. Legens kliniske skjønn var fortsatt gangbart som beslutningsgrunnlag. Men så etter hvert kom det bedre og bedre laboratoriemetoder som gjorde det lettere å ta biologiske prøver, og som til og med kunne analyseres automatisk.⁴⁰⁹ Det nye tilfanget av laboratorieundersøkelser ga ny innsikt i både den friske og syke kroppens funksjon. Det var faktisk en *ny dimensjon i anatomi og fysiologi* som tok form gjennom laboratorieresultatene. Dette måtte læres gjennom tilpasninger av legestudiet. Det endret også bildet av hvordan man skulle arbeide som lege etterpå.

Vi har tidligere omtalt hvordan Den annen verdenskrig medførte at norsk medisin vendte blikket fra den nå stagnerte tyske medisin til den angloamerikanske. De tette kontaktene mot vest gjorde at mange unge leger søkte seg vestover for å lære mer eller for å arbeide med et forskningsprosjekt. I det hierarkisk styrte offentlige helsevesenet var det muligheter for å få stipend for å dra til en av de prestisjetunge Schools of Public Health i Storbritannia eller i USA. I forskningsmiljøene på fakultetet og på universitets-sykehusene var det tilsvarende – en god del reiste på studieopphold, f. eks. til USA.⁴¹⁰ *Serve the science*- aspektet ved å være lege fikk en ny dragnings-

Forskningen også ny?

Forskningstemaer kommer alltid etsteds fra. Universitetsidealet er den frie forskning. Stein på stein legges av forskeren selv på et grunnlag lagt av forskeren selv og andre. Forskeren besvarer sine egne spørsmål.

I virkeligheten er det ikke så enkelt. Forskning – også den medisinske – styres av temaer og oppgaver som er viktige i tiden. Eksempel: Etterkrigstidens dreining mot laboratoriemedisinen førte med seg en rekke presserende oppgaver. Det kunne simpelthen være oppgaver som måtte gjøres før man egentlig kom i gang! Hva var egentlig *normalverdiene*,⁴¹¹ og hva var normalverdiene *i Norge* for alle de laboratorieundersøkelsene som nå åpenbart kunne være meget nyttige?⁴¹² Standardisering av laboratoriemetoder ble

409 Se f. eks. Stokke O. *op. cit.* (2001)

410 Det ble, med en viss brodd, sagt at enkelte dro av sted for å skaffe seg graden BiA – *Been in America*.

411 Se f. eks.: Gräsbeck R, Alström T, Solberg HE. (eds.) *Reference values in laboratory medicine*. Chichester etc.: John Wiley & sons, 1981.

412 Eksempel: Noe så tilsynelatende basalt og enkelt som «blodprosenten» visste man egentlig lite om så seint som i 1960-årene. Ved Hygienisk Institutt ble det derfor gjennomført en stort anlagt studie av dette. Se: Natvig H.(ed.) *Hemoglobin values in Norway*. Oslo: Universitetsforlaget, 1969.

også nødvendig, og helst slik at de samstemte med hva man brukte i utlandet.

Det ble mye mer *tall* i medisinen enn det hadde vært før. Dette gjorde at man også måtte kvalifisere seg i å arbeide med tall. Medisinsk statistikk vokste fram som et nødvendig fag, men det var likevel først i 1982 at matematikeren Odd A. Aalen (f. 1947) ble dosent og i 1985 professor i medisinsk statistikk og etablerte et slagkraftig statistisk miljø. Før dette hadde famlende forskere søkt – og fått – god hjelp eksternt, f. eks. hos Knut Westlund (1923–2007)⁴¹³ ved Livsforsikringsselskapenes medisinsk-statistiske institutt på Ullevål sykehus.

At utviklingen i medisinsk tallbehandling tok litt tid, har også tekniske årsaker. Den som har prøvd å regne statistikk med regnestav, logaritmetabeller eller regnemaskin med sveiv, vet at det går an, men man unngår det helst! Kalkulatoren⁴¹⁴ og EDB-maskinene på slutten av 1960-tallet ble innenfor medisinsk forskning et kvantesprang på linje med paradigmeskifter vi alt har nevnt.

Problemet «n»

Hvis vi ser på den norske, medisinske tidsskriftlitteraturen fram til etter krigen, er *kasuistikken* en hyppig sjanger. Man skrev om ett eller et begrenset antall tilfeller og meddelte seg om resultater og erfaringer.

En annen type artikler dreier seg om behandlingsresultater m.v. for ett enkelt sykehus. Artiklene forteller om hvordan man har gjort dette *der*.

Dette er for så vidt greit, for kasuistikkene representerer egentlig bare seg selv. Sykehusavdelingens resultater representerer også bare avdelingen de kommer fra. «n», nevneren i brøken, er egentlig ganske grei.

Så sent som rundt 1970 kom de store, allmenne helseundersøkelsene av befolkningen for alvor.⁴¹⁵ Riktignok hadde vi hatt skolebarnsundersøkelser, bedriftslegeundersøkelser, tuberkulosekontroll og andre grupperettede tiltak i mange tiår allerede, men det var først da interessen ble vinklet mot befolkningen som helhet, at problemet med «n» for alvor oppsto. Det man fant, hva var det i forhold til *hva*? Epidemiologifaget trakk på denne tiden et slags sceneteppes til side innen medisinen. Gruppeperspektivet skapte en

413 Westlund ble i 1972 professor i Tromsø og var da den første professor i epidemiologi i Norge.

414 På 1960-tallet var faktisk også *prisen* en hindring for å ta i bruk nytt og nødvendig utstyr. Eksempel: For å få unna tallbehandlingen ved et epidemiologisk prosjekt valgte denne forfatter å kjøpe en regnemaskin selv i 1964. Den var avansert da, den kunne alle fire regningsarter (!), men heller ikke mer. Den kostet ca. 5000, hvilket var mye når en stipendiatlønn lå rundt 1600 pr. måned. Jeg fikk heldigvis solgt den igjen etterpå.

415 «Tromsøundersøkelsen» ble satt i gang i 1974 som en følge av den høye dødeligheten av hjertekar-sykdommer.

ny dimensjon, akkurat som f. eks. cellularpatologien og laboratoriemedisinen hadde gjort det før. Medisinske tidsskrifter forlangte mer og mer at all presentasjon av tallserier m.v. skulle være foretatt på en kvalifisert måte. Men til dette var statistikk og etter hvert datakraft en forutsetning.

I tradisjonell forskning merket man dette problemet godt. F. eks. hvis man skulle publisere resultatene av et behandlingsopplegg, hvilke pasienter skulle man da ta med? Hva skulle utgangsmaterialet være? Hva var «n»? En sak som tiltrakk seg stor oppmerksomhet og som kan sees i lys av denne problematikken, er nevrokirurgen Arne Torkildsen (1899–1968) og refusjonen av hans doktorarbeid i 1948. Arbeidet dreide seg om hans senere verdenskjente metode for avlastning av forhøyet trykk i væskesystemet rundt hjernen.⁴¹⁶ Torkildsen hadde imidlertid ikke tatt med alle pasientene han hadde operert, det var åtte som manglet, hvilket kom fram etter hvert. Bedømmelseskomiteen innstilte ham likevel til å forsvare doktorgraden, men Universitetets rektor, professor Otto Lous Mohr beskyldte Torkildsen for uakseptabel tilfeldig innsamling av materiale, og det ble avslag i fakultetet. Det ble mye støy omkring dette. Det er mulig at essensen i saken lå i manglede tradisjon for å sette opp en protokoll for forskningsprosjektet hvor det er definert hvem som skal være med, dvs. hva som skal være «n».⁴¹⁷

Forskning og fakultetsstruktur

Det er liten tvil om at den medisinske forskningen ved det medisinske fakultet i Oslo og tilliggende miljøer gjennomgikk en ganske spektakulær utvikling opp mot et høyere nivå i de første tiårene etter krigen. Men da ble det man så mot og rettet seg etter, den internasjonale forskningsfronten. Før hadde det i større grad vært nasjonale problemstillinger eller problemstillinger som hadde umiddelbar relevans for den undervisningen man ga til studentene. Det ble i større grad enn før en avstand mellom forskningen og studentundervisningen.

Den utstrakte oppdelingen i selvstendige, ofte små fag som skjedde ved fakultetet i etterkrigsårene og fram til sammenslåingsreformen i 1990, ga i seg selv en spissing av forskningen. Pr. 1. juli 1968 var fakultetets i alt 423,5 årsverk fordelt på hele ca. 76 enheter, og da var det endatil enkelte

⁴¹⁶ Torkildsen A. *Ventriculocisternostomy. A palliative operation in different types of non-communicating hydrocephalus*. Oslo: Johan Grundt Tanum forlag, 1947.

⁴¹⁷ Torkildsen ble dr. med. i København i 1950. Han fikk ingen stilling i Oslo, men han ble berømt som professor i nevrokirurgi i Kairo. Les mer i: Aarli JA. Arne Torkildsen og Torkildsens operasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3726-7 og Stien R, Aarli JA. Skjelettet i skapet – behandlingen av Arne Torkildsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3588-91.

enheter ved Aker sykehus og Sentralsykehuset for Akershus ikke regnet med.⁴¹⁸ Noen enheter var store, andre besto bare av én person.

Strukturen på instituttene var som regel ganske hierarkisk. Hvis leseren av denne bok synes det til nå har vært mye snakk om professorene og mindre om miljøene, er det fordi dette samstemmer med virkeligheten. Fram til universitetsdemokratiet slo inn for alvor, var instituttssjefen virkelig sjef. Styreformen ved universitetsenhetene representerte ofte den siste utløper av det opplyste enevelde. En professors spesielle interesser kunne komme til å prege hele miljøet i årtier framover, også etter at han eller hun selv var gått fra borde, fordi strukturer var etablert som gjorde det naturlig å fortsette som før. På den annen side kunne en ny professor snu opp ned på det eksisterende. Professorenes dominans i forskningsmiljøene kunne føre til dramatiske skifter i instituttprofil ved skifte av sjef, blant annet med følger for stab og forskningsgrupper.

La oss her benytte hygienefaget som eksempel: Vi har allerede omtalt at det overordnede, sosialhygieniske faget *hygiene* var blitt delt i *sosialmedisin* og *hygiene* (senere kalt *forebyggende medisin*) i 1952, med hver sin sjef, henholdsvis Axel Strøm (1901–1985) med mer befolkningsrettede interesser og Haakon Natvig (1905–2003) med interesser rettet mot biologi og miljø. Natvig kom da han ble professor i hygiene i 1952, fra en stilling i Oslo Helseråd der næringsmiddelhygiene hadde vært hans viktigste arbeidsfelt. Denne interessen tok han med seg inn i fakultetet. Han var blant annet svært opptatt av å utvikle felles nordiske metodikker for hygienisk kontroll av næringsmidler, et viktig tema i en tid da det ble stadig mer fri flyt av matvarer både i de enkelte land og over landegrensene. Men næringsmiddelhygienen forsvant ut fra instituttet, fakultetet og Universitetet og ble veterinærenes domene, som et ledd i oppsplitting og spesialisering som ikke bare skjedde internt i fakultetet eller innenfor Universitetet.

I årene etter 1975 skiftet Institutt for forebyggende medisin karakter ved at den nyansatte professoren Tor Bjerkedal (f. 1926) med stor faglig suksess videreutviklet sitt spesialområde *epidemiologi*. Omkostningen for fagporteføljen ved Universitetet i Oslo var at den tradisjonelle hygienegravgradvis forsvant og fortsatt er mer eller mindre borte fra undervisning, forskning og formidling. Hygienegrav, som var det faget ved fakultetet som hadde *totalbildet* av helsepåvirkninger og helseeffekter i befolkningsgrupper som sitt speciale, var nå blitt erstattet med et spesialfag, nemlig epidemiologi. Det var i seg selv bra. Vitenskapelig dybde erstattet vitenskapelig basert bredde. Men hva da med undervisningen av kommende leger på vei

418 Se: Vedlegg 3 i: *Universitetet i Oslo – Organisasjon og ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1969. («Brodalkomiteens» innstilling.)

ut i det norske samfunnets myldrende mangfold? Blir de kompetente til å se med faglige øyne på de store sammenhengene, og til å påvirke dem?

Oppsplittingene av fag og nyetableringene av fag førte altså til at viktige forskningsområder *forsvant ut av fakultetet*, simpelthen fordi man var så dyktige i sitt arbeid med tidsaktuelle problemer at feltet krevde selvstendighet. La oss fortsatt holde oss i hygienemiljøet og tenke på de studiene av luftforurensning som ble foretatt ved det gamle Hygienisk Institutt, spesielt ved førsteamanuensis Walter Lindberg (1913–1990). Målestasjoner var satt opp rundt omkring i Oslo i instituttets regi og data ble møysommelig samlet inn og bearbeidet – til og med manuelt med gammeldags regnemaskin, før elektronisk databehandling var vanlig. Som dokumentasjon av det ytre miljø var dette viktig i 1960-årene. Det var en opptakt til den voksende miljøbevegelsens store interesse for ren luft. Lindberg var også sterkt engasjert i Røykskaderådets virksomhet. Men for hygienefagets vedkommende førte det til at aktiviteten ble overtatt av det eksterne Norsk institutt for luftforskning (NILU). Andre ble førende innen et fagområde som hadde stor betydning for praktisk medisin.

Miljømedisin, et stort felt i hygienefaget, finnes riktignok fortsatt, men nå ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, og har en minimal plass ved fakultetet og i studentundervisningen. Moderne menneskers helse og trivsel er i økende grad avhengig av samfunnets infrastruktur – arealplanlegging, bolighygiene, skoler, vann, kloakk, avfallshåndtering. Medisinsk forskning på sammenhenger her kan gi basis for undervisning som både er relevant for studentene i deres kommende yrke og kan gi inspirasjon til å gå videre med problemstillingene både innenfor forvaltning og forskning. Andre steder ved Universitetet arbeidet f. eks. samfunnsgeografer og sosiologer med beslektede problemstillinger. I den sterke proliferasjons- og oppsplittingsfasen – hadde fakultetet og Universitetet noen overordnet og langsiktig strategi?

Fakultetets overordnede profil kunne imidlertid ha betydning. Eksempel: Fakultetets undervisningsanliggende var inntil nylig å utdanne *medisinere*. Men f. eks. faget ernæringsfysiologi hadde interesse også for andre.⁴¹⁹ Hvor skulle faget da høre hjemme? Det var riktignok sprunget ut fra fakultetets fysiologiske institutt. Det var eksternt finansiert ved at bror av indremedisinen, professor ved Rikshospitalet Peter F. Holst (1861–1935), direktør ved A/S Freia Chokolade Fabrik Johan Throne Holst (1868–1946) opprettet et medisinsk fond i 1919.⁴²⁰ Midler herfra var basis for Institutt

419 Se: Tranøy BS. I: Collett JP. (red.) *Samtidshistoriske perspektiver*. Universitetet i Oslo 1811–2011, bd. 7. Oslo: Unipub, 2011.

420 Se: Rudeng E. *Sjokoladekongen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1989.

for ernæringsforskning som ble opprettet i 1941, ledet av professoren i faget fra 1940, Ragnar Nicolaysen (1902–1986). Ernæringsfysiologi vokste seg etter hvert stort som fagfelt. Men ettersom det ble tilbudt en forskningsbasert magistergrad i ernæring, passet ikke graden inn ved det medisinske fakultet, på tross av den tette integreringen med det øvrige medisinermiljøet. Graden ble derfor avlagt ved Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet.

Personavhengige skifter i fagprofil er således viktige når man ser bakover og skal forstå fagenes historie. Men slike skifter kunne være urovekkende i de faglige lokalmiljøene der de skjedde. Mang en vitenskapelig assistent eller stipendiat har sittet rundt lunsjbordet og lyttet til instituttets seniorer med spisse ører. De har lyttet etter tegn på profildringer som kunne få betydning for både ansettelsesforhold og framtid. «Concentrate efforts» pleide nevroanatomen, professor Alf Brodal (1910–1988) å si.⁴²¹ Konsentrer deg om det du er best til, da blir det du gjør best, mente han. Selvfølgelig hadde han rett i dette. Men den på instituttet som kanskje ikke akkurat drev med det instituttet som sådant var best til, kunne da ha grunn til uro.

Vinkling av forskning og vinkling av undervisning henger ofte sammen. Hvordan har langtidsplanleggingen vært her? Planleggingen av helheten?

På 1950-tallet og utover i 1960-årenes sterke vekstfase for Universitetet var enkeltenhetene fortsatt ganske autonome, og det ble flere og flere av dem. Dette medførte at man drev med det samme, eller nesten det samme, flere steder. Man konkurrerte egentlig med hverandre innenfor fakultetet. Aktuelle problemstillinger f. eks. fra hematologi, ernæring osv. ble tatt opp flere steder. Dette kunne studentene også merke i undervisningen. Samme tema ble presentert flere steder, mens andre emner knapt ble dekket i det hele tatt. Eksempel: Skjoldbruskkjertelens funksjon og sykdommer ble omtalt med eierskap i flere miljøer. Thyreotoksikosen og myksødemet forekom naturlig nok i fysiologien, og ganske selvfølgelig i indremedisinen, mens lærere i øyesykdommer også hadde aksjer sammen med hygienikere som fortalte om jodinnhold i kostholdet, og kirurger om hvordan man opererte.

Eksempel på nye tider i basalfag – fysiologien skifter drakt

I de første etterkrigsårene kan det neppe ha blitt så mye tid til å konsentrere seg om basalmedisinsk forskning. Universitetets undervisning var i gang igjen fra høsten 1945. Nye studenter ble tatt opp. Men i tillegg kom de som hadde fått studiet avbrutt ved stengningen i 1943. Dertil kom den gamle «ordinære» ventekøen mellom første avdelings første og annen avdeling.

⁴²¹ Forfatteren hørte dette selv ved Anatomisk Instituttets lunsjbord i 1970-årene.

Dette betydde at f. eks. Fysiologisk Institutt høsten 1945 og våren 1946 underviste over 500 førsteavdelingsstudenter.⁴²²

For fysiologene kom den nye tid for alvor i 1950-årene med ekteparet Walaas. Arnt Otto Walaas (1913–1998) hadde embetseksamen fra 1940 og ble ansatt ved Fysiologisk Institutt i 1943, vitenskapelig assistent i 1945 og førsteamanuensis i 1946. Han hadde studieopphold i USA, Sverige og Danmark med østrogene hormoner som spesialfelt, et emne han også disputerte innenfor i 1951. I 1955 etterfulgte han Einar Langfeldt som professor i fysiologisk og medisinsk kjemi, og ble leder for avdelingen for biokjemi.

Eva Walaas (1913–1979) hadde også vært ved Fysiologisk Institutt fra 1946, dvs. gjennom oppbyggingsårene etter krigen. Hun ble førsteamanuensis i biokjemi i 1958 og dosent i 1963. Ekteparet Walaas arbeidet begge med den kjemiske og hormonelle påvirkning av muskelstoffskiftet.

Miljøet ved Fysiologisk Institutt's to avdelinger (fra 1962 formelt delt i Fysiologisk Institutt og Institutt for medisinsk biokjemi) tiltrakk seg unge forskere på grunn av alt det spennende som foregikk der. Flere av de unge forskerrekruttene kunne senere gjenfinnes i sentrale posisjoner, f. eks. professoren i klinisk biokjemi ved Rikshospitalet Lorentz Eldjarn (1920–2007), eventyreren, vitaminforskeren og professoren i arbeidsfysiologi Kåre Rodahl (1917–2008), og psykiatriprofessor Leo Eitinger (1912–1996).

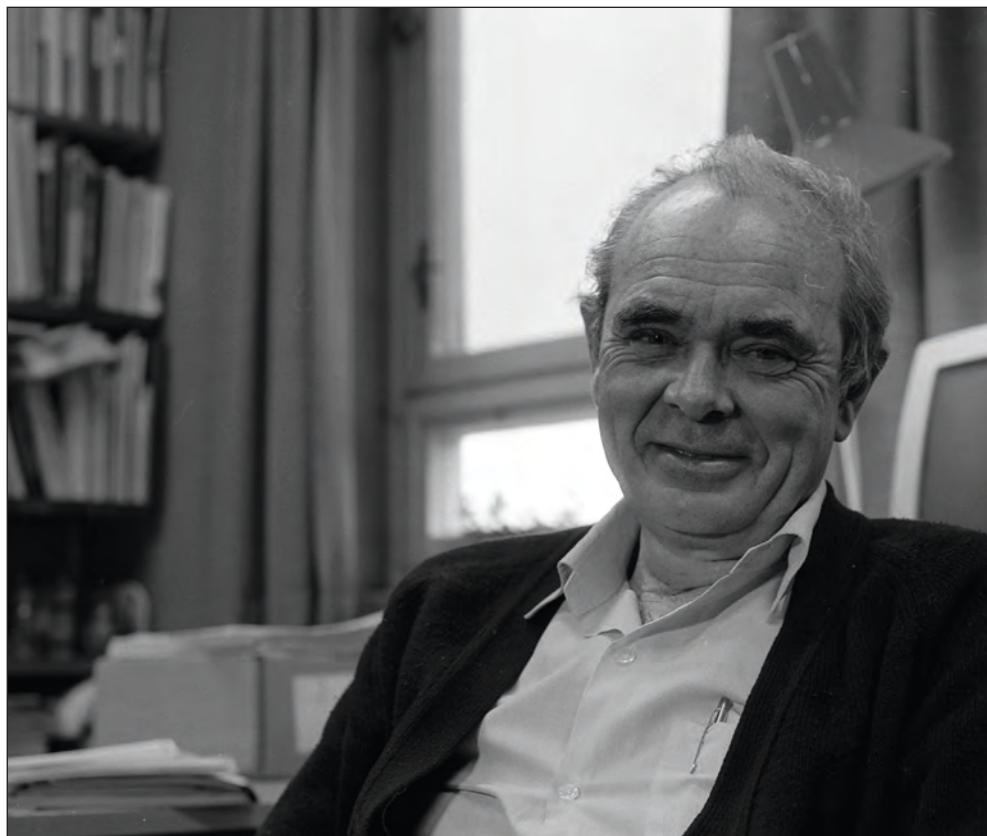
En ny vind kom inn over miljøet da Bjarne Arentz Waaler (1925–2007) ble professor i fysiologi i 1962. Waaler kom fra medisinsk avdeling A ved Rikshospitalet, der professor Paul Arnor Owren (1905–1990) hadde internasjonalt ry for sin tromboseforskning og hadde et stort og aktivt forskningsmiljø som ble skoledannende innenfor norsk hematologi. Waaler hadde foruten sin utdannelse fra Rikshospitalet sine grunnleggende studieopphold i utlandet i Storbritannia, der han hadde etablert kontakter som ble til stor nytte senere. Forskningsmessig brakte Waaler med seg sine tidligere interesser fra Rikshospitalet, blant annet ved å sette i gang studier over de såkalte plasmakininer, en stoffgruppe som har viktige funksjoner i normal og patologisk fysiologi. Han glemte heller ikke blodkoagulasjonen. Nå strømmet det til unge koagulasjonsforskere også her. Det ble utført studier på koagulasjon i blod og lymfe, etter hvert med et særlig blick på blodplatene som syntes å ha interessante egenskaper.

Waaler hadde en annen viktig evne i tillegg til sine egne forskningsinteresser: Han var intenst opptatt av å ordne finansiering, skaffe til veie utstyr og på andre måter legge til rette også for andres forskning.

⁴²² Vedrørende Fysiologisk Institutt, se spesielt: Hauge A, Jansen JKS, Larsen Ø. *Fysiologisk Institutt 1875–1975*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1975, og Benestad HB. Fysiologiens forandring gjennom 40 år. *Michael* 2012;9:389-99.



Figur 100: Bjarne A. Waaler (1925–2007) var professor i fysiologi 1962–1992. Over ham henger et bilde av hans forgjenger, professor Fredrik Chistian Leegaard (1891–1970). Waaler var fakultetets dekanus 1973–1976 og Universitetets rektor 1977–1984. (Foto: Øivind Larsen 1989)



Figur 101: Professor i ernæringsvitenskap fra 1973, Kaare Norum (f. 1932) var dekanus ved Det medisinske fakultet i årene 1986–1988 og Universitetets rektor 1999–2001. Han innførte som dekanus blant annet årsrapportering av vitenskapelige arbeider rundt om ved de forskjellige enhetene. Det gikk i den første tiden tregt å få inn slike publikasjonslister. Da sendte Norum ut et rundskriv der han sa at for de avdelingene der han ikke hadde mottatt noen rapport om vitenskapelig aktivitet, gikk han ut fra at det ikke hadde foregått noen vitenskapelig aktivitet. Det hjalp. Siden den gang er rapporteringen blitt systematisert og gjort elektronisk, først i det såkalte FORSKDOK-systemet, senere i det videreutviklede CRISTin (Current Research Information System in Norway). Dette gir administrativ oversikt og f. eks. grunnlag for økonomisk uttelling til forskningsmiljøene basert på forskningsaktiviteten. Dette «tellekantsystemet» er omstridt. Miljøer der man meddeler seg i form av et stort antall tidsskriftartikler med mange medforfattere, slås i hartkorn med fag der man kommer med en bok en gang i mellom, kanskje basert på års arbeid. Det kan oppleves som urettferdig. Fordelen for forskerne er imidlertid at det blir enkelt og raskt for andre å finne fram til publikasjonene så snart de foreligger. (Foto: Øivind Larsen 1989)

Respirasjonsfysiologi ble et stort område. Dette var nær knyttet til blodstrømningens fysiologi, og hele dette feltet ble gjenstand for forskningsprosjekter, blant annet av stor interesse for anestesileger.

Instituttene for fysiologi og biokjemi ble utdanningssteder for en lang rekke personer som senere kom til å bekle sjefsstillinger og dermed bli miljødannende rundt omkring i norske helseinstitusjoner.

Ved at stipendiater konsekvent ble pålagt å delta i undervisningen, fikk de bryne seg på kinkige spørsmål fra de særdeles gløgge medisinerstudentene. Det man ikke gleder seg til å undervise om, kan man ikke godt nok selv! Det er både en utfordring og en god skole.

Basalmedisinsk forskeropplæring, slik vi her har sett eksempler på fra Fysiologisk Institutt, og kunnskaper som spredte seg utover i sykehusmiljøer og ut blant leger og andre, må sees som en formidling av *naturvitenskapelig dannelse* i Universitetets ånd. Det var *serve the science* aspektet ved legeprofesjonen som ble utviklet og formidlet.

Sett retrospektivt er det lett å skjønne at når også *studentundervisning* foregikk i slike dynamiske forskningsmiljøer, oppfattet studentene det som gløtt inn i en spennende og tiltrekkende verden som ga appetitt og mersmak – noe praksisforkjemperne var skeptiske til i studieplandebattene, fordi det avledet fra studiets tunge *serve the sick*-målsetting.

Det er viktig å merke seg at fakultetet fortsatt var en *legeskole*, men det var ikke lenger legeskolens behov som dominerte bildet, verken innad eller utad. Fra et studentsynspunkt kunne man bekymres: Kanskje ble det ansatt personer i universitetets lærerstillinger som bare interesserte seg for forskningen og anså undervisningen som et brysomt pliktarbeid?

Finansiering som styring

Da den medisinske forskningen økte i kompleksitet og omfang i etterkrigstiden, ble ekstern finansiering en nødvendighet. Finansieringsmulighetene ble derfor også styrende for virksomheten ved de ulike enhetene. At f. eks. halvparten av en enhets budsjett kom utenfra, ble ganske vanlig.⁴²³

Det er alle overganger mellom den ideelle frie forskning og den rene oppdragsforskning, der forskeren besvarer oppdragsgiverens spørsmål. Mye av etterkrigstidens utvikling av legemidler har foregått ved hjelp av utprøving på sykehus og i spesialist- og allmennpraksiser. Dette er viktig medisinsk forskning, men det er oftest et eksternt styrt forskingssamarbeid.

⁴²³ Basert på forfatterens erfaringer som instituttbestyrer. Nærmere drøfting av regnskapstill ansees å ligge utenfor temaet for denne boka.

En overgangsform mellom fri og bundet forskning kan være såkalt programforskning, der en finansør, f. eks. Forskningsrådet, utlyser forskningsmidler til å belyse et forhåndsdefinert felt.

En annen form er forskning på temaer som har sammenheng med inngåtte samarbeidsavtaler mellom et institutt eller fakultetet og eksterne aktører. I etterkrigstiden har dessuten forholdet til den voksende *eksterne instituttsektoren*, som i hovedsak beskjeftiger seg med oppdragsforskning og anvendt forskning betydning, men denne sektorens utvikling er en annen historie. Fafo og SINTEF er eksempler her. I virkelighetens verden er den ideelle form, der forskeren selv forfølger sine forskningsideer, egentlig blitt uvanlig.

Forskningsprofilering i universitetsenhetene er blant annet viktig for rekrutteringen og dermed for utviklingen videre og fakultetets totale profilering, også lenge etter at prosjekter og samarbeidsavtaler er avsluttet. Når forskerstillinger blir ledige eller nyopprettes, hva slags person skal man velge? En som går inn i eksisterende arbeid og forutsettes å gjøre mer av det samme? En som får anledning til å grave seg ned i sine egne forsknings-spørsmål, eventuelt til å forfølge egne, nye ideer? Eller en som er en kløpper til å skaffe penger?

De forholdene vi her har nevnt, gjenkjennes i fakultetets historie. Vi finner både fri forskning og ansettelser av personer med muligheter for mye fri forskning. Det er også forskning på grensen til oppdragsforskning og folk som er ansatt for å drive med nettopp det.

«Brodalkomiteén» – et universitetshistorisk vannskille

Den 19. mai 1967 nedsatte Det akademiske kollegium en komité for å komme med forslag til revisjon av Universitetets organisasjonsmessige oppbygging. Den ble kalt «Organisasjonskomitéén», men fikk snart navnet «Brodalkomiteén» etter sin leder, nevroanatomen, prorektor Alf Brodal (1910–1988). Det var en stor, bredt sammensatt komité med medlemmer som representerte alle personellgrupper ved Universitetet, inklusive studentene. Komitéinnstillingen forelå i form av en bok i 1969.⁴²⁴ Det 237 sider sterke dokumentet gir en meget grundig diskusjon av basale spørsmål for et universitet. Eksempel: Kan faginnstillingen, til og med inndelingen i fakulteter, egentlig oppfattes som en hindrende hemsko for vitenskapens vekst, en terskel for tverrfaglighet?⁴²⁵

⁴²⁴ *Universitetet i Oslo. Organisasjon og ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1969. Organisatoriske spørsmål er her drøftet i stor detalj. Et viktig forarbeid er: Olsen JP. *Universitetet – en organisasjon i endring? En studie av instituttene i universitetets struktur*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap, u.å. (siste del av 1960-årene). Stensiltrykk. (Dokid 12a080825)

⁴²⁵ Se spesielt innstillingen fra 1969, side 123 ff.



Figur 102: Laboratorievirksomheten rundt om ved fakultetets enheter krever solid innsats av teknisk personale. Her et eksempel: Ved Hygienisk Institutt i 1960-årene ble det forsket atskillig på biologiske normalverdier. Et av disse feltene var høyde-vekt-undersøkelser, noe som kan høres enkelt ut, men som slett ikke er enkelt når det kommer til stykket. På bildet prøver imidlertid to av laboratorieingeniørene ut vekten på seg selv: Fra venstre Eva Røsholm og Anne Sofie Brønn. (Foto: Øivind Larsen 1969)



Figur 103: En voksende stab av administrativt personale er nødvendig for å få fakultetet til å gå rundt som organisasjon. La denne gruppen her være representert ved en av sjefene, den mangeårige fakultetssekretær Gerd Brevig Liestøl (1927–1991). (Foto: Dagfinn Tranberg 1989)

En nærmere omtale av komitéen, dens arbeid og konsekvensene av det er generell universitetshistorie og kan ikke tas med her. Men essensen av komitéinnstillingen og det som fulgte av den, er at vi nå fikk et *universitetsdemokrati*. Det var ikke lenger de enerådige professorene som fikk bestemme. Det ble skapt en formell struktur som ga de faste vitenskapelige medarbeiderne behørig innflytelse, men de måtte dele denne med de andre impliserte som det vitenskapelige personale i rekrutteringsstillinger, det teknisk-administrative personalet – og studentene. Det kunne også være aktuelt med eksterne representanter.

De nye prinsippene ble – etter diskusjoner og organisatorisk behandling – innført på alle nivåer. På Det medisinske fakultet fikk dette betydning for aktiviteten rundt om ved de mange enhetene, der sjefene ikke ble fullt så mye sjefer mer. På den annen side ble da også ansvaret fordelt på flere innenfor hver enhet, hvilket i seg selv kunne være miljøskapende og styrkende for følelsen av å dra lasset sammen. Det medisinske fakultet var litt spesielt, fordi det var så mange små enheter. Den nye styringsmodellen passet dårlig dersom enheten var svært liten. Sammenslåing var derfor en nærliggende tanke av flere grunner, f. eks. mest nærliggende på grunn av økt mengde slikt administrativt arbeid hvor det ville være mye likt, uansett enhetens størrelse. Budsjetter, rapportering, høringsuttalelser m.v. er blant dette. En annen sak er at man da måtte enes om underenhetenes eventuelle autonomi innenfor en sammenslått enhet. På Det medisinske fakultet ble det imidlertid lite snakk om restrukturering før på slutten av 1980-årene.

Studentinnflytelsen kunne bli noe tvetydig. Studentene kunne ha sterke meninger. Ofte var det så stor utskiftning blant studentrepresentantene at de enkelte ikke rakk å sette seg inn i sakene ordentlig før det kom etterfølgere. Men det gikk seg til.

Demokratiseringen av Universitetet medførte en tilsiktet forskyvning i balansen mellom kunnskaper, verdier og meninger som beslutningsgrunnlag. Vi må anta at det innenfor de enkelte miljøene var de vitenskapelig ansatte som innehadde de beste kunnskapene og tilhørende verdier. De ønsket dette skulle veie tungt for at beslutningene skulle kunne gagne faget. De nye representantene som nå kom inn som ansvarlige for beslutningene, hadde som regel et verdigrunnlag som var legitimert gjennom den gruppen de var talerør for, og ikke nødvendigvis var sammenfallende med den vitenskapelige stabens. Verdier og meninger kom derfor sterkere inn. Dette gjorde Universitetet mer likt samfunnet ellers.



Figur 104: Fra åpningen av det som da het Preklinisk Bygg på Gaustad (nå: Domus medica) i 1978. Fra venstre Universitetets rektor Bjarne A. Waaler (1925–2007), statsråd Kjølve Egeland (1918–1999) og universitetsdirektør Olav M. Trovik (1920–1987). (Foto: Øivind Larsen)



Figur 105: I 1993 ble de samfunnsmedisinske fagene og allmennmedisin samlokalisert i Frederik Holsts Hus, innleide lokaler ved Ullevål Sykehus som opprinnelig var innkvartering for olympiadeltakere i 1952, deretter sykepleierelevhjem. (Foto: Øivind Larsen ca. 1993) Noen mindre miljøer ble imidlertid av praktiske grunner igjen i det gamle Hygienisk Instituttets tidligere lokaler i Gydas vei 8 ved Majorstua.