

oversikt over hvordan sykdommen spredte seg. Og *reiselysten* var stor,¹¹⁹ herom senere.

Storsatsingen *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (1840–1938) må sees som en del av etableringen av et nasjonalt, medisinsk kunnskapstilfang. Dette tidsskriftet satte også standarder for utførelsen av medisinsk arbeid gjennom utveksling av medisinske erfaringer, især gjennom de mange kausistikkene fra praksis. Referatene fra diskusjonene om medisinske emner i Det norske medicinske Selskabs møter viser leseren hvordan medisinske erfaringer og medisinsk kunnskap utenfra ble mottatt og implementert. Medisinhistorisk sett er vi her sannsynligvis ved noe interessant – vi aner konturene av en definering av norsk medisin, både i dybde og bredde.

Når forskning, målt som antall doktorgrader og publikasjoner i internasjonale tidsskrifter først vokste fram på slutten av århundret, skyldes det verken at våre medisinske fagfolk hadde et utilfredsstillende vitenskapelig nivå eller at de lå på latsiden. Tvertimot – de hadde lagt det grunnlaget som var nødvendig for at norske medisinerere kunne hevde seg i det internasjonale selskapet ved århundrets slutt.

8. Å utdanne leger for individer eller samfunn – å forme en legerolle

En ny generasjon

Framme ved 1840-årene er utviklingen av det nye medisinske fakultetet kommet såvidt langt at vi må anta det har funnet sin form, dvs. den formen man ut fra tidens premisser mente var den mest hensiktsmessige. Omlag tretti år var forløpt siden starten. En ny generasjon lærere hadde begynt å ta over. Fakultetet hadde mer eller mindre «gått seg til».

Samfunnet omkring hadde imidlertid også forandret seg ganske vesentlig. Løsrivelsen fra Danmark hadde gjort at man hadde måttet begynne fra grunnen av på en rekke samfunnsområder. Denne generelle omformingen var i god gjenge da midten av århundret nærmet seg. Dette gjaldt alt, fra økonomi og næringsliv til offentlig forvaltning og privat organisering.

Befolkningen hadde begynt å øke på grunn av tilbakegang i dødeligheten, men store utslag av sosial bedring og medisinsk innsats var det foreløpig ikke så lett å få øye på. Tvertimot ble også Norge rammet av

119 Se: Olsen BO. Recreation or professional necessity – the study tours of nineteenth century Norwegian physicians. S. 258-75 i: Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996, og: Kvarenes HW. Travel accounts in the «Norsk Magazin for Lægevidenskaben» 1840–1880. S. 276-82 i: Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.

epidemier som spredte seg lettere *fordi* samfunnet var blitt mer moderne, blant annet med større mobilitet. Koleraen er selvfølgelig viktigste eksempel.

Universitetet som helhet var også blitt konsolidert som samfunnsaktør. For Det medisinske fakultet er trolig 1840-årene et egnet tidspunkt for å studere hvilken profil man hadde valgt å legge seg på. Hva var oppgavene man konsentrerte seg om? Og på hvilken måte? Både i 1814 og rundt 1840 var fakultetets åpenbare hovedanliggende og *raison d'être* å utdanne leger. Men vi som ser på fakultetet i bakspeilet, må da huske at det fortsatt ikke var helt klart hva en lege skulle være og skulle kunne. Legerollen hadde historisk sett foreløpig ikke funnet sin form. Det skjedde internasjonalt sett først så sent som ved begynnelsen av 1900-tallet, så merkelig dette enn kan høres.¹²⁰

I sin oversikt over fakultetets første hundre år skrev Laache¹²¹ at det var rimelig å regne tiden fra omkring 1840 inn i 1860–1870-årene som en ny og avgrenset periode i fakultetets historie. I motsetning til de første universitetslærerne hadde neste generasjon på dette tidspunktet både lokale forbilder og en tradisjon å bringe videre. Ved starten i 1814 var man ikke kommet så langt og hadde egentlig ikke det.

Legeroller – images

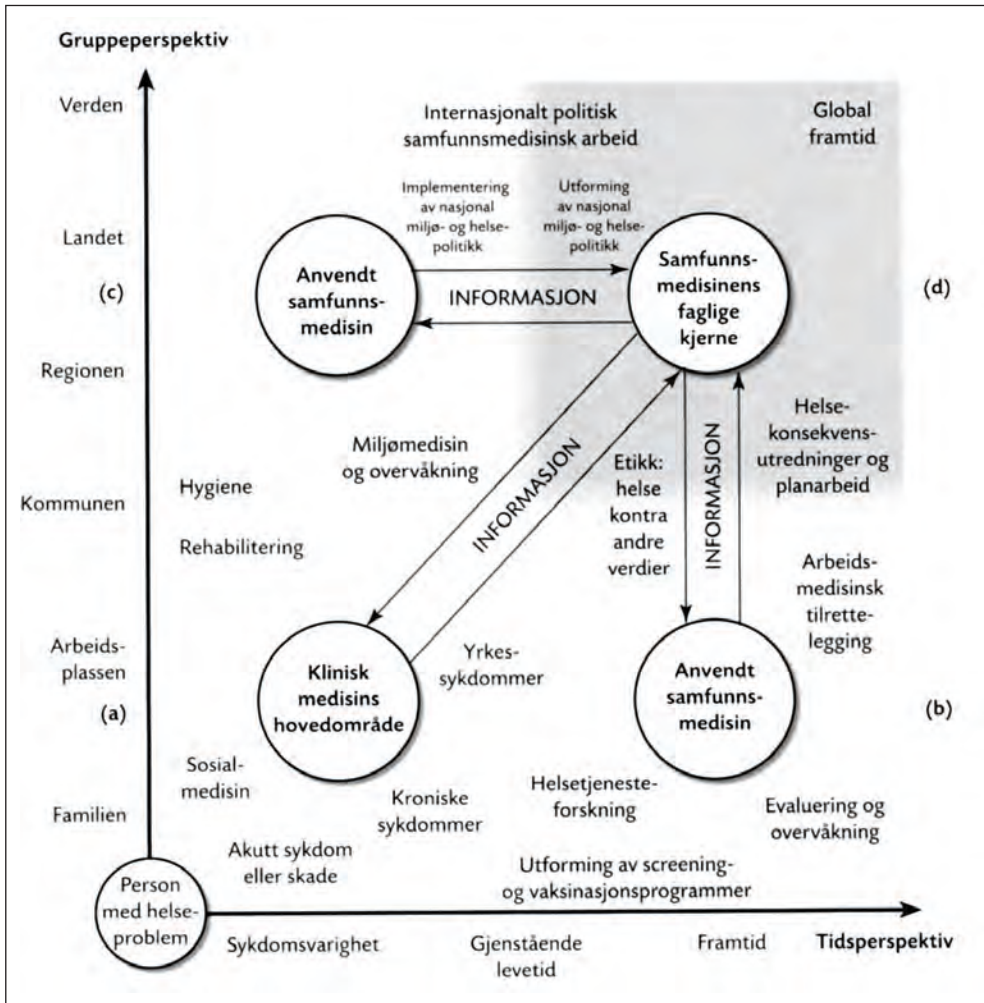
Hvis vi appliserer hovedtrekkene ved dagens legerolle på situasjonen på 1800-tallet, kan vi få et rammeverk for å vurdere de forandringene som har skjedd med tiden, helt fra fakultetet startet sin virksomhet.¹²²

Vi ser for oss i dag, enten vi ser oss omkring i nåtiden eller snur oss bakover, et sett av rollebilder (*images of a doctor*). Dette er hvordan befolkningen og samfunnet ser på legen, men det er også hvordan legene ser på seg selv. La oss identifisere fire typiske slike *images*: Rollebildet av legen som *livredderen (life saver)*, den som berger pasientens liv ved skade og sykdom, eller – mindre dramatisk sagt – behandler pasienter for skade og sykdom – er i våre dager sannsynligvis det mest framtreddende i befolkningen. Dermed er behandlerrollen viktigste drivkraft både i helsepolitikk og i medi-

120 Se f. eks. Larsen Ø. *op. cit.* 1996 om den amerikanske Carnegie Foundations satsing på å få en oversikt over medisinsk undervisning med en harmonisering for øye, der det sentale forfatternavn er Abraham Flexner. To såkalte Flexner-rapporter ble publisert i 1910 og 1912 om medisinsk undervisning i USA og Europa, fulgt opp med nye arbeider blant annet i 1925 og 1930. Se også generell litteratur om medisinsk sosiologi og profesjonssosiologi, litteraturhenvisninger til dette blant annet i Larsen Ø. *op. cit.* 1986 og 1996.

121 Laache SB. *op. cit.* 1911.

122 Denne profesjonssosiologiske tilnærmingen er inngående drøftet i Larsen Ø. *op. cit.* 1996, spesielt i introduksjonen s. 12ff. og i konklusjonen s. 541 ff.



Figur 36: Helse i tid og rom. Medisinstudiet skal utdanne leger med kompetanse til å ta seg av helseproblemer. Kjernen vil for de fleste ligge i den kliniske medisin, og for de fleste av dem igjen i den individuelt rettede kliniske medisin. Men helseproblemet må sees i et gruppeperspektiv og i et tidsperspektiv, slik det er forsøkt framstilt på figuren her. I tillegg er det en tredje dimensjon, for bakom alle helseproblemer, alle problemløsninger og alle fagområder ligger det et kunnskapstilfang under stadig utvikling, basert på forskning. Studiet har også som oppgave å gi studentene forståelse av dette, av at det angår dem. (Nærmere om dette i: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. (red.) Samfunnsmedisin. Oslo; Gyldendal Akademisk, 2008. Figur side 32.)

sinsk fagutvikling. Dette rollebildet tjener også som rekrutteringsgrunnlag for nye legestudenter. Slik har det ikke nødvendigvis alltid vært.

Rollebildet av legen som *trøster og hjelper (caring supporter)*, som den som tar seg av praktiske og psykologiske forhold rundt skade og sykdom, men uten å ha som mål eller mulighet å helbrede eller rehabilitere pasienten, foreligger også, men har ulik styrke til forskjellig tid og sted. Dette er for øvrig en rolle som deles med andre, fra lekfolk i nærmiljøet med livets skole som viktigste bakgrunn, via kirkens og religiøse samfunns representanter, til sykepleiere og folk fra andre helseyrker.

En lege på 2000-tallet i Norge både har, og har kanskje i større grad hatt, et rollebilde som *forvalter (gate-keeper)*. Det er en aktør som har i sin makt å omfordele goder eller å styre funksjoner på vegne av fellesskapet. Dagens sykmeldingspraksis er f. eks. en av samfunnets virkelig store omfordelingsfunksjoner. Den lege som skriver en uføretrygdeklæring som fører til at en ung person blir satt på trygdevesenets utbetalingsliste resten av livet, gjør et viktig grep basert på sine faglige kunnskaper. Annen type sakkyndigvirksomhet kommer i samme kategori, f. eks. innen rettsmedisinen, der en leges votum kan bli avgjørende for hva som skjer videre i saken.

Legen som *forsker (scientist)*, dvs. som en som selv er med på å videreutvikle sitt og fagets kunnskapsgrunnlag, hører også med som rollebilde av ulik styrke opp gjennom tiden. En del av de sentrale personene da fakultetet ble opprettet, så åpenbart seg selv som bidragsyttere til fagutviklingen. Frederik Holst er et eksempel på dette, blant annet gjennom en lisensiatavhandling og en doktoravhandling som belyste aktuelle problemer, henholdsvis et klinisk problem, den terapeutiske bruken av salpetersyre, og et samfunnsmedisinsk problem, nemlig datidens svøpe i mange distrikter – radesyken. Christian Peter Bianco Boeck (1798–1877) er et annet eksempel. Han var oppslukt av en naturhistorisk og biologisk interesse som spente fra geografiske oppdagelser av ukjent natur til veterinærmedisinske spørsmål.

Disse fire rollebildene har egentlig hver sin logikk, hver sine mål og også hver sin retorikk, men nærmere om det senere.

Legeoppgaver – objectives

Rollebildene (images) kan kombineres med et sett av *arbeidsoppgaver* som leger utfører eller forventes å utføre (*objectives*).

At legens anvendelse av sine medisinske kunnskaper skal være *individrettet*, rettet mot de pasientene som trenger dette, regnes som en selvsagt oppgave (*the serve the sick objective*). Pasientens og dennes behov må gå først. Ved nærmere ettertanke viser det seg imidlertid at det også her er variasjoner i tid og sted. Når rollene livredder, eventuelt trøster og hjelper, er do-

minerende, og kanskje også aktivt promoterer av f. eks. legene selv og deres organisasjoner, blir de pasientrettede oppgavene ytterligere understreket. Den medisinske etikk og dens historie underbygger også dette, likeledes den kristne etikk: Normen om å hjelpe, legen som den barmhjertige samaritan, eller som pasientens advokat og samarbeidspartner, alt etter tidens språkbruk. Dette er i og for seg uproblematisk, men når noe dominerer, dominerer det over noe annet.

Den samfunnsrettede kunnskapsanvendelsen, *å tjene samfunnet*, samfunnet som implementeringsarena for medisinske kunnskaper, er en annen oppgave av særlig viktighet, der kjølig resonnement tilsier at arbeid for å bedre befolkningens helse mest effektivt kan skje gjennom strukturelle tiltak – *serve the society*. Her kan et lite antall leger utrette mye.

Normen om å utvikle sitt fag og dermed seg selv, *å tjene vitenskapen* (*the serve the science objective*) hører med til profesjonsdefinisjonen for leger, i motsetning til mange andre yrkesgrupper, der det er kunnskapsgrunnlag utviklet av andre som ligger til grunn. Historisk sett kan dette især avleses i form av publikasjonsvirksomhet, dvs. i form av at erfaringer samles og gjøres tilgjengelige også for andre. Det er imidlertid en dikotomi her, på den ene siden normen om å samle og utvikle kunnskap for å forbedre egen og andres praksis, og på den annen side kunnskapsutvikling for kunnskapsens, dvs. fagets egen skyld – målrettet faglig nysgjerrighet og allmenn faglig nysgjerrighet. Også her er det variasjoner i tid og sted i medisins og legestandens utvikling.

En prosaisk målsetting for å få seg en medisinsk utdanning og arbeid som lege, er å skaffe seg selv et yrke og et utkomme (*the serve yourself objective*). Dette er helt legitimt. Et yrkesvalg blant andre mulige yrkesvalg. Oppgaven er å ha et yrke der man tjener sitt brød. I noen historiske sammenhenger og perioder er dette viktigst. Økonomisk suksess er faglig suksess. Variasjonene innenfor hvor sterkt denne målsettingen står, avhenger av en rekke forhold. Hvordan helsevesenet er organisert er ett av dem, men også hvordan legeyrket er rangert blant andre yrker og hvordan samfunnets og enkeltindividenes betalingsvilje og betalingsmuligheter er overfor de tjenestene legen tilbyr.

Roller og oppgaver i første del av det 19. århundre

Sett tilbake på første del av fakultetets og norsk medisins utvikling, trer det fram et bilde av en legestand som nok utvikles for å hjelpe *de skadede og syke* og yte hjelp der det trengs. Men såvel medisinsk som geografisk og økonomisk var betingelsene for dette langt fra de beste.

Det var det *samfunnsrettede* arbeidet som mer og mer blinket seg ut som feltet der effektiv medisinsk innsats burde komme inn, både i det generelle nasjonsbyggende arbeidet og i utviklingen av samfunnsstruktur og lovverk. Distriktslegerollen fikk derfor en økende status.

Legearbeid som et yrkesvalg for å *gjøre det personlig godt* på det økonomiske området, var neppe noe sikkert valg og noen sterk rekrutterende drivkraft på denne tiden. Legestillingene var fortsatt få og dårlig betalt.¹²³ Det måtte også være andre drivkrefter.

Hvordan var forholdet mellom rollene og oppgavene i den nasjonale medisinenes første tid? Tilbake på begynnelsen av 1800-tallet var sannsynligvis bildet av *livredderen* ganske framtrædende. Selv om kirurgien på dette tidspunkt ennå ikke hadde gjort de store sprang framover, var skadebehandling viktig. Både arbeidslivet og dagliglivet ellers bød på tallrike muligheter for å skade seg. Hester kunne sparke og økser kunne glippe. Sår ble infisert, det var regelen, ikke unntaket. På grunn av at man ennå verken hadde behandling for betennelsen som oppsto eller forståelse av årsakene til prosessen, kunne selv en skade som vi i dag ville regne som bagatellmessig, bli fatal. Et åpent brudd med beinpipene stikkende ut var den sikre død. Amputasjon kunne være redningen, så dette var en prosedyre legen på landet burde beherske. Ved brudd måtte man på første del av 1800-tallet nøye seg med spjelking, skinner og annen immobilisering for at bruddet skulle gro, idet gipsbandasjen først ble introdusert i 1850-årene. Feilstillinger og dannelse av falske ledd forekom derfor ofte med invaliditet som følge.

Legens rolle som livredder ved akutt, «indremedisinsk» sykdom var imidlertid mer uklar. Vi vet, men datidens lege visste ikke, at de aller fleste sykdommer den gang var infeksjøs. Humoralpatologien holdt fortsatt stand som grunnleggende forklaring på helse og sykdom. Selv om senere erkjennelse har vist at det meste av den var et villspor, er den i sin teori egentlig ganske logisk.¹²⁴ Legens pallett av medikamenter basert på dette faglige grunnlaget kunne undertiden være rikholdig, basert på hva som var tilgjengelig, men var stort sett representanter for tre kategorier virkninger: Det var brekkmidler, *emetica*, beregnet på å fjerne overskudd av gul galle, hvilket man antok forelå ved sykdom preget av kvalme og oppkast. Avføringsmidler, *laxantia*, var i henhold til teorien egnet til å fjerne overskudd av svart galle, det som gjorde at man fikk magekjør med diaré. Ut fra den medisinske erkjennelsen som begynte å våkne få tiår senere, og som fortsatt gjelder, var mye av denne medikamentbruken heller kontraindisert og gjorde

123 Se spesielt Hodnes kapitler i: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986.

124 For en kort oversikt, se: Carstens S. Humoralpatologisk medisin. *Michael* 2014; 11: 101–12.

mer skade enn gagn. Det er nærmest patetisk når vi vet at dehydrering krever liv, og her benyttet man nettopp dehydrering som behandling ved sykdommer der dehydrering var noe av det farligste. En trøst for tanken er det at mange av de medikamentene som ble brukt, må antas å ha hatt svak virkning. Tredje gruppe, hostemidler, *expectorantia*, var det imidlertid mer rasjonelt å bruke, nemlig for å fjerne overskudd av den tredje av kroppsvæskene, slimet.

Hva så med den fjerde kroppsvæske, blodet? Hvis pasienten var rød og oppustet, eller kanskje urolig, kunne dette i henhold til væskebalanseteorien komme av at pasienten hadde et overskudd av blod i kroppen. Da måtte dette fjernes. Derfor var *årelating*, *koppsetting* og *bruk av blodigler* helt sentralt.

Legen hadde i tillegg gjerne et utvalg utvortes midler, ikke bare til behandling av sår og utslett, men også hudirriterende salver, plastre og annet som ble antatt å virke stimulerende på allmenntilstanden.

På denne bakgrunn er det forståelig i ettertid at legene og alternative behandlere i den praktiske hverdagen ofte konkurrerte på like fot med prinsipielt samme mål og metoder. Legens fortrinn lå kanskje bare i den faglige autoriteten. Men var befolkningen villig til å betale penger for det? Det er trolig for enkelt å betrakte oppblomstring og popularitet for kvakk-salvervirksomhet og alternativ medisin bare som et opprør mot den akademiske eliten.

Vi har her lagt vekt på at krig og militærmedisin var ganske sentralt i folks og myndigheters bevissthet rundt 1800, og vi har sett at dette ga seg klare nedslag i hvordan legestudiet ble anlagt. Den kombinerte teori-praksis-modellen fra Det kongelige kirurgiske akademi i København passet bra med dette. På den annen side var antallet leger lite i forhold til befolkningen, og især hvis man tar den spredte bosettingen i betraktning. Rollen som tilbyder av tjenester som det skulle betales for, avhenger av samfunnet bakom, men her var det en utvikling. Og etter hvert som medisinen utviklet seg videre, spesielt da man forsto mer av smittesykdommenes dynamikk, ble det klart at livreddende leger var noe landet trengte. Derfor var rollen livredder i seg selv et argument for å bygge ut fakultetet.

På denne tiden var rollen som *trøster og hjelper* også internalisert i forventninger og funksjoner for en lege. Medisinsk sett var det ofte heller ikke mer legen kunne gjøre, selv om appliseringen av datidens palliative behandling, smertelindring eller terapi i tråd med gjeldende sykdomsteorier hadde sin effekt og stemte overens med de forventningene befolkningen hadde. Men igjen var antallet leger fortsatt for lite i forhold til befolkning og sykdomsforekomst. Profesjonell trøst og hjelp var det lite av, men det ble mer

og mer etterspurt. Om Joachim Andreas Voss (1815–1897), Michael Skjelderups etterfølger i anatomi og rettsmedisin, fortelles det f. eks. at han hadde en meget stor privatpraksis, spesielt med tæringpasienter, der pasienter kom fra fjern og nær for å høre lektorens (fra 1851), senere professorens (fra 1861) votum om sykdommen – for å «få beskjed».

Forvalteren er et rollebilde som forutsetter at det er noe å forvalte. Det var det i svært liten grad for legene i første del av det 19. århundre. Derimot skimter vi en annen forvaltningsfunksjon, nemlig forvaltningen av den medisinske kunnskapen som samfunnet etterspurte. Vi har allerede omtalt at *responsa medica* var noe legestudentene lærte å skrive. Det var sakkyndiguttalelser, f. eks. ved spørsmål om kriminelle handlinger ved mistenkelige dødsfall.

I samme kategori kommer også medisinsk kunnskap til bruk i den alminnelige samfunnsforvaltningen, slik som distriktslegene og andre forutsattes å bidra med. På denne tiden var dette særlig viktig når det gjaldt bekjempelsen av de åpenbart smittsomme sykdommene, der man fortsatt ikke visste hva årsakene var. Da sløret letnet på dette feltet, ble legens, især den offentlige legens samfunnsansvar som premissgiver for forvaltningen, betydelig styrket, med Sundhedsloven av 1860 som en milepæl.¹²⁵

Legerollen som *vitenskapsmann* må ansees som lite framtreddende i første del av det nittende århundret, når vi da unntar de ivrige og faglig nysgjerrige universitetslærerne og en del av deres kolleger som både gjorde interessante observasjoner selv, oppfordret sine kolleger til å gjøre det samme, og fikk igang tidsskrifter, møtevirksomhet, arrangerte medisinsk lesesirkel m.v. for å stimulere andre leger til å dra nytte av sine erfaringer og spre dem til andre. Og som altså skapte en kunnskapsbasis ved en encyklopedisk tilnærming.

Fakultet, roller og oppgaver

Selv om norsk medisins utvikling og Det medisinske fakultets utvikling ofte sees som den samme historien, var det ikke uten videre noe sammenfall på den tiden det skjedde. Fakultetet ser ut til å ha hatt en klar forankring til den rollen det var tillagt og hadde tillagt seg som en del av det nye universitetet. Det var først og fremst undervisning som var viktig, parallellt med oppbyggingen av et akademisk miljø med europeisk standard. Dette tok svært mye av kapasiteten og gir en forklaring på at forskningsvirksomheten, altså selvstendig produksjon av ny medisinsk kunnskap, først skjøt fart fra 1870-årene.

¹²⁵ Se Larsen Ø. ed. Sundhedsloven 150 år. Lov og forarbeider med innledning av Øivind Larsen. *Michael* 2010; 7: Supplement 8.