

Helsevesenets utvikling er på sin side en refleks av den økende opplevelsen av medisinske behov i samfunnet. Dette var etter et moderne syn meget store behov som hadde vært der lenge. I helsevesenets utvikling ble det også den gang stadig spørsmål om penger og prioriteringer på en måte som prinsipielt skiller seg lite fra hva vi finner i vår tid. Forventninger og ambisjoner ble satt opp mot muligheter. Andre samfunnsområder krevde også sitt. Hvilken posisjon helse har i verdienes hierarki, er også forskjellig. Det er ikke alltid at helse er viktigst. Disse prosessene ligger imidlertid på siden av fakultetets utvikling.

Det er sannsynligvis riktig å se på fakultetets rolle utad mest som *faglig premissgiver*. Dette skjedde i praksis i stor grad ved at sentrale universitetslærere var dypt inne i utviklingen av helsevesenet gjennom deltakelse i komiteer, utvalg og andre konsulentroller. Selv utbyggingen av Rikshospitalet, sykehuset som var opprettet som universitets- og undervisningssykehus, må sees under en litt annen synsvinkel enn som fakultetshistorie. Medisinske behov og samfunnsbehov var her like viktige for hvordan det ble.

Forskning, dvs. å skape ny medisinsk kunnskap, *serve the science*, var det foreløpig blitt lite tid til, fordi oppbyggingen av fakultetet selv og av undervisningen tok det meste av kapasiteten. Dessuten var det uklart hvordan man skulle gjøre dette. Medisinsk forskning var på dette tidspunktet i en brytningstid og lå et sted mellom gammel filosofi og moderne empiri. Dessuten tok det tid å bringe på det rene hvordan man gjorde dette ute i verden.

Det er imidlertid interessant at sentrale medisinske lærere også var sentrale i å utvikle fora for både medisinsk kunnskapsutveksling og nasjonale tidsskrifter for å oppdra kollegene til å dele sine erfaringer med andre.

En foreløpig konklusjon vedrørende fakultetets rolle i konsolideringsfasen fram til rundt 1840, er derfor sannsynligvis at den innsatsen som satte spor etter seg, var *mer rettet mot samfunnet enn mot individet*. Tyngden på fagutviklingen – *serve the science* – var nok tilstede, men slo først inn for alvor senere.

9. Medisinsk kunnskapsnivå – dybdekunnskap eller tilpasset kunnskap?

Hva og hvor mye?

Når man ser på en medisinsk studieplan eller blar i en hvilken som helst medisinsk lærebok for legestudenter og leger, uansett fra hvilken tidsperiode, er det noen spørsmål som har lett for å melde seg. For det første: Hvem har bestemt at det er akkurat disse fagområdene som hører med, og hvilke temaer som skal være med innenfor de enkelte fagene? Og for det andre:

Hvem er det som har bestemt at akkurat det som står her greier seg, at dette er nok kunnskap til å bestå eksamen og nok til at man skal fungere som forutsatt som lege etterpå?¹²⁶

Det sier seg selv at enhver studieplan vil være et kompromiss mellom kryssende hensyn. Stoff av mange slag skal presenteres og fordøyes innenfor en rimelig tidsramme og det skal også ha relevans og anvendelighet for studentens eller legens videre virke. Jo mer detaljert og styrende studieplanen er, desto klarere blir det at her har noen foretatt prioriteringer både i bredde og dybde. Kunnskapstilfanget som serveres har vært utsatt for verdier og meninger om hva som er det beste. Derfor blir tidens legerolle en nøkkel også til forståelsen av studiets innhold.

1800-tallets doktor med velfylt doktorkoffert bakpå karjolen eller under fellen i spissleden måtte være forberedt på det meste. Alt fra amputasjoner til å avslutte vanskelige fødsler der jordmoren hadde gitt opp, kunne bli nødvendig. Eksamenspapiret fra Det kongelige Frederiks universitet var grunnlaget både for befolkningens tillit og for ytelsene legen kunne stille opp med. Helt fram til det ble innført pliktig turnustjeneste for leger i 1954, var det altså slik. Det var ingen automatikk i at den nye legen hadde hatt overvåket legevirksomhet under veiledning, utover tjenesten i selve studiet.

På 1800-tallet kom de nye legene som gikk rett ut i praksis etter studiet, ut på særlig dypt vann. Noen å spørre om råd i vanskelige situasjoner var det oftest ikke. Det var bare å stole på seg selv. *Autonomien* i legeyrket, som vi allerede har nevnt, kan også tolkes som en respons på denne situasjonen. Man skulle gjøre så godt man kunne – og være beskyttet mot kritikk for det.

På denne bakgrunnen er det lett å forstå at i undervisningen av legestudenter har det alltid vært viktig å finne fram til den riktige balansen mellom teori og praksis. Praksisundervisningen i studiet *måtte* nødvendigvis få stor plass.¹²⁷

Skjelderups rolle

Teoriundervisningen fordrer mer kommentarer. Her var Anatomisk Institutt den sentrale universitetsenheten som slo an tonen for de prekliniske fagene.¹²⁸ Undervisningen i anatomi startet i 1815, instituttet ble opprettet

126 1 Dette er blant annet drøftet nærmere av forfatteren og kolleger i Larsen Ø, Nylenna M. (red.) *Medisinsens randsoner. Michael* 2009; 6: 366-542 og i Larsen Ø, Fretheim A, Larsen IF, Westin S. (eds.) *Medisinsk kunnskap*. Oslo; Gyldendal akademisk, 2012.

127 Både ved forbildet for opplæringen, akademiundervisningen i København på slutten av 1700-tallet, og i Christiania skjedde dette i stor grad ved tjeneste på tilgjengelige sykehus, først og fremst ved Rikshospitalet. Leger ansatt ved disse sykehusene fungerte som lærere og instruktører. Derfor var lærerstaben og studiemiljøet egentlig større enn det kan se ut dersom man bare betrakter fakultetet isolert. Tjeneste som militærlege kunne også gi praksisopplæring.

128 Anatomisk institutts historie 1815–1915 er behandlet i stor detalj i Hopstock H. *Det anatomiske institut*. Christiania: Aschehougs Boghandel, 1915.

samme år – og professor Michael Skjelderup var dets leder helt til 1849 da han var 80 år gammel.

Selv om Skjelderup hadde prosektorer og andre som også deltok i arbeidet ved instituttet, var det åpenbart han som ga virksomheten dens profil. Han underviste i anatomi, og hadde det fortrinn at han skal ha vært meget dyktig til å framstille preparater selv. Når man tenker spesielt på de kirurgiske utfordringene unge leger kunne støte på, er det høyst forståelig at det ble lagt så stor vekt på å kjenne de anatomiske strukturene i detalj. Legene *måtte* være lommekjent i menneskekroppen!

Skjelderup beskjeftiget seg mest med makroskopisk anatomi. Dette tilskrives hans bakgrunn fra Københavns Universitet. Der hadde man i Skjelderups tid på slutten av 1700-tallet ennå ikke begynt å undervise i mikroskopi, embryologi eller komparativ anatomi.

Fysiologi som eget fag kom inn hos oss med Christian Peter Bianco Boeck (1798–1877) som ble professor i faget i 1840, men først begynte å forelese i 1848 da Skjelderup la inn årene. Boeck hadde meget vide interesser og et bredt biologisk syn. Han var særlig interessert i veterinærmedisin, og man kan undres over at det på denne bakgrunnen ikke ble tettere bånd mellom humanmedisinen og veterinærmedisinen i tiden som fulgte. Her var det en uutnyttet ansats til en bred, komparativ biologisk tilnærming som virkelig hadde vært visjonær.

Skjelderup skrev lærebøker som fikk stor anseelse, blant annet en om anatomisk-fysiologiske forelesninger for antropologer¹²⁹ som også ble oversatt til tysk og svensk. I 1838 ga han ut en lærebok i rettsmedisin¹³⁰. Hans anatomiforelesninger skal ha vært meget gode, men de ble aldri trykt. Vi må derfor i ettertid nøye oss med studentreferater.¹³¹ Når det gjelder etableringen av basalfagenes dybde og bredde ved det nye fakultetet, ser vi altså at Michael Skjelderups personlige faglige skjønn må ha vært av overmåte stor betydning.

Terapeutisk nihilisme

Som vi allerede har vært inne på, var teorien bak den kliniske virksomheten, især hva angikk innvortes sykdommer, i første del av 1800-årene foreløpig relativt lite empirisk begrunnet. Det var god medisinsk vitenskap å sette seg inn i tidens rådende medisinske teorier og systemer for å forstå syk-

129 Skjelderup M. *Anatomisk-physiologiske Forelesninger for Anthropologer*. 1-2. Kjøbenhavn: K. Kristensen, 1807–1808.

130 Skjelderup M. *Forelesninger over den legale Medicin*. Christiania: John Dahl, 1838.

131 Det norske medicinske Selskab eier noen innbundne, håndskrevne forelesningsreferater fra 1825. Se også Skjelderup M. *Nevrologia. E prelectionibus anatomicis*. Antropologiske skrifter nr. 5, Oslo: Universitetet i Oslo, 1991.

domsprosessene. Det var god praktisk medisin å undersøke og observere pasienten grundig og analysere situasjonen i henhold til teorien. Da kunne man få grunnlag for både prognostiske overveielser og egnet behandling. Moderne ord som kvalitetssikring og kunnskapsbasert praksis fantes ikke den gang, men innholdet var gyldig, det var bare det at kunnskapsgrunnlaget var et annet. Den stringente, logiske tenkningen når legen sto overfor pasienten, var et av de viktigste redskapene i legearbeidet.¹³²

En annen sak var at man på denne tiden i større grad enn senere så på sykdommene som egne «enheter», prosesser som hadde sin egen utvikling som man nok kunne observere og påvirke, men hvor det kunne være klokt å la sykdomsforløpet gå sin gang og la naturens krefter råde. Uttrykket *terapeutisk nihilisme* er brukt om dette. Det kan for ettertiden høres ut som en tafatt holdning, men det var god medisin i sin tid. Det kan også hende at å la være å gi pasientene behandling som medførte betydelige bivirkninger, og isteden støtte opp under allmenntilstanden med god mat og god pleie og se hvordan det gikk, kunne gi like gode resultater som mer aktiv terapi. For eksempel for syfilispatienter var dette aktuelt, fordi den gjengse kvikksølvbehandling var en påkjenning.¹³³

Arv, miljø og legens rolle

Hvordan legens arbeid med pasientene skulle arte seg, avhang også av tidens tro på arvelighetens betydning. Mot nedarvet sykdom eller sykdomskonstitusjon var det lite å stille opp. Det uklare begrepet *epidemisk konstitusjon*¹³⁴ som en egenskap ved sted, årstid, m.v. var også viktig, fordi det plasserte sykdomsårsaken både utenfor pasienten og utenfor det legen kunne gjøre noe særlig med.

Sykdomsoppfatningens betydning, befolkningens og fagfolkenes oppfatning om den kulturelle innplasseringen av helse og sykdom, spiller også inn. Tanker som at sykdom kan være både selvforskyldt og straff for brudd på sosiale normer, kan påvirke tilbøyeligheten til å drive aktiv terapi. Viktigere var det nok at man i større grad enn senere oppfattet helseproblemer som en naturlig del av livet. En analogi kan være *været* – også vi konstaterer at det kan være dårlig vær og godt vær, men det er lite vi kan gjøre med det. Trolig hadde en slik oppfatning også av *sykdom* sin plass i bildet fram mot midten av 1800-tallet.

132 Professor Søren Bloch Laache har drøftet dette i sin oversikt over fakultetets historie fra 1911, kfr. denne.

133 Se: Gjestland T. The Oslo study of untreated syphilis. *Acta dermatovenerologica* 1955; 35: Supplementum 34.

134 Se: Carstens S. *op. cit.*, 2014.



Figur 37: Universitetsanlegget i sentrum var ferdig til innflytting i 1852. Anatomene fikk da lokaler i østre del av Domus media, altså fløyen til høyre på bildet. Det halvsirkelformede Auditorium 13 med de vonde benkene var en slags kjerne her. Domus media var en forbedring i forhold til tidligere, men heller ikke her var lokalene slik man kunne ønsket det i henhold til den internasjonale standarden som etterhvert hadde utviklet seg. Vestbygningen, Domus bibliotheca, til venstre på bildet, var bygd som universitetsbibliotek. Da biblioteket i 1913 flyttet til det som den gang het Drammensveien 42, (fra 2006 Henrik Ibsens gate 110 (nå: Nasjonalbiblioteket)), kunne fysiologene overta lokaler som var blitt ledige. I 1978 flyttet de første av de medisinske enhetene i sentrumsbygningene over til det nye prekliniske bygget på Gaustad. Etter hvert er det intet igjen som minner om medisin i Karl Johans gate, bortsett fra Auditorium 13, der arkitekturen er bevart og det fortsatt har utformingen som et gammelt disseksjonsauditorium. (Foto: Øivind Larsen 2014)

Kunnskapsnivået også kontekstavhengig

Hvordan skulle det medisinske kunnskapsnivået hos de ferdig utdannede kandidatene være da fakultetets etableringsfase og konsolideringsfase var over på denne tiden? Dybdekunnskap eller eller tilpasset kunnskap? Svaret blir tvetydig. Man ønsket riktignok å trenge tilbunns i kunnskapene, men for teoriens vedkommende var man bundet til – og ønsket å være bundet til – tidens gjengse, vitenskapelige tenkesett.

Da er vi over i den alminnelige vitenskapshistorie, der det har skjedd mye. F. eks. har kravene til kausalitet vært i stadig utvikling. Konklusjoner som kunne ansees som tilstrekkelig underbygd rundt 1850, behøvde ikke være holdbare bare noen tiår senere. Hvorvidt våre forgjengere midt på 1800-tallet hadde nådd til bunns i sine problemstillinger, må derfor sees i lys av samtiden.

Empirien begynte å trenge seg fram, ved fakultetet først og fremst institusjonalisert ved basalfagmiljøene, hvilket især var Anatomisk Institutt. På den annen side måtte kunnskapstilfanget være tilpasset legenes behov både i dybde og bredde.

Vi aner midt på 1800-tallet motsetningen mellom på den ene siden vitenskap og faglige idealer og på den andre siden hverdagens krav. Antallet involverte personer var begrenset, så vi finner de samme navn både ved fakultetet og ute i samfunnet ellers. *Det norske medisinske Selskab* har en spesiell rolle i dette.¹³⁵ Vi har alt nevnt hvordan Selskabet ble stiftet av faglig interesserte og nysgjerrige leger og andre som en medisinsk lesesirkel i 1826. Man abonnerte på internasjonale medisinske tidsskrifter som gikk på rundgang. I 1833, i forbindelse med koleraepidemien, gikk leseselskapet over til å bli en formalisert forening, som med små språklige variasjoner har hett *Det norske medisinske Selskab* siden. I Selskabet holdt medlemmene hverandre oppdatert om sykdomstilstandens utvikling og også om faglig nytt utenfra.

Mange av dem som møttes i Selskabet var lærere ved Det medisinske fakultet. I Selskabet var de på fri bane, i nøytralt farvann. Her kunne faglige diskusjoner, blant annet om emner som var relatert til fakultetet og dets virksomhet, skje uten bånd til fakultetet. I ettertid vet vi ganske mye om hva som foregikk på Selskabets møter, for de ble ganske detaljert referert i Selskabets eget tidsskrift *Norsk Magazin for Lægevidenskab* fra Magazinet oppstart i 1840. Etterhvert som tiden gikk, får man inntrykk av hvordan Selskabet ble en arena for brytning mellom synspunkter. Det som man kom fram til der, var ofte en forløper for det som senere skjedde ved fakultetet.

135 Grøn F. *Det norske medisinske Selskab 1833–1933*. Oslo: Det norske medisinske Selskab, 1933.