

Forandringene i helsevesenet – en løypemelding for legene

De langsomme forandringene innenfor norsk helsevesen ble særlig synlige i årene da den demografiske transisjonen tok fatt på avslutningsfasen og vi rundet århundreskiftet 1900. Norge hadde da et helsevesen som stort sett holdt samme standard som i andre europeiske land på samme tid, og nærmere skulle vi komme denne standarden ganske snart. Fram til rundt 1890 hadde helsevesenet vært nokså beskjedent, men nå begynte en ekspansiv utvikling. Sykehusbyggingen fra denne tiden står fortsatt som et synlig historisk bevis på hva som skjedde. Folkehelsen, forstått som samlet omfang og alvorlighetsgrad av uhelse i befolkningen, var også blitt bedre, til tross for at det ennå var betydelige problemer, f. eks. med tuberkulosen. Hvilken rolle hadde helsevesenet inntil da spilt for folkehelseutviklingen, i forhold til alle de andre faktorene som hadde formet det nye samfunnet? Det kan være av interesse å stoppe opp for å drøfte dette på et tidspunkt før de store terapeutiske triumfene meldte seg i medisinen og før samfunnsutviklingen var blitt for rask og komplisert. Viktige trekk ved balansen mellom forebyggende tiltak og individuell pasientbehandling kommer best fram da. I denne drøftingen bør man skille mellom effekten av helsetjenesten for den enkelte pasient og for helsetilstanden for de mange - folkehelsen.

Hvis vi ser på utviklingen av helsevesenet som en pågående langsom forandring – fra å være et minimum først på 1800-tallet til å ha antatt store dimensjoner på 2000-tallet – hvordan lå det an i årene rundt 1900? Hadde dette vært et skirenn, hadde man spurt etter en løypemelding. Hvor langt var prosessen kommet?

Bla tilbake til kapittel 3 og se på figur 3.1. en gang til, diagrammet som viser befolkningsutviklingen i Norge i det lange perspektiv. Før den demografiske transisjonen i Norge var ”i mål”, hadde befolkningen ved hundreårsskiftet 1899/1900 lagt bak seg en helsemessig og samfunnsmessig modernisering som hadde begynt å gi seg synlige utslag i helsestatistikken – til tross for blant annet tuberkulosens herjinger. Hvilken rolle hadde den *utøvende* delen av norsk helsevesen hatt i forhold til andre faktorer fram til endringene fra rundt 1890? I forhold til endringene i materiell og sosial kontekst?

Helsevesenets oppgave er å fremme helse for enkeltindividene og å bidra til bedre folkehelse på samfunnsnivå. Dette ivaretas av personer med utdanningsmessig bakgrunn for dette og en posisjon for å utøve et helseyrke, dvs.

hvor de kan omsette sine helsefaglige kunnskaper i praksis. Sykehus og andre helseinstitusjoner kan sees som hjelpemidler i dette arbeidet. La oss se på de enkelte gruppene av medisinsk skolerte aktører innenfor den perioden da den demografiske transisjon pågikk, hvilket i hovedsak er 1800-tallet. Lenge var personellgruppene i helsevesenet få, nemlig først de utdannede legene, deretter kom jordmoryrket og i siste del av århundret sykepleierne. Og først da kom utbyggingen av sykehus og institusjoner i stand for alvor. Utviklingen fram mot vår tids mange forskjellige helseyrker kom først i neste århundre.

Legene

I kapittel 8 så vi på hvordan medisin som universitetsfag vokste fram i Norge fra 1814. Det ble fra da av utdannet leger i Norge som var tilpasset de daværende norske behov. Legene som var yrkesaktive før utdanningen ved Det kongelige Frederiks universitet i Christiania var kommet i gang, hadde stort sett sin utdanning fra København. Det var ca. 100 leger da prosessen begynte først på 1800-tallet og ca 1200 da århundret var omme. Samtidig hadde riktignok befolkningen doblet seg fra ca. 1 million til 2 millioner, men likevel var økningen av legedekning betydelig.

Utdanningen var en kombinasjon av teori og praksis. Det nasjonale medisinstudiet måtte kvalifisere de ferdige kandidatene til å ta seg av helseproblemer de kunne møte ute blant folk – i det grisgrendte Norge. Disse helseproblemene kunne være mangfoldige og legene måtte i stor grad være forberedt på å arbeide selvstendig og stole på egne kunnskaper og ferdigheter.

Profesjonshistorisk kan vi si at legens rollebilde overfor omgivelsene har fire aspekter: Legen som livredder, legen som trøster og hjelper, legen som forvalter av helsehjelp og legen som samfunnsaktør.

Legens arbeidsoppgaver faller også i fire kategorier. Det består for det første, og tradisjonelt, i hovedsak å arbeide med pasienters helse ("serve the sick"). Dernest skal legen omsette medisinsk kunnskap slik agt det er til beste for samfunn og folkehelse ("serve the society"). Tredje oppgave er å samle erfaringer for å skaffe til veie ny kunnskap ("serve the science"). Fjerde oppgave er mer prosaisk – legen må arbeide slik at han får et trygt utkomme for seg og familien. ("serve yourself")ⁱ

Både rollebilder og oppgaver gjennomgikk langsomme historiske forandringer. Hva som var mest framtrædende og hva som var viktigst, vekslet. Selv om legeoppgavene var varierte, er det likevel klart at en leges primæroppgave i befolkningens – og også i de fleste legers egne øyne, var *behandlingsfunksjonen*. Status og tillit i samfunnet var da i stor grad avhengig av den nytte befolkningen syntes de fikk gjennom legens hjelp. De var også gjerne forutsatt å skulle betale for denne hjelpen. Dette kunne, kanskje irrasjonelt, kurre overfor oppfatninger og idealer om

å hjelpe et medmenneske i nød. Følgene var at spesielt på 1800-tallet var det ikke alltid lett å slå seg gjennom med privat praksis rundt om i landet. Dette fikk innflytelse på legeyrkets sosiale status.

Offentlige leger som tok seg av samfunnsmedisinske spørsmål hadde vi hatt siden tidlig 1600-tall med forskjellige stillingsbetegnelser, f. eks. landphysicus eller distriktslege. I 1836, med de erfaringer koleraen hadde gitt angående nødvendigheten av offentlige leger, ble distriktslegeordningen formalisert og definert, noe som ble ytterligere styrket gjennom sunnhetsloven av 1860. Med denne loven i ryggen var distriktslegene *ex officio* ledere for sunnhetskommisjonene, dvs. helse rådene. De hadde derved et verktøy for gjennomføring av ofte upopulære tiltak. Fram til 1912 var distriktslegene *embetsmenn*, hvilket hjalp på respekten i samfunnet. Trass i det offentlige helsearbeidets viktighet, var det mye motvind for forebyggende medisin, i ethvert fall fram til slutten av 1800-tallet.ⁱⁱ De fleste distriktsleger hadde sykdomsbehandling som hovedgjefte og dette definerte også befolkningens syn på hva distriktslegerollen var. Mange dyktige og samfunnsengasjerte distriktsleger kunne bli samfunnsstøtter og få velfortjent anseelse for dette. Da var det imidlertid ofte innsats utenfor den egentlige legerollen som hadde gitt resultater – innsats i folkehelsens *kontekst*.

Vi har lagt merke til at vinklingen i legeutdanningen lenge var sterkt militærmedisinsk preget. Legerollen som handlekraftig livredder sto sterkt. Som vi allerede har beskrevet, var militærmedisinske legestillinger blant de få faste stillingene for leger, før sykehusmedisinen tok til å vokse i omfang ved slutten av århundret. Unntaket var især distriktslegestillingene, som i prinsippet hadde en offentlig lønnet og offentlig hjemlet samfunnsmedisinsk komponent, i tillegg til at legen drev praksis for egen regning.

Det er påfallende lite historisk kildemateriale som kan grunnlag for å vurdere detaljene i hvordan den enkelte praktiserende leges arbeid artet seg i denne pionerperioden. Legegruppen var økende. De måtte finne en praksisform som kunne gi et egnet utkomme, samtidig som de måtte sørge for at de utførte medisinsk arbeid med den kvalitet som var forventet – av pasientene, av kollegene, av myndighetene og av dem selv. Det er åpenbart at de økonomiske forholdene var vanskelige for mange leger og la føringer for hvordan det måtte legges an arbeidet.

Vi må anta at de fleste av de praktiserende legene på 1800-tallet var rimelig faglig oppdaterte. Ved vurderingene av dette må vi huske at f. eks. den kirurgien og den indremedisinen som i sin tid var blitt undervist ved Universitetet, egentlig lenge hadde vært nokså gammeldags. Noe fast system for videre- og etterutdanning var det ikke. Pasientene måtte stole på at legen fulgte faglig med på eget initiativ, og



Figur 21.1. Jacob Gloersen (1852-1912) Doktorbesøg (1885)ⁱⁱⁱ Moren ser tillitsfullt på den pelskledd lege som er i rollen som trygg bamse, mens skepsisen hos den lille pasienten lyser ut av øynene hans. (P.e.)

legen måtte stole på at han eller etter hvert også *hun*, ervervet økte ferdigheter gjennom den jobben de gjorde.

Kirurgi på 1800-tallet gjaldt fortsatt mest skader og utvendige sykdommer, bare sjelden noe innvortes. Selv ved Rikshospitalet og ved de øvrige sykehusene var antall kirurgiske inngrep lavt – så lavt at de gjerne ble omtalt spesielt i de årlige medisinalberetningene. På den annen side var det innimellom dels avanserte operasjoner som ble utført – uten infeksjonsbekjempelse eller særlig virksom anestesi. Hvis vi ser på de kirurgiske instrumentene som ble brukt, er det ofte ikke store forskjeller fra tidligere århundrer. F. eks. gir Lorentz Heisters (1683-1758) kirurgibok fra 1747 og senere utgaver faktisk et godt sammenlikningsgrunnlag hvis man er på et medisinsk museum og ser på hva som der er av instrumenter fra eldre og nyere tider.

Aktivitetsbegrensningene i kirurgien skyldtes dårlige erfaringer. Inngrep i indre organer kunne blant annet gi kompliserende infeksjoner med dødelig utfall. Det visste man.

Sammenhengen mellom infeksjoner hos mennesker og mikroorganismer ble etablert kunnskap i perioden, ikke minst gjennom Louis Pasteurs (1822-1895) oppdagelser. Dette ble fulgt opp innen kirurgien av Joseph Lister (1827-1912) som arbeidet i Skottland og England. Han innførte karbolspray i 1870. Sårområdet og alt som kom i kontakt med operasjonsfeltet, ble da desinfisert ved dusjing med karbolsyre (fenol). Dette hjalp og ble også anvendt i Norge.

Denne såkalt *antiseptiske* metoden ble fort upopulær på grunn av at karbolsyren irriterte huden og var ubehagelig å arbeide med. Derfor gikk man over til den *aseptiske* metoden som har vært anvendt siden. Da skal alt som kommer i forbindelse med sårfeltet være gjort pinlig rent på forhånd. Man koker instrumenter og utstyr, vasker alt som vaskes kan, operasjonspersonalet foretar ”kirurgisk vask” av hendene, tar på seg sterile klær og hansker osv. forut for inngrepet, slik at det ikke skal være infiserende mikroorganismer tilstede. Historiske instrumenter kan for øvrig tidfestes gjennom denne reformen i kirurgien – et instrument som har et tradisjonelt, vanskelig desinfiserbart *treskaft* er eldre enn aseptikken! Ute i allmennpraksis var erkjennelsen av den alminnelige renslighetens betydning, og spesielt ved sårbehandling, en viktig konsekvens.

Det var også vanskelig å utføre større inngrep på grunn av smertene. Smertene kunne være uutholdelige for pasienten. De kompliserte også arbeidet for kirurgen på grunn av muskelstramningene. Tidens kirurger arbeidet raskt og med sikker hånd. Raskheten var i seg selv et tiltak mot smerte f. eks. ved en amputasjon – smerten varte kortere.

16. oktober 1846 regnes som *anestesiens* fødselsdag, da tannlegen og legen William Thomas Green Morton (1819-1868) holdt en demonstrasjon ved Massachusetts General Hospital i Boston, der han opererte vekk en halstumor med pasienten i eternarkose. Allerede 4. mars 1847 ble en operasjon i eternarkose utført ved Rikshospitalet i Christiania. Norsk medisin fulgte med!

Brudd i armer og bein var vanlige. For at et brudd skal gro skikkelig, er det en forutsetning at bruddene fikseres og holdes i ro i forhold til hverandre. Det var vanskelig å få til. Forskjellige strekkanordninger og oppheng ble benyttet, se for eksempel figur 8.5. Kvantepranget i bruddbehandlingen inntraff i 1852. Da lanserte den nederlandske legen Antonius Mathijsen (1805-1878) *gipsbandasjen*. Oppfinnelsen spredte seg raskt over hele verden, også til Norge.

Vi forstår at for *enkeltpasienter* kunne en ofte risikabel og smertefull kirurgisk behandling bety forskjellen på liv og død. Før ca 1870 var det paradoksalt nok



Figur 21.2. Maske til eternarkose. Fra museet, Ullevål sykehus, Oslo. (Foto: Øivind Larsen)

usikkert hvor stor betydning tidens kirurgi hadde i et *folkehelseperspektiv*. Annet ble viktigere på gruppenivå – forebyggende innsats og generell samfunnsbygging.

Indremedisinen, som omfattet det meste av legenes pasientarbeid som ikke trengte bruk av kniv, var basert på bruk av medikamenter. Det var ingen ”Felleskatalog” på denne tiden, men det forelå en såkalt farmakopé, en offentlig, faglig autorisert oversikt og oppskriftsbok for medikamenter, beregnet på apotekere og leger. Den aktuelle utgaven midt på 1800-tallet var fra 1854. Revisjonen og utgivelsen av denne var en av arbeidsoppgavene professor Frederik Holst hadde hatt i siste del av sin karriere, da hans forpliktelser innen farmakologien ble særlig tyngende.^{iv} Vi har allerede omtalt hvordan legestudentene hadde omfattende farmakologisk undervisning og eksamen i praktisk bruk av droger, legeplanter m.v. – og om forgiftninger.

Nasjonale farmakopéer fantes i de fleste land. De måtte revideres i samsvar med den vitenskapelige utviklingen innen medisinen, og også på grunn av at botanikken som fag forandret seg. Teorien bak legenes anvendelse av medikamentene ser ut til å ha vært mer statisk. Det ser vi blant annet på forelesningsreferatene fra professoren i indremedisin, Nils Berner Sørensen (1774-1857). De er nokså like, eventuelt helt like, gjennom mange år. Kanskje er de avskrifter av hverandre? Men i så fall fratar det ikke referatene informasjonsverdi, for hvis det som står der til enhver tid var aktuell kunnskap, gikk utviklingen langsomt.

Behandlingen var gjerne rent symptomatisk, stimulerende eller dempende i henhold til den rådende lære ved Universitetet, John Browns system. Behandlingen kunne også sikte mot gjenoppretting av væskebalansen i kroppen. Hostemidler, brekkmidler og avføringsmidler hadde sin plass her. For fjerning av det man mente var for mye blod i kroppen, var årelating løsningen. Dette kunne være supplert med andre teknikker, f. eks. bruk av blodigler som sugde blod og derfor var et alternativ til årelating.^v Selv om påsetting av igler etter hvert ble gammeldags, var anvendelse av igler ansett som god og internasjonalt anerkjent medisinsk praksis ved midten av 1800-tallet. Ute i Europa hadde behandling med igler stort omfang på denne tiden. Særlig er igler knyttet til den innflytelsesrike franske legen Francois-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) som mente å ha teoretisk grunnlag for å anbefale å sette på et tosifret antall igler ved en lang rekke sykdommer.

Det lå altså et gjennomtenkt rasjonale bak den indremedisinske behandlingen tidens leger forordnet, selv om remediene som ble brukt ofte var enkle og resultatene mindre gode. Det kunne derfor være en glidende overgang til *folkemedisinen*, for det kunne godt være at erfaringsbasert bruk av medisinplanter og husråd kunne være like virksomme, eventuelt like lite virksomme som de midlene legen forordnet. Det kan hende, men er riktignok vanskelig å dokumentere, at slektskapet mellom den medisinske behandlingen legen kunne tilby, det som sto i populærmedisinske legebøker og de folkemedisinske tradisjonene folk hadde, minsket behovet for legekontakt.

Å ta andre i kur uten å være utdannet lege, var forbudt gjennom kvakksalverlovgivning av både 1672 og 1795. Slik virksomhet var kvakksalveri og i prinsippet forbudt. I 1871 ble det lempet på dette. Først i 1936 og senest i 2004 er kvakksalverlovgivningen blitt innstrammet og nærmere regulert.

1800-tallet var en økonomisk liberal tid med fritt fram for private initiativer. Det gjaldt også innenfor medisinen. Og det var legitimt å innrette sin medisinske aktivitet slik at det ble et godt levebrød av det. Det fantes imidlertid leger som var faglig nyfikne og ville noe mer enn å behandle trivielle sykdommer på tradisjonell



Figur 21.3. Sugende blodigle. (Foto: Øivind Larsen 1991)

måte. Derfor foregikk det atskillig interessant medisinsk arbeid for eksempel ved privatklinikker utenfor Rikshospitalet og de andre offentlige institusjoner. Også universitetslærerne hadde ofte privat praksis i byen. Dette ga nok faglige muligheter, men også begrensninger, blant annet av økonomisk art.

Et eksempel på medisinsk innovasjon på privat basis er behandlingsmetoden til legen Gunder Nielsen Kjølstad (1794-1860).^{vi} Han opprettet et institutt for korrigerende av ryggskjevheter på Lillehammer i 1838, i 1844 flyttet til Christiania. Ryggskjevheter var ganske hyppige. De kunne blant annet skyldes tuberkulose og rakitt. Kjølstads prinsipp var at pasientene skulle gjennomgå en fysisk og mental trening, slik at de benyttet sin egen muskulatur til å rette opp skjevheten. Idéen var faglig god og allerede etablert ute i Europa.

Selv om Kjølstad var vel ansett blant norske kolleger, fikk han store vanskeligheter med å få praksisen til å gå økonomisk. En bidragende årsak kan riktignok ha vært alt hemmelighetskremmeriet som var blitt etablert rundt behandlingen – pasientene måtte blant annet avlegge taushetsløfte om hva metoden gikk ut på. Det var ikke greit å være outsider, verken faglig eller sosialt for lege og pasient i datidens medisinske verden i Norge.

Også når det gjelder den indremedisinske sykdomsbehandlingen, er det grunn til å stille spørsmål om effekten på *folkehelsen*, selv om behandlingen kunne være god

og nyttig for *enkeltpasientene*. I medisinsk behandling av folkesykdommene hadde det på teorisiden skjedd et hamskifte i 1850-årene, i og med at smittemekanismene for de så hyppige overførbare sykdommene var blitt klarlagt.

Det er viktig å merke seg at oppdagelsen av mikroorganismene ikke umiddelbart førte til at man fikk spesifikk *terapi*. Derimot hadde man fått sikrere grunnlag for *forebyggende tiltak*, fra offentlig stedsplanlegging til personlig håndvask. Selv for tuberkulosen gjaldt det samme, sykdommen var på det nærmeste bekjempet i Norge da spesifikk behandling ble tilgjengelig.

Effekten av forebyggende innsats ga som nevnt det å arbeide som *distriktslege* spesiell betydning, fordi denne rollen innebar ansvar både for lokalsamfunnet og for de enkelte syke.^{vii} Distriktslegens samfunnsmedisinske innsats kunne være forskjellig, alt ettersom lokalsamfunnet var, og varierte også med legenes motivasjon. 1800-talls norsk landsbygd har ord på seg for å ha vært konservativ og nølende, spesielt overfor nye tiltak, især hvis de kostet penger. Distriktslegens personlighet kunne da være av avgjørende betydning. Vi har allerede omtalt hvordan flere distriktsleger sannsynligvis gjorde mer for sitt samfunn gjennom innsats utenom det strengt medisinske, og ble både populære og høyt aktet på grunn av det. Et kroneksempel i så måte er distriktslege Brostrup Marius Müller (1841-1908) som var distriktslege på Røros 1878-1908 og deltok aktivt i samfunnsutviklingen i kommunen i denne perioden. Han var så populær at da han plutselig døde under en praksisreise, ble det reist et grandios monument over ham på stedet der det hadde skjedd. Sleden hadde veltet. Hjertet hans tålte ikke sjauen med å få den opp på veien igjen.

Det var stor spredning innenfor legestanden. Mye av primærhelsetjenesten var basert på privat praksis. Dette både var en del av den sosiale ulikheten og systemet befestiget den, også blant legene. I byene, der det i det klassesdelte samfunnet ofte var velstående pasienter, kunne enkelte leger bygge seg opp både sosialt og økonomisk. Noen leger kunne på grunn av sin dyktighet, sin personlighet og andre forhold nå de store sosiale høyder, mens andre kolleger kunne ha det mer nøkternt. Og de var mange.

Midten av 1800-tallet representerer noen skjæringspunkter i forholdet mellom samfunn og helse – mellom helse som et individuelt og sosialt anliggende, og mellom helsehjelp som en moralsk forpliktelse og som en kommersielt utnyttbar kompetanse.



Figur 21.4. Obelisk over en anholdt distriktslege – Brostrup Marius Müller (1841-1908). Ved Glåmos nord for Røros. (Foto: Øivind Larsen 1989)



Figur 21.5. Christian Krohg *Bud efter Lægen* (1880). Trondhjems Kunstforening. Foto: Øivind Larsen)

Christian Krohgs maleri *Bud efter Lægen* fra 1880 er en bitende kommentar til enkelte sider ved legerollens utvikling. Den festkledde legen i det mondene middagsselskapet ser på sitt gullur for å kunne fortelle den bekymrede verten hvor lenge han ville komme til å være borte på grunn av budet den fattige kvinnen bringer. Krohg viser hvordan den sosiale avstanden mellom legen og hans klientell kunne være en av grunn. Men legen tar på seg frakken – han sier ikke nei.

Hvis vi ser på Universitetets historie med et litt kritisk blikk, har vi alt drøftet at det fram til rundt 1870 var lite forskning, dvs. produksjon av ny kunnskap ved det medisinske fakultet - f. eks. målt i antall doktorgrader som var minimalt.^{viii} På det samfunnsmedisinske området hadde imidlertid den organisatoriske innsatsen vært formidabel, slik at grunnlaget likevel var lagt for oppbygging av et helsevesen i tidens stil og med kvalitet som tålte sammenlikning med andre land.

For *legenes* vedkommende skjedde en glidning i rollebildet - rollen som *livredder* ble mer utvidet med oppgaver som *trøster* og *hjelper*. *Forvalterrollen* ble først utviklet

senere, især da trygdeordninger ble en mer allmenn del av legens verktøy. Oppgavene ble også mer nyansert, selv om de for de fleste var mest konsentrert om håndtering av enkeltpasienter, med unntak for distriktslegene som hadde et lovpålagt samfunnsansvar. Videreutvikling av det medisinske kunnskapsgrunnlaget var foreløpig en norm som mest angikk legene innenfor den akademiske medisin.

Lege-pasientforholdet var på denne tiden en-til-en, fordi det meste av den medisinske virksomheten foregikk utenfor sykehus. Arbeidet legen da utførte, hadde to ulike elementer. Det ene var hans medisinske kunnskaper og ferdigheter. De kunne være gode, selv om det medisinsk-faglige nivået foreløpig ga begrensninger. Det andre elementet som preget konsultasjonssituasjonen var legens personlighet. En *paternalistisk holdning* overfor pasienten og familien passet med tidens ånd. Trøstende ord kunne ha en spesiell virkning når de kom fra en person med autoritet – som fra den travle distriktslegen som ankom med slede og pels. Status i lokalsamfunnet, opparbeidet også som samfunnsaktør på andre felter enn de snevert medisinske, kunne forsterke den paternalistiske autoriteten og gjøre ryet som en god lege enda mer grunnfestet. Paternalisme er kontekstavhengig og måtte anvendes med forsiktighet som medisinsk hjelpemiddel. Man måtte finne en balanse.

Den gode lege var også ofte karakterisert ved å ha et *kall*, en spesiell moralsk forpliktelse overfor sine pasienter. Dette kunne være en effektiv drivkraft til å utføre et samvittighetsfullt pasientarbeid. Kombinasjonen med paternalistisk autoritet kunne da bli vanskelig.

Sammenliknet med andre yrkesgrupper som også hadde et kall, var det for legene litt annerledes.^{ix} Vi vet lite eksakt om hvordan 1800-talls-legene så på sin tilværelse. Mange av tidens leger hadde problemer med å få økonomien til å gå rundt. I hvilken grad kunne man da ha et altruistisk *kall* i bunnen som en dominerende drivkraft? Vi skulle gjerne hatt mer kunnskap om dette. For det forelå åpenbart en kallsideologi blant legene, men hvordan artet den seg? Hadde de selvoppofrende nestekjærlighet som en internalisert norm som trumfet egne behov og preferanser? All respekt for alle som ledes av en hellig overbevisning om å skulle hjelpe andre. Men i en profesjonshistorisk sammenheng kan det være interessant å spørre om ikke *kall* og tilhørende tankegang også undertiden har vært dyrket fram som en *profesjonsmarkør*?

Fra 1880-årene ble legeyrket i Norge annerledes enn det hadde vært. Det ble flere leger. Ettersom de fleste utenom sykehusene arbeidet privat, ble det konkurranse. Hadde man spesielle kunnskaper og ferdigheter kunne dette være et fortrinn i konkurransen med kollegene. Man kunne f. eks. avvertere og markedsføre

spesiell kompetanse innen visse sykdommer. Basis for dette kunne være så ymse - å ha utvist interesse for en faglig retning, ha opparbeidet erfaring innenfor et fagområde, ha vært på studiereise, gått på kurs eller liknende. Dette virvaret var uholdbart. Faste spesialistregler ble innført i 1918. I ethvert fall en del av landets legearbeid var blitt nokså business-preget. Det er et spørsmål om *kall* også kan ha blitt brakt inn som et konkurransefortrinn.

Legerollen hadde innebygd en nokså stor grad av *autonomi*. Det tillå legen å ta vanskelige avgjørelser, raskt og på egen hånd. Vi har alt nevnt at autoritet kunne være et nødvendig hjelpemiddel i legearbeidet. Men spesielt overfor sårbare pasienter kunne autoritet og autonomi, kombinert med en aura av nestekjærlighet, føre galt av sted. Et grelt eksempel: Maleren Christian Skredsvig (1854-1924) og hustruen Maggie Plathe (1863-1955) befant seg i Paris, hvor de fikk datteren Daisy. Da hun var 19 måneder gammel, i januar 1885, fikk Daisy lungebetennelse. Den svenske legen Axel Munthe (1857-1949) kom for å tilse henne. Hans råd til de bekymrede foreldre var at det beste ville være å spare henne for mer lidelse og la henne dø. Med sin autoritet og autonomi visste han best – i en høyst asymmetrisk mellommenneskelig situasjon. I sin fortvilelse samtykket foreldrene og legen ga en overdose morfin.^x Skredsvig kom aldri over dette dødsfallet. Flere av hans kunstverk er hans bearbeidelser av denne hendelsen – for de øynene som ser det. Axel Munthe ble på sin side motelege i Paris, Roma og på Capri og ble nærmest kanonisert i samtid og ettertid for den legerollen han representerte..

Vi har alt omtalt hvordan opprettelsen av Den norske lægeforening i 1886 var et resultat av den nye tid. I rollebildet som da utviklet seg, var det også en komponent av *kall*, men det er blitt supplert med andre profesjonsnormer og kjennetegn, så som en *plikt* til å holde seg oppdatert og en plikt til også å *ta hensyn til samfunnsmessige forhold*.^{xi} Legeforeningen må tilskrives det meste av æren for den systematiske oppbyggingen av standens status som skjedde fra slutten av 1800-tallet.

Medisinens fagutvikling flyttet etter hvert mer og mer inn i de nyopprettede sykehusene og helseinstitusjonene. Den faglige prestisjen beveget seg vekk fra tradisjonell solopraksis. Da fikk *kall*, autonomi og autoritet nye rammer. Institusjonene fikk sine egne normer. Alt dette representerte en langsom forandring – faktisk en overgang til en ny normal som synes å være irreversibel - en transisjon.

Oppdatering

Blant mange av legene var det stor interesse for å holde seg faglig oppdatert – i hovedstaden særlig gjennom aktiviteten i Det norske medicinske Selskab, ved studiereiser, tidsskriftlesning m.v. Også på dette feltet var det store ulikheter innen legestanden, fordi man manglet et system for oppdatering og videreutdanning.

Legerollens innebygde autonomi og selvstendighet kunne være nyttig, men også være en faglig sovepute. Å være privatpraktiserende kunne være vanskelig, både for å skaffe en rimelig inntekt og å opparbeide den sosiale anseelsen som også kunne være et arbeidsredskap når sykdomsbehandlingen måtte begrense seg til beroligelse og trøstende ord.

Det norske medisinske Selskab hadde vært det samlende faglige forum, men i 1886 skjedde det altså noe: En utbrytergruppe i Selskabet dannet *Den norske Lægeforening*. Den fungerte som en fagforening på linje med andre fagforeninger.^{xii} Legene ble nå forandret fra å ha en sosial profil som en yrkesgruppe primært preget av sitt fag og sitt ansvar for pasientene, til å bli en *legestand* som også hadde klare krav til sin egen identitetsbygging, sine egne arbeidsvilkår og sin egen innplassering i samfunnet.

Kvinnelige leger

Legene på 1800-tallet var i all hovedsak *menn*. 1880-årene var en tid da spesifikke kvinneyrker vokste fram, f. eks. læreryrket som tiltrakk mange unge damer som ville ha utdanning. For i det hele tatt å studere ved Universitetet, måtte man imidlertid ha avlagt examen artium, og det hadde norske kvinner ikke fått anledning til før i 1882. På grunn av artiumskravet kunne de første kvinnelige akademikerne ikke bli uteksaminert før senere enn dette årstallet. En lang studietid måtte gjennomføres først.

De første kvinnene med universitetseksamen var ikke mange, først en jurist, så en realist, men så avla Marie Spångberg (1865-1942) sin medisinske embetseksamen i 1893. Fram til 1900 ble det 19 kvinnelige leger i Norge. Legen og forfatteren Cecilie Arentz-Hansen (f. 1963) ga i 2018 ut en bok der hun går gjennom liv og virke for disse kvinnelige legene, og ikke minst dokumenterer og forteller den litt merkelige historien om hvorfor det lenge var en slik innbitt motstand mot å utdanne kvinnelige leger ved Universitetet.^{xiii} Det var fakultetsmedlemmene, dvs. professorene, som diskuterte spørsmålet med argumenter som for ettertiden virker nokså spesielle. Det var en alminnelig mening at kvinner ikke passet som leger - heller ikke som leger for kvinnelige pasienter. Debattantene kan til en viss grad unnskyldes, fordi datidens legepraksis ofte medførte lange sykebesøksreiser og andre elementer som både kunne være fysisk strevsomme og fordre ”bakkemannskap”, og kanskje kunne være vanskelig å drive for en kvinne i datidens samfunn. Men det var ikke langs disse linjer drøftingene gikk. Det var argumenter som f. eks. studiets og legearbeidets skadelighet for kvinneligheten. Man drøftet kvinners biologiske og mentale egnethet for legestudium og legevirkosomhet osv.

Professor Jacob Munch Heiberg (1843-1888) var den blant fakultetskollegene som slo et slag *for* å ta opp kvinner som medisinstudenter. Det er også interessant å merke seg hvem som markerte seg mest ved å være *mot*. Det var for det første, litt overraskende, professoren i fødselsvitenskap Edvard Schönberg (1831-1905). For det andre var det hygienikeren og farmakologen professor Ernst Ferdinand Lochmann. Det var ikke overraskende. Her i teksten har vi omtalt ham tidligere. Lochmanns varemerke var å være høylydt *mot* – nå også *mot kvinnelige leger*. Tross dette fikk kvinner likevel adgang til legestudiet og Marie Spångberg fikk sitt eksamenspapir i 1893.

Saken om de kvinnelige legene var en del av noe større, av kvinnefrigjøringen i sin alminnelighet. Kvinnekampen har vært en del av de store langsomme forandringene som har fått samfunnet til å endre seg over tid. Men kvinnelig rekruttering til legeyrket har ikke gått fort. Eksempel: I 1956, drøye 60 år etter at den første kvinnelige legen hadde vært gjennom studiet, var det fortsatt svært få kvinnelige medisinerere. Da 1956-medisinerne startet opp ved Universitetet, var det bare 16 kvinner blant 100 nye studenter.^{xiv} Og tre av disse kvinnene sluttet i løpet av studiet og begynte med noe annet. Overgangen til at legestudiet og legeyrket ble dominert av kvinner, kom senere – forbausende sent. I dagens generasjoner av legestudenter og leger er det et flertall av kvinner.

Noter

ⁱ Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske legeforening, 1986. Larsen Ø. red. *The shaping of a profession*. Canton MA: Science history publications /US, 1996, spesielt s. 12-14.

ⁱⁱ Myhre JE. ”Askepotterne blant landets embetsmænd” – legenes vei til samfunnstoppene 1811-1960. *Michael Quarterly* 2011; 8: 532-544; Sandvik H. Distriktslegen (1836-1984). *Tidsskrift for den norske legeforening* 2000; 120: 3160 - 3161.

ⁱⁱⁱ Nærmere om dette bildet, se tidsskriftet *Michael* nr. 1/2024, forside og baksidetekst. (www.michaeljournal.no)

^{iv} Holst F, Boeck C, Møller P. *Pharmacopoea norvegica*. Christiania: Brøgger & Christia, 1854.

^v Larsen Ø, Lærum F. Blodiglen – en medarbeider i aksjon. *Tidsskrift for den norske legeforening* 1991; 111: 2233 og forsidebilde.

^{vi} Lyngstadaas S, Larsen Ø. Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungsmethode zur Behandlung von Rückgratverkrümmungen. *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 41-47, og Grosch G. Bemerkungen zu „Gunder Nielsen Kjølstads Selbstrichtungsmethode“ von Ståle Lyngstadaas und Øivind Larsen. *Medizinhistorisches Journal* 1969; 4: 314-315.

^{vii} Schiøtz A. *Doktoren*. Oslo: Pax 2003, og Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003. En drøfting av virkningen av distriktslegenes og sunnhetskomisjonenes offentlige helsearbeid i siste del av 1800-tallet, blant annet basert på arkivmateriale fra sunnhetskommisjonene, finnes i dr. philos.-avhandlingen: Storesund A. Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860-1900. *Michael* 2005; 2: 3-112.

^{viii} Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; 11: Supplement 15.

^{ix} Larsen Ø. red. *The shaping of a profession*. Canton MA: Science history publications /US, 1996.

^x Hassel B, Sætre E. Drap og kognitiv dissonans i Nasjonalmuseet. *Michael* 2024; 21: Supplement 33, 93-101.

^{xi} Larsen Ø. Legerollen – verktøy som må voktes. *Michael* 2022; 19: 215-224.

^{xii} Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske legeforening, 1986.

^{xiii} Arentz-Hansen C. *"Kvinder med Begavelse for Lægevirkosomhed" – Norges første kvinnelige leger og tiden de virket i*. Oslo: Cappelen Damm, 2018.

^{xiv} I 1956 var det medisinstudium i Oslo og Bergen, men alle måtte ta studiets første avdeling i Oslo.