

34. Videre- og etterutdanning satt i system

Utvidet ansvar

I 1960-årene skjedde det noe nytt med fakultetets undervisning av leger. Det ble en usikkerhet om når ansvaret for å formidle kunnskaper egentlig sluttet. «Livslang læring» er et begrep som først kom inn i norsk vokabular i slutten av 1990-årene,⁴⁴¹ men det var det man tenkte på. Det sentrale navn ved fakultetet var nevrofysiologen, professor Birger Kaada (1918–2000). Han ledet fakultetets komité for legers videre- og etterutdannelse fra 1964 til 1978. Med Kaadas sedvanlige intensitet og gjennomføringskraft ble det bygd opp et system av kurs for leger. Fra og med disse årene ble det å gå på kurs en internalisert del av et liv som lege. Her må vi se litt på bakgrunnen:

Legeforeningen i ny maktposisjon

«Legestanden skifter ham» sier Haave om situasjonen etter 1. januar 1919 da den riksdekkende spesialistordningen trådte i kraft. Legeforeningen hadde nå inntatt en myndighetsrolle på profesjonens vegne, skriver Haave.⁴⁴²

I denne opphetede diskusjonen om spesialisering og om hvilke tilleggskunnskaper og oppdaterte ferdigheter en lege skulle ha og på hvilken måte og i hvilket omfang hun eller han skulle skaffe seg disse, var fakultetets stemme forbausende fraværende. Og når stemmen lød, var den ofte distansert og heller matt.

Det er flere årsaker til dette. En av dem kan selvsagt være at flere universitetslærere selv drev legepraksis og for så vidt var part i saken. Legestanden var ikke større enn at det fortsatt var mange som bar flere hatter. En annen grunn kan være at Det medisinske fakultet simpelthen anså at all krangelen om ved hvilke avdelinger man skulle ha godkjent tjeneste, hvor lenge man skulle tjenestegjøre osv. var et profesjonsanliggende. Dette var nær knyttet sammen med stillingsstruktur, lønnsutvikling og annet som hadde med legers arbeidsvilkår å gjøre. Det var ikke en sak for akademiet.

«Learning by doing»

Videre- og etterutdanning besto helt til midten av 1900-tallet så å si utelukkende i å gjøre tjeneste ved sykehusavdelinger, eventuelt ved laboratorier innenfor det spesialfaget man hadde valgt seg. Og mens alt dette foregikk, reiste leger jevnt og trutt til utlandet, gikk på kurs, hospiterte ved sykehusavdelinger og kom mer kunnskapsrike og mer verdensvante tilbake.

⁴⁴¹ Med «Kompetansereformen» av 1997.

⁴⁴² Haave P. *op. cit.*, 2011, s. 82.

Men det var fortsatt eget initiativ som gjaldt. Eksempel: Namdalens legendariske kirurg Nicolay Benjamin Batt (1865–1932) foretok en lang rekke utenlandsreiser i studieøyemed og tok med seg kunnskaper og ferdigheter hjem.⁴⁴³ Og så omsatte han dette i praksis. Han var i Namsos praktisk talt hele sitt yrkesfaglige liv, og på folkemunne sies det som vi alt har hørt, at han egentlig lærte sin kirurgi ved å øve seg på namdølingene. Men slik var det når videre- og etterutdannelsen enten ikke fantes eller var dårlig strukturert og styrt.

Kursene kommer

Enkelte fagområder krevde simpelthen kursopplæring, dvs. faglig påfyll i skolemessig form. F. eks. kunne det være vanskelig for distriktsleger som arbeidet alene på perifere steder å skaffe seg videre- og etterutdanning. I 1893 hadde det vært satt fram et forslag fra Legeforeningen om å innføre en «fysikateksamen» for offentlige leger.⁴⁴⁴ Det ble ingen eksamen, men det ble noen år gitt statlige bevilgninger til to måneders såkalte høstkurs for helserådsordførere. Fra 1922–23 ble dette slutt av økonomiske grunner. På høstkursene ble det undervist i fag som var relevante for offentlig tjeneste, såsom rettsmedisin, hygiene, psykiatri og om tuberkulose. Fra 1923 ble det et en måneds feriekurs for praktiserende leger, men nå var temaene hentet fra indremedisin, kirurgi, fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Hvor var fakultetet i dette?

De offentlige legene tok de svake mulighetene for videre- og etterutdanning alvorlig. Etter mange og lange forberedelser kom det i 1930, riktignok med ekstern finansiering, i gang et tre og en halv måned langt høstkurs i hygiene for offentlige leger. Nå var professoren i hygiene, Carl Schiøtz (1877–1938) kursleder. Kurset hadde da naturlig nok en klar slagside mot tidens sterke satsing på hygiene. Det var ti deltakere på første kurs, året etter ble 20 av 30 søkere tatt opp. Kurset ble meget populært og ble holdt årlig fram mot krigen, bortsett fra i 1935 da økonomien sviktet. Da krigen kom, hadde nær 200 leger gjennomgått kurset.

De årlige kursene i offentlig helsearbeid for leger ble tatt opp igjen i 1948 av Helsedirektoratet, og da som «Bygdøykurset». Dette ble et fast begrep i årtier framover for alle som var interessert i å arbeide innenfor offentlig helsearbeid. Kurset ble holdt på Bygdøy, i Vidkun Quislings tidligere residens Villa Grande. Her møtte legene universitetslærere fra det samfunnsmedisinske miljøet, forskere fra Folkehelse, folk fra forvaltningen og andre fra det praktiske liv. Epidemiologi og statistikk var sentrale teo-

⁴⁴³ Batts dagbøker og notater oppbevares ved det medisinske museet i Namsos.

⁴⁴⁴ Schiøtz A. *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax, 2003.s. 88.

retiske temaer, men det var også studieturer til institusjoner, vannrenseanlegg m.v. for å kvalifisere kursdeltakerne til å hansk det virkelige liv på samfunnets grasrot.

Videre- og etterutdanningen i offentlig helsearbeid ble styrket ved at de nordiske helsedirektørene tok initiativet til opprettelsen av Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg (i 2003 omdøpt til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap) i 1953, en skole som har hatt i størrelsesordenen 500 studenter og 20 lærere og lagt vekt på tverrfaglighet og samarbeid med andre yrkesgrupper innenfor folkehelsefeltet. Også her var det norske universitetslærere på undervisningsprogrammet.

I helsedirektør Karl Evangs (1902–1981) opplegg for utdanning av de samfunnsmedisinske kjernetroppene inngikk det også at offentlige leger som hadde vist lovende takter, kunne bli sendt med stipend til prestisjetunge utdanningssteder som f. eks. London School of Hygiene and Tropical Health for å ta videreutdanning der.

Turnustjenesten – den allmenne videre- og etterutdannelsen

Det virkelige grep som Karl Evang tok for legers videre- og etterutdanning, var innføringen av obligatorisk turnustjeneste for leger i 1954. Før man kunne få autorisasjon som lege måtte alle leger gjennomføre ett års sykehuspraksis, et halvt år på indremedisinsk og et halvt år på en kirurgisk avdeling. Dertil kom et halvt år som assistent for en distriktslege et eller annet sted i Norge. Dette var obligatorisk. *Studiet kvalifiserte ikke lenger for å arbeide selvstendig som lege – det kvalifiserte for å få videre- og etterutdanning i turnustjeneste på sykehus og i distrikt.*

Fra 1946 var ikke lenger Universitetet i Oslo landets eneste universitet og hadde etter hvert heller ikke landets eneste medisinske fakultet. Studenter begynte også å komme inn utenfra med utenlandske eksamenspapirer. Evangs grep kasterte dermed alle fakulteter – det ble ingen legevirkosomhet i Norge før kandidatene hadde gjennomgått og fått godkjent turnustjenesten.

Evang løste med innføringen av turnustjenesten flere presserende problemer, deriblant spesielt to: *Legemangelen* i distrikts-Norge ble avhjulpet. Men det andre problemet er i vår sammenheng mer interessant: Studiet, den gang i hovedsak ved Universitetet i Oslo, maktet ikke å gi tilstrekkelig *praktisk trening* i legearbeid. Det fikk de unge legene ved turnustjenesten – ofte til gangs! Ved mange turnusplasser var det tøffe tak å ta.

Det Evang med dette *egentlig* gjorde, var at han tok fra Universitetet retten til å godkjenne leger som kvalifisert for alminnelig legetjeneste ved endt studium. Turnustjenesten ble til en obligatorisk videre- og etterutdan-

nelse, i realiteten en del av studiet, ikke styrt av universitetene, men av Helsedirektoratet.

Videre- og etterutdannelse med fakultetslærere – men likevel utenfor

Da kursvirksomhet i forbindelse med videre- og etterutdannelse i de kliniske spesialitetene kom i gang for alvor, skjedde det etter hvert i stor grad ved de medisinske fakultetene og ved universitetssykehusene med medvirkning av universitetslærere og andre lærere. Spesialforeninger begynte å arrangere kurs, og også andre kom inn med kurs som de fikk godkjent av Legeforeningen som tellende ved spesialistutdanningen. Dette fikk etter hvert et betydelig omfang.

Det var imidlertid også medisinske fagområder som lå i periferien av det vanlige helsevesenet. Der var det også et videre- og etterutdanningsbehov. La oss ta et eksempel – *arbeidsmedisin*.

Innenfor det faget som nå kalles arbeidsmedisin, har videre- og etterutdannelse i stor grad foregått utenfor fakultetet, men med fakultetslærere som en del av lærerkreftene. Fra 1917 og framover ble det bygd opp en bedriftshelsetjeneste i Norge. Denne fikk etter hvert stort omfang.⁴⁴⁵ Formålet var å drive forebyggende helsearbeid og arbeidsmiljøovervåking ute i arbeidslivet. Ordningen var i sin helhet finansiert av arbeidsgiverne. Det utviklet seg nesten til å bli et slags helsevesen utenom helsevesenet, med sin egen målsetting og sitt eget kunnskapsgrunnlag. Styringen skjedde på grunnlag av en avtale mellom representanter for arbeidslivets parter og legene i 1943, formalisert i 1946 da legale representanter var på plass etter krigens slutt. Ved Universitetet hadde yrkeshygiene fått en viss plass i grunnundervisningen, men det trengtes spesifikk videre- og etterutdannelse på området.

Det første kurset ble holdt i september 1946. Det var et 14 dagers heldagskurs, avholdt i Oslo i tilslutning til Legeforeningens fortsettelseskurs for leger. Kurset ble åpnet med brask og bram av Karl Evang. Legeforeningen hadde en sentral rolle, og forholdet mellom fakultetet og foreningen var i den første tiden godt i denne saken. En av grunnene kan være at to meget viktige aktører, professorene Axel Strøm (1901–1985) i sosialmedisin og Haakon Natvig (1905–2003) i hygiene også innehadde sentrale verv i Legeforeningen. Men forholdet til Legeforeningen ble dårligere. Legeforeningen var fortsatt en forening av og for sine medlemmer, og mange av medlemmene likte ikke bedriftslegeordningen. Især gjorde ikke allmennpraktikerne det, av dårlig skjulte konkurransehensyn. Mange av Legefore-

⁴⁴⁵ Se Natvig H, Thiis-Evensen sen. E. Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. *Norsk Bedriftshelsetjeneste* 1983; 4: 3-333.

ningens medlemmer likte for den saks skyld heller ikke Karl Evang av politiske grunner. Samarbeidsklimaet med Legeforeningen tok seg imidlertid opp igjen senere.

Videre- og etterutdanning med avhengighet

Eksemplet med videre- og etterutdanningen i yrkeshygiene og arbeidsmedisin er interessant fordi det belyser avhengigheten av profesjonsforeningen Den norske legeforening. I slik avhengighet kan det blant annet oppstå problemer når partene har ulike tidsperspektiv. Å bygge opp et fag er langsiktig, mens svingningene i en fagforenings prioriteringer er kortere. Ved begynnelsen av 1990-tallet var forholdet godt. Kursvirksomheten når det gjaldt arbeidsmedisin var blomstrende, kanskje også fordi «bottom line» for finansieringen var at bedriftene betalte det meste.

Legeforeningen satset nå økonomisk på å bygge opp arbeidsmedisinen. Et Institutt for bedriftsmedisin, raskt omdøpt til Institutt for arbeidsmedisin, ble etablert ved Universitetet i Bergen i 1991, både for å spre innsatsen geografisk, og fordi forholdene i Oslo allerede var ganske etablerte. Men i Oslo var de også litt uryddige, fordi mye av virksomheten foregikk ved Arbeidsforskningsinstituttene som sorterte under Kommunal- og Arbeidsdepartementet og således lå utenfor både Universitetet og helsevesenet.

Bedriftslegeforeningen, som var en spesialforening under Legeforeningen, hadde sitt eget fagtidsskrift, *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin*,⁴⁴⁶ som etter hvert kom ut seks ganger årlig og siktet på å ligge på samme faglige nivå som *Tidsskrift for Den norske legeforening* i sin kunnskapsformidling.

I 1993 ble arbeidsmedisin en spesialitet i Legeforeningen. Faget hadde vært spesialitet før også, men uten faste krav og med individuell vurdering for hver enkelt lege som søkte godkjenning. Nå ble det en spesialitet som alle andre, med krav til kurs og praktisk tjeneste. Dette ga en paradoksalt faglig forandring. Før hadde leger meldt seg på kurs ut fra en genuin interesse for temaene. Nå meldte de seg på for å få tellende kurstimer til spesialiteten.

⁴⁴⁶ Tidsskriftet utviklet seg gradvis fram mot den tilsiktede standard med utgangspunkt i et nordisk meddelelsesblad for bedriftsleger i 1975 med navn *NIR-nytt*, og skiftet navn flere ganger under oppbyggingen (*Norsk Bedriftshelsetjeneste*, *Nordisk Företagshälsövård*). Dette tidsskriftet ble lagt ned da spesialiteten arbeidsmedisin med faste krav ble innført, under henvisning til at man likevel hadde *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Der ble arbeidsmedisinsk stoff bare en liten del av helheten. Den fagoppbyggende og entusiasmerende effekten på målgruppen ble borte. Dette var i mindre målestokk samme historien om igjen som da *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* fusjonerte til *Nordisk Medicin* fra 1939.

Sykehusmiljøer i kvalifiseringsøyemed

Sykehuslegene fikk altså videre- og etterutdannelse i form av praktisk tjeneste ved sykehusene og gjennom kurstilbud og internopplæring som foregikk der. Å flytte rundt mellom midlertidige stillinger til man hadde nådd livets middagshøyde, var hverdagen for generasjoner av sykehusleger og ble nærmest et mareritt for medfølgende barn som til slutt ikke visste hvor i landet de kom fra. Stillingsstrukturen ved norske sykehus stimulerte videre- og etterutdanning fram mot å få en fast stilling – til slutt. Sykehusleger måtte som regel utdanne seg videre enten de ville det eller ikke. Som vi skal høre nedenfor, måtte de også *gå på kurs*.

Men videre- og etterutdanning antok også andre former. F. eks. universitetslærerne ved Rikshospitalet gjorde en stor innsats på en annen måte: Fra 1950-årene og i mange år framover var det et lørdagsopplegg som ofte fylte sykehusets store auditorium – og det var stort! Hit kom ikke bare sykehusstaben og faglig nysgjerrige medisinstudenter. Her møtte det også opp interesserte allmennpraktikere og privatpraktiserende spesialister. Kl. 0815 var det vanlig sykehus-morgenmøte med presentasjon og diskusjon av utvalgte sykehistorier. Interessant å se hva som foregikk på landets mest høyspesialiserte sykehus. Kl. 0915 fulgte en kirurgisk forelesning og kl. 1015 var det en forelesning i indremedisin. Kl. 1115 hadde nevrologene et visst handikap med tidspunktet sin forelesning, for da var det mange som hadde snust inn kaffelukten fra kantina borte i gangen og deserterte dit. Kl. 1215 avrundet man så med en forelesning fra et eller annet fagfelt, ofte kirurgi. Rikshospitalets lørdagsopplegg var både effektiv, oppdaterende kunnskapsformidling til leger og studenter, og en løpende presentasjon av frontlinjer og viktige temaer i norsk medisin.

Flat struktur – hva da med insitamentet til å lære mer?

Det var imidlertid allmennmedisinen som var det mest problematiske medisinske faget når det gjaldt videre- og etterutdanning i etterkrigstiden. I allmennpraktikerkorpset var strukturen flat. Det var egentlig ingen avansementutsikter som lokket, selv hvis man anstrengte seg og sikret seg mer kunnskaper. Det måtte være andre drivkrefter.

En stor del av legetjenesten i Norge har alltid vært utført av allmennpraktikere. Det var altså lenge ingen spesialitet som het allmennmedisin. Derfor falt allmennmedisinerne utenfor det utdanningsopplegget som var blitt etablert for de fleste spesialitetene. Allmennmedisin – det mest utbredte legearbeidet i Norge, det første møtet med uselekterte pasienter, var uten det vi med moderne språkbruk ville kalt oppdatering og kvalitetssikring.

Det var fullt mulig å drive sin allmennpraksis uten andre kunnskaper enn dem man hadde ervervet i en fjern studietid.

Lenge var det også de færreste av dem som drev allmennpraksis som hadde hatt turnustjeneste. Turnusordningen var for ny til det. Mange var sluppet ut «på dypt vann» rett etter studieslutt.

Dessuten var den medisinske utviklingen i etterkrigstiden blitt revolusjonert ved at det nå var antibiotika å få for mange av folkesykdommene. Etter hvert kunne hofter og knær lindres med antiflogistika, og sjelen roes med psykofarmaka. Reseptblokk og kulepenn ble viktige medisinske instrumenter. Enkelte følte kanskje at de fikk nok oppdatering ved å lese om medikamentene og å høre på de omreisende legemiddelrepresentantene som bilte rundt og kom med flippovermappe og bløtkake eller smørbrødeske når de besøkte legekantorene.

Det gikk raskt unna hos mange allmennpraktikere. Det trengtes, for både endret sykdomsoppfatning og nye finansieringsmuligheter for legesøking etter at de fleste hadde fått allmenn syketrygd i 1956, økte pågangen. Økonomisk sett hadde allmennpraksis en gyllen tid rundt 1960. *Men hva med kunnskapsfornyelsen?*

Allmennmedisin, kunnskapsfornyelse og prestisje

Som vi alt har beskrevet: På begynnelsen av 1960-tallet begynte allmennmedisinens situasjon å bli alvorlig, økonomien til tross. Allmennlegenes prestisje sank, både blant kolleger og i befolkningens øyne. Den sosiale prestisje som de ytre tegn på god økonomi kunne signalisere, kompenserte ikke for de faglige skyggene som hvilte over allmennmedisinen som sådan. Noe måtte gjøres, og en gruppe entusiastiske kolleger fikk slik vi har omtalt, etablert allmennmedisin som et eget akademisk fag.⁴⁴⁷ Dermed var det hele i gang. Allmennmedisinen kom ut av dødvannet. Det ble en strukturert videre- og etterutdannelse som etter hvert ble til en egen spesialitet, der det til og med ble innført regelmessig *resertifisering* for å kunne holde på godkjenningen. Det skulle ikke bli mulig å sovne faglig.⁴⁴⁸

Allmennmedisinen er altså et godt eksempel på hvordan man gjennom videre- og etterutdannelsen kan etablere det vi har kalt en profesjonalisering innenfor legeprofesjonen. Dette foregikk i den første tiden innenfor Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, i svært tett kontakt med Den norske legeförening. Men så kom virksomheten ved de øvrige fakultetene også inn. Det ble utviklet en egen allmennmedisinsk forskning som ga et

⁴⁴⁷ Se referatet fra et aktørseminar som ble holdt om dette temaet i 2008: Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M. (red.) Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.

⁴⁴⁸ Pr. 2013 er allmennmedisinen den eneste spesialiteten i Norge som krever resertifisering.

selvstendig kunnskapsgrunnlag. Vi fikk en *egen allmennmedisinsk forskningskultur*. Allmennmedisinerne ble sosialisert inn i det vi har kalt et både inkluderende og ekskluderende fellesskap.

Men det har ikke bare vært et *faglig* insitament til å skaffe seg videre- og etterutdannelse fram mot spesialiteten allmennmedisin. Spesialiteten innebar også *økonomiske* fordeler, hvilket må trekkes inn når man ser på et system der allmennmedisin fortsatt (2013) for det meste drives på privat grunnlag som en markedsliberalistisk øy i et hav av et ellers overveiende offentlig helsevesen. Tidligere allmennmedisinske oppgaver som helsestasjonsarbeid og tilsyn på sykehjem kan da lett bli nedprioritert. Hvilke konsekvenser for den alminnelige *legerollen* som kan tillegges denne allmennmedisinske profesjonaliseringen innenfor legeprofesjonen generelt, har vi drøftet i kapittel 23.

Fakultetet tar ansvar

Selv om Det medisinske fakultet i Oslo har hatt fingre med i spillet for videre- og etterutdannelsen av leger, gikk det nokså lenge før fakultetet tok ansvar for alvor. Egentlig varte det 150 år fra opprettelsen av fakultetet til videre- og etterutdannelse ble etablert som en prioritert oppgave.

Legeforeningen hadde altså hatt noen fortsettelseskurs. Rundt 1960 og i noen år ble det arrangert noe undervisning beregnet på ferdige leger i form av ukekurs ved fakultetet om utvalgte emner. Professor Axel Strøm sto bak disse. Men fra 1964 ble det ikke bevilget mer penger til slike kurs.

Problemet ble da straks gjenstand for utredning. Allerede samme år, i 1964, ble det opprettet et råd for legers videre- og etterutdanning med den dynamiske professor i nevrofysiologi Birger Kaada (1918–2000) som leder. Han drev dette på en meget ekspansiv måte fram til 1978. Nå ble det fart i kursvirksomheten! Sju kurs i 1965 vokste til et tilbud på 81 kurs allerede i 1973. I dette året hadde 4210 leger deltatt på kurs, hvilket var omtrent halvparten av landets den gang yrkesaktive leger. Og dette gjaldt bare kurs ved Universitetet i Oslo!

Her kom de etter hvert mange sykehusspesialitetene inn, med sine store oppdateringsbehov. Kurssystemet vokste og vokste på landsbasis.

Andre aktører og andre elever

Det ble etter hvert rikelig med kurstilbud. Fakultetet i Bergen og fakultetene i Tromsø og Trondheim, da disse to siste kom til i 1968, arrangerte også kurs. Det samme gjorde lokalforeninger – og selvsagt også Den norske legeforening, som tok videre- og etterutdanningsspørsmålet som en fanesak, for øvrig i nært samarbeid med Universitetet i Oslo.

Da Legeforeningens kurscenter Soria Moria på Voksenkollen utenfor Oslo ble åpnet i 1983, var hovedintensjonen å få en arena for nettopp slik undervisning. Ved kloke og framsynte, noen vil kanskje si snedige, lønnsforhandlinger med Staten om den såkalte normaltariffen for godtgjøring av slikt legearbeid som skjedde for trygdens regning, hadde nemlig Legeforeningens generalsekretær Odd Bjercke (1909–2005) sikret midler som gikk inn i fond for videre- og etterutdanning. Fondsmidler kunne søkes, slik at det meste av kursdeltakelsen for Legeforeningens medlemmer, i praksis for alle leger, i mange år kunne skje uten å være økonomisk tyngende for dem.

Det medisinske fakultetet i Oslo har også tilbudt utdanningsopplegg hvor ikke bare leger, men også folk fra andre yrkesgrupper kunne delta, f. eks. kurs i helseadministrasjon fra 1986. Et årskurs i arbeidshelse ble opprettet i 1989, men det ble av ulike grunner nedlagt etter fire år.

Forskerutdanning

Hva så med videre- og etterutdanning for egne rekker? Å ha en vitenskapelig universitetsstilling inkluderer å ha en indre faglig nysgjerrighet og en trang til å utvikle ny kunnskap. Hvis man ikke har det, er man på feil sted. Opp gjennom fakultetets 200-årige historie kan det nok hende at noen av medarbeiderne har vist seg å være på feil sted, men det er ikke mange. Den akademiske verden ved universitetene har en egen kultur og en indre dynamikk for faglige kontakter og kunnskapsdiffusjon som er eldre enn fakultetets 200 år.⁴⁴⁹ Vi har sett hvordan denne kultur og dynamikk også har vært til stede ved vårt fakultet.

Vi har allerede omtalt studiereisene i utdanningsøyemed. Etter Den annen verdenskrig ble det mest den anglosaksiske verden man valfartet til. Mekka var ikke lenger lokalisert ved de tyske universitetene. Som vi har sett: Kanskje var det slaget det nasjonalsosialistiske regimet påførte det tredje rikes universiteter ved å omforme dem til politiske redskaper, en av de hardeste og mest langvarige skader de påførte sitt eget samfunn.

Mange norske leger med universitetsambisjoner hadde i etterkrigstiden forskningsopphold i USA. Men systematisk forskeropplæring var det ikke. Mang en stipendiat eller fersk forsker måtte både ute og hjemme slåss med ting som egentlig var banaliteter, hvis vedkommende ikke fikk tilstrekkelig

⁴⁴⁹ Se f. eks. standardverket av sosiologen Walter Albin Lunder fra Pittsburgh (Pa.): Lunden WA. *The dynamics of higher education*. Pittsburgh: The Pittsburgh Printing Company, 1939. For den tysktalende universitetsverden, som fram til Den annen verdenskrig var spesielt viktig for norsk medisin, se Eulner HH. *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1970.